Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS (Vᵉ)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS

Avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies		40 fr.
Etudiants		30 fr.
Belgique		45 fr.
Etranger	1re zone	70 fr.
	2e zone	90 fr.

1931

Et son
SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ
(Mensuel)

BUREAUX DU JOURNAL

41, rue des Ecoles, PARIS

Téléphone Gob. 30-03

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE
R. C. Clermont 4264

FONDÉ EN 1873. — N° 1 | LE NUMÉRO : 50 Centimes | 3 JANVIER 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Hôpitaux de Lyon. — Le concours de l'internat en pharmacie s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes en pharmacie titulaires : MM. Chambron, Charpenel, Mlle Pauze, M. Sémon, Mlle Tissier, MM. Lamaizière, Cuche, Mlle Dannenmüller, M. Lardet, Mlle Bouvier, M. Chol, Mlle Thorens.

Internes en pharmacie provisoires : MM. Moussier, Jarricot, Mlle Bruel, MM. Favre, Burlet, Mlles Séassau, Dessaignes, MM. Champin, Jouve, Ollier, Mlle Ravinet, M. Couzian.

Faculté de médecine de Paris. — Le Conseil de la Faculté, dans sa dernière réunion, a décidé de présenter au choix du ministre, par 36 voix sur 42 suffrages, M. Léon Binet pour la nomination de professeur de la chaire de physiologie actuellement vacante.

Hôpital Broussais. — M. le Dr Dufour reprendra les conférences de clinique et de thérapeutique médicales le vendredi 16 janvier à 10 h. 1/2. , salle Delpech, et les continuera les vendredis à la même heure.

Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine (Professeur F. Bezançon.) — Le professeur Fernand Bezançon reprendra ses leçons le vendredi 16 janvier, à 11 heures. La première conférence aura pour sujet : Le cancer du poumon.

Programme des mois de janvier et février. — 16 janvier : Le cancer du poumon. — 23 janvier : L'asthme. — 30 janvier : La dilatation des bronches. — 6 février : Tuberculose pulmonaire fibreuse et tuberculoses externes. — 13 février: Pronostic et traitement de la gangrène pulmonaire aiguë et chronique. — 20 février : La dyspnée des obèses. — 27 février : Rhumatisme chronique.

La loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine va être revisée. — La Commission sénatoriale de l'enseignement. a examiné la proposition de loi tendant à modifier la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine. Elle a admis que nul nepourra, à l'avenir, être chirurgien-dentiste s'il n'est docteur en médecine.

Elle a ensuite préconisé les dispositions transitoires qui s'appliqueront tant aux chirurgiens-dentistes déjà établis qu'aux étudiants inscrits aux écoles privées d'odontologie.

Le docteur Dentu a donné lecture de son rapport sur la proposition de loi tendant à apporter des restrictions au droit pour les étrangers d'exercer la médecine en France. Les articles de cette proposition seront examinés en détail dans la prochaine séance.

Société d'Hydrologie. — Le Dr Victor Gardette a été élu président de la Société d'hydrologie de Paris en remplacement du Dr Heitz.

Société médicale des hôpitaux de Paris. — Bureau de la Société pour 1931 : président, M. Claude ; vice-président, M. M. Labbé, ; secrétaire général, M. Rivet.

Corps de santé militaire. — Le médecin colonel en retraite Dor est nommé au grade de médecin général dans la section de réserve du corps de santé militaire.

Sont promus :

Au grade de médecin lieutenant-colonel : M. le médecin commandant Gosswiller, du 99e rég. d'infanterie. — M. le médecin commandant Laurent (Auguste-François-Paul), du 39e rég. d'infanterie à Rouen. Ces officiers sont admis à la retraite et rayés des contrôles de l'armée active le 25 janvier 1931.

IIIe Congrès international de radiologie (Paris, juillet 1931.) — *Questions mises à l'ordre du jour.* — Les questions suivantes sont mises à l'ordre du jour du IIIe Congrès international de radiologie : 1° Exploration radiologique de la muqueuse du tube digestif ; 2° exploration radiologique de l'appareil urinaire par excrétion de substances opaques ; 3° traitement pré- et post-opératoire du cancer du sein par les radiations (à l'exception des récidives et des métastases) ; 4° radiothérapie des affections inflammatoires ; 5° électrothérapie diathermique des affections inflammatoires.

Une conférence de 30 minutes en séance plénière, toutes sections réunies, sera faite sur chacun de ces sujets. Tous les congressistes sont invités à apporter dans des communications particulières et au cours des discussions générales les résultats de leur expérience sur ces questions.

Voyages et séjours. — Pour aller au Congrès et en revenir les congressistes bénéficieront d'une réduction de 50 % sur le prix du trajet des chemins de fer français.

Après le Congrès, plusieurs voyages à prix réduits seront organisés pour les membres du Congrès dans diverses régions de la France avec visites des diverses stations d'eaux thermales et minérales.

Le secrétariat adressera directement aux membres ayant envoyé leur souscription au Congrès tous les renseignements sur la réduction pour les chemins de fer et les voyages après le Congrès.

Pour le séjour à Paris et en France, il enverra également tous les renseignements sur le prix des hôtels.

De plus, il pourra retenir des chambres pour les congressistes. Les demandes devront en être adressées directement au secrétariat du Congrès.

Nous rappelons que le Congrès a lieu à Paris du 26 au 31 juillet 1931. La cotisation est de 300 francs français par membre titulaire et de 50 francs français par membre adjoint (personnes de la famille).

Les résumés dactylographiés des communications, de 400 mots au maximum, en français, anglais ou allemand, doivent parvenir au secrétariat avant le 1er avril 1931.

Adresser toute la correspondance au secrétariat du IIIe Congrès international de radiologie, 122, rue La Boëtie, Paris, 8e.

Manifestation d'amitié franco-belge. — L'Association amicale des anciens médecins des corps combattants qui groupe dans son sein, les médecins qui ont servi dans un corps de troupe

ou sur le front pendant la guerre, donnait, le samedi 20 décembre, un grand dîner au restaurant Marguery, en l'honneur de leurs confrères médecins de l'armée belge.

Ceux-ci étaient représentés par le médecin général Demolder, directeur du Service de santé de l'armée belge.

Une centaine de convives assistaient à ce banquet.

Des toasts furent prononcés par le médecin général Demolder et le docteur J. Forestier, président de l'Association, qui célébrèrent les bienfaits de l'amitié franco-belge et de la fraternité du front.

Le millénaire du médecin arabe Abou Bekr el Razi.— Le 22 décembre dans les salons du Palais d'Orsay, sous la présidence d'honneur du professeur Ménétrier, président de l'Académie de médecine et du Docteur Laignel-Lavastine, a eu lieu, organisée par l'Association des étudiants musulmans nord-africains en France, une cérémonie commémorative à l'occasion du millénaire du médecin arabe Abou Bekr el Razi, qui fut médecin des hôpitaux de Bagdad, à qui l'on doit d'importants travaux sur la thérapeutique, l'anatomie et la pathologie médicales.

Cette réunion fut ouverte par un premier discours de M. Sakka, président de l'Association des étudiants, auquel succéda M. Ménétrier, qui rappela les importants progrès que la science médicale dut autrefois aux travaux de Abou Bekr el Razi.

Puis, après quelques rapides allocutions de MM. Jaouhadou, Ben Milad, Laignel-Lavastine, Belafrey et du docteur Hariz, la séance fut levée.

Nécrologie. — Dr E. Servin, à Paris, 3, rue Milton. — Dr John Lindray Howie, oto-rhino-laryngologiste à la Victoria Infirmary de Glasgow. — Dr Serdinko, professeur à l'Université de Prague. — Dr Melville Wassermann, décédé à Bucarest. — Dr Pierre Descomps, professeur agrégé, chirurgien de la Charité. — Dr Ch. Séguin, décédé à Rouen, à l'âge de 60 ans, des suites de blessures reçues en 1916.

BIBLIOGRAPHIE

La vaccination contre la tuberculose par le B.C.G. Expérimentation et pratique, par le Dr Roland Chaussinand. 1 vol. in-8° de 196 pages : 38 fr. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 6, place de l'Odéon, Paris (6e).

Le Congrès international de la tuberculose à Oslo vient de consacrer la méthode de prémunition antituberculeuse du professeur Calmette. Cette vaccination par le B. C. G. (bacille Calmette-Guérin), employée depuis plusieurs années dans le monde entier, n'est encore que peu connue de beaucoup de médecins et les échecs publiés sont dus, pour la plus grande part, à un emploi incorrect de ce vaccin. Ce livre ne peut donc manquer d'être accueilli avec faveur, car, jusqu'à présent, ce vaste sujet n'avait jamais été traité d'une manière aussi claire et aussi complète.

Cet ouvrage comprend trois parties. Dans la première, l'auteur analyse toutes les recherches expérimentales pratiquées sur le B.C.G. Il discute, en outre, la question de l'allergie à la tuberculine et celle de la stabilité du bacille atténué de Calmette.

Dans la deuxième partie, l'auteur expose les observations cliniques publiées jusqu'à présent dans les différents pays et indique les données qui permettent de réaliser une vaccination correcte et efficace. En outre, il apporte personnellement de très convaincantes démonstrations de la complète innocuité du B.C. G. chez l'enfant et des perfectionnements notables dans la technique des vaccinations par les voies sous-cutanées et intramusculaire.

La troisième partie, enfin, groupe la bibliographie complète des travaux parus sur le B.C.G. et sur les sujets connexes.

Cet ouvrage rendra service aux auteurs qui travaillent la question du B. C. G. et il sera indispensable aux médecins praticiens et aux étudiants qui veulent connaître la technique et les indications précises leur permettant de pratiquer par le B.C.G. une vaccination antituberculeuse efficace et sans danger.

L'auscultation dans le diagnostic de la tuberculose pleuro-pulmonaire, par René BURNAND. Un volume de 196 pages avec 51 figures hors texte : 40 fr. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce livre est un ouvrage pratique qui s'adresse aux médecins, à tous les médecins sans exception, spécialisés ou non. Conçu sur un plan nouveau, il a été principalement écrit afin de permettre au médecin d'établir *le diagnostic précoce* de la tuberculose pulmonaire par l'examen stéthacoustique rajeuni, rénové, basé enfin sur les méthodes d'investigation les plus récentes et principalement par la radiologie moderne.

C'est un véritable Traité de sémiologie comparée de radiologie et de stéthoscopie.

Loin d'opposer la méthode radiologique à la stéthacoustique, le docteur Burnand les harmonise et leur assigne à chacune leur place. On se rendra compte ainsi que, si grands que soient les services que rende la radiologie, ils ne doivent pas faire méconnaître ceux qu'on pourra tirer de l'auscultation.

L'auscultation nous renseigne mieux que les rayons X sur l'état évolutif et le dynamysme des lésions, sur leur degré d'humidité, ou de sécheresse, sur les réactions congestives ou pleurales, sur le retentissement de la maladie, sur la circulation sanguine intrapulmonoire, tous éléments essentiels dans la détermination du pronostic et le choix de la thérapeutique.

On se rendra compte que, si la radiologie a indiscutablement la priorité lorsqu'il s'agit de dépister des lésions profondes, des lésions parenchymateuses disséminées, des localisations scissurales, l'auscultation reprend, par contre, toute sa supériorité quand il s'agit de dépister des lésions bronchiques, de petits foyers de sclérose.

Telles sont les idées directrices qui ont présidé à la rédaction de ce livre.

L'ouvrage du docteur Burnand constitue en outre un véritable Traité de phtisiologie moderne, où de nombreux chapitres sont consacrés aux formes cliniques de la tuberculose pleuro-pulmonaire, où le lecteur trouvera non seulement une mise au point des travaux les plus récents sur le *syndrome cavitaire*, sur les *syndromes granuliques* et les *syndromes pneumoniques* et *spléno-pneumoniques*, mais aussi le fruit de la longue observation personnelle de l'auteur.

Ce retour aux disciplines du passé et à l'esprit clinique satisfera bien des médecins. L'auscultation, soumise à des règles d'application plus exactes et s'appuyant sur les découvertes de la science contemporaine, ne reste-t-elle pas le procédé le plus accessible au plus grand nombre d'entre eux, le seul accessible à ceux qui sont éloignés des centres urbains.

On ne trouvera pas dans ce Traité de détails sur la sémiologie thoracique parfaitement connue des lecteurs et exposée dans d'excellents ouvrages. Le docteur Burnand a voulu « désencombrer » cette sémiologie, dégager du fouillis inextricable et rebutant des faits, des théories, des signes décrits et interprétés contradictoirement par des centaines d'auteurs, une méthode diagnostique large et simple, adaptée aux variétés vivantes et pittoresques de la clinique en même temps que superposable aux données de la radiologie.

Ce livre contient une belle illustration de clichés radiologiques et de schémas stéthacoustiques destinés à être comparés entre eux.

L'ionisation et ses applications médicales. Etude physique, physiologique et thérapeutique, par MM. les Drs Paul DUHEM et Jean DUBOST, Un volume in-8 (20 1/2 × 13) de VIII-106 pages avec figures : 15 fr. Gauthier-Villars et Cie, éditeurs, 55, quai des Grands-Augustins, Paris (6e).

Les styles coloniaux de la France, par ÉMILE-BAYARD. Un vol. in-16 de 336 pages, 203 illustrations. Prix broché : 25 francs. Garnier frères, éditeurs, 6, rue des Saints-Pères, Paris.

L'auteur de l'*Art de reconnaître les Styles* se devait de donner à cet ouvrage classique un digne pendant. A la veille de l'« Exposition Coloniale de Paris », *Les styles coloniaux de la France* prépareront à une admiration raisonnée, en même temps qu'ils perpétueront synoptiquement les caractères divers d'une vision merveilleuse.

Le maréchal LYAUTEY a honoré d'une préface ce précieux guide d'ÉMILE-BAYARD, dont le clair renseignement sur les arts Africain, Asiatique, Océanien et Américain qui enrichissent notre patrie d'outre-mer, exalte avec compétence l'amour de la France esthétiquement prolongée.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'intoxication professionnelle par le Brome

Le Bromisme professionnel

Par André FEIL

Bien que le nombre des ouvriers qui manipulent le brome ne soit pas considérable, ce corps est susceptible de déterminer, soit par lui-même, soit par ses composés, des intoxications professionnelles qu'il est utile de connaître.

Etiologie

A. **Le Brome.** — 1° PROPRIÉTÉS CHIMIQUES. — Le brome ($Br^2 = 80$) a été découvert par Balard en 1826, dans les eaux mères des marais salants. Ce métalloïde existe, en effet, comme le chlore et l'iode dans les eaux de la mer ; il s'y trouve en très petite proportion, sous forme de bromures alcalins ; certains végétaux marins (les varechs, le fucus, etc.), en renferment des quantités relativement considérables, que l'on peut extraire industriellement.

Le brome est un liquide rouge-brun, très lourd (densité = 3,18 à 0°), qui, même à la température ordinaire, émet des vapeurs brunes d'une odeur irritante très désagréable. Le brome pur se solidifie par refroidissement à —7°3. Il bout à 63° C.

Il est très peu soluble dans l'eau, davantage dans l'alcool, très soluble dans le chloroforme, l'éther, le sulfure de carbone, qui prennent avec le brome, une teinte rouge. Il colore l'amidon en jaune.

Par l'ensemble de ses propriétés chimiques, le brome est intermédiaire entre le chlore et l'iode. Comme le chlore, il se combine de diverses façons :

Avec l'hydrogène, il donne un acide : l'acide bromhydrique (HBr) ;

Avec certains métaux (potassium, sodium, ammonium), il donne des bromures de K, de Na, d'Am. ;

Avec les carbures d'hydrogène, il donne des composés par substitution d'un atome de brome à un atome d'hydrogène, par exemple :

$$CH^4 + Br^2 = HBr + CH^3Br$$

méthane + Brome = acide bromhydrique + Bromure de méthyle

On obtient de même, le bromure d'éthyle (C^2H^5Br), le bromoforme ($CHBr^3$).

Certains de ces composés (bromure de méthyle, bromure d'éthyle), peuvent être la cause d'intoxication professionnelle.

2° ACTION TOXIQUE. — Le brome a une action irritante et caustique analogue à celle de l'iode.

Action sur la peau. — Le brome liquide colore l'épiderme en jaune et le détruit (brûlures graves).

Le brome en vapeurs, détermine une sensation de chaleur et une congestion plus ou moins marquée.

Action sur la muqueuse respiratoire. — L'inhalation de vapeurs de brome, même en faible quantité, irrite fortement la muqueuse respiratoire et amène de la dyspnée et de la suffocation.

Action sur la muqueuse digestive. — L'ingestion de brome liquide détermine d'abord une irritation très vive, sensation de chaleur, nausées, etc., plus tard, apparaissent des symptômes généraux d'intoxication (petitesse du pouls, crampes, convulsions, collapsus, etc.).

On a étudié expérimentalement, chez l'*animal*, l'action toxique du brome :

a) Par inhalation. — Les animaux soumis à l'action des vapeurs de brome présentent une vive irritation des voies respiratoires et digestives, par exemple, des hémorragies gastriques.

L'examen du sang montre deux faits importants : d'abord une diminution du nombre des globules rouges et du taux de l'hémoglobine, diminution qui est en rapport avec l'intensité de l'intoxication. Puis, une leucocytose notable, qui atteint environ quatre fois la normale. Celle-ci porte sur les lymphocytes quand l'animal est soumis à de petites doses continues, et sur les leucocytes neutrophiles quand les vapeurs agissent à doses élevées.

En répétant journellement les inhalations de vapeurs de brome, on crée, chez l'animal, une certaine accoutumance qui oblige à augmenter les doses pour obtenir les mêmes résultats. C'est là un point à souligner, car il explique la plus grande résistance, à l'intoxication, des anciens ouvriers.

Voici, d'après Lehmann (1), quelles sont les doses toxiques chez l'animal (expériences faites sur le chat).

Quantité de vapeurs de brome (par litre d'air)	*Durée de l'inhalation*	*Symptômes observés*
0,007 à 0,014	6 h.	pas de phénomènes graves
0,022	30 à 60 minutes	*Id.*
0,22 a 0,33	30 à 60 minutes	phénomènes graves, mais non mortels.
5 cc. 5	très courte.	mort.

b) Par ingestion. — Les doses toxiques, par ingestion, sont mal connues, car elles varient essentiellement avec la nature et surtout la quantité du dissolvant.

Voici quelques chiffres pour fixer les idées :

On a pu tuer un chien en lui faisant absorber 60 gouttes de brome liquide.

On a obtenu un semblable résultat après ingestion de 0,25 centigr. de brome dans 60 gr. d'eau.

Lésions anatomiques. — Les lésions diffèrent suivant que l'animal est mort à la suite d'inhalation de vapeurs de brome ou d'ingestion de brome liquide :

Après l'inhalation de doses rapidement mortelles, on remarque un œdème pulmonaire intense et de graves lésions des bronches. Si la mort ne survient qu'après quelques jours, on voit des foyers de broncho-pneumonie.

Après l'ingestion de brome liquide on trouve encore des lésions pulmonaires inflammatoires, mais celles-ci sont au second plan. Ce qui domine, ce sont naturellemnt les altérations de l'appareil digestif : l'intestin a une coloration jaune rougeâtre et répand une odeur de brome très caractéristique. L'estomac a souvent une coloration plus foncée, noirâtre, et présente çà et là de petites ulcérations. Le foie est hyperémié.

Doses toxiques chez l'homme. — L'homme est, comme l'animal, très sensible aux vapeurs de brome. Il ne peut supporter une atmosphère contenant plus de quelques millionièmes de brome.

Voici des chiffres moyens qui fixent les doses auxquelles peuvent se produire les accidents. Ces chiffres sont plus élevés que pour le chlore qui est, en poids, environ deux fois plus toxique que le brome.

Quantité de vapeurs de brome (par litre d'air)	*Symptômes observés*
0,001 à 0,003.	L'ouvrier est peu incommodé.
0,003 à 0,008,	L'ouvrier est notablement incommodé.
0,008 à 0,015,	L'ouvrier est très incommodé (ne peut continuer son travail).
au-dessus de 0,015.	Doses pouvant être mortelles.

(1) *Hygiène du travail*, 1930, p. 377, éditée par le Bureau international du travail.

◆◆

3° Voies d'introduction et d'élimination. — Les vapeurs pénètrent dans l'organisme par les poumons, peut-être aussi par les muqueuses.

Le brome absorbé sous forme de vapeurs s'élimine, à l'état de bromures alcalins, dans les sécrétions et surtout par les urines et les glandes.

B) **Professions qui exposent à l'intoxication bromique.**

La préparation industrielle du brome.	
La préparation des composés organiques ou inorganiques du brome.	Ethers du brome (bromure d'éthyle, etc.). Bromates.
La préparation des produits pharmaceutiques.	Les bromures de K, Na, Am. Le bromoforme. Le permanganate de potassium.
La fabrication des matières colorantes.	Bromure d'indigo. Eosine. Bleu de prusse.
La préparation de l'alcool de bois.	
La préparation du plomb tétraéthyle et du bibromure d'éthylène.	(Souvent mélangés pour l'usage).
L'extraction de l'or et du platine.	
Emploi comme désinfectant.	A l'état liquide ou sous forme de vapeurs.
Emploi en photographie.	Sous forme de bromure d'argent, de potassium, etc.
Emploi en médecine.	
Dans les laboratoires.	Le brome est employé comme oxydant.
Fabrication des gaz asphyxiants.	Les cétones bromées (employées comme gaz suffocant).
Fabrication des bombes à gaz asphyxiant.	Les bromures de benzyle (gaz lacrymogènes). Les éthylarsines bromées. Le bromopicrine, bromocyanogène, etc.

C) **Causes prédisposantes.** — Certains sujets sont particulièrement sensibles aux vapeurs de brome ; ils présentent des manifestations morbides sur la peau ou les muqueuses, alors que leurs camarades, pareillement exposés, ne présentent rien de semblable.

L'accoutumance crée une résistance à l'intoxication : des ouvriers habitués aux vapeurs de brome arrivent à supporter une dose quatre fois plus forte que des sujets non entraînés.

L'alcoolisme favorise les accidents pulmonaires ; de même, les ouvriers à peau en mauvais état ou sujets aux eczémas, font plus facilement des lésions cutanées.

Symptômes. Formes cliniques

Brome liquide. — L'*ingestion* de brome liquide ne peut résulter que d'un empoisonnement-suicide. Ce corps dégage des vapeurs trop irritantes pour qu'un ouvrier puisse en absorber par inadvertance.

On ne connaît d'ailleurs que très peu d'empoisonnement par ingestion de brome. Dans un cas rapporté par Snell, il y eut absorption de 32 gr. de brome liquide ; la mort se produisit sept heures plus tard. Elle fut précédée de symptômes de gastro-entérite suraiguë, puis de crampes, convulsions, petitesse du pouls, enfin collapsus et mort.

Si l'ingestion de brome liquide ne peut avoir d'intérêt professionnel, par contre les brûlures de la peau sont assez fréquentes chez les ouvriers qui manipulent ce corps. Le brome est, en effet, très caustique ; au contact de la peau, il détermine des brûlures très graves qui sont longues à guérir. Cette gravité paraît résulter de l'oxydation du brome et de sa transformation en acide bromhydrique qui a tendance à pénétrer et à ronger.

On observe surtout des brûlures aux mains et aux pieds, celles-ci surviennent assez fréquemment par bris de flacon.

Voici, en exemple, un fait que nous avons observé : un ouvrier manipulait du bromure d'éthylène impur, renfermant du brome. Le flacon se brise, des éclaboussures jaillissent sur le genou gauche. L'ouvrier se lave aussitôt avec du carbonate de soude ; mais le pantalon reste imbibé. Le soir, en se couchant, il s'aperçoit que sa chaussette est mouillée. Il éprouve au niveau du pied une légère cuisson, il se lave le pied, puis s'endort tranquillement sans soupçonner qu'une brûlure puisse se produire. Au réveil, il remarque sur le dos du pied une brûlure étendue, avec larges phlyctènes, qui l'oblige à interrompre son travail pendant six semaines. Actuellement, quatre mois après l'accident, il persiste une large cicatrice de dix centimètres.

Vapeurs de Brome. — Les vapeurs de brome sont irritantes et caustiques ; leur action se manifeste sur les parties découvertes, peau et muqueuses ; et, par l'intermédiaire de l'air inspiré, sur l'appareil respiratoire.

L'inhalation de vapeurs de brome, même en très faible quantité, détermine de la dyspnée avec sensation de suffocation (due peut-être à un spasme glottique), de la toux, une brûlure des yeux, du picotement de la muqueuse nasale. C'est cet ensemble de symptômes que les ouvriers, qui manipulent le brome, appellent une *« prise de gaz »*.

Grâce à cette action irritante, qui rend manifeste la présence des vapeurs et oblige l'ouvrier à rechercher l'air libre, les accidents graves sont très rares.

Il est des cas, cependant, où le dégagement de vapeurs bromiques se fait brutalement, à doses massives ; l'ouvrier n'a pas le temps de fuir. La mort peut survenir rapidement par accidents pulmonaires, suffocation ou collapsus.

Ces faits sont heureusement exceptionnels ; par contre, il est possible, après une inhalation prolongée, de rencontrer des cas d'intoxication aiguë progressive. L'ouvrier perçoit d'abord une irritation intense des muqueuses (nez, yeux, gorge), se traduisant par l'éternuement, le larmoiement, la toux, de l'hypersalivation. Les troubles respiratoires se manifestent par une oppression intense, des quintes de toux sans arrêt, amenant parfois des crachats sanglants. Le malade est pâle, il a quelquefois des nausées ou des vomissements. Souvent les phénomènes s'atténuent, disparaissent à l'air libre.

Il est d'autres cas, où la mort survient par œdème pulmonaire. L'action irritante du brome peut aussi favoriser l'éclosion, surtout chez les alcooliques, de pneumonies, broncho-pneumonies, etc., qui amènent la mort au bout de quelques jours ou de quelques semaines.

Peut-être existe-t-il des formes où dominent les symptômes nerveux (céphalée, ivresse avec irritabilité). On a signalé des troubles de la sensibilité et, quelquefois, une dépression nerveuse avec diminution des facultés intellectuelles.

Les formes *chroniques* ne sont pas admises par tous les experts. Certains rattachent au brome un état de dechéance plus ou moins accentué, caractérisé par de l'anémie et de l'amaigrissement.

Action des vapeurs de brome sur la peau. — C'est l'action principale, caractéristique de l'intoxication par le brome.

Les vapeurs de brome peuvent agir directement par leur action irritante qui se traduit par une sensation de chaleur et des phénomènes de congestion plus ou moins intense, aboutissant, suivant la durée d'exposition, à la formation de vésicules, de pustules, et même, si l'action nocive du brome est prolongée longtemps, à des ulcérations douloureuses, profondes, longues à se cicatriser.

Acné bromique. — L'acné bromique s'observe chez les ouvriers qui manipulent le brome : on l'a particulièrement rencontrée pendant la guerre dans les usines où l'on fabriquait les gaz asphyxiants.

L'acné bromique professionnelle affecte les mêmes territoires que l'acné vulgaire : elle siège principalement à la face (les joues, le front), au dos, rarement à la nuque, quelquefois, au niveau des parties génitales : dans ce dernier cas, il faut incriminer l'irritation produite par les vêtements imprégnés de substances toxiques et le contact des mains sales au moment des mictions.

L'acné bromique se différencie de l'acné banale par son apparition aiguë ; par le caractère inflammatoire, induré, noueux, des

éléments éruptifs; par leur volume plus considérable, certains éléments peuvent prendre l'aspect anthracoïde.

On voit, souvent, sur les paupières quelques pustules suintantes qui se recouvrent rapidement de croûtes.

Le caractère nettement inflammatoire des papulo-pustules acnéiques, détermine quelquefois, au niveau de la figure un léger œdème, surtout marqué aux paupières.

A côté de l'acné, peuvent se montrer d'autres formes d'éruption, qui ne s'en différencient pas toujours nettement. Ce sont les *bromides.*

Les bromides ecthymateuses et végétantes débutent par une bulle purulente, à base inflammatoire ; elles deviennent végétantes au centre et s'étendent avec rapidité.

Parmi les éruptions bromiques, il faut signaler une forme rare mais caractéristique. C'est la *bromide papulo-tuberculeuse végétante.* Elle est constituée par une saillie nummulaire, croûteuse, mamelonnée ou papillomateuse, de coloration rougeâtre, donnant au toucher la sensation de velours mouillé. La plaque est limitée par un ourlet de suppuration et s'accroît rapidement.

Les lésions cutanées, acnés et bromides, guérissent lorsque l'ouvrier est éloigné de son métier ; mais elles laissent, après guérison, de nombreuses cicatrices indélébiles.

On a quelquefois observé une coloration brune autour de la bouche et un aspect jaunâtre des dents.

Action sur les muqueuses. — Les vapeurs de brome peuvent déterminer de l'irritation de la muqueuse buccale (stomatite), de la muqueuse nasale (rhinite).

Action sur les yeux. — Les vapeurs de brome occasionnent assez souvent, chez les ouvriers, des conjonctivites et même des kératites.

On a signalé exceptionnellement et seulement dans les formes graves, des troubles de la vue, la diminution et même l'absence du réflexe conjonctival.

Diagnostic

Il est habituellement facile de reconnaître l'intoxication bromique, puisque celle-ci, presque toujours aiguë, se traduit par un dégagement de vapeurs de brome, dont l'*odeur* est suffisamment caractéristique. Si l'on ignore la profession de l'ouvrier et la possibilité de l'intoxication, le diagnostic est très difficile ; l'intoxication bromique ne présente, en effet, aucun signe spécifique qui permette de la reconnaître, et l'on est obligé, pour affirmer l'intoxication, de rechercher le brome dans les urines ou dans les viscères.

Les éruptions cutanées (acnés, bromides), survenant chez un ouvrier qui manipule le brome, seront facilement rapportées à leur cause. On peut même craindre que les travailleurs et les médecins, aient un peu tendance à mettre, sur le compte de l'intoxication bromée, des lésions de la peau de nature bien différente.

Les ouvriers du brome ne sont pas plus indemnes que les autres de lésions tuberculeuses ou syphilitiques. Ainsi, les bromides végétantes papulo-tuberculeuses peuvent être confondues avec la tuberculose papillomateuse ou fongueuse, les syphilides végétantes, le pemphigus végétant ; on les différenciera par la rapidité de leur évolution, leur mollesse.

Les autres bromides végétantes ressemblent beaucoup aux iodides. Le diagnostic est presque impossible si l'on ignore la profession du malade. On se rappellera cependant que les bromides sont plus fongueuses, plus molles, moins suppuratives.

En présence d'un cas d'intoxication aiguë ou d'une éruption cutanée chez un ouvrier qui manipule le brome, il est quelquefois nécessaire de faire la preuve de l'intoxication par la recherche du brome soit dans l'urine (qui est la voie d'élimination habituelle), soit dans les viscères.

Recherche du brome dans l'urine. — Pour déceler le brome dans l'urine, on ajoute à l'urine un excès de potasse : on évapore, on calcine.

Dans le produit résiduel, on peut caractériser le brome de diverses façons :

a) Par distillation du résidu avec de l'acide sulfurique et du bioxyde de manganèse (on peut aussi se servir du bichromate de potassium). Il se dégage des vapeurs brun-rougeâtre de brome, d'une odeur caractéristique.

b) Par la coloration violette du bromhydrate de bromure cuivreux (Sabatier, Deniges).

c) Par action du brome libre sur la fuchsine bisulfitée (Deniges), qui vire au rouge.

d) Par l'action de l'eau bromée sur les dérivés d'hydruration de la strychnine (Denigès).

e) Par la décoloration de l'indigo.

f) Par transformation du brome en bromure alcalin ou en bromure d'argent.

Recherche du brome dans les viscères. — Les matières suspectes sont alcalinisées par la potasse, desséchées, puis calcinées à une température peu élevée.

On procède ensuite comme pour l'urine.

Dosage du brome. — Il existe plusieurs méthodes. La meilleure, d'après Ogier et Kohn-Abrest (1), consiste à transformer d'abord le brome en bromure alcalin, puis on procède au dosage :

a) S'il n'y a pas de chlorure et si le liquide est neutre, on utilise le dosage volumétrique au moyen d'une liqueur titrée d'argent, en se servant du bichromate de potasse comme indicateur de la fin de la réaction. Le mode opératoire est le même que pour le dosage des chlorures. Une partie de bromure d'argent correspond à 0,4255 de brome et un cent. cube de liqueur de nitrate d'argent décinormale à 0 gr. 008 de brome.

b) S'il y a des chlorures, la réaction, plus complexe, se fait en deux opérations :

1° On précipite d'abord le mélange par le nitrate d'argent : le précipité est séparé du filtre et placé dans un creuset de porcelaine ; on lave le filtre avec un peu d'ammoniaque, et on ajoute cette ammoniaque dans le creuset. On évapore, on calcine et on pèse le tout, ce qui donne la somme bromure et chlorure d'argent.

2° Ce précipité mixte est détaché du creuset. On l'introduit dans une ampoule soufflée au milieu d'un tube de verre peu fusible, que l'on pèse. Puis, on fait passer à travers le tube un un courant de chlore pur et sec, et l'on chauffe pendant ce temps l'ampoule de manière à maintenir le précipité à l'état de fusion. Lorsque le tube ne change plus de poids, on chasse le chlore restant et on pèse. La perte de poids permet de calculer le brome qui est remplacé molécule à molécule par le chlore. Soit P, le poids du précipité chlorure et bromure d'argent ; p, le poids du mélange introduit dans l'ampoule ; π la perte de poids. La différence du poids atomique du chlore et de brome est 44-5 Le poids moléculaire du bromure d'argent est 188. Le rapport :

$$\frac{44,5}{188} = \frac{\pi}{x}$$

donne la valeur de x, poids du bromure d'argent contenu dans le mélange. Il est ensuite aisé d'en conclure la quantité de bromure d'argent contenu dans P. On calcule le chlorure par différence. Le poids du bromure d'argent, multiplié par $\frac{80}{188} = 0{,}4255$, donne le brome.

Lorsqu'il s'agit de doser de très petites quantités de brome, Ogier et Kohn-Abrest conseillent d'employer le procédé suivant : le liquide est strictement acidulé par de l'acide chlorhydrique dilué en présence d'une trace d'hélianthine. On en prélève 5 cc. que l'on additionne d'un centimètre cube d'eau de chlore. On ajoute 1 cc. de chloroforme et on agite pendant quelques secondes. Le chloroforme prend ainsi une coloration plus ou moins jaune que l'on évalue au colorimètre. On décèle ainsi 1/20e de milligramme de brome.

Traitement

De l'intoxication. — Il faut immédiatement transporter la victime à l'air libre ; desserrer les vêtements ; faire respirer de l'oxygène. S'il est nécessaire, on fera des injections d'huile camphrée, de caféine, d'oxygène sous-cutanée.

(1) Ogier et Kohn-Abrest. — Chimie toxicologique, 1924, p. 32.

On lui donnera du café noir. On pourra lui faire respirer de l'alcool dans lequel on aura mis quelques gouttes d'ammoniaque (environ X gouttes pour 25 cmc. d'alcool). Cette pratique était en usage dans une usine que nous avons visitée :

$$3\,Br^2 + 6\,NH^4OH = 6H^2O + N^2 + 6HN^4Br$$

(Br^2 toxique ; HN^4Br bromure d'ammonium, inoffensif.)

De l'acné. — Recommander les soins de propreté. Donner les pommades usuelles. Le seul traitement efficace est souvent de changer de profession.

Des brulures. — Le traitement des brûlures produites par le brome liquide est celui des brûlures en général. Mais il faut savoir que ces brûlures sont souvent profondes et toujours longues à guérir. On s'efforcera le plus possible de les éviter en manipulant avec précaution les flacons qui contiennent le brome. Nous conseillons de mettre à la disposition des ouvriers des baquets remplis d'une solution de bromure de fer qui a pour propriété de neutraliser et de dissoudre le brome. Dès que l'accident se produit, l'ouvrier plonge la partie touchée, par exemple le pied, dans la solution de bromure de fer ; il le plonge avec la chaussure ou le sabot. Souvent, il évite ainsi une brûlure, ou si celle-ci se produit, elle offre une moindre gravité.

Prophylaxie

1° Hygiène industrielle. — Surveiller soigneusement les appareils ; s'assurer de leur étanchéité.

Les ateliers seront largement aérés ; des ventilateurs permettront un renouvellement régulier de l'air.

2° Hygiène individuelle. — On mettra à la disposition des ouvriers des vêtements de travail, des masques, des appareils respiratoires.

Une grande propreté corporelle sera exigée pour éviter les éruptions ; des bains-douches seront installés dans l'usine et mis chaque jour à la disposition des ouvriers.

L'examen médical, régulier, permettra de surveiller la peau des ouvriers ; d'écarter, de faire changer de métier ceux qui présentent une tendance aux eczémas, aux éruptions.

Législation

La déclaration des intoxications causées par le brome est exigée en France par le décret du 19 février 1927, complété par celui du 16 novembre 1929.

Le bromisme n'est pas reconnu en France comme maladie professionnelle donnant droit à réparation. Mais, l'intoxication aiguë présente des caractères d'imprévu, de soudaineté, qui permettent de l'assimiler le plus souvent à l'accident du travail.

Contribution à l'étude de l'étiologie des affections cardiaques [1]

Par G.-I. KATZ

Le rhumatisme articulaire aigu est indiqué comme étant la cause la plus fréquente des affections cardiaques, autant dans l'ancienne littérature que dans les publications les plus récentes.

Ainsi dans sa dernière monographie Romberg (1) dit avoir observé au cours des seize années 2.218 malades cardiaques hospitalisés dans sa clinique. De ce nombre 760 étaient atteints d'endocardite acquise, 131 malades de l'insuffisance aortique, 4 de la sténose aortique, 476 avaient de l'insuffisance ou de la sténose mitrale ; 134 avaient des lésions complexes : insuffisance aortique avec insuffisance mitrale ; les autres présentaient des lésions complexes plus rares.

Romberg attribue au rhumatisme articulaire aigu une grosse part dans la genèse des affections cardiaques acquises et il insiste sur la nécessité des mesures prophylactiques et des moyens d'éviter les récidives du rhumatisme articulaire aigu.

Romberg s'associe à l'opinion de Paessler suivant laquelle le rhumatisme articulaire aigu pourrait être dû à la présence de foyers purulents siégeant au niveau de la cavité des amygdales, des dents cariées, les récidives auraient aussi leur origine dans les mêmes foyers. C'est pourquoi il conseille des soins attentifs vis-à-vis de ces foyers septiques.

Il indique que sur 760 cas de lésions cardiaques acquises, 324 étaient dus au rhumatisme articulaire aigu, ce qui fait 42,6 %.

Chez Zondeck (2) nous trouvons les mêmes indications.

Cet auteur signale l'endocardite, la myocardite en tant que complications fréquentes de nombre d'infections, telles : la septicémie, les maladies infectieuses, diphtérie, scarlatine, fièvre typhoïde ; mais c'est encore chez les malades atteints de rhumatisme articulaire aigu que l'on observe le plus souvent les affections cardiaques.

Dans le dernier travail de Siebeck (3) nous trouvons aussi l'affirmation que l'endocardite aiguë apparaît souvent au cours des diverses affections aiguës infectieuses, mais on la trouve le plus souvent en tant que complication du rhumatisme articulaire aigu. L'endocardite se voit plus rarement au cours de la scarlatine, des angines, de la chorée et des infections septiques, souvent en plus de l'endocarde, le myocarde et le péricarde sont lésés (c'est la pancardite). La pancardite peut être provoquée par différents agents, tels le strepto, le staphylo, le pneumocoque.

D'après Siebeck la lésion reste bien souvent latente, fait qui s'observe surtout dans les cas d'endocardite pariétale qui accompagne fréquemment la myocardite aiguë.

Cette lésion ne se manifeste que lorsqu'elle a envahi les valvules et qu'elle gêne leur fonctionnement normal.

Koucheff (4) envisage dans son dernier travail sur l'instabilité des maladies la question du rôle du rhumatisme articulaire aigu dans la pathologie des affections cardiaques ; il rapporte des statistiques montrant l'accroissement des affections cardiaques et la plus grande mortalité à la suite de ces dernières en Angleterre, en Allemagne, en Suède, en Autriche et au Danemark. D'après cet auteur autant l'évolution que le tableau clinique du rhumatisme articulaire aigu se serait actuellement modifié.

On remarque l'évolution moins grave, des sueurs moins profuses, moins de complications du côté des poumons, mais par contre les atteintes cardiaques seraient plus fréquentes au cours des complications du rhumatisme articulaire aigu.

Se basant sur des observations personnelles prolongées Koucheff affirme la plus grande fréquence des affections cardiaques dues au rhumatisme articulaire aigu survenant le temps dernier.

Il rapporte les statistiques de Wolf, ce dernier montre qu'en Angleterre sur 8 décès un est dû à une affection cardiaque, ce qui fait que 12 % de tous les décès ont pour cause une affection cardiaque. La moitié de ces malades doivent leur lésion cardiaque au rhumatisme articulaire aigu.

Hercké (10) indique dans un travail très étendu sur l'étiologie des péricardites que, suivant les sources bibliographiques, la cause la plus fréquente des péricardites serait le rhumatisme, et ceci principalement le temps dernier depuis que l'intérêt apporté à l'étude de cette affection a grandi.

Hercké rapporte la statistique des causes étiologiques

[1] Travail fait au dispensaire central de cardiologie de la ville d'Odessa.

des péricardites, cette dernière nous apprend que suivant certains auteurs (Talalaeff) dans 50 % de toutes les péricardites on trouve une étiologie rhumatismale, suivant d'autres auteurs (Pribam, Eichorst) ce chiffre ne dépasserait pas 5 %.

Hercké a pu constater dans 19 % des cas de la péricardite rhumatismale, plus rares sont celles dues à la tuberculose, encore plus rares sont celles des néphrites (péricardite urémique). Ces observations sont basées sur de nombreuses autopsies (26.711) et sur un nombre considérable d'observations (75.856).

Hercké souligne le fait qu'au cours des années ayant précédé la guerre on aurait observé de rares cas de péricardite chez les malades atteints de néphrite et qu'après la guerre leur nombre aurait presque atteint 30 % du nombre total des péricardites.

Hercké explique ce fait de la façon suivante : d'après lui, il faut considérer, en dehors de la néphrite, aussi l'état général de l'organisme qui du fait de la guerre est souvent affaibli par l'insuffisance de l'alimentation, les conditions défectueuses de l'existence.

Une autre cause étiologique des péricardites ce sont les pneumocoques et les diplocoques ; ensuite viennent les péricardites grippales, leur nombre d'après Hercké atteindrait 18 %. Puis ce sont les péricardites dues à la septicémie, à l'érésypèle, à la scarlatine, aux métastases des tumeurs malignes, à la syphilis, à la blennorragie, à la fièvre typhoïde, au typhus exanthématique, au charbon, à la dysenterie, au scorbut, à l'actinomycose rarement primitive, le plus souvent secondaire).

Comparant les données de Romberg, de Hirschfeld et les siennes, Hercké arrive à la conclusion que la cause étiologique la plus fréquente des péricardites c'est le rhumatisme, ensuite viennent les infections à diplocoques et puis les septiques ou les septico-pyémiques provenant principalement de la cavité abdominale, du péritoine, de l'endomètre et des amygdales, la tuberculose et la néphrite ne viennent qu'après.

Talalaeff prouve dans ses travaux que dans tous les cas sans exceptions, au cours du rhumatisme, ses lésions se localisent au niveau du cœur.

Cet auteur distingue quatre types anatomo-cliniques fondamentaux du rhumatisme articulaire aigu, attaquant obligatoirement le système cardio-vasculaire.

1° Le rhumatisme articulaire aigu avec sa triade caractéristique, atteinte du système cardio vasculaire, la polysérosite, la polyartrite ;

2° Le rhumatisme cardiaque avec atteinte du système cardio-vasculaire et de la polysérosite, mais sans polyartrite ;

3° Type ambulatoire ou viscéral avec endocardite sans température élevée évoluant vers une lésion cardiaque grave ;

4° Atteinte du système circulatoire, du myocarde, tableau de la myocardite rhumatismale sans toutefois de lésions des valvules.

Talalaeff admet très bien l'existence de lésions cardiaques sans qu'il y ait du rhumatisme dans les antécédents.

Nous voyons qu'autant les nouveaux que les anciens auteurs considèrent le rhumatisme articulaire aigu comme cause la plus fréquente (presque dans la moitié des cas des endocardites, des myocardites et des péricardites.

Les auteurs nouveaux disent qu'autant le rhumatisme articulaire aigu avec ses diverses complications seraient dus à des processus septiques variés.

Le rôle important du rhumatisme articulaire aigu dans l'étiologie des affections cardiaques d'un côté et le nombre croissant de ces dernières d'un autre côté ont attiré l'attention de nombreux observateurs.

Trois causes pourraient expliquer le nombre croissant des affections cardiaques : 1° la plus grande fréquence des agents pathogènes vis-à-vis du cœur ; 2° la plus grande attention apportée à la question ; 3° les forces immunisantes biologiques de l'organisme auraient faibli. Il est probable que ces trois facteurs agissent ensemble.

Nous avons entrepris une étude spéciale portant sur 1.000 malades observés au dispensaire central de cardiologie, pour préciser le rôle du rhumatisme articulaire aigu dans l'étiologie des affections cardiaques.

Nous avons recueilli un certain nombre de données nous intéressant grâce à des observations détaillées ; ces données pourront peut-être avoir de la valeur pour la question de la prophylaxie des affections cardiaques.

Nous avons dans le plus grand nombre des cas vérifié notre diagnostic à la radio.

Sur les 1.000 malades étudiés il y avait 400 hommes et 600 femmes. Les hommes examinés étaient âgés de 5 à 50 ans et les femmes de 6 à 50 ans.

Les malades âgés de plus de 50 ans ne furent pas étudiés, car chez eux des lésions de sclérose pouvaient facilement gêner l'exactitude des observations.

Parmi les hommes il y avait 300 ouvriers, 82 employés, 6 protégés et 12 assurés sociaux ; parmi les femmes : 336 ouvrières, 80 employées, 162 protégées, 22 assurées sociales.

On constate d'autre part que ce sont la grippe et les angines qui présentent la cause la plus fréquente des affections cardiaques. On ne pourrait dire laquelle de ces deux maladies prédomine car les malades se confondent trop souvent. Du reste le plus souvent ces deux maladies évoluent de façon associée.

Dans le nombre des 1.000 malades cardiaques que nous avons observés, chez 10 nous n'avons pu noter dans les antécédents d'autres infections que la grippe et les angines (dont 26 cas d'angine streptococcique).

Nous voyons donc que 41 % des affections cardiaques sont d'origine grippale ou angineuse : autrement dit les angines et les grippes auraient occupé la place que tenait jusqu'ici le rhumatisme articulaire aigu.

La seconde place revient aux cas où à la suite d'une grippe ou d'une angine apparaît le rhumatisme articulaire aigu et l'affection cardiaque ne se développe que plus tard.

Nous avons pu observer 48 cas de ce type, ce qui fait 4,8 %.

Le troisième groupe est celui où l'affection cardiaque s'est développée à la suite du rhumatisme articulaire aigu, nous avons observé 40 cas, donc 4 %.

Si nous réunissons même ces deux derniers groupes nous n'obtenons que 8,8 %, chiffre qui est de beaucoup inférieur à celui indiqué par tous les investigateurs autant nouveaux qu'anciens.

Nous basant sur nos observations, sans entrer dans les détails et l'énumération des autres affections pouvant occasionner des lésions cardiaques (Katz, 5 et 6), nous pouvons dire que chez nos malades la cause la plus fréquente des affections cardiaques fut la grippe et l'angine (41 %) ou parlant avec plus de précision, l'angine grippale. Quant au rhumatisme articulaire pur il n'occupe que la troisième place, ce qui fait 4 %.

Kontchalovsky (7) a étudié l'importance des divers microbes entrant dans le virus grippal, et il a indiqué le fait que la première lésion des muqueuses était provoquée par le bacille de Pfeiffer, ce n'est qu'après que rentrent en jeux les pneumo et les diplocoques et encore plus tard les strepto et staphylocoques, ces derniers sont la cause des processus septiques secondaires au cours des angines.

Les investigateurs actuels [Iegoroff (8), Kontchalovsky (7), Kriloff (9), Zlatogoroff-Koritsky (12)], qui étudient cette question dans tous ses détails, affirment : 1° que le processus grippal serait dû à plusieurs microbes ; 2° que sous l'influence de l'infection grippale se produirait l'éveille ou la mobilisation de nombreux foyers d'infection latente, ou encore, 3° qu'au cours de l'évolution grippale la résistance de l'organisme dans son ensemble serait diminuée.

◆◆◆

Besredka a prouvé que les microbes gardaient un temps assez prolongé vis-à-vis des différents organes et tissus de l'organisme leur propriété élective.

Cette constatation explique l'existence des cas d'endocardite prolongée ou à rechute, ainsi que des artrites et des pyélites du même type, ce qui dépendrait de la présence dans l'organisme d'un foyer caché d'infection, où les microbes restent gardant leur tendance élective vis-à-vis de tel ou tel autre organe de l'organisme (Zlatogoroff).

Tous les auteurs sont d'accord sur les voies que doit suivre la prophylaxie, elles sont les suivantes : 1° il faut augmenter les forces de résistance de l'organisme : 2° il faut détruire les foyers septiques de l'organisme autant les chroniques que les aigus (Iegoroff).

Ce n'est que dans ces conditions qu'on pourrait diminuer le pourcentage des affections cardiaques.

Iegoroff est en droit de s'étonner du fait que dans les précis les plus récents de pathologie interne, dans les précis universellement connus on ne parle pas des angines grippales. Ainsi, dans le traité allemand de Bergman et Stehelin nous ne trouvons aucune indication à ce sujet, il en est de même pour le traité de Roger, Widal et Teissier.

Et pourtant l'expérience de la pratique journalière démontre qu'en ne peut considérer la grippe et l'angine en tant que deux affections séparées, indépendantes ; si l'angine se combine à la grippe il faut penser que c'est toujours la manifestation de la même grippe. Si l'angine évolue sans grippe, cela ne l'empêche pas d'être grippale (Iegoroff).

Davidoff et Koutirine, se basant sur leurs investigations arrivent à la conclusion : 1° que l'on ne peut parler de l'état des amydales se basant seulement sur leur aspect extérieur ; 2° que même une amygdale hypertrophiée peut être saine et fonctionner normalement ; 3° qu'au cours d'une atteinte angineuse aiguë de l'amygdale, il peut ne pas y avoir de foyer d'infection tant que les fonctions de l'amydale et la résistance de l'organisme ne sont pas troublées ; 4° qu'au cours du traitement des endocardites il est indispensable de bien examiner le contenu des cryptes amygdaliennes, car ces dernières en dehors de toute angine contiennent des foyers infectieux virulents et sont un foyer primitif qui tout en étant latent peut être le point de départ de l'infection ; 5° que l'infection amygdalienne est plus fréquente que l'auriculaire ; 6° que d'après les observations cliniques et les résultats du traitement des amygdalites il faut considérer comme étant probable la relation étiologique entre l'angine et l'endocardite.

Nous rapportons quelques cas caractéristiques du nombre de ceux que nous avons observés pour mieux prouver l'influence de l'infection grippale sur les divers organes et principalement sur le cœur.

I. — K. D., 19 ans, ouvrière (observation n° 68), atteinte de malaise général, de céphalée, de douleurs articulaires avec température à 38°, 38,5, état catarrhal des muqueuses pharyngée et nasale. Avant cette affection toujours bien portante. Au troisième jour stomatite purulente, la température atteint le soir 40°. Cet état persiste pendant deux semaines. On constate une endocardite. La malade est obligée de garder le lit pendant deux mois, avec de la glace sur la région précordiale.

II. — G. T., 20 ans, employé (observation n° 79), a une angine folliculaire, qui se complique au sixième jour de rhumatisme articulaire aigu. Tous les phénomènes s'atténuent progressivement. Au bout d'un mois les mêmes phénomènes reviennent : angine folliculaire et vers le quatrième jour rhumatisme articulaire aigu. Au cinquième jour après tuméfaction des articulations on constate une endocardite.

III. — K. F., 38 ans, ouvrière (observation n° 172). Jusqu'à l'âge de 30 ans, on ne trouve rien de particulier dans les antécédents. A ce moment elle aurait eu une angine streptococcique grave suivie de fièvre à répétition. On constate une endocardite et la malade reste alitée pendant un mois avec une vessie de glace sur la région précordiale. Actuellement la malade a encore de temps en temps des accès de fièvre, la température ne s'élève que rarement à plus de 38.

IV. — F. E., 28 ans, employée (observation n° 215). Il y a trois ans ayant eu une grippe aiguë compliquée d'angine et, depuis tous les ans, fait des grippes avec angines. L'endocardite fut constatée rapidement après la première grippe, elle devient plus grave à chaque nouvelle reprise de grippe ou d'angine.

V. — N., 32 ans, doctoresse en médecine (observation n° 371). Tous les ans depuis l'âge de 28 ans souffre d'une angine folliculaire. On aurait déjà incisé à trois reprises et évacué des quantités abondantes de pus ; avant cette affection rien de particulier dans les antécédents. L'endocardite fut constatée à la suite de la première angine.

VI. — P., 27 ans, ouvrière (observation n° 452). Après une angine streptococcique ayant duré pendant trois semaines on a constaté une endocardite, la fièvre persiste trois mois, la malade garde tout ce temps le lit et de la glace à la région du cœur.

VII. — W. A., 23 ans, électricien (observation n° 528). Aurait eu dans l'enfance une grave angine folliculaire suivie d'une chorée puis de rhumatisme articulaire aigu et finalement d'une endocardite.

VIII. — J. N., 29 ans (observation n° 580). Aurait eu dans l'enfance une grippe très grave compliquée d'un appendicite d'une néphrite puis d'une endocardite.

IX. — Mar..., 26 ans, receveuse (observation n° 634). En 1929 fait une grippe grave avec angine. Un mois après on constate une endocardite. La température s'élève pendant deux mois le soir jusqu'à 38. La malade est hospitalisée trois fois, à chaque fois pour deux semaines, elle reste au lit avec de la glace à la région précordiale.

X. — I. K., 20 ans, ouvrier (observation n° 672). Il y a un an, fait une angine grave, une semaine plus tard a du rhumatisme articulaire aigu et deux semaines plus tard on constate de l'endocardite. Chaque année à dix ou douze reprises souffre de sa gorge. Des cautérisations et des évacuations des amygdales sont pratiquées à plusieurs reprises.

XI. — I..., 17 ans, élève, a une grippe grave avec angine folliculaire à la suite de laquelle on constate une péricardite sèche à la base du cœur.

XII. — P..., 27 ans, ouvrier (observation n° 900). Aurait eu l'année dernière une grippe avec angine et une otite purulente (trépanée). Puis successivement fait de l'érésypèle, de la pyélonéphrite, de l'appendicite et finalement une endocardite.

XIII. — Kos.., 30 ans, ouvrier (observation n° 943). Après une angine streptococcique (alité pendant quatre semaines) fut constatée une myocardite, pour faiblesse cardiaque est nommé employé ne pouvant plus travailler comme ouvrier.

BIBLIOGRAPHIE (la plus récente)

1. ROMBERG. — Über die Dekompensation der erworbenen Herzklappenfehler und ihre Behandlung, 1921.
2. ZONDECK. — Traitement des affections cardiaques, 1929.
3. SIEBECK. — *Münchener Méd. Wochenschrift*, n° 25, 1930.
4. KOUCHEFF. — L'instabilité des maladies. *Médecine clinique*, n°s 23 et 24, 1929.
5. KATZ. — *Le Journal méd. d'Odessa*, n° 6, 1928.
6. KATZ. — L'endocardite et la septicémie. *Progrès Méd.*, n° 35, 1930.
7. KONTCHALOVSKY. — La grippe. Moscou, 1927.
8. IEGOROFF. — Le cœur et les affections grippales des dents et des amygdales, 1930.
9. KRILOFF. — L'étude clinique des affections septiques chroniques, 1928
10. HERCKE. — Etiologie des péricardites *Méd. clinique*, n°s 23 et 24, 1929.
11. ZLATOGOROFF. — Les infections latentes. *Med. clinique*, n°s 23 et 24, 1929.
12. KORITSKY. — *Wratchebnoe delo* (*Affaire Méd.*), n°s 21 et 22, 1928, et la *Méd. clinique*, n° 3, 1929.
13. TALALAEFF. — *Méd. clinique* 1929, n°s 23 et 24. Les nouvelles de la médecine et de l'hygiène contemporaine, 1928.
14. DAVIDOFF et KOUTIRINE. — *Médecine clinique*, n°s 23 et 24, 192?.

BIBLIOGRAPHIE

Techniques histologiques de neuropathologie, par Ivan BERTRAND. Préface du Professeur G. GUILLAIN. Un volume de 376 pages : 50 fr. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Depuis quelques années, les techniques histologiques concernant le système nerveux se sont considérablement développées et, grâce à leur précision, ont ouvert un champ immense aux recherches. M. Ivan Bertrand qui dirige le Laboratoire de la Clinique des Maladies nerveuses de la Faculté de médecine de Paris, et de qui l'on connait déjà de nombreux travaux de neurologie a groupé et mis au point les techniques modernes susceptibles de rendre des services dans les laboratoires. Il ne s'est point borné à une brève exposition de quelques méthodes destinées à la pratique courante. Les travaux de recherches exigent le secours combiné de plusieurs techniques, dont la prééminence varie selon la nature du matériel. M. Ivan Bertrand a contrôlé lui-même toutes les techniques dont il donne la description et n'a conservé que les seules qui lui semblent avoir une indiscutable valeur. Ce livre n'est donc pas un livre de pure documentation : c'est un livre critique, dans lequel on trouvera une contribution importante de l'auteur.

Accidents d'éruption de la dent de sagesse inférieure. Accidents consécutifs aux dents incluses, par CH. RUPPE. In-8, 52 pages, 18 figures. Vigot éditeur, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dans cette brochure, illustrée de dix-huit schémas, l'auteur donne une étude très complète des accidents d'éruption de la dent de sagesse inférieure accidents qui ont toujours préoccupé les praticiens, les chirurgiens aussi bien que les spécialistes.

Il rappelle les différentes théories qui ont été émises sur la genèse de ces accidents. En bref, il y a persistance anormale et infection du capuchon muqueux de la dent de sagesse : cette persistance anormale étant due à un défaut d'harmonie entre le développement de l'arc osseux et de l'arc alvéolaire, que la dent de sagesse soit verticale ou oblique, pour une raison folliculaire ou osseuse.

L'infection de ce capuchon muqueux se fait spontanément par la bouche et provoque une péricoronarite suppurée qui est le *primum movens* des accidents. Après avoir décrit cet accident initial, l'auteur en montre les complications possibles, qu'il divise en : accidents superficiels, qui sont fréquents, et osseux, qui sont très rares.

Les accidents superficiels sont les adénites, les stomatites dont il importe de discuter l'étiologie pour ne pas exagérer ou méconnaitre le rôle de la dent de sagesse et les cellulites : vestibulaires, vélaires ou du plancher de la bouche dont la distribution est décrite, schémas à l'appui.

Les accidents osseux sont ensuite discutés, quant à leur mécanisme, et longuement décrits, sans oublier les formes hyperostosantes et la forme d'Escat. Viennent les accidents réflexes dont il est nécessaire de faire une minutieuse discrimination, et les accidents divers : ulcération, kyste dentifère.

Avant d'aborder le traitement, l'auteur insiste sur la nécessité de pratiquer une radiographie et il en donne l'interprétation. Suivent les indications opératoires, la technique du désencapuchonnement au couteau électrique et les procédés divers pour lutter contre les difficultés auxquelles on se heurte pour l'avulsion de cette dent suivant sa position, son degré d'enclavement, sa disposition radiculaire.

Après avoir conclu, l'auteur passe à l'étude générale des accidents consécutifs aux dents incluses : accidents mécaniques, tumoraux, réflexes et infectieux. Il applique ces données à la rétention des dents de sagesse supérieures, des canines supérieures et inférieures et au traitement de ces impactions.

Une importante bibliographie termine ce travail.

Actualités médico-chirurgicales. Seize conférences, par les Chefs de Clinique. Préface du Professeur Léon IMBERT. Un volume de 344 pages : 35 fr. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Les seize Conférences contenues dans ce volume constituent une mise au point des grandes questions de la pratique actuelle. La variété des sujets qui sont traités, ainsi que par la forme très nouvelle sous laquelle ils sont présentés, sont une représentation de l'activité scientifique qui règne à la Faculté de médecine de Marseille, ainsi que de ses possibilités.


LA DRAGÉE
ADRIAN
AU CHLORURE DE MAGNESIUM PUR
TONIQUE D'UNE PUISSANCE EXTRÊME
RÉGÉNÉRANT LES TISSUS
EMPÊCHANT
L'ÉVOLUTION
DES TUMEURS
DE TOUTES
NATURES
ADRIAN
ADRIAN & Cie 9. RUE DE LA PERLE _ PARIS (3e)

Signes et mécanisme de l'obstruction bronchique [1]

Par E. AUCOIN et A. SOULAS

Si le développement de la méthode endoscopique en France a donné de bons résultats pour les suppurations broncho-pulmonaires (2), dans le diagnostic et le traitement de l'obstruction bronchique, le rôle de la bronchoscopie mérite une attention particulière.

L'obstruction bronchique est créée quant un obstacle s'oppose partiellement ou complètement au passage de l'air, soit aux deux temps respiratoires, soit à l'un des deux temps.

Ainsi, comme en hydraulique, nous nous trouvons en présence de plusieurs variétés de soupapes. C'est d'ailleurs par l'observation des faits cliniques. abondamment cités par Chevalier Jackson que nous pouvons établir une schématisation mécanique :

1) Obstruction partielle ou soupape entr'ouverte.
2) Obstruction à sens unique ou soupape de non retour.
3) Obstruction complète ou soupape d'arrêt.

* * *

1) **Soupape entr'ouverte.** — Dans cette hypothèse, le corps étranger, généralement de petit volume, constitue une obstruction incomplète du conduit aérien. L'air n'est pas arrêté : mais il passe dans un tuyau dont la lumière est diminuée et ce rétrécissement est surtout marqué à l'expiration, à cause de l'expansion physiologique des bronches.

Cette obstruction se manifeste par des signes variables, parfois disparates et qui n'ont rien de pathognomonique. Toutefois, si le corps étranger siège dans la trachée ou dans une bronche souche, on peut observer le bruit de *sifflement* ; bruit caractéristique perçu à la bouche du malade, et surtout à l'expiration.

S'il y a infection surajoutée, il est possible de constater des signes de bronchite soit dans le territoire atteint, soit même dans un autre secteur, ce qui peut induire en erreur et faire prendre l'effet pour la cause. Suivant les circonstances de situation et de durée, on peut observer une dilatation des bronches ou un abcès du poumon, car ces infections se greffent presque inévitablement sur une obstruction bronchique, et d'autre part, elles peuvent devenir elles-mêmes une cause d'obstruction.

L'examen radiologique est indispensable pour les renseignements complémentaires qu'il apporte. A la radioscopie, on doit rechercher si, du côté malade, il y a diminution de l'expansion respiratoire, costale, diaphragmatique et notamment à la fin de l'expiration. C'est ce léger degré d'atélectasie ou d'emphysème qu'il faut découvrir à l'écran : et ces données sont confirmées par les clichés radiographiques, si on a soin de prendre ceux-ci à la fin de l'inspiration et de l'expiration (3).

On le conçoit, en présence de tels signes aussi discrets, le diagnostique est, en général, hésitant, surtout s'il n'existe pas de commémoratifs bien sérieux. La bronchoscopie donnera une certitude et permettra d'extraire le corps étranger, de dilater une sténose et de traiter une suppuration. L'un de nous a récemment attiré l'attention sur le pronostic de ces suppurations consécutives aux corps étrangers bronchiques (1).

2° **Soupape à sens unique.** — Ce type de soupape ne permet le passage de l'air que dans une seule direction. Et selon les circonstances, il s'agit de soupape à expansion, de soupape à clapet ou de soupape sphérique. L'air passe à l'inspiration, mais non à l'expiration, ou bien inversement, arrêté à l'inspiration, il trouve passage à l'expiration.

Le corps étranger, par lui-même, ne fait pas obstruction et l'air pénètre dans les poumons, mais, comme à l'expiration il y a rétrécissement physiologique des bronches, l'obstruction complète est créée (*soupape à expansion*) et l'air reste emprisonné au-dessous de l'obstacle.

La *cacahuète*, par exemple, peut donner ce type de soupape. Et ce même mécanisme peut exister en présence soit d'une tumeur bronchitique au début, soit d'une adénopathie qui, par compression, rétrécit le calibre du tube respiratoire : à l'inspiration, l'air passe à travers la bronche sténosée, mais à l'expiration, il n'en est plus ainsi et l'air est refoulé en amont.

Il s'agit parfois d'un corps obstructif *mobile*, tel ce polype pédiculé de la bronche apicale qui, à l'inspiration, pend dans la lumière de la bronche souche, mais qui, à l'expiration, vient obturer l'orifice de la bronche apicale. A l'inspiration, la voie est libre ; à l'expiration, l'obstacle empêche l'air de sortir du lobe supérieur (*soupape à clapet*).

Dans d'autres cas, le corps étranger mobile, sphérique le plus souvent, fait soupape à l'inspiration et non à l'expiration. Tel ce noyau de prune situé dans la bronche souche et qui vient à l'inspiration fermer la bronche apicale (*soupape sphérique*).

Cette obstruction à l'inspiration peut être produite encore par une grosse membrane ou une végétation : situées au niveau de l'éperon et ayant la forme d'aileron, l'aileron se tend à l'inspiration tandis qu'il s'ouvre au courant expiratoire.

Il est facile de comprendre que les deux signes cliniques et radiographiques correspondant à ce type de soupape à sens unique sont *l'emphysème* ou *l'atélectasie*, selon la situation du corps étranger. Si l'air peut entrer sans pouvoir ressortir du poumon il y a *emphysème*. Si l'air ne peut pas entrer, mais au contraire est refoulé à chaque mouvement expiratoire, il y a rapidement *atélectasie*.

Cliniquement, on observe le tableau de l'un ou l'autre de ces deux symptômes. Il est inutile de le décrire ici, mais il nous paraît nécessaire d'insister sur la nécessité de leur recherche systématique dans tous les cas où il y a présomption d'obstruction bronchique. Et, d'autre part, toutes les fois qu'on se trouve en présence d'un état d'emphysème d'un poumon ou d'un lobe, il faut penser à la possibilité d'un corps étranger méconnu. La radioscopie donne encore ici des renseignements très importants. Grâce à elle, on reconnaîtra cet état d'emphysème ou d'atélectasie, même partielle. A la radioscopie, on en recherchera les petits signes, en étudiant les mouvements inspiratoires et expiratoires. Les clichés radiographiques face et profil, seront pris à la fin de l'inspiration et de l'expiration afin de pouvoir comparer les deux hémithorax. Et ces signes radiologiques sont d'autant plus importants que nous avons surtout en vue les corps étrangers non opaques aux rayons X.

3) **Soupape d'arrêt.** — C'est la fermeture complète, l'obstruction aux deux temps respiratoires. L'air ne peut ni entrer, ni sortir. Et comme l'air résiduel est rapidement

(1) D'après la conférence du prof. Chevalier Jackson à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, 30 octobre 1930.

(2) E. MAY et A. SOULAS. La bronchoscopie dans le traitement des abcès du poumon. Société médicale des Hôpitaux de Paris, 21 mars 1[illegible]. — A. SOULAS. Le traitement bronchoscopique des abcès du poumon. Société de laryngologie des Hôpitaux, 4 juin 1930. — A. LEMIERRE, M. KINDBERG, A. SOULAS et R. CATTAN. Suppurations pulmonaires traitées par la méthode bronchoscopique. Société médicale des hôpitaux de Paris, 4 juillet 1930. — M. KINDBERG et A. SOULAS. La méthode bronchoscopique dans le traitement des abcès du poumon. [illegible] *licale*. 22 novembre 1930.

(3) E. AUCOIN. — L'endoscopie pérorale : série de cent corps étrangers par voies digestives et respiratoires. Vigot frères. Paris 1930.

(1) Léon BERNARD et A. SOULAS. — Considérations sur les corps étrangers méconnus intrabronchiques et sur le traitement bronchoscopique des suppurations pulmonaires. Académie de médecine, 8 juillet 1930.

absorbé, si l'obstacle est au-dessous de l'éperon, il y a atélectasie ; s'il est dans la trachée, il y a asphyxie.

Le haricot sec, corps végétal qui se gonfle et qui d'autre part créé des sténoses inflammatoires secondaires est un exemple frappant. Situé à la partie supérieure d'une bronche souche, il fait rapidement soupape d'arrêt et créé de l'atélectasie de tout le poumon. C'est là le signe clinique fondamentel avec ses caractéristiques stéthacoustiques et radiologiques. Radioscopiquement, on se trouve en face d'un poumon sombre, diminué de volume, très peu mobile, avec diaphragme remonté, gril costal abaissé. Le cœur est attiré du côté atélectasié, tandis que le poumon opposé est le siège d'emphysème de compensation. Il est évidemment facile de constater l'atélectasie d'un poumon, mais bien souvent il s'agit d'atélectasie partielle, limitée à un seul lobe. Il faut savoir la rechercher et comparer les deux poumons qui sont très différents à la fin de l'inspiration. C'est pourquoi, si on les prend à la fin d'une large inspiration, les clichés auront alors le plus de chances d'être démonstratifs. C'est par la recherche systématique de ces signes, cliniques et radiologiques, qu'il sera possible de poser le diagnostic d'une obstruction bronchique et l'indication d'une bronchoscopie. La bronchoscopie pourra établir un diagnostic causal ferme et permettra une thérapeutique efficace.

***

Les *causes* de ces différents types d'obstruction sont de divers ordres : corps étrangers ; sécrétions ; lésions inflammatoires ou néoplasiques.

Les *corps étrangers* proprement dits, de nature exogène, peuvent être d'un diagnostic facile, quand il existe des commémoratifs, et, surtout, s'ils sont opaques aux rayons X. Mais grande est la difficulté quand la dernière de ces conditions n'est pas réalisée. C'est alors qu'il faut rechercher les signes cliniques et radiologiques que nous avons signalés ci-dessus. Le tableau clinique peut même être des plus pauvres, et c'est, guidé par un simple et vague commémoratif que le bronchoscopite entreprend son examen qui affirme un diagnostic jusque-là des plus hésitants.

Tous les corps étrangers peuvent être une cause d'obstruction dont le degré est variable. Certains, *métalliques*, sont opaques aux rayons X et sont aisément reconnus. Cependant dans certains cas le corps étranger n'est pas entièrement métallique. Chez ce malade, par exemple, où la radiographie montrait l'image d'un anneau et en même temps une atélectasie que n'expliquait guère l'image radiologique, la bronchoscopie prouva qu'il existait un bouton de bottine dont la portion végétale, la plus importante, invisible aux rayons X, constituait précisément le corps obstructif.

Bien des corps étrangers ne sont *pas visibles à la radiographie* (haricot, grain de maïs, de café, épi de foin, noyaux, etc.).

Or, ils engendrent plus ou moins vite des phénomènes inflammatoires et infectieux qui augmentent l'obstruction. Tel cet épi de foin de la bronche souche droite qui donnait de l'atélectasie des lobes moyen et inférieur avec signes de bronchite ; le diagnostic de pneumonie avait été porté et ce fut l'endoscopie qui révéla le corps du délit.

Chez un autre malade, vraisemblablement porteur d'un noyau de prune, la variabilité d'un jour à l'autre, des signes physiques et radiologiques permit au radiographe averti de penser à l'existence d'un corps étranger mobile. Et il s'agissait bien, en effet, d'un noyau qui, se déplaçant, donnait soit de l'emphysème soit de l'atélectasie. Et cet exemple prouve, par ailleurs, que la nature et la situation du corps étranger peuvent donner des combinaisons variables.

Un autre point important à mettre en lumière est le suivant : après extraction du corps étranger, les troubles dus à l'obstruction ne disparaissent pas toujours. C'est là une obstruction causée par les phénomènes inflammatoires, par les sécrétions de *bronchite végétale* créé par le corps étranger et que ce dernier a laissé à sa suite. C'est ainsi qu'après extraction d'une cacahuète, on doit craindre l'existence des sécrétions épaisses et gluantes, dont la gravité peut exiger la trachéotomie, si on n'en fait pas l'inspiration. Et dans ces cas de *bronchite végétale*, la trachéotomie elle-même n'exclue pas le besoin d'aspiration parfois longtemps réitérée.

Dans les cas d'*asthme* avec hyper-sécrétion bronchique où les sécrétions semblent augmenter la dyspnée, il est évident que l'aspiration améliore cette dernière.

Dans certaines suppurations broncho-pulmonaires banales, on a observé des cas d'*obstruction causée par du muco-pus épais*, visqueux, adhérent au tube à prélèvement et, surtout pour l'enfant, impossible à expectorer.

Très intéressants encore sont certains faits d'*atélectasie post-opératoire* sur lesquels la bronchoscopie a jeté une lumière nouvelle. Il s'agit de malades qui, à la suite d'une opération sous anesthésie générale, présentent une atélectasie pulmonaire plus ou moins étendue. Si le diagnostic est établi en temps utile, l'examen bronchoscopique permet d'extraire un gros bouchon de sécrétions épaisses qui bouchent tel ou tel tube bronchique et les phénomènes dyspnéiques, généralement des plus inquiétants, cessent aussitôt, tandis que l'atélectasie disparaît en quelques jours. Le Prof. Chevalier Jackson citait un cas de cet ordre et racontait qu'après extraction, les sécrétions avaient été introduites dans la bronche d'un chien chez lequel il avait provoqué ainsi les mêmes phénomènes d'atélectasie.

Parmi ces corps étrangers endogènes, il faut signaler les *broncholites* qu'on rencontre quelquefois. Un malade était soigné pour tuberculose pulmonaire et ensuite pour bronchectasie. Il présentait une association d'atélectasie et de « poumon noyé » au niveau de la base droite. En réalité, après avoir débarrassé l'orifice bronchique d'un bourgeon charnu, l'endoscopiste enleva un premier et ensuite un deuxième broncholite.

Les sécrétions ne sont pas les seules conséquences du séjour intra-bronchique des corps étrangers. Ces derniers créent parfois une *sténose* qui nécessite, après extraction, un traitement approprié car c'est elle qui est la véritable cause d'obstruction.

Toutes les sténoses d'origine inflammatoire peuvent jouer le rôle de soupapes (sténose tuberculeuse, syphilitique ou néoplasique.

On peut encore se trouver en présence d'une sténose congénitale. C'est ce qui arriva chez un jeune malade, ce dernier avait été adressé au service de bronchoscopie parce qu'une atélectasie pulmonaire gauche avait permis au pédiatre de penser à un corps étranger ; la bronchoscopie révéla une sténose congénitale qui guérit rapidement après dilatations.

Les *tumeurs trachéo-bronchiques* entrent pour une assez grande part dans cette étiologie de l'obstruction bronchique, qu'il s'agisse de tumeurs bénignes depuis les granulomes jusqu'au gros polype, ou qu'il s'agisse de néoplasmes broncho-pulmonaires, véritables corps étrangers endogènes, c'est leur situation qui donne sa physionomie au tableau clinique d'obstruction. Tel donne de l'emphysème, telle autre de l'atélectasie et la bronchoscopie éclaire le problème. Nous nous souvenons d'un malade soigné pour asthme et qui, adressé à la Clinique bronchoscopique, ne fut guéri qu'après ablation d'une granulome bronchique. Et encore de cette ulcération sténosante tuberculeuse de la bronche souche gauche, compliquée d'atélectasie pulmonaire, chez un malade qui n'avait d'ailleurs aucune lésion de tuberculose pulmonaire.

Les *tumeurs malignes* donnent un type variable d'obstruction bronchique, d'après la phase plus ou moins avancée de leur évolution. Elles réalisent selon les circonstances, la variété de soupape entr'ouverte, de soupape à extension, ou de soupape d'arrêt, s'accompagnant ainsi de phénomènes d'atélectasie plus ou moins étendue

et parfois d'une suppuration. La bronchoscopie ne guérit évidemment pas le néoplasme, mais peut permettre, par l'ablation de bourgeons, par la dilatation d'une sténose, de faire disparaître soit l'atélectasie, soit la suppuration. Et par ailleurs, par biopsie, elle seule permettra de poser un diagnostic précis (1).

Pour conclure, les causes d'obstruction bronchique sont variables, et souvent non opaques aux rayons X. Cette obstruction se manifeste par des anomalies variables, parfois discrètes. C'est en général le mécanisme respiratoire qui est troublé. C'est pourquoi si on suspecte un corps étranger, il faut rechercher les troubles du jeu respiratoire : inversement, la présence de telles anomalies doit inciter à rechercher par la bronchoscopie un corps étranger méconnu.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 décembre 1930

Essais de traitement de la tuberculose par l'or, le cérium, le lanthane et le molybdène. — *MM. Ch. Flandin, L. Lecoq, E. Maison* et *P. L. Tiroloix* apportent le résultat de leur expérimentation thérapeutique avec ceux des quatre métaux qui leur ont paru influencer l'évolution de la tuberculose.

L'or, sous forme de *crisalbine*, leur semble d'un maniement délicat, à cause des accidents d'intoxication et d'intolérance fréquemment observés. Ils insistent sur l'avantage des faibles doses (0,05 à 0,20 par semaine) et signalent l'intérêt de l'administration par voix rectale. Le traitement par la crisalbine doit être interrompu lorsque le malade cesse d'engraisser et que l'état général fléchit ; on assiste alors, généralement à la reprise de l'amélioration. La crisalbine agit surtout sur l'état général ; elle ne supprime pas les bacilles de Koch dans les crachats. Les modifications pulmonaires se font dans le sens de la sclérose laquelle peut se développer au point de dépasser le but.

A la crisalbine, les auteurs ont souvent substitué avec avantage un *or lipo-soluble*, stable et stérilisable, dosé à 0,3 centigrammes par centimètre cube. Cette préparation administrée par voie intra-musculaire, est parfaitement tolérée, permet l'administration de quantité d'or métal plus élevées que la crisalbine, et semble donner des effets plus rapides et plus durables.

Le *cérium* a paru aux auteurs, nettement plus actif que l'or. Au *chlorure de cérium* en solution faible (cérinil) qui peut s'employer par voie buccale et qui a donné parfois des résultats intéressants, mais difficiles et lents à obtenir, ils préfèrent une solution huileuse de *camphocarbonate de cérium* comparable à celle qui permet d'employer le bismut lipo-soluble. Cette préparation, en injection intra-musculaire, a semblé agir plus rapidement et plus profondément que l'or sur le poids, la température, l'état général, l'expectoration.

Il en est de même du *lanthane*, employé dans des conditions identiques.

Le molybdène, sous une forme injectable dans les veines, bien que d'expérimentation plus récente, a donné des résultats tels que les auteurs se demandent s'il n'agit pas comme MÉDICAMENT SPÉCIFIQUE DE LA TUBERCULOSE. Appliqué uniquement dans les formes graves, avec grosses lésions et température élevée, le molybdène a enrayé très rapidement des poussées évolutives, faisant baisser la température, reprendre le poids, rétablir l'état général, diminuer ou même supprimer l'expectoration.

Dans plusieurs cas, l'expectoration, très abondante, a été tarie complètement, si bien que la bacilloscopie n'a pu être refaite, dans d'autre, on ne trouve que quelques crachats muqueux, sans bacilles ; chez les malades continuant à cracher, l'expectoration est très diminuée et au lieu de bacilles abondants, on retrouve difficilement un bacille par huit ou dix champs.

Tout en faisant les plus grandes réserves sur la valeur d'une méthode qui n'a pas le recul du temps, il est permis d'espérer que le molybdène nous donne une arme supérieure à tout ce que nous connaissons jusqu'ici dans le *traitement de la tuberculose*.

M. Ameuille pense que l'on peut employé l'or lipo-soluble à doses plus elevées ; il n'a pas observé de phénomènes d'intoxication avec des doses atteignant 0,25 à 0,30 centigrammes par semaine et administrées de façon prolongée.

Efficacité thérapeutique des savons de métaux lourds dans le traitement de la syphilis et de la tuberculose. — *M. Maurice Renaud* après avoir montré quels sont les avantages théoriques de l'emploi des complexes savons apporte les résultats de son expérimentation clinique qui confirment la haute valeur de certains d'entre eux comme agent d'antisepsie profonde.

Dans la syphilis d'abord, l'emploi d'un savon de mercure dans lequel la toxicité du métal est très réduite, a permis d'obtenir d'une façon aussi rapide qu'avec les traitements les plus efficaces, la guérison apparente complète de syphilis secondaire floride, dont tous les accidents disparurent en moins de quinze jours avec une dose équivalant de 6 cg de Hg donnée en quatre injections.

Dans la tuberculose chronique de l'adulte, les résultats obtenus avec divers complexes de métaux lourds (Or, osmium, platine,) ont été particulièrement heureux et encourageants.

Au cours d'un essai pratiqué à Brévannes chez trente malades appartenants à la plus mauvaise des catégories de la tuberculose évolutive et les cas ayant été pris au hasard, on a vu que : chez seize malades l'évolution de l'affection a été de toute évidence modifiée dans un sens favorable, l'amélioration des troubles fonctionnels s'étend dans six cas accompagnée d'une régression manifeste quoique incomplète des lésions pulmonaires, et dans cinq cas ayant abouti à une véritable guérison avec disparition complète de l'expectoration bacillifère et résolution des lésions pulmonaires.

Ces résultats obtenus chez les malades dont la maladie aurait dû selon une règle qui ne souffre guère d'exceptions évoluer progressivement dans un sens défavorable sont particulièrement dignes d'être notés. En les publiant dès maintenant, M. Renaud a seulement voulu montrer ce qu'on sera en droit d'attendre des complexes savons quand on les emploiera dans de bonnes conditions et par des exemples empruntés à deux maladies très différentes établir que l'efficacité anti-infectieuse des savons de métaux lourds semble être une propriété très générale.

Péritonite à pneumocoques. — *M. Apert* rapporte un cas de péritonite à pneumocoques intéressant au point de vue de la question à l'étude du moment le plus favorable à l'intervention.

Il s'agissait d'une nouvelle accouchée ; le lendemain de l'accouchement 40°, ballonnement extrême du ventre, diarrhée profuse vert épinard. Le contraste entre la bonne rétraction de l'utérus sans aucune odeur des lochies et la constatation d'un épanchement liquide dans le petit bassin amena à vérifier la nature du liquide par une incision au-dessus de l'arcade de Fallope qui donna issue à un liquide séro-fibrineux à peine louche contenant quelques cellules et de nombreux pneumocoques. Une otite purulente à pneumocoques apparaissait en même temps. Voici donc une péritonite à pneumocoques qui a été incisée très précocement ; loin de guérir vite elle s'éternisa du fait de collections successives à pneumocoques enkystées ça et là dans l'abdomen et qui s'ouvrirent à tour de rôle dans le premier trajet. Au bout d'un an seulement l'abdomen était redevenu normal, mais un abcès pulmonaire à pneumocoques nécessite une nouvelle opération et la malade guérit enfin.

Cette observation est très démonstrative de la nécessité de n'ouvrir les épanchements à pneumocoques qu'après maturité, c'est-à-dire quand le liquide, retiré par ponction exploratrice, est franchement purulent, bien lié, contenant des polynucléaires altérés ayant phagocité les pneumocoques. Quand le liquide est encore séropurulent, quand les polynucléaires qu'il contient ont leur noyau bien visible, quand les pneumocoques sont encore en majorité extra-cellulaire, il faut, sauf indication spéciale, différer l'intervention sous peine de suppuration indéfinie.

Quand au contraire le pus est bien enkysté dans une poche tapissée de fausses membranes, la cavité se comble et se tarit rapidement et la guérison est définitive.

(1) HUGUENIN et SOULAS. — Le diagnostic des sténoses bronchiques. *Presse médicale*, 16 mai 1928.

Traitement de certaines formes graves du rhumatisme chronique déformant progressif par les extraits parathyroïdiens. — *MM. R.-J. Weissenbach, F. Françon, L. Perlés* et *P. Seidmann,* à l'occasion de la présentation d'une malade, résument les résultats qu'ils ont obtenu, au cours d'essais poursuivis depuis plus d'un an, dans différents cas graves de rhumatisme chronique déformant progressif par les injections d'extrait parathyroïdien. Il s'agit de traitement prolongé à l'aide d'injections quotidiennes de doses variant d'un demi à deux centimètres cubes d'extrait ou dix à vingt unités Collip. Les résultats sont de deux ordres : 1° *immédiat*, procurant peu après l'injection et pour une durée d'une journée environ, une diminution de la raideur ; 2° *éloigné*, entraînant après un traitement plus ou moins long suivant les cas un assouplissement objectif des tissus sclérosés, une résolution plus ou moins complète des infiltrats denses et même des nodules fibreux,

Nouveaux cas de sclérose en plaques traités par sérothérapie hémolytique. — *MM. Laignel-Lavastine* et *Koressico* rapportent l'observation de nouveaux cas soignés pendant l'année écoulée et présentent certains des malades en question. Ils concluent :

Le traitement hémolytique semble être doué de propriétés thérapeutiques variables suivant les cas auxquels il s'adresse :

1° Dans l'intervalle des accès de sclérose en plaques, il empêcherait de retour d'accès aigus de la maladie. (Deux cas traités ; un an d'observation des malades).

2° Dans les premiers mois de la maladie, quelle que soit sa forme, légère ou grave, il provoquerait la guérison radicale fonctionnelle et organique. (Sur onze cas traités rentrant dans cette categorie, onze guerisons. Deux cas suivis depuis quatre ans. Un cas suivi depuis trois ans. Huit suivis depuis un an.) Ils exceptent les très rares cas où le virus inconnu produirait très rapidement des lésions de sclérose définitive (un cas observé).

Ces faits se traduisent cliniquement pas l'absence complète de rémission spontanée. Dans ce seul cas, le sérum hémolytique semble avoir arrêté à ce jour le processus extensif de la maladie.

3° Sclérose en plaques évoluant depuis plus d'un an ou formes plus anciennes à symptomatologie frustes. (Un malade suivi depuis quatre ans. Quatre malades suivis depuis trois ans. Trente-trois malades suivis en France depuis deux ans et un an. Onze cas soignés à l'étranger suivis depuis un an). Chez ces quarante neuf malades le sérum a provoqué :

a) Une amélioration plus ou moins accentuée suivant les cas, parfois la guérison fonctionnelle complète malgré la persistance des signes d'atteinte organique. Dans tous les cas, les signes organiques (signe de Babinski, clonus, vivacité des réflexes etc..) sont modifiés immédiatement après l'injection de sérum.

b) Absence de récidive. En somme, arrêt dans l'évolution de la maladie.

c) Cas très anciens de la maladie ou formes graves pouvant se constituer plus rapidement (deux ou trois ans.) Sur trente cas traités; ils ont obtenu dans la moitié des cas ces améliorations appréciables ainsi que des modifications des signes organiques. Chez certains malades, il semblerait que la maladie a cessé d'évoluer.

Hypotension permanente, acrocyanose et aplasie cardio-artérielle. — *M. Ed. Doumer* (de Lille) montre que tension artérielle et pression sanguine ne sont nullement synonymes. On peut être en état d'hypotension artérielle, tout au moins pour la maxima, sans être en état d'hypopression sanguine lorsque la réduction générale du calibre de l'arbre artériel diminue la masse de l'onde systolique contre le brassard et par conséquent sa force vive.

Les enfants ont une tension maxima inférieure à celle des adultes parce qu'ils ont de petites artères. Dans la plupart des cas, et comme l'avait dit dejà Martinet, les sujets en état d'hypotension permanente dite idiopathique sont des aplasiques de l'appareil cardio-artériel. L'examen radioscoqique en fournit des preuves. Leur hypotension qui porte presque exclusivement sur la maxima trouve dans cet état d'aplasie de l'arbre artériel une explication logique.

L'acrocyanose s'explique aussi dans le cadre de cette interprétation bien mieux que dans l'hypothèse d'un trouble portant sur la régulation de la pression sanguine. Elle est une réaction compensatrice, comme dans les cardiopathies cyanotiques ; l'insuffisant débit du sang oxygéné dû au calibre insuffisant des troncs artériels periphériques oblige les tissus à consommer au maximum l'oxygène du sang qu'ils reçoivent.

M. VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 décembre 1930

L'estomac en trèfle. — *M. Bécart* appelle l'attention sur une modalité particulière d'ulcus due à l'accolement du duodénum à la petite courbure. Sa connaissance présente un intérêt certain au point de vue opératoire.

Nouveau cas de transmission du paludisme à un donneur. Limitation de l'emploi des techniques d'intercommunication. — *M. Georges Rosenthal* commente le cas de M. Decourt qui s'ajoute au cas de M. L. Netter. Si le bacille d'Eberth peut difficilement remonter le courant, la contamination rétrograde est à craindre pour tout flagellé, virus filtrant, agents inconnus encore trop nombreux. Dans ces cas, tous les opérateurs doivent renoncer aux techniques à seringue aspirante et foulante et employer une technique de séparation donneur-receveur, seule toujours inoffensive. *Primo non nocere.*

L'arthritisme, ses dangers, ses misères, son traitement. — *M. Sédillot* présente sous ce titre un ouvrage où il expose une conception nouvelle, hépato-endocrinienne de la diathèse, tout en restant en parfait accord avec tout ce qu'ont écrit les cliniciens depuis longtemps sur la diathèse goutteuse.

Le traitement médical de l'appendicite. — *M. René Gaultier* s'élevant contre l'ablation préventive de l'appendicite et rappelant les cas multiples d'appendicectomisés qui restent atteints de dyspepsies, de colites, de solarites ou de périviscérites diverses, balafrés de Plombières et de Châtel-Guyon, toujours douloureux du ventre, conclut de ses travaux que le médecin doit garder la direction du traitement de l'appendicite dans bien des cas exclusivement médicaux, se réservant de faire intervenir le chirurgien à son heure et sur des indications précises. (La discussion sur cette communication est remise à la prochaine séance).

Cinq ans de pratique préventoriale. — *M. Mélamet* demande l'adaptation des préventoria aux acquisitions ré centes sur la tuberculose et souhaite qu'ils cessent d'être des pensions de famille pour enfants pour devenir de véritables maisons de santé pour non-contagieux, avec contrôle médical constant. De son expérience des préventoria, il tire les déductions suivantes : 1° tous les débiles qui ne « démarrent » pas après 15, 20 jours de séjour à la montagne, doivent être considérés comme des hérédo-syphilitiques et traités comme tels.

2° Tous les débiles sont porteurs de troubles fonctionnels occultes ou non du système hépatico-pancréatique.

3° La durée minima du séjour dans un préventorium doit être de 4 à 6 mois.

Du danger des cures alcalines chez les infectés urinaires. — *M. Ch. David* insiste sur les inconvénients que présentent les cures dans les stations alcalines chez des malades dont les urines ne sont pas absolument aseptiques. Sous l'influence de l'alcalinisation des urines, les microorganismes se developpent en abondance et exaltent leur virulence, donnant souvent lieu à des complications aiguës plus ou moins graves (cystites prostatites, orchites). Pour prévenir ces complications, il convient de vérifier pendant la cure l'acidité urinaire et de prescrire d'une part, une médication acidifiante des urines et d'autre part les antiseptiques urinaires.

Bureau pour 1931. — Président, M. LOBLIGEOIS ; vice-presidents, MM. PAUCHET, PERPÈRE, DEVRAIGNE ; Secretaire général, M. BÉCART ; Secrétaire général adjoint, M. PROST.

E. PERPÈRE.

Stérilisation de l'eau par l'eau de Javel. — Les confrères qui subissent dans les quotidiens la littérature dithyrambique consacrée à la Javellisation de l'eau, liront avec intérêt dans le *Mouvement sanitaire* du 30 septembre 1930, un article de M. DEBÈS, ingénieur en chef des Ponts-et-Chaussées sur le goût de l'eau ainsi traitée : ils pourront faire leur choix entre le goût de chlore, le goût d'iodoforme, le goût de goudron, le goût de moisi, le goût de poisson, le goût pharmaceutique ou le goût métallique. H. V.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Voies respiratoires

Le problème de l'asthme bronchique essentiel n'a pas encore été résolu ; mais il est posé avec précision par M. Péhu et J. Valin dans une excellente étude parue dans le *Journal de médecine de Lyon* (5 octobre 1930) ; les auteurs envisagent successivement les facteurs susceptibles de déclancher la crise d'asthme, le système nerveux dont l'entrée en jeu produit l'accès typique et franc, le terrain asthmatiforme.

Les causes sont extrêmement nombreuses et mieux connues depuis quelques années ; elles sont soit extrinsèques (pénétration de protides dans l'organisme par voie entérale ou parentérale, causes météorologiques, maladies infectieuses aiguës ou chroniques et intoxications autogènes), soit intrinsèques (troubles respiratoires fonctionnels ou organiques, troubles de l'appareil digestif et de ses glandes annexes, particulièrement du foie).

L'action première de ces différents éléments sur l'organisme est une irritation nerveuse ; le mécanisme de la crise d'asthme est évident, c'est une prédominance temporaire mais absolue du pneumogastrique ; pour un temps l'organisme vit *sous le signe du vague*.

Quant au terrain, il paraît impossible de préciser actuellement les différents éléments qui le composent ; l'étude *en série* des asthmatiques montre des sujets à instabilité vago-sympathiques, des endocriniens, etc. ; dans quelques cas ce terrain se trouve constitué dès la naissance. De toute manière la question du terrain domine la nosologie de l'asthme, car les causes, multiples, variées et banales, n'ont aucune spécificité et ne peuvent agir que sur un organisme réceptif et vulnérable. La nature du terrain asthmatique reste une des inconnues du problème.

Psychiatrie

L'hypocondrie constitutionnelle a été jusqu'ici tenue à l'écart du groupe des constitutions psychopathiques ; on ne voit en elle qu'un embryon de paranoïa ou un mélange de dépression, d'hyperémotivité et de paranoïa rudimentaire. Pareille opinion est insoutenable pour Jean Abadie (*Journal de médecine de Bordeaux*, 20 octobre 1930).

Le principe de ce caractère anormal est la préoccupation habituelle nettement exagérée ou sans fondement, relative à la santé ; cet excès morbide d'intérêt apporté à la santé se traduit par l'observation continue de soi-même, par l'introspection incessante portant sur la personne physique et les phénomènes somatiques, comme elle peut porter aussi sur la personne mentale et les manifestations cérébrales. Ce caractère peut se résumer dans cette courte définition : l'exagération du souci de sa propre santé et la recherche excessive de la défense de celle-ci.

La meilleure observation d'hypochondrie constitutionnelle est celle d'Argan que nous a donnée Molière ; Abadie propose de remplacer le terme d'hypochondrie par celui d'arganisme ou de constitution arganique.

Thérapeutique

Les insuccès résultant de l'emploi des extraits pancréatiques et hépatiques sont signalés, à juste titre, par P. Lucien dans la *Revue médicale de la Franche-Comté* (15 octobre 1930).

Dans deux cas une spécialité hypotensive, à base d'extrait pancréatique, a été sinon nuisible, du moins inopérante ; on a même observé une élévation de la tension. Une autre spécialité, à base d'extrait hépatique, a donné un résultat nul dans un cas d'anémie pernicieuse vraie.

Muller est d'avis que les insuccès sont fréquents dans les anémies pernicieuses à destruction intense et rapide.

Radiologie

L'emploi des rayons X dans le cancer aboutit parfois à une terminaison fâcheuse ou même désastreuse ; Henri Malherbe en cite trois cas dans la *Gazette médicale de Nantes* (15 octobre 1930).

Premier cas. Cinq à six séances de radiothérapie sont pratiquées sur la cicatrice opératoire d'un nœvus du bras ; quatre mois après apparaît un semis de grains rouges ou brunâtres qui grossissent rapidement ; trois mois plus tard on constate la pré-

sence de 40 à 50 petites néoplasies grosses comme des pois autour de la cicatrice et une tumeur du volume d'une noisette au niveau du frontal. Il s'agit évidemment d'une question de tissus ; on sait que les productions mélaniques s'accommodent mal de la radiothérapie, qui provoque non seulement la récidive, mais encore la généralisation.

Deuxième cas. Une tumeur apparaît sur une vaste cicatrice de brûlure de l'avant-bras ; elle est traitée par les rayons X et disparaît à la 27e séance ; quelques mois après commence à se développer une petite ulcération ronde, qui ne cesse de grandir et finit par atteindre, la deuxième année, 15 cm. de longueur sur 9 de largeur. La cause de cette récidive paraît bien être le grand nombre de séances ; les rayons X exercèrent leur action sur des tissus cicatriciels, de vitalité et de résistancee amoindries.

Troisième cas. Trois séances de radiothérapie pénétrante ont été faites, à huit jours d'intervalle, sur une cicatrice d'amputation du sein pour tumeur épithéliale probable. Un an après apparaissent d'abord des vésicules, puis un ulcère qui gagne rapidement en surface et en profondeur ; hémorragies ; mort. Ce dernier cas est plus difficile à expliquer. L'exérèse chirurgicale semblait avoir été faite largement, correctement ; on peut supposer que la radiothérapie a été appliquée à des tissus suffisamment sains. Mais on ne doit pas oublier que toutes les cellules vivantes sont, sans exception, susceptibles d'être tuées par les rayons X ; d'où ces lésions nécrosantes qui constituent les radiodermites ulcéreuses ; et, point particulier, ces accidents de nécrose ne sont pas toujours immédiatement consécutifs à l'irradiation ; puis soudain, sous l'influence d'une cause minime ou d'une susceptibilité spéciale du sujet, apparaissent des phénomènes de réaction, suivis d'une ulcération à extension foudroyante.

La conclusion s'impose : l'irradiation après ablation correcte d'un néoplasme fait courir un aléa, qui commande l'abstention.

Petite chirurgie

L'ablation des aiguilles dans la main semble facilitée par l'emploi de la technique de J. Bouyala, de Marseille (*Gazette médicale du Centre*, 1er octobre 1930).

Avant d'opérer s'assurer de trois choses : qu'il existe bien une aiguille, que sa longueur est connue, que son siège est précisé. Une radiographie s'impose donc : on fera toujours une radiographie, de face et de profil, mais strictement comme contrôle ; car on opèrera sous l'écran radioscopique.

Deux cas se présentent : l'aiguille est superficielle et l'on pourra, si l'on y tient, employer l'anesthésie locale ; ou bien elle est profonde et il faudra recourir à l'anesthésie générale, au kélène de préférence, car l'intervention sera très rapide.

On fait une toute petite incision des téguments par laquelle on introduit la pointe d'une pince effilée sans mors ; puis, sous le contrôle de l'écran, on fait cheminer la pince jusqu'au contact de l'aiguille.

Deux éventualités se présentent alors :

Le morceau d'aiguille est très court ; l'aiguille est retirée par une de ses extrémités, très facilement.

L'aiguille est longue, profondément située ; il faut l'aborder perpendiculairement à son axe et, au moyen de la pince, la faire cheminer petit à petit jusqu'à ce qu'une des extrémités sorte à la peau ; au moyen d'une autre pince pareille, on extrait alors l'aiguille.

L'auteur ne voit dans ce procédé que deux inconvénients : l'obligation d'opérer dans une salle de radiographie et la présence d'un anesthésiste.

Pathologie coloniale

Plus de cinquante cas de schistosomiase vésicale ont été dépistés par Staudt (*Maroc médical*, 15 septembre 1930), lors d'une inspection de l'école professionnelle de la Kafubu.

Les symptômes sont peu marqués : hématurie discrète, douleurs localisées à l'hypogastre. L'état général reste bon.

Les diverses médications (émétine, émétique, antimoine) ont été expérimentées avec des résultats divers ; c'est l'émétique qui a donné le plus fort pourcentage de guérisons.

Varia

On ne connaît pas assez la gravité de la phtisie (M. Piéry, de Lyon).

Tous les gros reins ne sont pas des reins malades (H. Blanc, de Bordeaux).

Les formes mono-sympathique de l'urémie sont fréquentes (Nordmann, de St-Etienne).

J. LAFONT.


DIASTO-PEPSINE
RICHEPIN
PEPSINE . PANCRÉATINE . DIASTASE
DIGÈRENT TOUT
Viandes, Légumes, Féculents & Corps gras
REPOSE LE FOIE & L'INTESTIN
2 ou 3 pilules après le repas.
ou un verre d'Elixir
très agréable
après le repas
H.G.
Activé par le Foie
VOIE RECTALE
Aucun inconvénient d'âge ou de sexe
Enfants, Adultes, Nourissons, Femmes enceintes
HEREDO
SUPPARGYRES
du
Dr FAUCHER
ACTION SÛRE, DISCRÈTE
ABSORPTION RAPIDE
JAMAIS D'INTOLÉRANCE
OU TROUBLES
QUELCONQUES
Toutes les faiblesses
NERVOGITHINE TISSOT
SIROP_DRAGÉES_AMPOULES
NUCLEINATE DE { Fer Manganèse
et Arsenic organique
Fluor
1 ou 2 ampoules par jour
1 ou 2 dragées ou
cuillerées de sirop.
ESTOMAC NET - INTESTIN NET
FORME LA PLUS PARFAITE ET LA PLUS ACTIVE DU CHARBON
GRAINS ANISÉS
DE
CHARBON TISSOT
AGISSENT
par leur forme
leur volume
et le Gluten
mucogène
Absorbent_Divisent_Expulsent
RÉALISENT
le véritable
et continuel
rajeunissement
de l'intestin.
ABSORPTION CUTANÉE
Rhumes . Bronchites . Grippes, etc.
BRONCHODERMINE
La peau est l'agent d'absorption le plus rapide
GAÏACOL_HÉLÉNINE_TERPINOL_EUCALYPTOL
POUR TOUS LES ÂGES
Absorption et assimilation rapides
PANUROL
TISSOT
CONTIENT TOUS LES
SOLVANTS
des sels uriques
et uratiques
Aide et Soutient
LE REIN
dans sa double fonction:
FILTRE & GLANDE
2 à 3 cuillerées par jour.
Le Carnox
est le meilleur Vin de VIANDE
Laboratoires du Docteur TISSOT 34 Boulevard de Clichy PARIS

Echos et Glanures

Consultations médicales en Chine. — *Dans la* Revue de France (*décembre* 1930), *le Dr A. Gervais, vient de publier un article intitulé* : Esculape chez les Fils de Han.

« . . . . . . Toutes les après-midi nous recevons des malades et nous allons faire des visites en ville, écrit le Dr A. Gervais. Les Chinois sont méfiants ; le départ de Janin et Jolvet a dérangé leurs habitudes. Ils ne nous connaissent pas et nous parlons d'ailleurs trop mal la langue du pays pour pouvoir nous passer d'un interprète. A tort ou à raison, il se méfient de sa discrétion et hésitent à raconter devant lui leurs misères et leurs affaires de famille. Enfin ils ne sont pas habitués à nos méthodes d'examen et à nos procédés thérapeutiques.

Pour certains, l'oscillométrie de Pachon possède un pouvoir curatif indiscutable, pour d'autres c'est un appareil capable de mesurer la gravité de toutes les maladies. Ils admettent difficilement qu'on traite une gomme du tibia par des injections au niveau du pli du coude. Ils veulent les recevoir dans la région malade. Rapidement guéris ou au moins blanchis, ils annoncent autour d'eux la bonne nouvelle et conseillent aux malades qu'ils nous envoient d'exiger le même traitement quelle que soit la nature de l'affection en cause.

Habitués aux malades européens, leurs réponses nous étonnent.

— Où avez-vous mal ?

— Je n'ai pas mal, c'est le souffle de mon foie qui ne sort pas,

— Avez-vous de la fièvre ?

— Oui, à la paume de la main droite... ou au genou gauche.

A une femme ;

— De quoi vous plaignez-vous ?

J'ai perdu un fils l'année dernière et j'ai attrapé la maladie de la tristesse ; donnez-moi un remède.

A une autre :

— D'où souffrez-vous ?

— Je ne suis pas malade, je voudrais simplement savoir si je suis assez résistante pour prendre un bain.

J'interroge un jeune homme, c'est le fils d'un riche marchand de cercueils du Tsong-fou-Kai. Il est maigre, décharné et fiévreux.

— J'ai la maladie de la toux depuis un an et j'ai craché du sang à plusieurs reprises...

Auscultation... Un poumon creusé de cavernes, un autre qui ne vaut guère mieux.

— Votre maladie est sérieuse. Une hygiène de vie très sévère est indispensable : repos absolu, bonne nourriture et vous prendrez régulièrement les médicaments que nous allons vous donner mais il faudra de longs mois avant d'améliorer votre état.

— Mais vous avez guéri monsieur Yu en quinze jours !

— C'est vrai, mais il n'avait pas la même maladie.

Il agite la tête mécontent.

— Je ne veux pas attendre si longtemps. Je préfère acheter un bon médicament qui me guérira tout de suite !

— Ce médicament n'existe pas !

— Je vous l'achète cinquante dollars !

— Je vous répète qu'il est impossible de vous guérir plus tôt.

— Je donnerais bien... cent, deux cents dollars !

— Tout l'or de la terre ne vous permettrait pas d'acheter un remède qui n'existe pas ! Ou vous allez suivre le traitement que je vous conseille ou votre maladie s'aggravera très vite.

L'interprète, nous dit le Dr Gervais, déplorait une facon d'agir, à son sens, si maladroite. On tenta bien de lui expliquer que de prendre deux cents dollars contre la promesse d'une guérison impossible, c'était une escroquerie. Il ne voulut rien entendre et eut même cette réponse admirable de cynisme :

— Son père a gagné une fortune en vendant des cercueils dans le Tsong fou-Kai, et il s'efforce de tromper les acheteurs

en essayant de faire passer de vulgaires planches de sapin pour du hêtre ou du « cha-mou ». Le client ne doit pas se laisser tromper. La confiance se négocie comme le reste, c'est une excellente chose, mais à condition de savoir en profiter. Une promesse n'est qu'un mot, mais deux cents dollars représentent beaucoup de choses !..... »

En passant à Montpellier. — « .... Je me trouvais un jour à Montpellier, écrit M. W. Morton Fullerton dans la *Revue Hebdomaire* (8 novembre 1930). Au moment où la ville accueillait plus de mille savants médecins de France et de l'étranger, venus pour participer au vingtième congrès français de médecine. J'aurai toujours dans la mémoire les applaudissements qui répondirent au passage suivant du discours d'ouverture du professeur Vedel, président du Congrès :

« Suivant les époques, tout comme les autres, nous avons suivi les progrès et participé aux mouvements des idées fécondes qui fertilisent la pensée et le travail. Nous sommes restés les contemporains de tous. Nous avons raccourci nos robes et nous savons marcher en montrant nos jambes. La question du principe vital est une affaire jugée et je crois bien que la plupart de mes collègues montpelliérains n'en ont jamais autant entendu parler qu'aujourdhui. Ce que nous retenons surtout de notre passé, ce qui nous tient plus à cœur, c'est de maintenir la tradition de l'observation de la médecine pratique et de la dignité professionnelle. »

Et je n'oublierai jamais le frisson que nous éprouvions tous lorsque le professeur Vedel, martelant chaque syllable de la belle formule du serment d'Hippocrate, que l'École de Montpellier garde avec une sorte de piété jalouse, la répétait devant mille assistants debout..... »

« .... A être le témoin de cette apothéose de l'amour-propre d'une des plus célèbres corporations du globe, l'homme venu d'un autre continent que je suis, sentait plus que jamais que la France est l'isthme cosmique et se rendait compte de ce que Claude Peyras appelle « la valeur de Montpellier ». Ayant du loisir, je cherchais à m'orienter aux alentours dans l'Espace et dans le Temps afin de découvrir comment et pourquoi cette ville « perdue » à plus de 800 kilomètres de Paris, avait son importance singulière et était devenue, à vrai dire, une des préfectures de la civilisation... » (*W. Morton Fullerton, la Revue Hebdomadaire*).

L'association des qualités du cœur et de l'intelligence chez le médecin. *Extrait de la leçon inaugurale de M. le Professeur Cestan de Toulouse, parue dans la* Gazette des Hôpitaux *et intitulée* : L'esprit médical

« .... La médecine est peut-être la moins exacte des sciences, la Cendrillon de ses sœurs fortunées ; mais si le médecin est parfois une intelligence exposée à l'erreur, tâtonnant dans les pénombres de la science en évolution, à l'occasion envahi même du doute qui peut gêner l'action devant la route incertaine qui conduit le malade à la vie ou à la mort, du moins ce médecin doit être toujours un cœur pénétré de bonté et de conscience, mots merveilleux sortis de la source le plus pure et la plus sacrée, notre sens moral.

Voilà ce que l'étude de la douleur nous révèle en nous montrant chez le malade la fusion intime du subjectif et de l'objectif, du physique et du psychique, et par suite le rôle psychothérapique qui nous incombe. C'est bien alors que nous pouvons dire que la médecine est un art, et j'ajouterai quel art magnifique, puisque : *Divum opus sedare dolorem* ! Evidemment, les qualités intellectuelles médicales sont parfois plus utiles que les qualités morales. Si votre habileté opératoire ou votre talent de thérapeute a guéri le malade, ce dernier n'hésitera pas à proclamer : « qu'importe l'homme, si le savant m'a sauvé ». Mais, même dans ce cas, n'est-il pas préférable de voir, non un divorce mais une union intime des connaissances scientifiques et de ces qualités professionnelles du *vir probus* que le serment d'Hippocrate nous recommande de pratiquer. D'ailleurs, il faut bien reconnaître notre impuissance devant des maladies chroniques, sans compter que souvent, sur le terrain de la douleur, l'élément psychique domine l'élément physique, que l'élan vital est diminué par le doute de l'angoisse du lendemain. C'est en présence de tels cas qu'on peut être un grand savant mais un





Les sports d'hiver au Mont Genèvre au-dessus de Briançon

Les pentes du Mont Genèvre au-dessus de Briançon, à 1.850 mètres d'altitude, sont particulièrement favorables aux skieurs.

Pour en faciliter l'accès, un service combiné (automobile d'Oulx à Clavières, traineau de Clavières au Mont Genèvre) est mis en marche à dater du 20 décembre, les samedi, dimanche, fêtes et veilles de fêtes.

Ce service est en correspondance à Oulx avec les meilleurs trains en provenance ou en direction de Paris et de Lyon.

mauvais médecin, si l'on ne parvient pas à dissiper l'anxiété du malade.

Il faut reconnaître qu'ici, dans nos salles de malades, le lieu et les circonstances ne permettent guère de cultiver la psychothérapie. Bien que quelques esprits aient pu avancer que la médecine suppose une brutalité et une sécheresse de cœur, j'affirme qu'ils confondent ces termes avec le sang-froid et l'esprit de décision, et que la bonté est indispensable à l'hôpital, car ici c'est pour les uns la misère qui fait halte, et c'est pour d'autres, avec la mélancolie du crépuscule qui tombe, l'isolement angoissant de la salle commune, loin des caresses apaisantes du milieu familial.

Mais combien difficile, riche en procédés, se présente cette psychothérapie en clientèle, pour mettre habilement à nu, sans flatterie, sans adulation, sans abdication de notre personnalité scientifique et morale, la psychologie, non seulement du malade, mais également de l'entourage ; un détail matériel noté au passage, une mimique ou une expression du langage rapidement saisies, une question habilement posée permettront de pénétrer l'âme du milieu. On y trouve plaisir et profit, plaisir délicat du psychologue, profit du médecin qui saura faire le mot exact pour aimer l'anxiété.

Le malade n'aime qu'à parler de lui-même ; il faut savoir l'écouter et ne l'entretenir que de sa propre personne ; il faut savoir trouver le mot qui lui donne la délicieuse conviction que vous avez su pénétrer dans son jardin intime. Bien peu d'entre eux ont le courage de regarder sans effroi les pires conjectures ; « Souffrir la mort est peu, l'appréhender est tout », a écrit La Bruyère. Rares sont les malades qui imiteraient Fontenelle, lorsque mourant il répondait à un de ses amis lui posant l'habituelle question : « Comment cela va t-il ? — Cela ne va pas, cela s'en va. Soyons fier de voir le médecin donner parfois l'exemple d'un courage socratique ; j'ai connu d'admirables confrères qui, plus forts que la mort, avaient porté sur eux-mêmes un diagnostic implacable et cependant, ont su cacher la triste vérité aux leurs et, continuant à remplir sans faiblir leur devoir professionnel, ont attendu, impassibles, que l'heure du destin ait sonné pour eux.

Auprès du malade, sur votre physionomie ne doit pas se lire le doute, tant sur la cause du mal que sur la valeur de votre thérapeutique. Il faut avoir la face joyeuse, sereine qui réjouit le malade, disait Rabbelais, car les patients sont heureusement pour nous, plutôt des êtres sensibles, impressionnables que des êtres intelligents. Soyons pour eux ce qu'Emile Augier disait de son ami Labiche « c'est un curateur de la rate ». Bien souvent on fait faire au malade un grand pas dans la guérison, quand on a su ramener le calme dans son esprit par une parole affectueuse, un geste affable, surtout une impression de confiance dans l'avenir.

C'est par l'heureuse association des qualités du cœur et de l'intelligence que l'on gagne la confiance du malade, qu'on peut lui imposer une direction thérapeutique grâce à une main de fer sous un gant de velours, soit main de fer perceptible, soit gant de velours pelucheux suivant les indications qu'une fine psychologie aura su préciser...... »

Le produit de la vente du timbre antituberculeux. — *Du* Journal Officiel (5 *décembre* 1930) 10 90. — M. Fié demande à M. le Ministre de la Santé publique quel a été le produit de la vente du timbre antituberculeux en 1927, 1928 et 1929 (question du 4 novembre 1930).

Réponse. — Le produit de la vente du timbre antituberculeux a été de 13.627.457 fr. en 1927 ; de 18.286.140 fr. 90 en 1928 de 21 millions 904.247 fr. 40 en 1929.

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMP. THIRON ET CIE. — R. C. 4264

FONDÉ EN 1873. — N° 2 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 10 JANVIER 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V^e)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger, 1re zone	70 fr.
Etranger, 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOTE DE THÉRAPEUTIQUE

La NÉVROSTHÉNINE doit être régulièrement prescrite à tous les sujets soumis à une **cure de désintoxication** ou **d'amaigrissement** par un régime alimentaire restreint. L'état de mieux-être, la sensation d'énergie ainsi procurés permettront de faire suivre le traitement diététique tout le temps voulu pour en obtenir les résultats qu'il doit donner.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — *Consultations de médecine.* — Sont désignés comme médecins titulaires des consultations de médecine pour l'année 1931 :

Hôtel-Dieu, M. H. Benard ; Pitié : M. Baulin ; Charité, Mme Bertrand-Fontaine ; Saint-Antoine, M. Tzanck ; Necker, M. Haguenau ; Cochin, M. Debray ; Beaujon, M. Decourt; Lariboisière, M. Hamburger ; Tenon, M. Coste ; Laennec, M. Jacob ; Bichat, M. Garicin ; Andral, M. Gutmann ; Broussais, M. Marchal ; Boucicaut, M. Carrié ; Trousseau, M. Janet ; Bretonneau, M. Marquézy : Hérold, M. Turpin ; Ambroise-Paré, M. Jacquelin.

Guerre. — Sont promus :

Au grade de médecin général inspecteur. — M. le médecin général Sacquépée.

Au grade de médecin général. — M. le médecin colonel Gorse.

Au grade de médecin colonel. — MM. Morisson (Tours), Picon (Mulhouse), Sirot (Tours), Dauthuile (Saint-Etienne), Pasteur (Val-de-Grâce).

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. Collignon et Pilod (Val-de-Grâce), Long (Avignon), Brumat (Montauban), Derappe (camp de Mailly), Chaduc (Clermont-Ferrand), Feldmüller (Sedan), Dabat (Bizerte), Lecomte (Sarrebourg).

Au grade de médecin commandant. — MM. Gaillard, Campaignolle, Thouverez, Dalidet, Bodard, Giraud, Lauzeral, Carret, Didier, Leguay, Menville, Lépine, Lemaire, Dirat, Duboureau, Siraudin, Combalat.

Au grade de médecin capitaine. — MM. Aubert, Genaud, Ferry, Coulouma, Parnet, Parlange, Merlin-Lemas, Battle, Roche, Meunier, Igert, Fournie, Chausset, Miara, Guilleman, Monginet, Vaissie, Collin et Vives.

(Troupes coloniales). Sont promus :

Au grade de médecin commandant. — MM. Connesson, Vendran, Peyre, Guedon, Le Gall, Gilly et Retière.

Au grade de médecin capitaine. — MM. Gauzy, Camenen, Meyer, Charot, Conjard, Leitner, Boulnois, David, Russaouen et Raymond.

Corps de Santé militaire. — *Ont été promus ou nommés* :

Le médecin gén. insp. Lanne, membre du comité consultatif de santé, nommé présid. du comité consult. de santé, insp. perm. des écoles du serv. de santé milit., membre de la com. supér. d'hygiène et d'épidémiologie milit. et de la comm. de surveil. des eaux destinées à l'aliment. de l'armée.

Le médecin gén. Rouvillois, direct. de l'Ecole d'appl. du service de santé milit., nommé, tout en conservant son emploi actuel, inspect. des services chirurgicaux de l'armée.

Le médecin gén. inspect. Toubert, insp. perm. des écoles du service de santé militaire, a été placé dans la section de réserve.

Service de Santé de la Marine. — Liste des élèves du service de santé de la marine reçus docteurs en médecine, désignés pour suivre les cours de l'Ecole d'application de Toulon.

Médecins. — Beauchesne, Ricaud (Ecole de Bordeaux), Soubigou (port de Brest), Cornet, Bernard, Provost (Ecole de Bordeaux), Larraud (port de Toulon), Dutrey, Limousin (Ecole de Bordeaux), Bodeaux (port de Lorient) Duquaire (Ecole de Bordeaux) Gaudin (port de Lorient), Constans, Hubert (Ecole de Bordeaux), Flazy (port de Toulon), Borneuf, Cals (Ecole de Bordeaux.)

— Par décret du 27 décembre 1930 ont été promus pour compter du 31 décembre 1930 :

Au grade de médecin de 1re classe, les médecins de 2e classe Parneix, Bayle, Romez-Guillez, Dayde, Lantheaume, Audibert, Deguilhem, Carles, Tromeur, Le Guen, Verre, Lembrez.

Au grade de pharmacien-chimiste, de 1re classe, les pharmaciens chimistes de 2e classe Grégoire et Simon.

— Mutations. Le médecin principal Larroque chef de service de la clinique dentaire à Toulon (choix) à Toulon.

Les médecins de 1re classe Ramond, médecin-major du *Jean-Bart*, Guermeur, en sous-ordre à l'ambulance de l'arsenal de Brest.

Les médecins de 1re classe Prade, médecin-major de l'*Yser*, et Berge, médecin-major du *Jean-Bart*, ont été désignés pour suivre le cours supérieur de microbiologie professé à l'Institut Pasteur en 1931.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. — *A la dignité de grand'croix.* — M. le médecin général inspecteur Toubert.

Au grade de commandeur. — Les médecins généraux Oberlé, Vigerie et Monéger.

Le médecin général du cadre de réserve Merlat.

Le médecin général Lherminier, des troupes coloniales.

Justice. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Thouvenel, médecin des prisons de Fresnes.

Grande chancellerie. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Faraut et Levrier.

Ministère du Travail. — Le *Journal officiel* du 27 décembre publie une circulaire aux préfets relative aux conventions entre les caisses d'assurances sociales et les hôpitaux et hospices publics (honoraires des chirurgiens et spécialistes.)

Académie Stanislas de Nancy. — L'Académie Stanislas fondée en 1750 par le roi Stanislas Leczinski, duc de Lorraine,

a tenu sa séance publique d'hiver dans le grand amphithéâtre de la Faculté des lettres de Nancy.

Au cours de cette réunion, sur le rapport de M. Georges Hottenger, le prix littéraire Dupeux a été décerné à titre posthume au médecin général inspecteur Delorme, membre de l'Académie de médecine.

Le Congrès international des hôpitaux 1931 à Vienne. — Il y a quelques jours, l'assemblée constituante du second congrès international des hôpitaux s'est réunie sous la présidence du conseiller municipal Dr Tandler. Cette session importante à laquelle prendront part des médecins et des spécialistes de tous les pays du monde tiendra ses assises à Vienne du 8 au 14 juin. Il a été décidé d'organiser en même temps une grande exposition internationale des hôpitaux. La direction des affaires de secrétariat ainsi que l'organisation de l'exposition arrangée par l'International Hospital Comitee ont été confiées à la Foire de Vienne.

L'inauguration solennelle du congrès aura lieu le 8 juin dans les salles de la Hofburg ; les séances du Congrès se tiendront dans le Palais de la Foire. La direction du congrès attend pour la session viennoise un nombre de participants internationaux aussi important que l'a été celui du premier congrès international des hôpitaux en 1929 à Atlantic City.

Le nouvel institut d'hygiène au Maroc. — En présence de M. le professeur Léon Bernard, membre de l'Académie de médecine, le président général a inauguré le nouvel Institut d'hygiène de Rabat.

Dans son discours M. Lucien Saint a rendu hommage au corps médical du protectorat, qui se dépense sans compter avec un admirable dévouement et constitue un des éléments les plus importants du développement de l'influence française dans ce pays.

En soulignant l'importance de la création de l'Institut d'hygiène, le professeur Léon Bernard a exalté l'action déployée par le corps médical et il a fait des éloges de la nouvelle organisation qui, a-t-il dit, pourrait être empruntée avec profit par la métropole.

Un médecin-missionnaire français. — Parmi les médecins ayant obtenu le diplôme de médecine coloniale de la Faculté de médecine de Paris, on trouve le nom du Père GOARNISSON des Pères Blancs, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux de Rennes. Ce jeune missionnaire, ordonné prêtre en


IODAMÉLIS
Le spécifique
CARDIO-VASCULAIRE TOTAL
chez les
ARTÉRIO-SCLÉREUX
Uricémiques
Hypervisqueux
chez les
HYPERTENDUS VEINEUX
Cyanotiques
Variqueux
Iodo-Iodure de Potassium et Hamamelidine
Doses
25 gouttes
aux deux principaux repas,
3 semaines par mois.
LABORATOIRES J. LOGEAIS BOULOGNE-SUR-SEINE PRÈS PARIS

juin dernier, se rend dans la mission de la Haute-Volta, dans l'Afrique occidentale française.

C'est à lui que ses confrères du cours de médecine coloniale avaient confié le soin de répondre au discours, prononcé par le doyen, à la séance solennelle de distribution de diplômes de médecine coloniale, qui a eu lieu dernièrement à la Faculté de médecine.

Les maladies professionnelles. — Le *Journal Officiel* vient de publier la loi modifiant et complétant la loi du 25 octobre 1919, étendant aux maladies professionnelles la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail.

A la mémoire du Dr Capitan.— Sur la proposition de M. d'Andigné le Conseil municipal de Paris vient de prononcer le renvoi aux 3e et 4e commissions d'une proposition tendant à attribuer à une voie parisienne le nom du Dr Louis Capitan.

Nécrologie. — Dr Albert BRACHET, membre de l'Académie royale de médecine de Belgique, directeur de l'Institut d'anatomie de l'Université de Bruxelles et ancien recteur. Il était né en 1869 à Liège. — Dr Pierre DESCOMPS, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de la Charité. — Dr Vincent QUIRET, de Béthune. — Dr Lucien LEHMANN, de Paris, 1, boulevard Saint-Martin. — Dr LOURIVAL J., de M. Souto, vice-consul du Brésil. — Dr Louis LONCHAY, décédé à l'âge de 43 ans, des suites d'une affection contractée à la guerre. — Dr Louis DUVERNAY, médecin consultant à Aix-les-Bains, ancien interne lauréat des hôpitaux de Lyon, décédé subitement à l'âge de 51 ans. — Dr Joseph RAILLIET, membre de l'Académie de médecine depuis 1896, professeur honoraire à l'école d'Alfort, membre de l'Académie d'agriculture. — François COUTY, médecin auxiliaire du 6e B. C. A., fils du Dr Couty, de Paris, décédé à Jeaussiers (Basses-Alpes). — Dr G. B. QUEROLO, professeur de clinique médicale à l'Université de Pavie, ancien sénateur du royaume d'Italie. — Dr LADISLAY SYLLABA, membre correspondant de la Société neurologique de Paris, décédé à Prague à l'âge de 62 ans. — Dr Gaston DE CUMONT, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien en chef de l'hôpital français de Constantinople, mort récemment à Limoges.

TRAVAUX ORIGINAUX

Un tour en Amérique du Sud

Par

M. Ch. ACHARD

La célébration des centenaires fournit aux nations et aux institutions des occasions très opportunes non seulement de faire connaître leur histoire et leurs traditions, mais aussi de mettre en valeur les progrès qu'elles ont réalisés dans tous les champs de l'activité humaine. C'est une manière fort efficace de propagande et qui contribue au rapprochement des peuples en les instruisant de ce qui se fait dans divers pays.

En cette année 1930, où plusieurs nations ont fêté le centenaire de leur indépendance, la Grèce, la Belgique, l'Uruguay, des Congrès de médecine se sont tenus. Bruxelles a eu ses Journées médicales et Montevideo son Congrès international de médecine.

Invité à ce Congrès de Montevideo, qui s'est tenu du 5 au 12 octobre, j'en ai profité pour faire de courtes visites à Buenos-Aires et au Chili.

On se rend en Uruguay et en Argentine par diverses lignes de paquebots confortables et rapides, en une quinzaine de jours. De plus, il est aujourd'hui très facile et peu coûteux pour les passagers de rester en communication par T. S. F. avec la France, et le service aéro-postal assure des communications rapides par lettre avec le Brésil, l'Uruguay, l'Argentine et le Chili, sauf entraves accidentelles résultant de conditions météorologiques exceptionnelles ou de révolutions politiques, comme c'était le cas au Brésil pendant mon voyage.

Pour me rendre à Montevideo, j'ai pris passage sur le luxueux paquebot italien, le *Conte Rosso*, où les passagers étaient surtout des Italiens et des Argentins. Ceux-ci s'intéressaient vivement aux nouvelles sommaires reçues par radio et annonçant la révolution à Buenos-Aires. J'ai eu le plaisir de trouver comme compagnon de voyage M. Claparède, professeur de psychologie expérimentale à la Faculté de médecine de Genève, qui se rendait au Brésil.

Au retour, j'étais sur le *Campana* de la Société des Transports maritimes, paquebot neuf, et confortable, où la vie était beaucoup plus simple et dont j'ai gardé un agréable souvenir, malgré l'accident terminal d'un bras cassé, pendant une tempête, quelques heures avant d'aborder à Marseille. C'étaient, pendant cette traversée de retour, les nouvelles de la révolution brésilienne qui étaient le plus vivement commentées. A l'escale de Rio-de-Janeiro la vie publique était suspendue, on attendait la démission du président de la République qui, d'ailleurs, ne la donna pas et fut incarcéré quelques jours après.

A noter que, en raison de l'émigration italienne, qui avait cessé quelque temps, mais qui avait repris, le bateau entretient non seulement un médecin supplémentaire italien, mais encore un commissaire royal et un commissaire italien de l'émigration. Je ne sache pas que, sur les paquebots italiens ou autres, il y ait des agents français analogues pour les émigrés syriens qui sont nos protégés.

On peut, en choisissant des lignes différentes, visiter, soit à l'aller soit au retour, des escales d'un haut intérêt, Barcelone, Lisbonne, Las Palmas, Dakar, Rio-de-Janeiro.

Connaissant déjà Barcelone, Lisbonne et Rio, j'ai mis cette fois sur mon itinéraire Las Palmas et Dakar.

Las Palmas, capitale de la Grande Canarie, est un port très actif, où les navires se ravitaillent en mazout. La baie s'arrondit en une belle courbe. Autour s'étage la vieille ville espagnole, avec quelques constructions neuves. Les montagnes escarpées qui l'encadrent et leurs éboulis volcaniques, la végétation luxuriante de bananiers et de palmiers qui se développe dans leurs vallées donnent à ce port de relâche un aspect fort pittoresque.

L'escale de Dakar montre un port plein d'avenir, qu'on agrandit sans cesse et qui bientôt sera pourvu de réservoirs de mazout et d'une raffinerie de pétrole. L'eau potable, trouvée en abondance à 40 mètres de profondeur, permettra l'accroissement continu de sa population. J'y ai visité l'Institut Pasteur, dirigé par le médecin général Mathis, qui rend déjà de très grands services et en rendra davantage encore quand son personnel sera plus nombreux. Une promenade au marché fait voir les aspects toujours curieux de la vie indigène. Ici, l'habillement est en général assez recherché ; les étoffes aux vives couleurs, la coiffure élégante des femmes donnent à la ville un cachet bien africain et aussi un certain air de prospérité.

Uruguay

De tous les pays de l'Amérique du Sud, c'est peut-être l'Uruguay qui présente le plus d'affinités avec le nôtre. Beaucoup de Français, basques surtout, y ont fait souche et leurs descendants devenus uruguayens n'ont pas moins gardé le souvenir et les traditions de leurs ancêtres. Le Président de la République, M. Campisteguy, dont la famille est originaire de Saint-Jean-Pied-de-Port, se réjouit de venir, à l'expiration prochaine de son mandat, visiter la France et le Béarn. Il témoigne aux Français de passage une cordialité particulière, et il a fait à la délégation française du Congrès de médecine l'honneur d'une réception tout intime.

Partout en Uruguay on recueille des témoignages touchants d'affection pour la France ; partout notre pays est connu et aimé. La Marseillaise y est volontiers chantée comme l'hymne de la liberté. Notre fête nationale du 14 juillet y est officiellement célébrée.

Beaucoup de descendants des Français occupent en Uruguay des situations importantes qui concourent au prestige de notre patrie.

Le Lycée français de Montevideo donne l'enseignement à divers degrés à de nombreux enfants uruguayens et cet enseignement est excellent. Nous avons vu à la classe supérieure une quinzaine de jeunes filles écrire en français sous dictée sans fautes d'orthographe, réciter en français sans accent de terroir, répondre avec justesse sur les œuvres de plusieurs de nos auteurs classiques et sur maints détails de l'histoire de France. Mieux encore que par certaines réponses sur le rôle historique de Clovis et l'hérésie arienne, j'ai pu apprécier par l'examen d'un cahier d'élève la valeur de l'enseignement en parcourant un chapitre de notes consacré à l'histoire de la colonisation française et anglaise. A la petite classe, il était à la fois amusant et touchant de voir une soixantaine de gamins des deux sexes de 4 à 6 ans apprendre à écrire au tableau en français et de les entendre chanter fort correctement « Au clair de la lune ».

Bien que la plupart des classes se fassent en français, l'enseignement de l'anglais est donné au lycée français et l'étude de l'espagnol n'y est nullement négligée, à tel point qu'aux examens officiels les élèves du Lycée français remportent de nombreux succès.

Ainsi le Lycée français non seulement répand notre langue et notre culture, mais encore il rend de réels services à l'instruction publique de la nation uruguayenne.

Le seul mal dont il souffre, et qui est heureusement curable, est celui d'une installation matérielle insuffisante et un peu vieillotte, qui rappelle fâcheusement celle de nos anciens collèges. Il manque d'air, de lumière, d'espace. Il importe qu'il soit reconstruit sur un terrain plus vaste. Pour cela il ne faut que de l'argent et l'on peut être sûr que cet argent sera, tant pour la France que pour l'Uruguay, de l'argent bien placé.

C'est un fait général que partout dans le monde l'enseignement du français est la condition indispensable de toute propagande. En Uruguay, c'est encore à la France que vont les sympathies intellectuelles. Pour la médecine, c'est encore la clinique française qui est la mieux connue, et les médecins

uruguayens sont fort bien informés même des détails de notre vie universitaire et hospitalière. Mais on ne saurait méconnaître que les Espagnols et les Italiens étant dans ce pays bien plus nombreux que les Français, notre effort ne doit pas se ralentir pour maintenir notre position et que, d'autre part, la culture allemande y est très estimée et propagée activement, d'autant plus que la médecine italienne s'imprègne fortement de l'influence allemande.

Un médecin français établi à Montevideo, le Dr Dubourdieu, de Bordeaux, sert avec une grande activité les intérêts de la médecine française.

Beaucoup de médecins uruguayens et la plupart des professeurs ont étudié en France. L'un des plus actifs parmi les jeunes maîtres, le Dr Mussio Fournier, était naguère l'un des plus assidu aux séances de la Société médicale des hôpitaux de Paris, où il espère, comme beaucoup de ses collègues de là-bas, revenir quelque jour prochain.

La médecine en Uruguay fait de rapides progrès. Le doyen de la Faculté, le professeur Navarro, ancien interne des hôpitaux de Paris, où il a laissé de nombreuses et solides amitiés, et qui a réciproquement beaucoup d'affection pour notre pays, a fort bien compris l'évolution contemporaine de la médecine qui, fondée encore il y a un siècle sur la base de l'anatomie, est devenue physiologique. Il a eu le grand mérite de réaliser cette évolution dans l'enseignement et de doter sa Faculté de nouveaux laboratoires de physiologie, de médecine expérimentale, d'anatomie pathologique, de chimie biologique.

Les hôpitaux de Montevideo, dont quelques-uns sont vieux, car un hôpital vieillit vite, surtout en ce pays de jeunesse, doivent être reconstruits et agrandis. Un fort beau service de maladies cancéreuses a été installé par le Dr Pouey, ami de nombreux chirurgiens français. Un institut de pédiatrie, dont la première pierre a été posée à l'occasion du Congrès, sera dirigé par le Dr Morquio, le pédiatre éminent qui a fait chez nous de nombreux séjours et qui a organisé et présidé avec une grande conscience et un grand succès le Congrès médical du Centenaire.

Un grand asile de vieillards est dirigé par le Dr Campisteguy, l'un des fils du Président de la République. Les hospitalisés y passent une grande partie de leur vie en plein air et même ils peuvent édifier dans les vastes jardins leur petite case personnelle qui leur rappelle le *rancho* de leurs campagnes.

L'assistance publique, grâce à la sollicitude de son directeur le Dr Martirené, ancien élève de Paris, et du Dr Scoseria, président du Conseil d'hygiène, accomplit de nombreux progrès dans la lutte contre les fléaux sociaux. Des gouttes de lait, des consultations de nourrissons ont été créées et rendent d'autant plus de services que plus du tiers de la population du pays se trouve rassemblée dans la capitale. Un dispensaire Calmette et un centre antituberculeux ont été installés et la préparation du vaccin B. C. G. est assurée pour la ville et le pays tout entier.

La Société de biologie de Montevideo qui fait partie de l'Union des Sociétés de biologie dont le centre est celle de Paris, tient des séances mensuelles. C'est sous son patronage qu'était organisé, comme annexe du Congrès de médecine, un Congrès de biologie, dont le succès a été très vif et auquel plus de 400 communications ont été présentées.

Aussi, tant par l'enseignement que par les recherches de laboratoire, un milieu scientifique est en train de se former en Uruguay, condition indispensable pour le futur développement de la haute culture.

C'est à l'occasion du centenaire de l'indépendance nationale qui s'est réuni à Montevideo le Congrès de médecine. Il a pleinement réussi et il faut féliciter son président le professeur L. Morquio et son secrétaire général le Dr Vasquez Barrière, de son organisation parfaite et des réceptions à la fois brillantes et cordiales qui ont agréablement rompu la sévérité des séances scientifiques.

Les congressistes étaient nombreux. Beaucoup venaient des pays sud-américains et surtout d'Argentine. La France, l'Italie, l'Espagne, l'Allemagne, les Etats-Unis de l'Amérique du Nord y comptaient des délégués que le gouvernement uruguayen avait invités et traitait comme hôtes. Avec mes collègues le Dr Louis Martin, sous-directeur de l'Institut Pasteur, Cl. Regaud, directeur de l'Institut du radium, et J. Comby, médecin honoraire des hôpitaux de Paris et président de la Société de pédiatrie, nous formions la délégation française. Mme Martin, Mlle Regaud, licenciée ès sciences, Mlle Comby, externe des hôpitaux, nous accompagnaient.

Au programme du Congrès figurait une manifestation profondément touchante pour les délégués français. C'était l'inauguration d'un buste de notre compatriote le Dr Emile Roux. Ce monument, élevé par souscription publique au nom des mères uruguayennes reconnaissantes, consacre les bienfaits du sérum antidiphtérique. Il s'élève dant le beau parc Rodo, très fréquenté des enfants. Emouvante dans sa simplicité, la cérémonie s'est accomplie en présence des principaux membres de la colonie française, groupée autour du ministre de France M. Velten, du ministre des Affaires étrangères et du Président du Conseil départemental. Les enfants des écoles, chantant la Marseillaise, ont défilé devant le buste en déposant des fleurs.

M. Louis Martin était tout désigné pour prendre la parole au nom de la délégation française dans cette circonstance. M. Comby ne l'était pas moins pour parler à la pose de la première pierre de l'Institut de pédiatrie et M. Regaud à la séance inaugurale du Congrès de biologie. Je me chargeai de présenter l'adresse française à la séance inaugurale du Congrès médical qui se tint au théâtre Solis, en présence du Président de la République et sous la présidence du ministre de l'Instruction publique M. Demichelli. Je pris encore la parole à la réception des délégués à la Faculté de médecine et je portai le toast français au banquet de clôture que présidait le ministre des Relations extérieures et où le professeur Turenne avait eu pour la science française des paroles particulièrement aimables.

A cette distribution des rôles dans les cérémonies du Congrès ne s'est pas bornée, d'ailleurs, l'activité des délégués français. Ils firent des conférences et des communications. M. Regaud, en particulier, qui était arrivé plusieurs semaines avant le Congrès, avait été invité à faire un cours de radiologie et à prêter son concours éclairé à un projet de réorganisation des services de radiothérapie.

Le Congrès était partagé en sections travaillant séparément. Les séances de communications se tenaient l'après-midi, la matinée étant consacrée aux visites dans les hôpitaux et autres établissements.

Des conférences avaient lieu de 18 à 20 heures. Elles ont été faites par M. Silva Araujo sur la syphilis et la frambœsia, par M. Araoz Alfaro sur le diagnostic de la tuberculose, par M. Koehler sur le concept de régulation en biologie, par M. Embden sur les nouvelles recherches concernant la contraction musculaire, par M. Achard sur la néphrose lipoïdique, par M. Martin sur la vaccination antidiphtérique, par M. Osvaldo de Oliveira sur les souffles adventices du cœur, par M. Pende sur la séméiologie de la tonicité cardiaque, par M. Rondoni sur des recherches concernant le problème de la goutte et des arthropathies chroniques, par M. Recassens sur le traitement du cancer de l'utérus, par M. Bonilla sur les diathèses hyponutritives et les états hypométaboliques.

Une exposition se tint pendant la durée du Congrès. On y voyait d'intéressantes collections de moulages, de pièces anatomiques, de tableaux concernant la lutte contre la tuberculose, la syphilis, l'alcoolisme, le cancer. En fait d'apareils et de produits, les représentants des maisons françaises y étaient bien peu nombreux, à côté des maisons d'Allemagne et des Etats-Unis.

Le ministre de l'Instruction publique, M. Demichelli, offrit aux délégués étrangers une belle soirée de musique, avec le concours des chœurs d'une société privée, dans la splendide salle des Pas perdus du Palais législatif, vaste édifice tout étincelant de marbres du pays, qui abrite les salles de séances des deux assemblées parlementaires.

Un thé fut offert aux délégués dans le magnifique jardin du Prado par la municipalité dont le président fit un accueil particulièrement aimable à la délégation de notre pays.

Des courses furent données en l'honneur du Congrès au bel hippodrome situé à une extrémité de la ville.

Un banquier d'origine française, M. Louis Supervielle, qui est l'une des principales notabilités du pays, convia les congressistes à visiter son *estancia* et leur fit servir un déjeuner en plein air, avec le *garbanzo*, soupe aux pois chiches, le *puchero*, pot-au-feu national et l'*asado*, rôti pareillement national, cuit en plein vent, à la chaleur de la fumée d'un feu de bois, tandis que des *payadores*, s'accompagnant de leur guitare, improvisaient leurs amusantes poésies. Puis ce fut le spectacle impressionnant des chevaux domptés par des *gauchos*, qui, après les avoir saisis au lasso, sellés et sanglés, les montaient, les cravachaient et les obligeaient à courir, malgré leurs bonds prodigieux et leurs efforts pour jeter bas leur cavalier.

De nombreuses promenades particulières furent organisées par nos collègues de Montevideo, dont l'inépuisable amabilité s'employa sans cesse à nous montrer les points intéressants de la ville et de ses environs. Nous avons visité les belles plages qui s'échelonnent le long de l'Océan et dont la principale est celle de Carrasco, très fréquentée l'été par les Argentins. Nous avons admiré le beau panorama de la montagne du Cerro, surmontée d'un vieux château-fort et qui a, suivant la tradition, donné à la ville son nom, parce que, lorsque le navigateur Solis découvrit la Rio de la Plata, le matelot de vigie s'écria en italien qu'il voyait un mont.

Deux autres excursions intéressaient le médecin et l'hygiéniste.

De vastes établissements, sous le nom de frigorifiques, servent à la fois à l'abatage des animaux de boucherie et à leur préparation pour la consommation. L'élevage étant la principale source de richesse du pays, l'installation de tels établissements doit réaliser les conditions les plus parfaites. On y voit, suivant les techniques de l'Amérique du Nord, les animaux suspendus à un câble qui se déplace, passer successivement devant les ouvriers, dont chacun accomplit toujours pendant ses 8 heures, le travail un même geste, de telle sorte que finalement la bête est en très peu de temps assommée ou égorgée, éventrée, dépecée, apprêtée pour la vente immédiate ou congelée pour la mise en réserve ou l'expédition. Il y a, en outre, des ateliers pour la préparation des boîtes de conserve, pour l'utilisation des sous-produits, des peaux et de la graisse notamment. Un contrôle sanitaire des animaux abattus est établi, et l'on nous a fait constater aussi qu'une manucure est préposée au nettoyage des ongles de certains ouvriers préparant les conserves.

Cette visite pourrait inspirer maintes réflexions philosophiques et poser tout le problème du machinisme et du taylorisme. Il est certes avantageux pour le rendement économique de spécialiser les ouvriers dans une tâche, mais quel pauvre aliment pour le cerveau d'un homme que d'exécuter un geste unique indéfiniment ! L'anglo-saxon s'y prête peut-être mieux que le latin. Le premier accepte peut-être la discipline d'un seul et même acte ; le second, plus curieux, cherche la diversité; l'un est univalent, l'autre plurivalent.

Plus pittoresque et prêtant moins à des pensées moroses fut la visite aux sources d'une eau minérale, appelée *Salus* dans la Sierra de Minas, à plus de 100 kilomètres au nord-est de la capitale. Cette eau, très peu minéralisée (18 centigr. de résidu sec par litre), est bicarbonatée calcique. On la gazéifie artificiellement pour la vente et elle est largement consommée dans tout le pays. La source est située au milieu d'un bois dont les hauts arbres ne datent guère que d'une trentaine d'années, mais dont la croissance est très rapide en ce pays. Auprès sont des hauteurs d'où l'on peut contempler un magnifique panorama de montagnes rappelant nos pays d'Auvergne, avec des sommets arrondis et des pentes gazonnées, parsemées de rochers.

Là fut offert aux congressistes, à l'ombre des grands arbres, un plantureux déjeuner, avec *puchero* et *asado* préparés et servis par les jeunes gens et jeunes filles du Congrès, transformés pour la circonstance en marmitons excellents. Même, après avoir accompli de la facon la plus experte leur service fatigant, ils trouvèrent encore assez d'entrain pour exécuter avec la meilleure grâce la danse de la périchole.

Mais il n'est si bonne compagnie qui ne se quitte. Il fallut se séparer, emportant le plus charmant souvenir de nos hôtes uruguayens, de leur pays, de son avenir et des efforts déjà couronnés de succès qui s'y accomplissent dans le domaine des sciences et de la médecine.

Parmi les délégués étrangers, plusieurs étaient déjà partis, entre autres les Brésiliens rappelés chez eux par les événements de la révolution.

Les délégués français se divisèrent. MM. Regaud et Comby se rendirent en Argentine, tandis que je regagnais la France avec M. Martin.

Environné de révolutions, l'Uruguay demeurait relativement calme, en dépit des compétitions ardentes que provoquaient l'approche de l'élection présidentielle du 30 novembre. Une grève de commerçants, qui protestaient contre l'établissement d'un salaire minimum pour les ouvriers et employés, changea seule pendant deux jours la physionomie de Montevideo.

Mais les partis s'agitaient. Les électeurs se rangeaient sous trois couleurs : blanc, bleu, rouge (*colorado*) et les paysans portaient leur couleur sur leur grande écharpe ou *puncho*. A vrai dire, bleus et blancs ne faisaient guère qu'un seul bloc. Et puis il y avait des gens prudents qui n'arboraient point leur couleur, il y avait des roses. Enfin certains étaient spirituellement traités de *rabanito* (radis) parce qu'ils étaient rouges au dehors et blancs au dedans. On ne manque ni d'esprit ni d'humour chez nos amis de la République orientale, comme ils appellent leur patrie, en souvenir des temps où elle formait dans la Confédération platéenne la « Bande orientale. »

Argentine

Buenos-Aires et Montevideo sont tellement proches qu'on ne peut guère visiter l'une sans l'autre des deux capitales. Un bateau quotidien mène de l'une à l'autre en une nuit et un service d'avion fonctionne l'après-midi. Un chemin de fer en construction améliorera encore les relations en conduisant, sur la rive uruguayenne, de Montevideo à Colonia, située juste en face de Buenos-Aires, et de là en ferry-boat sur le Rio jusqu'à la capitale argentine.

J'ai visité Buenos-Aires avant le congrès de Montevideo. J'y suis arrivé peu après la révolution qui avait renversé le président Irigoyen, sous la menace de la faillite. Sans un malentendu qui avait fait tirer la troupe sur la foule, il n'y aurait pas eu de mort d'homme. Tout le monde paraissait satisfait du changement, mais la ville était encore assez agitée. Les éditions de journaux se succédaient d'une façon ininterrompue et j'ai assisté à deux manifestations en l'honneur du nouveau gouvernement, l'une de femmes, l'autre d'élèves des lycées, qui défilèrent musique en tête, dans l'Avenida de Mayo, la grande artère centrale de la ville.

Buenos-Aires qui compte plus de deux millions d'habitants et qui, par son chiffre de population, se classe après Paris la seconde ville latine de l'univers, couvre une énorme surface. Un des professeurs de clinique me disait que pour se rendre à son hôpital il avait à parcourir 13 kilomètres. La plupart des maisons, comme d'ailleurs à Montevideo, n'ont qu'un ou deux étages. Aussi des règlements de voierie prescrivent-ils l'exhaussement des maisons. Mais à Montevideo certains propriétaires se contentent, pour satisfaire à la lettre de la loi, de surmonter leur immeuble d'une petite tourelle. Cette manière de s'étendre en surface, peut-être favorable à l'hygiène individuelle, n'en a pas moins de grands inconvénients par la perte de temps qu'elle impose aux travailleurs, par la multiplicité des tramways encombrants qu'elle nécessite, par le coût des canalisations d'eau, de gaz, d'électricité, d'égoût, qui en sont la conséquence. Un réseau de chemin de fer métropolitain est commencé, il est à souhaiter qu'il s'étende rapidement.

La ville est construite en blocs rectangulaires à la facon américaine. Mais elle a de nombreux squares, parcs et jardins, de grands monuments, des statues. Tous ces ornements ont été peut-être édifiés un peu vite et disséminés un peu au hasard. Un quartier neuf, aristocratique, se construit près du Rio, une belle avenue, l'Avenida Costanera, en longe la rive et le grand parc de Palermo avec ses arbres, sa roseraie, ses

lacs, son pont japonais, forme une belle promenade dans le genre du bois de Boulogne.

Ai-je besoin de dire que mes collègues argentins me firent une réception aussi cordiale que somptueuse ? Tous les médedecins français, nombreux déjà, qui sont allés à Buenos-Aires, ont solidement établi chez nous la réputation des Argentins sous ce rapport. Les professeurs Mariano Castex, Bullrich, Bonorino Udauendo, Goyena, le professeur Navarro, président de l'Académie de médecine, le professeur Iribarne, doyen de la Faculté, méritent pour leur excellent accueil mes très vifs remerciements. Mais je suis surtout redevable d'une très vive reconnaissance au professeur Araoz Alfaro, le pédiatre bien connu, qui avait dû, sous le précédent gouvernement, abandonner prématuréement sa chaire et ses fonctions de doyen, et dont le nouveau régime a fait le président du Département national de l'Hygiène. Malgré ses fonctions absorbantes, il m'a constamment guidé dans la ville et m'a rendu les plus grands services, en me facilitant mes démarches. Grâce à lui j'ai eu l'honneur d'être reçu en audience par le chef du gouvernement provisoire (provisional, dit-on là-bas), le général Uriburu, dont les journaux français ont publié des photographies extraordinairement fantaisistes, et qui est le premier, d'ailleurs, à en rire.

La Faculté de Buenos-Aires, possède un institut de physiologie dirigé par le professeur Bernard Houssay, bien connu par ses importants travaux sur l'hypophyse. Malgré l'attrait de la clientèle, qui est puissant dans ce pays où le besoin d'argent est grand, il est un des rares professeurs qui se consacre exclusivesivement à la science. Parmi les autres centres de recherches scientifiques, il faut encore citer l'Institut de bactériologie que dirige le professeur Sordelli et celui du cancer dont le chef est le professeur Roffo et dont les nombreuses publications sont très répandues en France.

La bibliothèque de la Faculté est fort bien tenue et l'on m'y a montré près d'un millier de fiches concernant mes propres travaux. J'ai eu l'honneur de faire dans un des amphithéâtres une conférence et, à l'Académie de médecine, une communication. C'est dans la belle salle des actes de la Faculté que cette Académie tient chaque mois sa séance. Elle compte 35 membres répartis en cinq sections.

En face de la Faculté se trouve un hôpital de cliniques, construction de style espagnol, jugée déjà trop ancienne et dont on a, dans la mesure du possible, modernisé l'aménagement

Parmi les hôpitaux il en est un qui présente une formule assez nouvelle. C'est l'hôpital Rawson où le professeur Goyena dirige un service de médecine, auquel est annexé, pour son usage exclusif, un service de chirurgie. C'est l'inverse de ce que nous voyons parfois chez nous, où c'est plutôt un assistant médical que s'adjoignent les chirurgiens. Il est vrai que le chef de ce service médical s'occupe en particulier des ulcères digestifs, question qui intéresse les chirurgiens. A noter que ce service ne compte que 100 lits, mais qu'il est desservi par 45 médecins, non compris les étudiants.

Je ne pouvais manquer de visiter l'hôpital français, inauguré en 1887 et qui peut recevoir 270 malades, dont un certain nombre payants. Se maintenant en contact intime avec d'autres œuvres françaises, il est en quelque sorte le point de ralliement des Français de Buenos-Aires. Avant la grande guerre c'est dans un jardin de l'hôpital, autour d'une statue de l'Alsace-Lorraine, que se réunissaient nos compatriotes pour célébrer notre fête nationale. Depuis la grande guerre, le culte du souvenir y est entretenu par une statue élevée à la gloire du poilu, et par un monument aux morts où sont inscrits les noms de tous ceux qui, partis de l'Argentine, sont tombés pour la France.

D'autres œuvres d'assistance, un asile de vieillards, un asile de nuit, un orphelinat de garçons, une Société de secours aux familles forment en quelque sorte le complément social de l'hôpital. Tout cet ensemble qui rend à nos compatriotes et à la cause de la France de très grands services, en rendrait davantage encore si ses ressources étaient plus considérables.

Ces œuvres méritent d'autant plus d'être encouragées que l'action de la France n'est pas en progrès en Argentine. L'enseignement de notre langue diminue. Aussi l'effort important que l'Alliance française s'apprête à faire à Buenos-Aires vient-il à point pour améliorer cette situation. L'apport italien dans ce pays est considérable ; sa marque s'accuse dans la race, les œuvres d'art, les objets de toute sorte. On dit aussi qu'une langue un peu spéciale et différant de l'espagnol semble se former. En médecine, on connaît bien les travaux français, mais là aussi s'accentue l'influence d'autres nations, telles que l'Allemagne et les Etats-Unis.

Les environs de Buenos-Aires n'ont rien de particulièrement attrayant. Le pays est plat et monotone. Il n'offre pas comme l'Uruguay de petites ondulations de terrain qui donnent à la campagne un aspect un peu varié dans le genre de la nôtre.

J'ai fait pourtant une intéressante excursion à la ville de La Plata, située à une heure de chemin de fer de la capitale fédérale. C'est une ville récente, en grande partie encore en projet, avec de grandes avenues tracées, des parcs, des monuments, mais peu de maisons d'habitation. Elle possède une université qui offre aux travailleurs l'avantage d'une vie tranquille, exempte de distractions frivoles. Mais surtout on y visite un splendide musée d'histoire naturelle, l'un des plus beaux du monde, qui contient entre autres des specimens remarquables de grands sauriens préhistoriques.

Chili

Le peu d'intérêt touristique de la région de Buenos-Aires et même de l'Uruguay m'avait donné la tentation de pousser jusqu'au Chili. Il entrait donc dans mon plan de traverser la Cordillère des Andes. Mais ce plan faillit être déjoué par les, chutes de neige exceptionnellement abondantes cette année qui avaient coupé la voie ferrée encore au commencement de septembre, fin de l'hiver argentin. Le trafic étant repris depuis une semaine, j'ai pu faire ce magnifique voyage.

La traversée d'Est en Ouest de l'Argentine, de Buenos-Aires à Mendoza, demande 20 heures d'express. Le pays est si plat qu'il n'y a aucune tunnel. C'est la *pampa* herbeuse, différente des steppes de Russie en ce qu'on n'y voit pas les grandes forêts, les grands espaces sans routes, qui donnent l'impresson d'immense solitude. Dans la *pampa*, les habitations sont rares, clairsemées, mais il y a pourtant certains centres assez importants ; on voit des routes, des autos, des cultures, des élevages de bœufs, de moutons, de chèvres, de chevaux, de poules, de dindons et même de nandous. Des *gauchos* à cheval gardent les troupeaux, et tantôt vont au pas, tantôt au galop, sans presque jamais trotter. Des peupliers, des saules s'élèvent dans ces plaines ; ceux-ci ne sont pas les petits arbres rabougris jalonnant chez nous les ruisseaux, mais de grands arbres dont le feuillage éploré, tombant de haut, serait vraiment digne du tombeau d'un Musset. Les cerisiers, nombreux, étaient en fleurs et me rappelaient le Japon.

Les trains sont suffisamment confortables et pourvus de *dormitorios*, de *comedor* et de Pullmann.

A Mendoza l'on change et l'on prend le train de montagne qui tantôt roule et tantôt grimpe sur crémaillère. Jusqu'à Los Andes, il y a 250 kilomètres qu'on parcourt lentement en une douzaine d'heures et là des trains sur voies ordinaires conduisent en trois heures à Santiago et Valparaiso.

L'aspect de la Cordillère est celui de nos Alpes, mais plus sauvage, à cause du manque d'habitations et de la largeur de la chaîne. Des tunnels, formés pour la plupart d'une voûte en bois et tôle ondulée, protègent la voie contre les avalanches. Gorges abruptes, étroits défilés, pointes rocheuses, champs de neige, glaciers aux reflets bleuâtres, pics poudrés de blanc se succèdent sans interruption. Par beau temps la croupe de l'Aconcagua étale, à la hauteur de 7.036 mètres, sur l'azur du ciel sa blancheur immaculée. Le mont Tupungato dresse à 6.570 mètres son double sommet et les Pénitentes, roches basaltiques en forme de tours diversement inclinées, se profilent comme une procession de moines encapuchonnés. Du côté chilien, la pente plus rapide donne au chaos des montagnes un aspect plus sauvage encore.

A l'aller, il neigeait assez fort au point le plus haut de la


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE

voie qui atteint 3.390 mètres, et je n'étais pas sans inquiétude pour mon retour, d'autant plus que le service d'avions pour voyageurs avait été récemment supprimé et qu'il fallait des motifs d'urgence pour se faire accepter comme paquet par le service aéro-postal qui transporte régulièrement le courrier. Mais au retour le ciel était radieux et le spectacle merveilleux.

Santiago, comme Buenos-Aires et Montevideo, occupe aussi une très grande surface par rapport à sa population. Mais ici les maisons basses sont presque une nécessité à cause de la fréquence des tremblements de terre. Il y a deux très beaux points de vue au Cerro Santa-Lucia dans la ville même et au San Cristobal à une extrémité de la ville. Le Parc hippique, le Parc de l'Exposition qui est une sorte d'école d'agriculture, sont aussi des lieux de promenade fort agréables. Mais partout on voit les Andes et les cimes neigeuses qui encadrent plus de la moitié de l'horizon, formant un admirable fond de tableau. Les teintes roses et or du coucher du soleil sont particulièrement attrayantes.

Le Chili est d'ailleurs, sous le rapport du tourisme, un très beau pays. Au sud il y a, paraît-il, une région de lacs de toute beauté. Je ne connais que Valparaiso, le grand port chilien, très pittoresque avec ses vieilles maisons étagées en amphithéâtre sur les hauteurs escarpées qui bordent la baie. L'aspect rappelle celui de Gênes. Le long de la mer, des plages ont été aménagées, surtout à Vina del Mar, formant une corniche chilienne.

Le Chili est très différent de l'Argentine non seulement par la nature de son sol, mais aussi par ses habitants et ses mœurs.

La population est en partie de race purement espagnole, en partie métissée d'Espagnols et d'Indiens. Les Chiliens n'ont pas l'exubérance des Argentins, ni peut-être leur légèreté et leur goût du plaisir. Séparés à l'est de la civilisation argentine et brésilienne par le rempart des Andes, ils n'avaient de rapports d'échanges matériels et intellectuels que par la mer. C'est la mer qui a fait surtout l'unité du Chili. C'est seulement depuis peu que la barrière des Andes a été forcée par le chemin de fer et l'avion. Aussi, dans cet isolement relatif, le Chili a-t-il gardé, parmi les nations sud-américaine, une personnalité propre.

Mais là aussi sévit l'instabilité politique. Quand je suis arrivé à Santiago le gouvernement venait de changer, des fonctionnaires avaient été déplacés. Le doyen de la Faculté de médecine était devenu recteur. Le ministère de l'Instruction publique était confié provisoirement au ministre de la Guerre. Les étudiants faisaient grève.

Une crise économique s'y ajoutait comme partout. Encore le Chili a-t-il l'avantage, pour l'avenir, que ses principaux produits, salpêtre et cuivre, n'étant point périssables, peuvent attendre pour l'exportation sans perdre de leur valeur intrinsèque.

La médecine au Chili n'a peut-être pas évolué aussi vite qu'en Argentine et en Uruguay. La Faculté de médecine possède un hôpital de cliniques, l'hôpital Saint-Vincent. Une belle maternité est dirigée par le professeur Monckeberg, l'un des précurseurs des recherches sur l'ultra-virus tuberculeux et sur son passage de la mère au fœtus. Il est en même temps doyen d'une Faculté libre, catholique, mais n'y fait point d'enseignement. Cette Faculté libre, comme celle de l'Etat, donne un enseignement gratuit, mais elle choisit ses élèves et les limite à une cinquantaine.

A l'hôpital Salvador, j'ai vu la clinique ophtalmologique du professeur Charlin et un service d'urologie, qui ont des bonnes installations.

Mais partout on se plaint de l'insuffisance des locaux. On fait des projets d'agrandissement et le doyen de la Faculté, le professeur Castro-Oliveira, m'a montré un plan de reconstruction de l'Université.

Il y a au Chili plusieurs professeurs allemands chargés de fonctions officielles. Le professeur autrichien Lipschutz enseigne à l'Université de Concepcion. Le professeur Kraus est directeur de l'Institut de microbiologie de Santiago. Les médecins chiliens connaissent bien, pourtant, la médecine française. Beaucoup sont allés en France. Mais il est certain qu'un effort de notre part est désirable pour améliorer notre influence dans ce pays. Un biologiste français, M. Wollman, occupe à Santiago le poste de directeur scientifique d'un établissement privé qui prépare des sérums et vaccins, des produits opothérapiques et remèdes divers. Il dispose de laboratoires fort bien installés et forme des élèves qui accomplissent sous sa direction des travaux scientifiques. Il rend à notre influence de grands services.

Sous ce rapport aussi, la nomination du professeur Monckeberg comme chevalier de la Légion d'honneur a été d'un excellent effet. Nous avons eu le plaisir de la fêter avec le ministre de France, M. Des Longchamps.

C'est ici un vaste terrain de jeux, le stade français, fort agréablement aménagé avec la vue des Andes, qui sert de point de ralliement à la colonie française.

Les médecins de France sont fort bien accueillis au Chili. Bien que je ne fusse pas chargé d'une mission spéciale pour ce pays, j'ai été l'hôte de l'Université de Santiago et invité à y faire une conférence.

Je dois remercier tout particulièrement le recteur M. Castro Oliveira, les professeurs Monckeberg et Prado Tagle, M. Aldunate, président de la Société médicale, pour l'amabilité avec laquelle ils m'ont reçu et m'ont fait visiter les hôpitaux et laboratoires.

***

Dans une visite rapide en Amérique du Sud, on ne peut recueillir que des impressions générales et l'on ne saurait formuler de conclusions précises. Ce qui s'en dégage d'abord, c'est que l'Amérique latine, dont les fragments ont mêmes origines politiques, pourrait former un bloc fort important où se développerait, avec des ressources magnifiques, la culture latine.

Mais ce qui ressort aussi avec trop d'évidence d'un simple coup d'œil sur l'état présent du pays, c'est que l'agitation politique entrave perpétuellement un développement régulier. A l'époque de mon voyage, le Pérou, l'Argentine, le Chili, le Brésil étaient successivement en révolution et la tranquillité même de l'Uruguay, à la veille d'une élection présidentielle qui posait de grands problèmes de politique intérieure, n'était pas très assurée pour un avenir prochain.

A ce mal de l'agitation intérieure s'ajoute celui des rivalités extérieures. C'est un fait aussi que des dissentiments séparent le Pérou du Chili, la Bolivie du Paraguay, le Brésil de l'Argentine, l'Argentine de l'Uruguay, le Chili de l'Argentine. En vain lit-on sur le socle de la statue du Christ érigée sur la frontière des Andes à 4.000 mètres d'altitude : « Plus vite tomberont ces montagnes en poussière que les peuples de l'Argentine et du Chili ne rompront la paix qu'ils ont juré de maintenir aux pieds du Christ Rédempteur. » Si la guerre extérieure sévit moins souvent que la guerre civile en Amérique latine, il n'en est pas moins vrai qu'un état de malaise permanent pèse d'une façon trop habituelle sur les relations mutuelles de ces républiques. Or, à ces Etats désunis de l'Amérique latine l'Amérique du Nord oppose le bloc autrement solide de ses Etats-Unis, toujours prêts à profiter des occasions de troubles pour apporter à leur manière cette paix du dollar qui se paie toujours de quelque liberté. Beaucoup d'hommes éclairés s'en rendent parfaitement compte en Amérique latine, mais les nécessités du présent voilent aisément les vues d'avenir.

La culture latine est encore générale en Amérique du Sud et en Amérique centrale ; mais si l'empreinte anglo-saxonne achevait de façonner la vie matérielle à son image, on ne peut douter qu'elle se marquerait aussi dans la vie intellectuelle.

Prêcher l'union qui ferait la force du bloc latin d'Amérique est certainement méritoire, mais non moins certainement platonique. En attendant que l'éducation politique de ces peuples latins fasse des progrès suffisants pour aboutir à la stabilité, il faut protéger et développer chez eux la culture latine en multipliant leurs relations intellectuelles avec tout le monde latin. L'exemple du Congrès de Montevideo montre déjà que, par-dessus les rivalités politiques entre nations américaines, des relations intellectuelles, fécondes et même cordiales, peuvent s'établir entre elles. Mais c'est surtout encore avec les

◆◆◆

Latins du vieux monde que ces relations doivent devenir incessantes et de plus en plus agissantes. La France a le bonheur d'être l'amie de toutes les républiques latino-américaines et de compter chez toutes de nombreuses sympathies. Sans parler du rôle que sa diplomatie pourrait jouer pour adoucir quelques-unes de leurs rivalités trop aiguës, elle pourrait les convier à des réunions intellectuelles où se noueraient entre individus de ces nations rivales des relations personnelles capables de préparer des relations meilleures dans le domaine politique.

Ce que je dis ici des rivalités entre nations pourrait s'appliquer même aux rivalités entre compatriotes, car c'est le péché mignon des Latins (et les Français n'en sont pas exempts) de manquer de discipline et de se refuser à faire taire les sentiments individualistes quand il parlent trop haut. Nous avons pu nous rendre compte que le monde médical est trop souvent divisé en Amérique latine. Se rencontrant sur un terrain neutre, à l'étranger, les frères ennemis ont parfois quelque chance de mieux comprendre la nécessité de ne point donner à autrui le spectacle de leur désunion.

Ce rôle de conciliation et de rapprochement pacifique, qui est tout à fait dans les traditions de notre pays, ne pourrait que le grandir dans l'estime de ces peuples latins, habitués déjà à le considérer comme l'inspirateur de leur liberté. C'est dans le vieux monde et en France en particulier que les Latins d'Amérique peuvent trouver leur point d'appui pour une politique de rapprochement, indispensable condition du maintien et du développement de leur culture dans l'avenir.

C'est ce que je me suis appliqué à mettre en pratique au Congrès de Montevideo. Profitant de la réunion de nombreux médecins sud-américains, j'ai invité les nations latines d'Amérique à participer brillamment au Congrès international de pathologie comparée que je dois présider à Paris en octobre 1931, et je leur ai fait part d'un projet de Fédération des Sociétés de pathologie des pays chauds, groupement dont le centre serait à Paris et dans lequel ces nations latino-américaines ne pourraient manquer de tenir une place importante.

La situation privilégiée que la France doit chercher à occuper dans la médecine en Amérique latine, peut d'ailleurs se justifier. La France est en Europe la nation où la médecine est le plus avancée et le plus latine. En Espagne, en effet, l'essor de la médecine n'est pas comparable à ce qu'il est en France et, en Italie, la médecine paraît avoir plus de relations avec la culture anglo-saxonne qu'avec la culture latine.

Je suis très loin de médire de la culture anglo-saxonne, mais je crois que chaque race a formé sa culture, suivant ses aptitudes en l'adaptant à ses qualités propres, qui les distinguent des autres. Or, la France a quelque droit à se dire la protectrice la plus active de la culture latine, et c'est un titre qui doit lui mériter l'affection des jeunes républiques américaines, toujours empressées à se proclamer latines, alors même qu'elles se laissent envahir par l'influence nord-américaine.

Ménorragies. — La réduction du calibre des vaisseaux après l'accouchement est due, principalement, à la prolifération du tissu sous-endothélial. Après chaque gestation, il est physiologique que l'utérus s'enrichisse en tissu élastique. Mais, pour Shaw, ce tissu n'a rien à voir avec les règles irrégulières et les règles irrégulières ne sont pas fonction de subinvolution. Une maladie ovarienne est à la base de ces ménorragies et règles trop rapprochées, maladie ovarienne qui aboutit à des cycles plus court. (*Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Emp.*, 1929, p. 1, tome XXXVI).

« **De l'emploi du bistouri diathermique pour l'ablation des papillomes végétants génitaux chez la femme enceinte** ». Le Lorier, chez une primipare de 18 ans, extirpa un très volumineux papillome ano-vulvaire au bistouri diathermique. L'opération se fit sans hémorragie appréciable quelques jours avant l'accouchement. Celui-ci fut simple et les suites de couches normales. (*Bull. de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, séance du 3 février 1930, p. 8).

H. V.

CLINIQUE MÉDICALE

Le système nerveux des tuberculeux [1]

Par M. Jacques de MASSARY
Ancien Chef de clinique médicale à la Faculté

Messieurs,

C'est une tâche très ardue que d'exposer devant vous en un si court espace de temps les diverses manifestations pathologiques traduisant l'atteinte du système nerveux par le bacille de Koch. En effet, ce dernier frappe indistinctement toutes les parties du névraxe, avec cependant prédilection pour ses enveloppes méningées, d'où une multitude de localisations diverses entraînant des tableaux cliniques différents.

De plus, là comme ailleurs, le bacille de Koch entraîne des lésions variées, follicules, granulations grises, tubercules, qui se traduisent également en clinique par des ensembles symptomatiques distincts.

Enfin, l'âge même intervient également dans le déterminisme de l'aspect général de l'affection.

Ces trois facteurs indiquent le grand polymorphisme des réactions nerveuses de l'organisme sous l'influence du bacille de Koch. Cependant tous ces aspects divers ont deux points communs.

1° **Le point de départ.** — Il s'agit toujours en effet d'une tuberculose secondaire à l'atteinte d'un autre organe, soit voisin, soit éloigné (généralisation par voie sanguine) et lorsqu'il s'agit de manifestations nerveuses tuberculeuses primitives, ce n'est là qu'une apparence ; en réalité existe toujours un ancien foyer tuberculeux inaperçu et latent.

2° **Le point d'arrivée.** — C'est la mort fatale dans tous les cas après une plus ou moins longue évolution, à part quelques cas tout à fait exceptionnels.

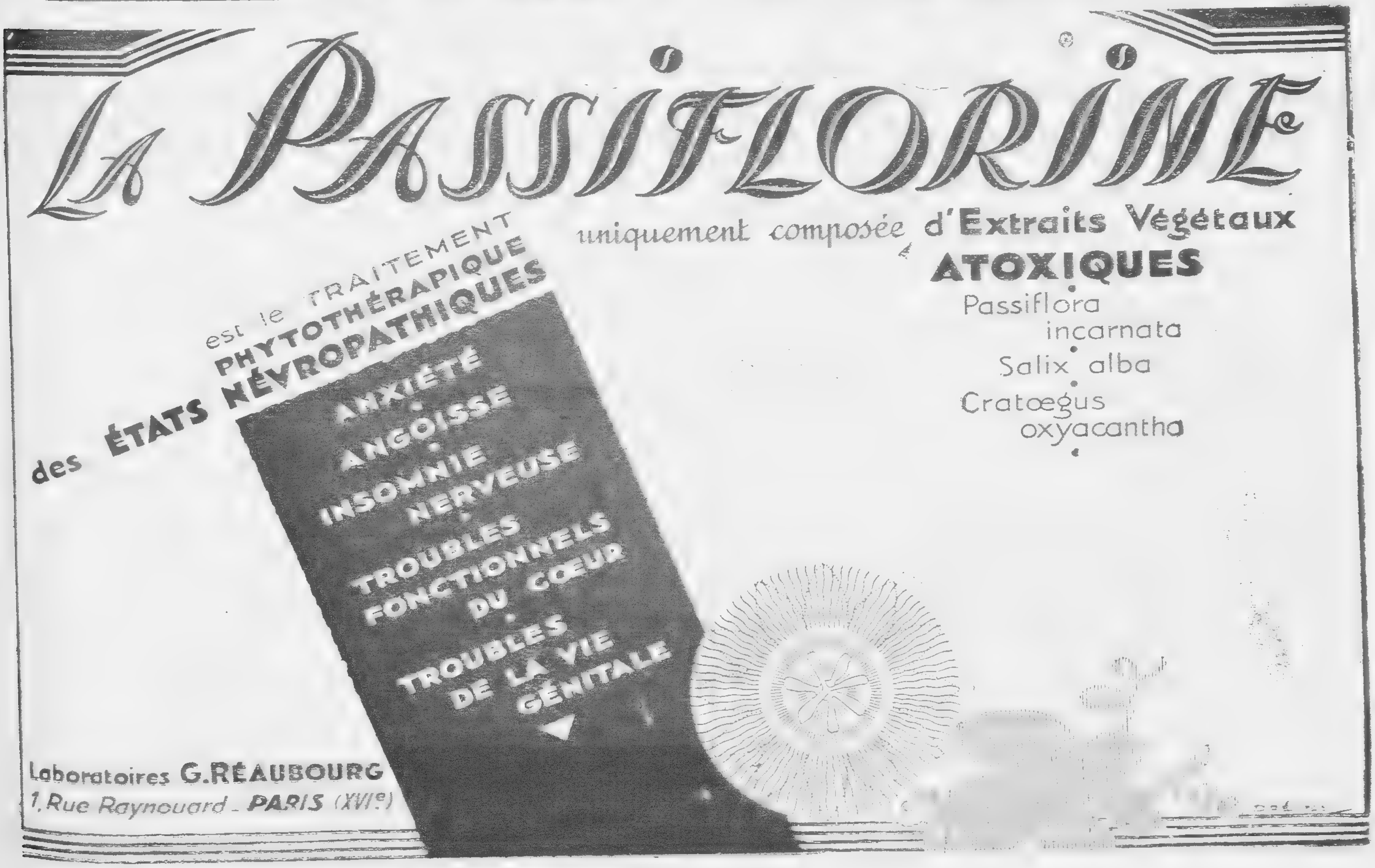
Ces deux points communs à toutes les formes cliniques étant connus, force nous est, du point de vue symptomatologique et évolutif, de classer celles-ci d'après les localisations lésionnelles, que nous verrons du reste être en rapport avec l'âge du sujet et son pouvoir réactionnel, et d'étudier successivement la tuberculose des méninges, de l'encéphale, de la moelle, des nerfs.

I. Tuberculose des méninges

Des trois méninges, c'est le feuillet interne, la pie-mère ou leptoméninge qui est le plus fréquemment touché et dont les lésions se propageant à l'encéphale sous-jacent déterminent la symptomatologie caractéristique du syndrome méningitique ou cortico-méningé. L'atteinte de la dure-mère entraînant des pachy-méningites généralement localisées, se traduit surtout par un syndrome de compression cérébrale, les rapprochant des tubercules, véritables tumeurs encéphaliques et doivent être étudiés par conséquent avec ceux-ci. Mais cette atteinte de la lepto-méninge est différente du point de vue anatomique, et par suite clinique, suivant l'âge : l'enfant faisant une lepto-méningite subaiguë diffuse, généralisée, l'adulte faisant au contraire des lésions localisées de lepto ménin-

(1) Leçon faite le 26 juin à la Charité.


LAXAMALT
TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION
AUCUNE CONTRE-INDICATION
50% huile de paraffine
50% extrait de malt
LABORATOIRES LICARDY
38, Bd Bourdon NEUILLY-PARIS


LA PASSIFLORINE
uniquement composée d'Extraits Végétaux ATOXIQUES
Passiflora incarnata
Salix alba
Cratœgus oxyacantha
est le TRAITEMENT PHYTOTHÉRAPIQUE des ÉTATS NÉVROPATHIQUES
ANXIÉTÉ
ANGOISSE
INSOMNIE NERVEUSE
TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR
TROUBLES DE LA VIE GÉNITALE
Laboratoires G. RÉAUBOURG
1, Rue Raynouard - PARIS (XVIe)

gite en plaques. Disons cependant tout de suite que cette opposition classique n'est vraie qu'en partie, ainsi que nous le verrons tout à l'heure.

A. Méningite de l'enfant

C'est la plus fréquente de toutes les localisations de la tuberculose sur le système nerveux, aussi son tableau clinique est-il parfaitement connu. Les descriptions de R. Whytt, de Rilliet et Barthez, de Trousseau sont présentes à toutes les mémoires et, comme notre temps est mesuré nous ne nous y arrêterons que pour insister sur deux points.

D'une part la marche de la maladie est souvent plus rapide et moins schématique que ne disent les auteurs classiques. Les quatre périodes décrites par ceux-ci sont loin d'être toujours réalisées, et bien souvent l'affection brûle les étapes ; la phase d'oscillation ou d'accalmie étant souvent absente, la phase de paralysie succédant rapidement à la phase d'excitation. Par contre, la phase initiale, prodromique existe toujours et est d'une importance capitale. C'est elle qui doit toujours être recherchée avec soin avant l'apparition des accidents aigus méningés, car c'est elle qui donne à la maladie son masque particulier, par ses caractères uniques, spéciaux, que l'on ne retrouve nulle part ailleurs et qui sont par conséquent d'une grande importance pour le diagnostic.

D'autre part, la difficulté du diagnostic doit être soulignée, malgré la richesse de la symptomatologie classique. Plus que la constatation du trépied méningitique bien connu, c'est l'existence de la phase prodromique, la dissociation du pouls et de la température, l'apparition de troubles sphinctériens, qui permettront du point de vue clinique de différencier la méningite tuberculeuse de deux autres affections qui la simulent souvent complètement : la maladie de Heine-Médin et la maladie de von Economo. Toutes deux s'accompagnent souvent d'un syndrome méningé typique qui, chez l'enfant, fait toujours inévitablement penser à la méningite tuberculeuse, d'autant plus que la fréquence et la terrible réputation de celle-ci suggestionnent facilement et l'entourage et le médecin.

L'étude du liquide céphalo-rachidien devra toujours compléter l'examen clinique et le doute sur la nature même de la maladie en cause sera permis tant que n'aura pas était décelée, par centrifugation, enrichissement ou inoculation au cobaye, la présence du bacille de Koch, seul renseignement catégorique que peut fournir cet examen biologique.

Quant aux lésions que l'on trouve à l'autopsie de ces petits malades, elles sont, aussi, parfaitement connues. Je vous dirai donc seulement qu'il s'agit d'une pie-mérite bacillaire diffuse avec épaississement des méninges molles, congestion vasculaire, exsudat fibrino-purulent péri-vasculaire et granulations tuberculeuse typiques et multiples.

B. Méningite de l'adulte

J'ai hâte, Messieurs, d'arriver à l'étude des méningites tuberculeuses de l'adulte qui sont beaucoup plus intéressantes et beaucoup plus difficiles à reconnaître en raison de leur polymorphisme extrême, bien étudié par Wunderlich, Jaccoud, Chantemesse.

Il est classique, ainsi que je vous le disais tout à l'heure d'opposer point par point la méningite de l'adulte à celle de l'enfant en raison de son caractère lésionnel, qui est d'être une méningite en plaques, par conséquent localisée et à symptomatologie élective. Cela est exact dans la grande majorité des cas, mais il existe également des formes diffuses, disséminées, entraînant soit une évolution aiguë, soit une évolution chronique, encadrant, si l'on peut dire, la forme localisée, à marche subaiguë, et formant des liens de passage, soit avec la forme de l'enfance d'un côté, soit avec les formes à allure tumorale de marche traînante, d'un autre côté. Aussi, il me paraît logique de suivre dans notre classification des méningites de l'adulte cette marche évolutive, et de commencer par dire quelques mots des formes aiguës, disséminées de l'adulte, qui sont du point de vue anatomique, très voisines de celles de l'enfant.

1° **Formes aiguës.** a) Forme normale de Jaccoud. — C'est ainsi que Jaccoud a décrit chez l'adulte une forme très rare, presque calquée sur celle de l'enfant. Cependant la phase prodromique est plus courte, caractérisée avant tout par des troubles intellectuels ; la phase d'état est beaucoup moins riche en symptômes : on y constate surtout de la céphalée, de la torpeur, de la rétention d'urine, du délire, des contractures discrètes. L'évolution est rapide en quatre ou six jours.

b) Granulie généralisée. — Plus rapide encore est l'accident méningé survenant au cours d'une granulie généralisée. C'est le tableau banal de cette maladie avec cependant : céphalée, hyperesthésie cutanée, un peu de raideur de la nuque et mort en quelques jours.

c) Etat infectieux banal. — Très voisine de ce tableau est la forme typhoïde, où le malade semble atteint, d'abord d'un état infectieux banal qui fait penser à une fièvre du groupe typhoïde, puis, quelques symptômes méningés frustes apparaissent : torpeur, céphalée, un peu de raideur de la nuque et mort rapide.

d) Formes foudroyante et comateuse. — Encore plus saisissantes que les précédentes, les formes foudroyante ou comateuse sont rares. Brusquement au cours d'une bonne santé apparente, le sujet tombe foudroyé comme par un véritable ictus, ou passe par une courte période d'excitation délirante, qui fait penser au delirium trémens et meurt quelques heures après. Brissaud et d'autres en ont rapporté des exemples frappants, soulevant même parfois des problèmes d'ordre médico-légal.

e) Forme terminale du tuberculeux cavitaire. — N'est-ce pas également une forme très rapide que cet épisode méningé qui termine si souvent en quelques heures la vie des tuberculeux pulmonaires cavitaires et qui passe presque toujours inaperçu, tant sa symptomatologie est fruste. Brusquement, en effet, le tuberculeux cavitaire tombe dans la torpeur progressive, avec délire tranquille, un peu de céphalée et de Kernig et meurt en quelques heures. Parfois l'évolution est un peu plus longue, 4 à 5 jours pendant lesquels aux signes précédents, s'ajoutent l'amélioration de certains symptômes : expectoration, diarrhée, toux, et l'aggravation d'autres : amaigrissement, cyanose, dyspnée ; dans tous les cas, c'est une évolution aiguë, brutale à syndrome miningé très discret, comme dans les formes précédentes, qui semblent par contre primitives, mais nous savons que ce n'est là qu'une apparence et c'est pourquoi je me permets de les rapprocher de la forme terminale du tuberculeux cavitaire.

L'anatomie du reste me donne raison, de même que l'évolution, car à l'autopsie de toutes ces formes à allures aiguës, d'apparence ou non primitives, nous nous trouvons en face d'une lepto-méningite diffuse, avec dissémination de granulations tuberculeuses sur toute l'écorce cérébrale. A ces granulations s'ajoute une réaction in-

flammatoire méningée aboutissant à la production d'un exsudat louche, pseudo-membraneux. Les granulations et l'exsudat prédominent autour des vaisseaux aussi bien à la base qu'à la convexité. Nous sommes donc très près de ce que nous avons déjà trouvé chez l'enfant, avec, cependant, une dissémination encore plus grande.

2° **Formes subaiguës.** — Nous nous en éloignons, au contraire, avec les formes que j'appellerai subaiguës et qui sont liées à l'existence d'une localisation en plaques de l'atteinte méningée. Cette localisation siège principalement à la convexité dans des domaines variables, ce qui explique l'aspect clinique trompeur qu'elle entraîne, en raison de la prédominance d'un symptôme en rapport avec la localisation elle-même. D'après le domaine cérébral sous-jacent qui se trouve ainsi frappé par la plaque de méningite tuberculeuse, on a décrit des formes motrices, sensitives et psychiques, qui peuvent être totalement isolées ou s'intriquer, se combiner au cours de l'évolution.

a) FORMES MOTRICES. — C'est ainsi qu'une lésion méningée située le long de la frontale ascendante entraînera des troubles moteurs qui seront, soit des phénomènes d'excitation, soit des phénomènes de déficit.

Dans le premier groupe de faits rentrent les *formes convulsives, soit généralisées* à type d'épilepsie essentielle, soit *localisées* à type Bravais jacksonien et parmi ces dernières, il est à noter que l'on constate souvent des crises à début crural traduisant l'atteinte du lobule para-central. Très voisines de ces formes convulsives sont les *accidents choréo-athétosiques* ou encore *les crises tétaniques* localisées avec trimus, torticolis ou attitudes vicieuses, plus rarement généralisées. Charcot, Raymond ont rapporté des observations où ces signes d'excitation motrice avaient été les seuls symptômes pendant un ou deux ans. L'aboutissant est toujours le même : un épisode méningé foudroyant.

Dans le deuxième groupe de faits rentrent les *formes paralytiques et aphasiques*. Ces aspects peuvent apparaître brusquement, mais la plupart du temps ils sont associés ou succèdent aux accès convulsifs. Le siège de ces paralysies est extrêmement variable ; le type le plus fréquent est réalisé par l'apparition d'une hémiplégie qui peut apparaître soudainement en pleine santé apparente comme un véritable ictus, mais qui, le plus souvent, s'installe progressivement, peu à peu, en commençant par le membre inférieur. En général, c'est plutôt une hémiparésie qu'une hémiplégie, avec cependant exagération des réflexes tendineux et signe de Babinski. Elle peut rester pendant très longtemps le seul symptôme de la maladie, jusqu'au jour où un syndrome méningé enlève rapidement le malade.

En dehors de l'hémiplégie, d'autres types paralytiques ont été rencontrés. Souques a décrit une monoplégie inférieure flasque, mais il peut également se produire une monoplégie supérieure, ou même une paralysie d'un segment de membre, ou encore une paralysie faciale ou oculaire avec ptosis ou strabisme isolés.

Quant à la forme aphasique, elle est très rare réalisant les différents aspects de l'aphasie et pouvant apparaître brusquement avec ou sans hémiplégie.

B) FORMES SENSITIVES. — A côté de ces formes motrices, se placent, par atteinte de la pariétale ascendante, les formes sensitives. On a ainsi décrit une *forme d'hémiplégie sensitive* hyperesthésique, avec perturbation des sensibilités superficielles et profondes, à type cortical de Déjerine-Mouzon. Cette forme en général ne reste pas pure et évolue vers l'apparition d'accidents moteurs que nous venons de décrire. A rapprocher de celle-ci, est *la forme avec engourdissements, crampes, douleurs subjectives à type thalamique*.

La *forme névralgique* à localisation brachiale, cervicale, sciatique avec douleurs rebelles à toute thérapeutique est le plus souvent rencontrée, mais elle est encore moins fréquente que la *forme céphalalgique* qui est de beaucoup la plus importante des aspects sensitifs de la méningite tuberculeuse en plaques de l'adulte. C'est une céphalée diffuse persistante, durant des jours et des semaines, intense, isolée, continuelle et rebelle à tout médicament. Peu à peu l'état général s'altère, la torpeur s'installe et le syndrome méningé terminal se précise.

c) FORMES PSYCHIQUES. — Quittant les domaines moteur et sensitif, l'atteinte méningée peut siéger dans la sphère psychique : le lobe frontal, et alors se produisent des troubles mentaux isolés qui réalisent les formes les plus spéciales, les plus caractéristiques de la méningite tuberculeuse de l'adulte, en raison, vraisemblablement, du plus grand développement du psychisme chez celui-ci que chez l'enfant où ces formes mentales ne sont jamais rencontrées.

L'aspect le plus fréquent est *la forme délirante* où du reste le délire peut revêtir différents aspects. Tantôt, après quelques heures de céphalée horrible, suivie de coma passager, éclate brusquement un délire violent de paroles et d'actions (Jaccoud) avec hallucinations terrifiantes et professionnelles s'accompagnant de sueurs profuses. C'est un véritable tableau de délirium trémens qui peut durer plusieurs jours, sans fièvre, sans trouble du pouls, puis surviennent quelques heures d'accalmie précédant le coma et la mort. Tantôt c'est un délire doux, calme, onirique, avec ou sans hallucinations. Tantôt c'est un délire systématisé, soit de persécution, soit mystique, soit érotique, qui peut alors entraîner des réactions médico-légales et conduire à l'internement du malade.

Plus rares sont les *formes d'excitation mentale* à type d'hipomanie ou de manie aiguë, et les *formes de dépression psychique* à type de mélancolie, de neurasthénie, de démence progressive avec obnubilation simulant la paralysie générale ou la démence précoce.

Ce qui est particulier à ces formes psychiques est l'apparition brusque de troubles mentaux et surtout l'isolement de ceux-ci qui remplacent à eux seuls tout le tableau clinique souvent pendant très longtemps, plusieurs mois, plusieurs années, avant que ne survienne l'épisode aigu, toujours rapide qui termine la scène.

d) DIAGNOSTIC. ÉVOLUTION. — Là, comme dans les formes précédentes, motrices et sensitives, où le tableau clinique est souvent monosymptomatique, le diagnostic est extrêmement difficile. On pensera à l'hémorragie ou au ramollissement cérébral, à l'épilepsie essentielle, à la tumeur cérébrale, aux démences et psychoses diverses et l'erreur est presque impossible à éviter, et même si quelques symptômes méningés viennent éclairer le problème, il faudra encore éliminer la méningite syphilitique et l'encéphalite léthargique qui peuvent réaliser des tableaux identiques. C'est encore l'étude du liquide céphalo-rachidien qui donnera les plus précieuses indications. Celui-ci dans la méningite tuberculeuse est peu hypertendu, clair, limpide mais avec un petit réticulum fibrineux en toile d'araignée d'une grande importance. La lymphocytose est considérable : 100 lymphocytes par mmc. s'accompagnant de quelques mono et poly. L'albumine est augmentée de 1 à 2 grammes. Les chlorures et

le glucose sont diminués. Enfin le bacille de Koch doit être recherché avec soin, comme chez l'enfant, par centrifugation, enrichissement et inoculation. Ces caractères du liquide céphalo-rachidien contiennent des indications précises pour le diagnostic avec les maladies que je viens de vous signaler. Mais il n'est pas toujours aussi caractéristique, le bacille de Koch peut ne pas être trouvé et c'est seulement parfois l'évolution des accidents constatés : moteurs, sensitifs, psychiques, vers un syndrome méningé qui résoudra le problème. Peu à peu, en effet, s'installent de la céphalée, de l'hyperesthésie, des irrégularités du pouls, des phénomènes vaso-moteurs, quelques signes basilaires tels que des paralysies des nerfs craniens. Puis, la température tend à s'élever, l'idéation est plus lente, la torpeur apparaît, entraînant doucement le malade vers le coma et la mort.

e) Anatomie pathologique. — A l'autopsie, la dure-mère est trouvée intacte.

Sur les méninges molles se trouvent des plaques jaunes ou grises, scléreuses, lardacées, adhérentes à l'écorce sous-jacente, siégeant sur la convexité, dans les scissures de Sylvius et de Rolando, ou au-dessus des lobules paracentraux et d'une dimension d'une pièce de 0 fr. 50 à 2 fr.

Histologiquement ces plaques sont constituées d'un amas de tubercules à des stades divers, les uns caséifiés, les autres crétacés. Ces tubercules sont séparés par du tissu conjonctif évoluant vers la sclérose.

Dans l'écorce cérébrale sous-jacente, on trouve des lésions banales non-spécifiques : altérations diverses des grandes cellules pyramidales avec chromatolyse, atteinte des neurofibrilles, infiltrations de cellules rondes ; lésions de la névroglie avec gonflement, déformation des cellules, vacuolisations, multiplications de noyaux, désintégration.

4° **Formes chroniques**. — A côté de ces formes aiguës et subaiguës, l'atteinte des méninges molles par le bacille de Koch peut encore réaliser des aspects tout différents pour lesquels il est permis de prononcer le mot de méningite chronique, qui est, du reste, l'évolution habituelle des lésions tuberculeuses de la méninge dure dont je vous dirai tout à l'heure quelques mots.

a) Diffuses. — La forme chronique de la lepto-méningite tuberculeuse est une forme diffuse caractérisée par un épaississement des méninges molles avec infiltration de petites cellules et de petits tubercules à structure typique. Les artères, entourées d'une gaine de mononucléaires, sont le siège d'endovascularite sténosante. Il n'y a pas de plaques localisées, mais une méningite diffuse non folliculaire. Ces caractères différencient nettement cette atteinte tuberculeuse des méninges molles, des formes précédentes à évolution plus rapide, et entraînent du reste un tableau symptomatique très particulier.

En général, le début est celui d'un incident grippal banal avec courbature, asthénie, céphalée modérée, troubles digestifs, légère élévation de la température. Puis apparaissent de la somnolence, des accès convulsifs et des troubles oculaires avec : paralysie de la III[e] paire d'où diplopie, et parfois, stase papillaire. Cet état persiste plusieurs jours ou plusieurs semaines, et souvent s'améliore considérablement. Mais bientôt une nouvelle reprise des accidents s'installe, qui peut également rétrocéder et ce n'est parfois qu'après plusieurs alternatives de rémission et d'aggravation que finit par apparaître un syndrome méningé net emportant le sujet.

L'évolution est donc prolongée : trois mois et demi dans les cas de Bonnin, quatre mois dans l'observation de Pagnez, Corby et Escalier, huit mois dans celle de Laignel-Lavastine, Valensi et Polaco, neuf mois dans celle de Flateau (Varsovie) et cette longueur d'évolution jointe à l'absence de tableau clinique net d'une part, à l'absence de renseignements fournis par le liquide céphalo-rachidien qui ne montre qu'une lymphocytose et une albuminose modérées, sans bacille de Koch bien souvent, rend le diagnostic presque impossible jusqu'aux derniers jours. Inévitablement on portera le diagnostic de grippe ou surtout d'encéphalite léthargique, d'autant plus que les périodes de rémission succèdent souvent à une thérapeutique antiinfectieuse telle que l'injection intraveineuse de salycilate de soude (Pagnez). Parfois aussi, en raison de la stase papillaire, on pensera à une tumeur cérébrale.

b) Méningite séreuse. — Mais ce n'est pas cette forme de méningite chronique diffuse qui simule le plus la tumeur, c'est celle décrite par Claude sous le nom de méningite séreuse tuberculeuse. A vrai dire, cette affection n'est pas causée directement par le bacille de Koch, mais par sa toxine tuberculogène qui entraîne une réaction inflammatoire exsudative de la séreuse méningée avec dilatation ventriculaire. C'est alors le tableau de l'hypertension intracranienne sans signe de localisation survenant chez un tuberculeux avéré, et sous l'influence de la thérapeutique habituelle : ponction lombaire, trépanation décompressive, rayons X, les accidents s'amendent et disparaissent, ce qui est possible puisqu'il n'y a pas de lésions tuberculeuses organisées et ce qui différencie cette méningite séreuse hypertensive, de la véritable méningite chronique diffuse qui est, au contraire, toujours mortelle.

c) Pachyméningite. — Franchissons un pas de plus dans ce domaine des réactions méningées chroniques tuberculeuses et nous arriverons alors au tableau complet de la tumeur cérébrale, avec même des signes de localisations corticales, que réalise l'atteinte de la dure-mère décrite sous le nom de pachyméningite. Celle-ci succède généralement à une lésion tuberculeuse de voisinage, carie tuberculeuse des os du crâne, existence de tubercules encéphaliques généralement associés. Cette atteinte de la dure-mère, avec épaississement considérable, localisé n'a pas de symptomatologie propre, elle se confond avec celle de tumeurs cérébrales en général, dont elle n'est en somme qu'une variété, réalisant un véritable méningiome tuberculeux, et se rapproche beaucoup du tableau réalisé par l'atteinte de l'encéphale lui-même, ce qui nous amène à étudier les tubercules cérébraux.

II. Tuberculose de l'encéphale

Les tubercules encéphaliques se développent à tous les âges, surtout de 3 à 5 ans et de 20 à 30 ans et toujours secondairement à une autre localisation tuberculeuse.

Ils siègent de préférence dans les régions les plus vascularisées : protubérance, espace interpédonulaire, scissure de Sylvius, mais on les voit aussi dans le centre ovale, le corps calleux, les noyaux gris centraux, le cervelet.

Je serai très bref sur leur symptomatologie, car c'est celle de toute tumeur cérébrale avec, d'une part un syndrome d'hypertension intracranienne au complet aussi bien du point de vue clinique que du point de vue de l'examen du L. C. R. et d'autre part des symptômes de localisation. Passer en revue cet ensemble clinique nous entraînerait beaucoup trop loin dans le domaine de la

neurologie, et sortirait même de notre sujet car rien dans la symptomatologie n'est spécial à la nature tuberculeuse du processus en cause. Elle ne peut être reconnue, et c'est là le point capital du diagnostic, car sa connaissance empêchera toute intervention chirurgicale, que par l'examen minutieux des antécédents du malade et la recherche attentive d'une autre localisation viscérale du bacille de Koch, latente ou en évolution, qui permettrait de lui relier la symptomatologie tumorale encéphalitique constatée. C'est ainsi que chez l'enfant porteur d'adénopathie trachéo-bronchique, ou en mauvais état général, l'apparition d'un syndrome de Weber doit toujours faire penser à un tubercule pédonculaire. L'évolution qui dure, en moyenne, de sept mois à un an, se fait par poussées successives et se termine habituellement par une généralisation méningée entraînant un tableau de méningite aiguë avec mort rapide.

III. Tuberculose de la moelle et de ses enveloppes

Je ne m'étendrai pas davantage sur l'étude de la tuberculose de la moelle et de ses enveloppes pour la même raison que j'ai invoquée au sujet de la tuberculose de l'encéphale. En effet, la localisation du bacille de Koch sur cette partie de l'axe cérébro-spinal se manifeste par deux grands syndromes dans lesquels rentrent, du reste, bien des affections de la moelle : d'une part celui de la compression médullaire, d'autre part celui des myélites, et je n'ai pas l'intention de vous décrire toute la pathologie de cet organe.

a) **Pachyméningite et tubercule médullaire.** — Qu'il s'agisse d'un épaississement des méninges spinales réalisant, comme dans le mal de Pott, une gaine serrée autour de la substance nerveuse, ou du développement intra-médullaire d'un tubercule secondaire à une localisation tuberculeuse viscérale lointaine, le tableau est toujours celui de la compression, avec ses deux phases successives de douleurs intenses, continues d'abord, de paraplégie spasmodique avec anesthésie totale et autométisme médullaire ensuite. Le liquide céphalo-rachidien révèle, ainsi que vous le savez, une dissociation albuminocytologique, ou le phénomène de la coagulation massive de Froin. Les limites supérieures des réflexes de défense et de l'anesthésie permettront, suivant les données de Babinski, de situer exactement le siège de la lesion et même ses dimensions, que viendra préciser l'épreuve du lipiodol intrarachidien. Celle-ci donnera également dans certains cas, le moyen de préciser s'il s'agit d'une compression extra ou intra-médullaire. D'ailleurs, là comme précédemment, en raison d'une intervention chirurgicale qui peut toujours être discutée, c'est la nature tuberculeuse de la lésion qu'il s'agit de dépister, car elle est une contre-indication formelle à toute opération. Evidemment, s'il s'agit d'un mal de Pott en évolution, ce diagnostic étiologique est facile, mais il n'en est pas toujours ainsi et les accidents médullaires peuvent apparaître spontanément, d'une façon dite primitive. Ce n'est, comme précédemment pour l'encéphale, que l'interrogatoire et l'examen du malade qui pourront faire suspecter l'origine tuberculeuse et arrêter le bistouri.

b) **Myélites tuberculeuses.** — Le second syndrome que peut réaliser, vous ai-je dit, la tuberculose médullaire, est celui des myélites. Là, le tissu nerveux lui-même est atteint directement par dissémination artérielle du bacille de Koch ; il en résulte donc une infection aiguë ou subaiguë spécifique qui, suivant son intensité, sa généralisation, entraîne des tableaux extrêmement divers. Tantôt, et c'est le tableau le plus grave, au cours d'une tuberculose pulmonaire en évolution, s'installe une myélite aiguë avec paraplégie flasque et troubles phinctériens pouvant rester stationnaire ou s'étendre progressivement de bas en haut et réaliser un syndrome de Landry avec mort rapide.

Tantôt, c'est le tableau de la myélite transverse, localisée, à évolution lente et subaiguë, entraînant une paraplégie en apparence flasque d'abord, puis spasmodique ensuite, si l'évolution est assez longue pour permettre cette transformation chronique, ou au contraire s'améliorer progressivement, ou encore évoluer vers la myélite aiguë à marche rapide.

Tantôt, si l'atteinte médullaire est peu intense, à marche chronique, c'est le tableau de la myélite myélomacique, avec dissociation syringomyélique, d'ailleurs beaucoup plus rare.

De toutes façons le pronostic est sombre, d'autant plus que ces complications myélitiques vasculaires surviennent la plupart du temps à une phase déjà avancée d'une tuberculose antérieure, d'autre siège, ce qui permet du reste de définir sans peine leur étiologie.

IV. Tuberculose des nerfs périphériques

Descendons d'un pas encore le long du trajet des fibres nerveuses et nous arrivons dans le domaine des nerfs périphériques. Peuvent-ils être touchés isolément par le bacille de Koch et existe-t-il véritablement des polynévrites tuberculeuses ? C'est là une question encore discutée. Les uns avec Crouzon et d'autres répondent affirmativement, les autres, et ce sont les plus nombreux, restent dans la négative, se basant sur les deux faits suivants : rareté de la polynévrite chez les tuberculeux purs ; impossibilité de reproduction expérimentale. En réalité, lorsque l'on rencontre des accidents polynévritiques chez un tuberculeux, il y a chez lui une intoxication surajoutée, éthylique la plupart du temps. Est-ce à dire alors, que l'éthyle seul est en cause et que la tuberculose ne joue aucun rôle ? C'est l'opinion généralement admise. mais il est cependant remarquable de noter que lorsqu'on examine attentivement les alcooliques avérés, atteints de polynévrites, et en particulier les femmes frappées du syndrome de Korsakoff, presque toujours on rencontre des lésions en évolution de tuberculose pulmonaire. Il serait même presque possible de dire que les alcooliques qui font des polynévrites sont des alcooliques tuberculeux. Sans doute l'alcool reste le principal facteur de ces atteintes nerveuses périphériques, mais il semble que le terrain tuberculeux joue ici un rôle favorisant.

Je m'en voudrais, Messieurs, de vous décrire au long, le tableau d'une polynévrite que vous connaissez aussi bien que moi et je me contenterai de ces quelques mots sur l'atteinte possible des nerfs périphériques par la toxine tuberculeuse. Le seul point intéressant est en effet cette discussion sur l'existence même de ces polynévrites tuberculeuses, que je viens de vous rappeler.

V. Pronostic et traitement

Et je termine, Messieurs, cette trop longue conférence par quelques mots sur le pronostic des accidents nerveux des tuberculeux. Celui-ci est très sombre et vous m'avez vu terminer chacun de mes chapitres par le terme

de « mort fatale », ce qui rend illusoire les traitements habituellement appliqués : ponction lombaire, vessie de glace sur la tête, morphine, etc., et c'est là, hélas ! la triste vérité dans l'immense majorité des cas.

Je voudrais cependant vous quitter sur une note moins triste et vous parler de quelques cas de guérison. Vous avez tous présents à l'esprit les épisodes méningés curables de Barbier, mais l'auteur lui-même insiste sur la possibilité de rechutes et des récidives mortelles.

Plus récemment Cramer a collectionné quarante-cinq observations de méningites tuberculeuses guéries et Boulin, refaisant la même recherche en retrouve quatre autres avec inoculation positive du liquide céphalo-rachidien au cobaye, seul test irréfutable.

Enfin, Védel, Giraud et Puech (de Montpellier) ont rapporté une observation de méningite tuberculeuse constatée par inoculation du liquide céphalo-rachidien guérie en cinq jours et maintenue toujours en bonne santé après 32 mois. Cain en relate une autre toujours en bonne santé au bout de quatre mois, et Jousset et Périsson, à la suite d'un traitement spécial par allergine, rapportent trois cas de guérison maintenue après cinq mois, sept mois et vingt mois.

Il y a donc, tout de même, *des formes curables*, même lorsque l'on a constaté la présence de bacille de Koch dans le liquide céphalo-rachidien mais ce sont là, malheureusement, des cas exceptionnels et même lorsqu'on les rencontre, on doit toujours se demander si ce ne sont pas là, plutôt de ces formes à évolution longue et chronique, coupée de rémissions prolongées dont je vous ai parlé, que viendra un jour terminer brusquement une rechute mortelle. Enregistrons pourtant ces faits, tout en faisant ces réserves prudentes, car ils jettent cependant une petite lueur d'espoir dans ce tableau si effroyable des localisations nerveuses de la tuberculose.

MOUVEMENT THÉRAPEUTIQUE

Le traitement du goitre exophtalmique

Par André LEMAIRE et Henri BOMPART

Il n'est pas rare qu'une conception médicale ne reçoive en France sa pleine consécration que lorsqu'elle nous revient de l'étranger.

Ainsi en est-il du traitement des états basedowiens. Mais il est juste de dire que les recherches expérimentales et physiopathologiques des Américains donnent à la médication iodée et à l'exérèse chirurgicale une base si solide que la thérapeutique des hyperthyroïdies est bien près d'être véritablement pathogénique ; c'est du moins l'impression qui ressort des remarquables rapports du récent Congrès de médecine de Liége, dont cet article se propose de résumer les enseignements.

Nous rappellerons d'abord les notions cliniques, anatomiques et physiopathologiques qui semblent dès maintenant acquises et servent de base à la conduite logique du traitement.

***

Les signes cliniques de la maladie de Basedow peuvent être classés comme l'enseigne le Prof. M. Labbé, en deux grands syndromes relativement indépendants, l'un de dystonie neuro-végétative, l'autre d'hyper thyroïdie. Au premier appartiennent en propre l'exophtalmie et les troubles vasomoteurs ; au second le goitre diffus ou nodulaire, l'amaigrissement, l'exagération du métabolisme basal et en partie la tachycardie. L'un et l'autre se retrouvent au complet dans la classique maladie de Basedow. Mais l'hyperthyroïdie peut rester pure ou presque pure ; à l'inverse, la dystonie neurovégétative peut dominer la scène clinique. De plus le dysfonctionnement d'autres glandes endocrines peut s'associer à celui du corps thyroïde. Ainsi s'explique la multiplicité des formes du goitre exophtalmique. Toutes cependant ont un symptôme sans la recherche duquel le diagnostic ne saurait être posé, ni le traitement contrôlé : l'exagération du métabolisme basal. A condition qu'elle dépasse 15 %, elle représente le test biologique essentiel de l'hyperfonctionnement thyroïdien.

Un corps thyroïde basedowien est toujours hypertrophié, soit en partie soit en totalité, mais il est vain d'opposer comme le voulait Plummer le goitre diffus de la maladie de Basedow, au goitre nodulaire secondairement basedowifié, c'est-à-dire à l'adénome toxique ; car l'hyperplasie nodulaire n'est pas essentiellement différente de l'hyperplasie diffuse, « elle n'en est qu'une modification secondaire provenant d'un tissu thyroïdien différencié au cours de l'hypertrophie compensatrice ... Tout goitre à noyau est au début un goitre diffus » (Dautrebande). D'ailleurs Rienhoff, étudiant les modifications apportées aux lésions thyroïdiennes par la thérapeutique iodée, a montré, au milieu d'un parenchyme redevenu normal dans son ensemble, la possibilité d'hypoinvolutions localisées nodulaires simulant à s'y méprendre l'adénome toxique.

A l'inverse, il y a longtemps que Poncet avait remarqué au voisinage des nodules adénomateux, l'existence de lésions microscopiques d'hyperplasie dans le parenchyme supposé sain et affirmé que le goitre basedowifié est plus exactement un goitre basedowifiant. Est-il besoin d'autres preuves pour être autorisé à dire que l'adénome toxique n'est pas différent de la maladie de Basedow ? La distinction voulue par Plummer est donc excessive et si le terme de goitre basedowifié peut être conservé il est bien entendu qu'il n'implique aucune particularité évolutive ou thérapeutique : l'unité des syndromes basedowiens reste entière.

Et pourtant l'hyperthyroïdie n'a pas de lésions véritablement spécifiques. Sans doute reconnaît-on comme propres au goitre basedowien l'hyperplasie et l'hypertrophie cellulaire, la réduction du volume des acini, les modifications de la colloïde. En réalité ces caractères histologiques peuvent s'observer dans les goitres non toxiques, voire même dans certains goitres accompagnés de myxœdème. A l'inverse un goitre étiqueté cliniquement exophtalmique est parfois reconnu colloïde à l'examen histologique. L'hyperplasie cellulaire n'est donc pas synonyme d'hyperfonctionnement : la morphologie ne peut être mise en parallèle avec la physiopathologie.

Cette dernière n'est pas encore totalement précisée. Les seuls points définitivement acquis sont les suivants :

La glande thyroïde est le centre du métabolisme de l'iode qui s'y fixe avec une élection particulière : elle est capable d'emmagasiner près du 1/5e d'une dose d'iode donnée par la bouche, alors que le rapport de la glande au poids du corps est de 1/700e. Son affinité pour ce métalloïde est d'autant plus grande qu'elle est en hyperplasie plus marquée. Dans les expériences de Marine certains goitres ont pu augmenter de 1.000 % leur teneur iodée. Cet iode n'est pas seulement stocké : en 24 heures il est activé et passe vraisemblablement à l'état de thyroxine. Inversement lorsque la réserve iodée thyroïdienne tombe au-dessous de 0,1 % la thyroïde s'hypertrophie et s'hyperplasie. Il semble que la glande fabrique alors une thyroxine incomplètement iodée responsable des troubles toxiques et du bouleversement métabolique observé. Mais la réaction hyperplasique qu'entraîne normalement l'ablation subtotale d'une glande saine se ne produit pas si l'on administre par la suite de l'iode. « On peut dire que d'une manière générale la réserve iodée d'une thyroïde varie en raison inverse du degré d'hyperplasie (Dautrebande) ». Sans doute aussi la réciproque est-elle vraie.

Les états basedowiens s'accompagnent donc d'un trouble du métabolisme iodé dont la cause ni le mécanisme ne sont connus. Qu'il s'agisse d'une carence ou d'une fuite, la conclusion pratique est la même : il faut donner de l'iode mais le donner à doses suffisantes. La prétendue nocivité de ce médicament tient à son administration trop parcimonieuse : incapable dès lors d'enrayer une poussée d'hyperthyroïdie, il semble à tort l'avoir provoquée.

* * *

Les deux syndromes constitutifs des états basedowiens comportent chacun un traitement différent : à la dystonie neuro-végétative conviennent les sédatifs nervins, à l'hyperthyroïdie l'iode, l'exérèse chirurgicale et la physiothérapie. En pratique les indications thérapeutiques dépendent de l'allure clinique de la maladie et surtout du degré d'élévation du métabolisme basal.

1° *Syndrome basedowien avec signes de dystonie neurovégétative plus ou moins complète. Métabolisme de base augmenté de moins de 30 %, amaigrissement modéré.* Le traitement se résume à deux prescriptions : repos, antinervins.

Le repos physique, intellectuel et moral est la condition essentielle du succès. Le médecin devra l'imposer avec rigueur et pendant une durée suffisante, ou tout au moins composer avec les nécessités familiales et sociales pour obtenir un calme aussi complet que possible. La cure de décubitus et l'isolement suffisent à faire baisser notablement le métabolisme.

Les antinervins qu'on peut employer sont nombreux. La valériane est un des plus courants. Il est inutile de rappeler les différentes façons de l'administrer : nous dirons seulement que l'énergétène semble plus actif que les extraits ou teintures et que le valérianate de quinine est plus précieux encore : ce sel comporte, selon la remarque du Prof. Loeper, une double indication dans la maladie de Basedow, puisqu'il est à la fois sédatif par son noyau valérianique et modificateur de l'activité thyroïdienne par son noyau quinique.

Les bromures alcalins ou alcalino-terreux aux doses de 1 à 4 gr. sont aussi recommandables. Mieux vaut peut-être le bromure de calcium, étant donné que la synergie thyroïdo-parathyroïdienne est parfois troublée dans le goitre exophtalmique, et que le métabolisme calcique s'y trouve perturbé. Mais en raison de la saveur désagréable de ce sel, il est utile de lui adjoindre à titre de correctif du sirop d'écorces d'oranges amères.

Les dérivés barbituriques peuvent être encore prescrits : ils ont au moins l'avantage de procurer à ces malades insomniques un sommeil réparateur. Le médecin choisira entre le dial, le didial, le véronal, le somnifène : le plus couramment employé est toutefois le gardénal aux doses de 0,05 à 0,10 par jour.

Ces différents médicaments ont en quelque sorte une action anonyme. Il semble plus logique de prescrire ceux qui peuvent corriger électivement le sens du déséquilibre vagosympathique. C'est ainsi que furent prônés successivement la belladone et l'atropine *per os*, l'ésérine et la génésérine en ingestion, le tartrate d'ergotamine par voie buccale ou parentérale. Voici leur posologie courante :

Teinture de belladone	XV à LX gouttes par jour.
Sulfate d'atropine	1/4 à 1 mmgr. par jour.
Génésérine	Granules de 1 mmgr. 1 à 2 par jour.
Salicylate neutre d'ésérine	deux centigr.
Eau distillée	3 cc.
Glycérine à 28°	7 cc.
Alcool 95° q. s. p.	20 cc.

Selon la formule de Moutier.

	XX à LX gouttes par jour.
Tartrate d'ergotamine	3 à 4 granules de 1 mmgr. par jour ; injection de 1/4 à 1/2 mmgr. par jour.

L'ergotamine, le dernier né de la série des sympathicoplegiques vanté par Adlersberg et Porges, Tzanck, Pauchet, diminue la tachycardie et l'exophtalmie, modifie favorablement le psychisme, abaisse le métabolisme basal et augmente le poids. Il n'est pourtant pas sans danger : M. Labbé et ses élèves l'ont vu provoquer des douleurs angineuses et des syncopes mortelles. Aussi conseillons-nous de l'administrer avec prudence et seulement lorsqu'il existe au cours du goitre exophtalmique un syndrome de sympathicotonie pure et indiscutable.

Malheureusment — et c'est la condamnation de la thérapeutique spécifique du syndrome de dystonie neuro-végétative — la caractérisation du sens du déséquilibre vago-sympathique, c'est-à-dire la détermination de la thérapeutique, est cliniquement très difficile. L'épreuve de l'atropine préconisée par Danielopolu et développée par M. Labbé et ses élèves, n'est pas toujours explicite. On ne saurait à ce sujet donner de règles précises : c'est affaire de tâtonnement.

On aurait d'ailleurs tort d'oublier en faveur de ces médicaments nouveaux, certaines médications qui, depuis longtemps ont fait la preuve de leur efficacité et de leur innocuité : ainsi l'ipéca que Dieulafoy donnait à la dose de 0,05 à 0,20 et que Trousseau formulait sous la forme des pilules suivantes :

Ipéca	0 gr. 05
Digitale	0 gr. 03
Extrait d'opium	deux centigr.

Ainsi la quinine aux doses de 0.50 à 2 gr, et dont Gallavardin, Mouriquand, sinon M. Labbé, ont obtenu de bons résultats. Nous verrons plus loin les avantages que procure son isomère, la quinidine, dans le traitement des cas graves.

Plus récemment M. Loeper et J. Ollivier ont les premiers employé dans le traitement de la maladie de Basedow, le borate de soude et ont pu grâce à lui améliorer la plupart des symptômes, y compris l'hypertrophie thyroïdienne.

Voici la formule donnée par ces auteurs :

Borate Na	10 gr.
Citrate Na	10 gr.
Eau	200 gr.

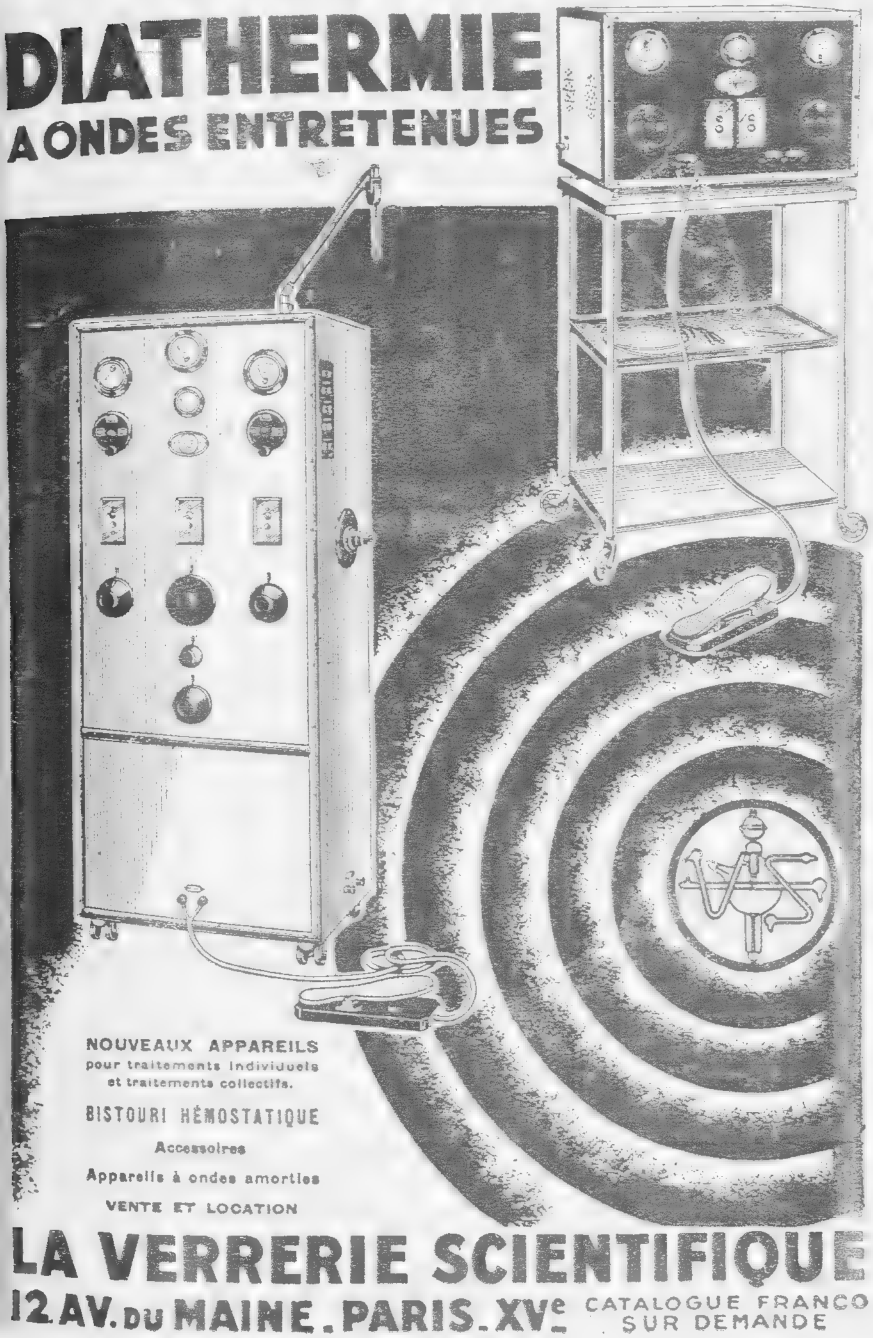
2 à 4 cuillerées à soupe par jour au moment des repas.

Nous avons pu suivre dans le service du Prof. Loeper plusieurs Basedow d'intensité moyenne qui tous furent notablement améliorés par le borate de soude. Nous avons vérifié avec le Prof. Loeper que l'hypersérinémie inhérente à toute hyperthyroïdie était régulièrement atténuée par ce médicament comme elle l'est dans les goitres exophtalmiques auxquels la radiothérapie, l'exérèse chirurgicale ou l'iodothérapie ont procuré une guérison ou une rémission. Loeper recommande enfin d'alterner la cure boratée avec la cure mésothoriée au rythme d'une injection journalière de 1 microgramme de bromure de mésothorium pendant 10 à 15 jours. Ce corps radioactif atténue les processus d'hyperplasie en même temps qu'il modifie la nutrition comme Leri le signalait tout récemment à propos de certains rhumatismes chroniques.

Faut-il à cette thérapeutique qu'on peut globalement qualifier de symptomatique adjoindre un traitement endocrinien ? Naguère l'hématoéthyroïdine était systématiquement prescrite à tout basedowien. Maranon, loin de la considérer comme un médicament spécifique, croit que les améliorations qu'elle a données doivent être mises au compte de la psychothérapie. M. Labbé la juge peu active. Pourtant Sainton, dépouillant à l'occasion du Congrès de médecine de 1907 une importante statistique trouve 80 % d'améliorations et 10 % de guérisons totales.

L'association à l'hyperthyroïdie d'autres troubles endocriniens peut conduire à une thérapeutique polyglandulaire surrénale, thymique, hypophysaire ou parathyroïdienne. Maranon la juge « dépourvue de base scientifique et d'efficacité pratique » mais Sainton, lorsqu'il existe des troubles ovariens prescrit l'opothérapie ovarienne à doses élevées et sous forme d'extrait injectable. C'est le « traitement de choix des syndromes basedowiens de la puberté, de la ménopause et de ceux qui sont liés à l'hypoovarie en général ».

L'insuline a été préconisée par Charvat, par Mouriquand,


DIATHERMIE
A ONDES ENTRETENUES
NOUVEAUX APPAREILS
pour traitements individuels
et traitements collectifs.
BISTOURI HÉMOSTATIQUE
Accessoires
Appareils à ondes amorties
VENTE ET LOCATION
LA VERRERIE SCIENTIFIQUE
12 AV. DU MAINE . PARIS . XVe
CATALOGUE FRANCO SUR DEMANDE




EXIGER LA MARQUE DE FABRIQUE
SALUS ET SCIENTIA

en raison de l'antagonisme physiologique qui existe entre la sécrétion thyroïdienne et la sécrétion pancréatique, l'insulinothérapie procurerait indirectement une sédation de l'hyperthyroïdie. C'est là une vue théorique que l'application pratique n'a guère vérifiée. L'insuline ne trouve son indication réelle que dans les basedow compliqués de diabète, car il s'agit souvent de diabètes graves, acidosiques.

Ces différentes médications dont l'examen clinique et l'évolution indiqueront l'opportunité, suffisent dans les goitres exophtalmiques d'intensité moyenne à atténuer la plupart des symptômes et permettent au malade une activité individuelle et une vie sociale à peu près normales. Il n'est pas besoin de recourir chez eux à l'iode, encore moins de pratiquer l'exérèse chirurgicale du goitre. Cependant la thérapeutique doit être continuée longtemps ou reprise opportunément car les rechutes et l'aggravation sont possible. Mais quand la situation pécuniaire du malade n'est pas compatible avec un traitement de longue durée, l'intervention directe sur le corps thyroïde, normalement réservée aux cas plus graves, peut devenir nécessaire.

2° *Etat basedowien avec hyperthyroïdie franche, syndrome neuro-végétatif plus ou moins accusé, amaigrissement marqué, métabolisme basal augmenté de plus de* 30 %.

La thérapeutique neurosédative dont nous avons énoncé plus haut les bases hygiéniques et médicamenteuses conserve tous ses droits mais elle ne saurait suffire. Elle n'est que la phase adjuvante et préparatoire d'un traitement plus actif dont le principe réside dans la médication iodée combinée ou non à la cure chirurgicale ou physiothérapique de l'hypertrophie thyroïdienne.

La médication iodée constitue aujourd'hui la base du traitement de l'hyperthyroïdie. Préconisée déjà par Basedow qui en avait obtenu d'heureux effets, puis considérée par Rilliet comme dangereuse elle fut jusqu'à ces dernières années, complètement abandonnée. Il fallut les travaux de Neisser, Lœvy et Zondeck, Plummer, Boothby, Dautrebande, Slosse, à l'étranger, de M. Labbé en France, pour que fussent reconnue sa remarquable efficacité et précisées ses indications.

Les recherches américaines, nous l'avons dit, ont mis en évidence l'importance de la carence iodée dans l'hyperthyroïdie. Elles conduisent logiquement à augmenter l'apport d'iode chez le basedowien. Cette notion est toutefois plus complexe qu'elle ne le paraît car il existe un véritable « paradoxe de l'iode » puisque l'administration prolongée d'iode à un sujet normal ou porteur d'un goitre simple suffit à provoquer un syndrome d'hyperthyroïdie. C'est l'iod-basedow de Kocher qui guérit parfois par la seule suppression du médicament.

L'interprétation de ces phénomènes est certes des plus délicates mais si l'on envisage *les seuls goitres avec hyperthyroïdie*, on est bien forcé de reconnaître que l'iode n'est dans ce cas jamais nocif à condition que les doses administrées soient adéquates et proportionnelles au degré d'hyperthyroïdie. « On doit proscrire les doses d'iode utilisées autrefois dans le traitement *de tous* les goitres, il faut les réduire dans la proportion de 10 à 1 » (Bérard et Peycelon).

Ces réserves faites, l'iode devient la médication essentielle des syndromes d'hyperthyroïdie, qu'il s'agisse d'une maladie de Basedow vraie ou d'un adénome toxique.

A quelle dose et sous quelle forme faut-il le donner ?

Lœvy et Zondeck sont fidèles à l'iodure de potassium à 5 %. Fraser emploie une solution alcoolique d'iode à 5 %. Dautrebande, M. Labbé et la plupart des auteurs français utilisent la solution de Lugol au 1/20e :

Iode	5
Iodure de potassium	10
Eau	100

(I goutte correspond environ à 3 mmgr. d'iode).

Bérard en donne X gouttes par jour pendant les deux premiers jours puis XX gouttes pendant les 3 ou 4 jours suivants, enfin XXX gouttes quotidiennement répétées, mais il est parfois nécessaire d'aller jusqu'à L gouttes et même C gouttes.

D'autres emploient volontiers l'iodomaisine en pilules titrées à un centigr. d'iode.

La conduite ultérieure du traitement varie suivant les cas : elle est guidée par l'évolution des symptômes et du métabolisme. Les résultats sont souvent surprenants : le malade engraisse, retrouve son sommeil et témoigne d'une euphorie qui contraste avec la nervosité dont il faisait preuve jusque-là, la tachycardie s'atténue ; le métabolisme s'abaisse notablement mais l'exophtalmie et le goitre restent inchangés. Cette rémission iodée s'obtient dans 80 % des cas, elle se manifeste déjà au deuxième jour, elle est maxima au 15e ou 20e.

Parfois elle est assez marquée pour simuler une véritable guérison. Mais il faut généralement poursuivre l'iodothérapie, sinon d'une façon continue, du moins en cures discontinues dont la mesure en série du métabolisme basal indiquera la fréquence. M. Labbé cite le cas d'un grand basedowien dont le métabolisme basal atteignait plus de 120 % qui se maintient depuis 3 ans en état de santé apparente grâce à l'usage presque constant de l'iode. Si l'on en croit W. O. Thompson la dose minima d'iode efficace serait de 6 milligr. par jour.

Plus souvent l'action du médicament n'est que passagère, et malgré la continuation de la cure le métabolisme remonte. Il faut augmenter et surtout fractionner la dose de Lugol : 10 fois II gouttes par jour font parfois mieux qu'une fois XX gouttes comme l'a montré Dautrebande. Par cet artifice il est possible de prolonger la rémission. Cependant lorsque malgré l'iodothérapie continue ou croissante le métabolisme s'élève après une chute initiale, il n'est pas rare d'observer une aggravation secondaire. Il faut pourtant se garder de cesser l'iode brusquement car cette pratique est suivie d'une poussée d'hyperthyroïdie (réaction post-iodique de Starr).

Enfin dans 20 % des états basedowiens l'iode reste sans effet notable.

Rien ne permet de prévoir l'évolution du goitre exophtalmique traité à l'iode ; on sait seulement que plus les signes toxiques et psychiques sont accusés, plus grande est l'efficacité du médicament, mais il n'agit que sur le syndrome d'hyperthyroïdie : c'est pourquoi il ne peut prétendre à lui seul guérir complètement une maladie de Basedow.

Au maximum l'iode est parfois capable d'entraîner des améliorations si durables et marquées qu'elles équivalent cliniquement à des guérisons.

Habituellement il ne donne qu'une rémission temporaire mais précieuse. C'est le médicament d'urgence qui prépare l'intervention chirurgicale, atténue son danger, élargit ses indications en rendant opérables des malades qui sans lui n'eussent pu faire les frais d'une thyroïdectomie. Car c'est dans le traitement iodé combiné à la destruction subtotale du corps thyroïde qu'il faut chercher la guérison de la maladie.

Le traitement sanglant de la maladie de Basedow comporte des médications précises.

Il doit être réservé aux cas où le métabolisme basal est élevé de plus de 30 % et qui n'ont pu en 3 ou 4 mois bénéficier sensiblement du traitement médical. « Le moment le plus opportun pour intervenir est celui où le médecin ayant constaté une élévation persistante du métabolisme et un maintien des troubles cliniques malgré une hygiène et une thérapeutique rationnelles, se rend compte qu'il ne peut à lui seul gagner la partie » (Bérard et Dunet). Retarder outre mesure l'intervention risque seulement d'en augmenter la gravité. La condition sociale du sujet entre aussi en ligne de compte : l'opération peut être différée chez le malade aisé mais non chez le malade d'hôpital qui a besoin de travailler.

Il existe toutefois des contre-indications : une albuminurie marquée, un état de cachexie, un métabolisme augmenté de plus de 100 %, une excitation psychique intense doivent inciter à la prudence et faire pour le moins ajourner la date de l'intervention ; en principe il ne faut jamais opérer au cours d'une crise toxique. S'il existe des troubles cardiaques, de la fibrillation auriculaire, de la tachyarythmie avec flutter, des signes de défaillance myocardique le risque opératoire s'en trouve accru. Tous les auteurs ne sont pas d'accord sur la conduite à tenir : les uns conseillent le traitement médical exclusif. Les autres avec Dunhill, Bérard, Gallavardin pré-

conisent l'intervention chirurgicale qu'ils considèrent comme seule capable de faire rétrocéder les troubles du rythme. Mais ils recommandent une grande prudence dans l'acte opératoire qu'il faut proportionner à l'état de résistance du sujet, et conseillent une cure médicale préalable de quinidine et de digitale.

Néanmoins « il faut pousser très loin les indications opératoires car certains malades opérés à une période presque désespérée ont été remarquablement améliorés et il n'y a pas de contre-indication absolue à la thyroïdectomie malgré l'état cardiaque souvent impressionnant » (Gallavardin).

Encore faut-il s'entourer de précautions indispensables. Le succès dépend presque entièrement des soins préopératoires.

Il faut d'abord mettre le malade en confiance et lui faire accepter, sans trop de crainte, le principe de l'opération. Le repos au lit et l'isolement sont indispensables.

Certains auteurs, même en l'absence de signes manifestes de défaillance cardiaque prescrivent la digitaline à la dose de X gouttes pendant 5 jours. S'il existe des troubles du rythme l'administration de digitale sera suivie d'une cure de quinidine à doses progressives.

Le traitement usuel sera bien entendu institué ou poursuivi et il faudra attendre la rémission iodée pour fixer la date de l'intervention.

Celle-ci doit être pratiquée sous anesthésie locale après injection de morphine. Mais si le psychisme du malade l'exige il peut être avantageux de donner quelques inhalations espacées de protoxyde d'azote.

L'opération de choix est la thyroïdectomie subtotale bilatérale d'emblée qui résèque la presque totalité des deux lobes thyroïdiens et ne conserve qu'une mince lame de parenchyme glandulaire au devant du récurrent et des parathyroïdes. Pendant toute l'intervention on fait prendre le pouls par un aide et on surveille la respiration ; il faut, en effet, se méfier de deux accidents possibles : la syncope cardiaque et le spasme glottique. On termine en drainant la plaie au milieu. Cette pratique diminue considérablement les risques d'accidents post-opératoires, dus probablement à la résorbtion massive des liquides toxiques que laisse suinter la tranche de section.

Cette résection élargie qui porte sur les deux lobes hyperplasiés et en enlève d'emblée la majeure partie n'est possible que dans les hyperthyroïdies légères et récentes qui ont bien réagi à l'iode. Mais elle serait dangereuse dans les formes plus graves et plus anciennes, s'accompagnant d'amaigrissement, de troubles cardiaques, d'excitation psychique et que le traitement médical préalable a peu améliorées ; c'est dans ces cas que sont indiquées les opérations sériées comportant des thyroïdectomies successives précédées ou non de la ligature d'une ou plusieurs artères thyroïdiennes.

Mais que la résection soit pratiquée d'emblée ou en plusieurs temps, elle doit être large et porter sur la presque totalité des deux lobes aussi bien dans les goitres nodulaires que dans les goitres diffus. « Résection radicale faite primitivement après iodothérapie telle est la dernière formule thérapeutique moderne » (Bérard et Peycelon).

La nécessité de la lobectomie subtotale bilatérale est reconnue par la majorité des auteurs. En voici un exemple personnel qui nous semble particulièrement démonstratif. Le Dr Wilmoth veut bien opérer à notre demande un goitre adénomateux toxique avec métabolisme basal de plus de 75 %. Il pratique l'ablation d'un adénome du lobe droit pesant 20 gr. Cependant le métabolisme est remonté, 2 mois après, à son chiffre initial et la malade semble n'avoir retiré aucun bénéfice de l'acte chirurgical. Une seconde intervention est décidée : on enlève la presque totalité du lobe gauche, soit 100 gr. de tissu thyroïdien. La malade, depuis 6 mois peut être considérée comme guérie.

La relative bénignité des interventions sur les goitres toxiques contraste avec la gravité qu'on leur reconnaissait il y a 20 ans. Ce fait ne tient pas à ce qu'elles sont sériées, mais bien à l'iodothérapie post-opératoire. C'est même cette pratique qui rend possibles les lobectomies subtotales bilatérales d'emblée, vers quoi tendent la plupart des chirurgiens actuels. Car l'iode supprime ou atténue les accidents d'hyperthyroïdisme post opératoire. Il faut donc continuer l'administration du Lugol le jour même de l'opération et les jours suivants, aux doses habituelles. Il nous semble toutefois qu'il

est plus avantageux de le prescrire d'une façon fractionnée de façon à maintenir le malade constamment sous son influence. Les suites de l'intervention sont généralement simples : tout au plus survient-il une poussée thermique à 38° avec une tachycardie transitoire à 140 et un peu d'angoisse, tous signes qui disparaissent en 48 heures. Il est exceptionnel de perdre des malades en quelques heures dans cet état dramatique hallucinatoire, fébrile, tachycardique et œdémateux que tous les chirurgiens ont connu avant l'ère de l'iode.

Quant aux lésions du récurrent et à la tétanie post-opératoire, elles ne peuvent pas survenir dans une lobectomie subtotale régulièrement conduite. On ne les observe guère que dans les thyroïdectomies pratiquées sur des goitres préalablement irradiés, adhérents de ce fait aux tissus voisins, ce qui oblige à des interventions plus atypiques et partant moins prudentes.

Dans l'ensemble les résultats de la thyroïdectomie subtotale sont devenus très bons. La mortalité est tombée à 2 % et même 1 % entre les mains de certains chirurgiens. Les résultats éloignés sont également favorables. Les signes d'hyperthyroïdie régressent, l'état général s'améliore, la tachycardie s'atténue, le métabolisme basal revient à la normale. Les signes de dystonie neuro-végétative par contre ne sont pas aussi heureusement influencés et l'exophtalmie persiste. S'il existe des troubles arythmiques résiduels, la quinidine à doses prudentes trouve encore son indication. Et les quelques manifestations d'hypothyroïdie qui peuvent survenir seront vite amendées par l'administration temporaire d'extrait thyroïdien. L'iodothérapie sera enfin prolongée pendant quelques mois car elle évite l'hyperplasie secondaire du tissu thyroïdien restant.

La possibilité de récidive avec laquelle il fallait compter lorsqu'on pratiquait l'hémithyroïdectomie est beaucoup plus rare depuis que la thyroïdectomie subtotale a rallié tous les suffrages.

Cette opération semble donc actuellement le traitement de choix des hyperthyroïdies rebelles au traitement médical pur. Elle est devenue bénigne et efficace depuis qu'on la fait précéder et suivre de la médication iodée.

Ceci explique l'abandon dans lequel sont tombées les autres méthodes chirurgicales : les *ligatures atrophiantes* qui ont connu leur heure de célébrité, ne sont plus admises aujourd'hui que comme temps préparatoire d'une intervention plus radicale ; elles ne sont indiquées que lorsque l'état général impose des opérations fractionnées.

De même la *résection du sympathique cervical* préconisée par Jaboulay et Jonesco, ne peut plus être invisagée aujourd'hui que comme un temps complémentaire d'une thyroïdectomie subtotale, quand à la suite de cette dernière persiste une exophtalmie particulièrement accusée.

Reste-il place pour la physiothérapie qui fut de mode à l'époque où l'intervention sanglante était meurtrière ?

La radiothérapie semble plus maniable et moins dangereuse. En réalité elle soutient difficilement la comparaison avec la réaction chirurgicale : son efficacité n'est pas constante ; elle a l'inconvénient de provoquer la formation d'adhérences périthyroïdiennes qui rendent plus difficile l'intervention chirurgicale ultérieure qu'aura rendue nécessaire l'inefficacité fréquente des irradiations. En pastichant une phrase célèbre, nous nous croyons autorisés à dire que la radiothérapie ne vit que des contre-indications de la lobectomie. Elle s'adresse aux goitres exophtalmiques avec métabolisme très élevé peu réductible par l'iode, avec troubles neuro-psychiques marqués et altération grave de l'état général. Mais elle peut donner la guérison à condition qu'on en surveille les effets par la mesure répétée du métabolisme et qu'on pousse les irradiations jusqu'à leur limite extrême : insuffisamment prolongées elles semblent provoquer des poussées évolutives graves et même mortelles (M. Labbé).

La *galvano-faradisation* a été préconisée par Delherm et Laquerrière. Mais son efficacité est encore moins constante que celle des rayons X : les résultats qu'elle donne sont toujours lents. Toutefois elle a permis à M. Labbé et Delherm d'améliorer des basedow qui n'avaient point réagi à la radiothérapie. On en pourrait dire autant de la *diathermie*.

Il reste à envisager un certain nombre de cas, rares à la

vérité, où le syndrome d'hyperthyroïdie apparaît comme symptomatique d'une lésion thyroïdienne d'étiologie connue. Ces cas comportent une thérapeutique élective.

Ainsi les thyroïdites rhumatismales, sont justiciables du salicylate de soude.

Les thyroïdites syphilitiques peuvent être améliorées par un traitement spécifique prudent. Le novarsénobenzol est souvent dangereux. Mieux vaut lui préférer le cyanure de mercure auquel l'adjonction d'iodure à faible dose ne peut être que favorable.

Enfin le cancer du corps thyroïde qui s'annonce souvent par des signes d'hyperthyroïdie nécessite l'intervention chirurgicale aussi précoce que possible. La thyroïdectomie doit être alors extra-capsulaire et totale. Elle est plus délicate que l'opération subtotale intracapsulaire classique qu'on oppose au goitre basedowien non dégénéré. Cette intervention expose au myxœdème post-opératoire : on en trouve un remarquable exemple dans l'observation de von Eiselberg ; le malade qui en fait l'objet, hyperthyroïdien avant l'intervention, devint myxœdémateux après l'ablation du corps thyroïde ; ces signes d'hypothyroïdie disparurent spontanément au bout de 3 mois lorsque survint une métastase sternale mais reparurent à nouveau dès qu'on enleva celle-ci.

* * *

Rappelons pour conclure cette notion capitale que Dautrebande a bien mise en lumière. A la base de l'hyperthyroïdie il existe un cercle vicieux. La fatigue et le surmenage exagèrent la fuite d'iode et accroissent l'hyperfonctionnement thyroïdien. Mais c'est l'hyperthyroïdie elle-même qui motive cette agitation et cette activité désordonnée si préjudiciable à l'état des malades. Il importe donc avant toute autre chose de rompre le cercle vicieux en imposant au basedowien un repos physique et moral complet, en calmant son système nerveux neuro-végétatif et en compensant par une médication iodée bien conduite la perte excessive de ce métalloïde.

C'est seulement lorsque ces trois grands principes thérapeutiques auront été appliqués sans succès que se trouve indiquée la thyroïdectomie subtotale bilatérale, traitement de choix des hyperthyroïdies rebelles.

BIBLIOGRAPHIE

BÉRARD (L.) et PEYCELON (R.). — Traitement chirurgical de l'hyperthyroïdisme. Rapport au XXIe Congrès français de médecine, Liége, 1930.

DAUTREBANDE (L.). — Physiopathologie de la thyroïde. Rapport au XXIe Congrès français de médecine, Liége, 1930. — Les doses fractionnées d'iode dans le traitement de l'hyperthyroïdie, *Presse médicale*, n° 59, 24 juillet 1929, p. 957 à 959.

DUNHILL. — Le traitement chirurgical de la fibrillation auriculaire au cours du goitre exophtalmique. *The British medical journal*, n° 3327, 4 octobre 1927, p. 771-774.

GILBERT-DREYFUS. — L'hyperthyroïdisme et son traitement. Thèse Paris, 1929.

LABBÉ (M.), AZERAD (E.) et GILBERT-DREYFUS. — Les hyperthyroïdies. Rapport au XXIe Congrès français de médecine, Liége, 1930.

LABBÉ (M.), BOULIN (R.), Justin BEZANÇON (L.) et GOUYEN. — *Bull. et mém. de la Soc. médicale des hôpitaux de Paris*, 1929.

LOEPER (M.). — Thérapeutique médicale. Nutrition, III, 1 vol. Masson (sous presse).

LOEPER (M.), LEMAIRE (A.) et TONNET (J.). — Action de certaines thérapeutiques sur l'équilibre protéique des thyroïdiens. Soc. de Biologie, séance du 19 juillet 1930.

LOEPER (M.) et OLLIVIER (J.). — Borate de soude et corps thyroïde. *Bull. et mém. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, n° 17, 21 mai 1925, p. 734, 737.

LOEPER (M.) et TURPIN (R.). — Le borate de soude. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 déc. 1928, p. 837-845.

PONCELET (J.). — Etude sur le traitement du syndrome de Basedow par le tartrate d'ergotamine. Thèse Paris, 1929.

ROLAND (H.). — Etude sur l'adénome thyroïdien toxique, son traitement chirurgical. Thèse Lyon, 1929.

SAINTON (P.). — Les indications respectives de la radiothérapie et du traitement chirurgical dans le goitre exophtalmique. *Paris médical*, 4 février 1928.

THOMSON (W.-O.), THOMPSON (P. K.), BRAILEY (A. G.), COHEN (A.-C.).— Le traitement prolongé du goitre exophtalmique par l'iode exclusivement. *Archives of internal medicine*, XLV, n° 4, avril 1930.

ZONDEK (H.). — Traitement de la maladie de Basedow par l'iode. *Klinische, Wochenschrift* IX, n° 14, 5 avril 1930.

ACTUALITÉS

Une Encyclopédie illustrée des connaissances médicales

« Vous autres savants vous croyez perdre votre temps lorsque vous instruisez le vulgaire, mais remarquez que la vie est courte et combien de choses il y a dont l'étude exige une disposition toute spéciale ! Résumer les faits acquis à la science et les donner aux pauvres ignorants, avec une signature comme la votre, qui garantit la vérité, ce serait, je crois, rendre un véritable service à l'humanité ! »

Il y a longtemps que ce désir, exprimé par Mérimée à son ami Charles Robin, est exaucé. On fait beaucoup de vulgarisation aujourd'hui et souvent d'excellente facon. Je dirais même que parfois le médecin trouve dans les articles destinés au grand public une mise au point précise qu'il avait cherché en vain dans les gros traités ou les journaux spéciaux. Et je sais bon nombre de praticiens qui gardent au Dr Henri Bouquet une infinie reconnaisance pour les enseignements qu'ils puisent dans les chroniques médicales du *Temps*.

Nul n'était donc mieux désigné que ce médecin de grande culture, d'esprit clair, pour présenter, à ceux qui veulent, savoir, l'état actuel des connaissances médicales. La librairie Hachette en lui confiant la direction de cette Encyclopédie *Tout le corps humain* (1), dont le dernier volume vient de paraitre, a fait un heureux choix. L'esprit que le Dr Bouquet a su insuffler à cette publication, les collaborateurs qu'il a groupés autour de lui, en sont la preuve.

L'ouvrage comprend six parties : 1° Le corps humain et ses fonctions ; 2° Comment naissent les maladies ; 3° Les maladies ; 4° La mère et l'enfant ; 5° Traitement des maladies ; 6° Enfin, dans un fascicule à part, les maladies de peau et les maladies vénériennes.

La rédaction de ces divers chapitres a été assurée par des collaborateurs de choix : Des membres de l'Académie de médecine, comme MM. J. L. Faure, Maurice de Fleury. Des professeurs ou agrégés de facultés : MM. Besançon, Latarjet, Gougerot, Demelin ; des médecins et chirurgiens des hôpitaux : MM. Valude, Babonneix, Deniker, etc. C'est bien la première fois qu'un ouvrage de vulgarisation réunit de telle compétences.

Quant à l'illustration, elle est tout simplement magnifique ; à la fois documentaire et artistique, elle a été exécutée sous la direction de chacun des auteurs de l'ouvrage et, en aidant puissamment à l'intelligence du texte, elle ajoute encore à la valeur de l'œuvre. Œuvre qui sera utile aussi bien au médecin qu'au grand public, et c'est là, il me semble, le meilleur éloge que l'on puisse faire de cette Encyclopédie.

V. G.

(1) *Tout le corps humain*. Encyclopédie illustrée des connaissances médicales. 4 vol. in-4°, plus de 1400 p. 000 illustr. 20 pl. en 1 coul. Les 4 vol. brochés : 440 fr. reliés : 640 fr. Le supplément : 16 fr. 50. Hachette, éditeur, 79, Boul. St Germain. Paris.

Blennorrhagie et gestation. — Lévy-Solal, Paraf et Pariente. (La réaction de fixation gonoccique au cours de la gestation et de la puerpéralité. *C. R. de la Soc. de biol.*, Paris, 1929, tome CII, p. 496) ont constaté que, très souvent, chez des femmes atteintes de gonococcie, la réaction de fixation est négative (11 cas positifs sur 78 gonococcies nettes). Ils y voient une nouvelle marque de l'anergie gravidique.

H. V.

BIBLIOGRAPHIE

Le Larousse du XXe siècle

Le tome III du *Larousse du XXe siècle* vient d'être terminé. L'ouvrage doit former, comme on sait, six forts volumes grand in-4° ; c'est donc la moitié de cette vaste encyclopédie qui est d'ores et déjà à notre disposition. Si l'on calcule que les trois volumes parus contiennent à eux seuls plus de 110.000 articles, près de 25.000 gravures et cartes et 218 planches en noir et en couleurs, on pourra se faire une idée de la prodigieuse documentation qu'on aura sous la main avec cette grande œuvre.

Ajoutons que les articles sont très complets et très détaillés, souvent même fort étendus, et que certains d'entre eux représentent presque la matière d'un petit volume : l'article *France*, par exemple, dans le tome III qui vient de paraître, occupe près de 40 colonnes de texte serré qui équivalent à quelque deux cents pages d'un volume de format ordinaire. Cet article est accompagné de quatre grandes cartes en couleurs, de dix cartes en noir et de deux planches où sont réunies une soixantaine de fines photographies des plus beaux spécimens de l'art français ; il n'a pas fallu moins de vingt spécialistes pour traiter ce sujet à tous les points de vue : géographie, histoire, organisation politique et administrative, armée, marine, arts, littérature, etc.

Ce seul exemple permet de juger de la conscience qui préside à l'élaboration du *Larousse du XXe siècle*. On trouvera désormais dans cette grande œuvre les renseignements les plus nouveaux dans tous les ordres de connaissances, les dernières inventions et théories scientifiques, les faits d'hier et d'aujourd'hui, les biographies de tous nos contemporains, les innombrables mots nouveaux qui ne figuraient encore dans aucun dictionnaire, etc., etc. La librairie Larousse, 13, 21 rue Montparnasse, Paris (6e), envoie sur demande un fascicule spécimen.

Collections de littérature anglaise. *Collection Shakespeare*, publiée sous la direction de M. A. Koszul. Textes anglais et français en regard. Les Belles Lettres, 95, Boul. Raspail, Paris.

Macbeth, traduction de M. J. Derocquigny (Prix Montyon 1922), 12 fr. ; Les Sonnets, traduction de M. Charles-Marie Garnier (Prix Bordin 1924), 12 fr. et 36 fr. ; Comme il vous plaira, traduction de M. Lucien Wolff, 12 fr. et 36 fr. ; Le Soir des Rois, traduction de M. Félix Sauvage, 12 fr. et 36 fr. ; Le Marchand de Venise, traduction de Mme [illegible], 12 fr. ; Roméo et Juliette, traduction de M. A. Koszul, 12 fr. ; Troïlus et Cressida, traduction de M. René Lalou, 12 fr. et 36 fr. ; Hamlet, traduction de M. J. Derocquigny, 12 fr. ; Antoine et Cléopâtre, traduction de M. J. [illegible], 12 fr. et 36 fr. ; La Tempête, traduction de M. J. [illegible], 12 fr. et 36 fr. ; La tragédie d'Othello, traduction de M. J. Derocquigny, 12 fr. et 36 fr. ; La vie du roi Henry V, traduction de M. M. [illegible], 12 fr. et 36 fr. ; Jules César, traduction de M. Charles-Marie Garnier, 12 fr. et 36 fr. ; Richard III, traduction de M. J. Delcourt, 12 fr. et 36 fr. ; Cymbeline, traduction de M. M. Castelain, 12 fr. et 36 fr. ; Mesure pour mesure, traduction de M. R. Galland, 12 fr. et 36 fr. ; Beaucoup de bruit pour rien, traduction de M. [illegible], 12 fr. ; Le Roi Jean, traduction de M. F. Sauvage, 12 fr. ; Le Roi Lear, traduction de M. J. Derocquigny, 12 fr.

Martial. Épigrammes. Tome I (Livres I à VII). Texte établi et traduit par H. J. Izaac. 1 vol. de la *Collection des Universités de France*. Prix : 40 fr. Les Belles Lettres, 95, Boulevard Raspail, Paris.

Il est peu d'auteurs latins plus vivants que Martial ; chez lui revit avec beaucoup de réalité la société romaine du temps de Domitien et de Trajan. Il n'existait de lui, en France, que des traductions fautives et incomplètes ; aussi accueillera-t-on avec intérêt le premier volume des *Épigrammes* que publient *les Belles Lettres*.

Comme Horace, comme Juvénal, Martial a déversé le blâme, le ridicule sur les médecins de son temps, et son livre est fertile en sarcasmes contre tout ce qui pratique l'art de guérir. C'est dire que le médecin pourra faire d'amusantes glanes dans ce premier volume des *Épigrammes*.

La Médecine comique, par Taillefer, 2e série. 1 vol. in-16. Prix : 15 fr. Les Gémeaux, [illegible], Boulevard St-Germain, Paris, 1930.

L'auteur est médecin dans un petit village en bordure de Bresse et du Jura. La nouvelle série de souvenirs qu'il publie connaîtra le même succès que la précédente, épuisée depuis longtemps. On y trouve du tragi-comique, du comique en fin de compte, grâce à la philosophie souriante de l'auteur, qui sait observer et faire revivre les scènes qu'il a vécues. On y trouvera surtout une évocation de la vie du héros obscur qu'est le médecin de campagne et c'est pour cela que ce livre me plaît infiniment.

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMP. THIRON ET Cie. — R. C. 4264
MAISON SPÉCIALE POUR PUBLICATIONS MÉDICALES

Les sports d'hiver au Mont Genèvre au-dessus de Briançon

Les pentes du Mont Genèvre au-dessus de Briançon, à 1.850 mètres d'altitude, sont particulièrement favorables aux skieurs.

Pour en faciliter l'accès, un service combiné (automobile d'Oulx à Clavières, traineau de Clavières au Mont Genèvre) est mis en marche à dater du 20 décembre, les samedi, dimanche, fêtes et veilles de fêtes.

Ce service est en correspondance à Oulx avec les meilleurs trains en provenance ou en direction de Paris et de Lyon.


Constipation habituelle
CASCARINE LEPRINCE
Laxatif parfait
réalisant le véritable traitement
des CAUSES de la CONSTIPATION
AFFECTIONS du FOIE
ATONIE du TUBE DIGESTIF
Eumictine
Santalol, Salol, Hexaméthylène, Tétramine
Antigonococcique - Diurétique
Analgésique-Antiseptique
Blennorragie, Cystites, Néphrites
Pyélites, Pyélo-Néphrites, Pyuries.
8 à 12 capsules par jour.
PHOSPHOTHERAPIE RATIONNELLE
par le RHOMNOL
Pilules et Saccharure à base d'Acide Nucléinique
Ampoules à base de Nucléinate de Soude
et le NEO-RHOMNOL
à base de Nucléinate de Strychnine
Ampoules : Cacodylate de Soude
Comprimés : Méthylarsinate de Soude
Neurasthénie-Infections-Convalescences
Traitement rationnel et scientifique du DIABETE
par les
Pilules du Dr Sejournet
Complexe à base de Santonine
ANTIDIABÉTIQUES, RECONSTITUANTES
ne nécessitant qu'un régime facile à établir.
Une pilule à chaque repas.
Spécifique de l'Hypertension
GUIPSINE
en Pilules aux principes utiles du GUI
REGULATEUR du TRAVAIL du CŒUR
non vaso-constricteur
Diurétique Antialbuminurique - Antihémorragique.
Laboratoires du Docteur
Maurice LEPRINCE
62 rue de la Tour
PARIS 16e
et
toutes pharmacies

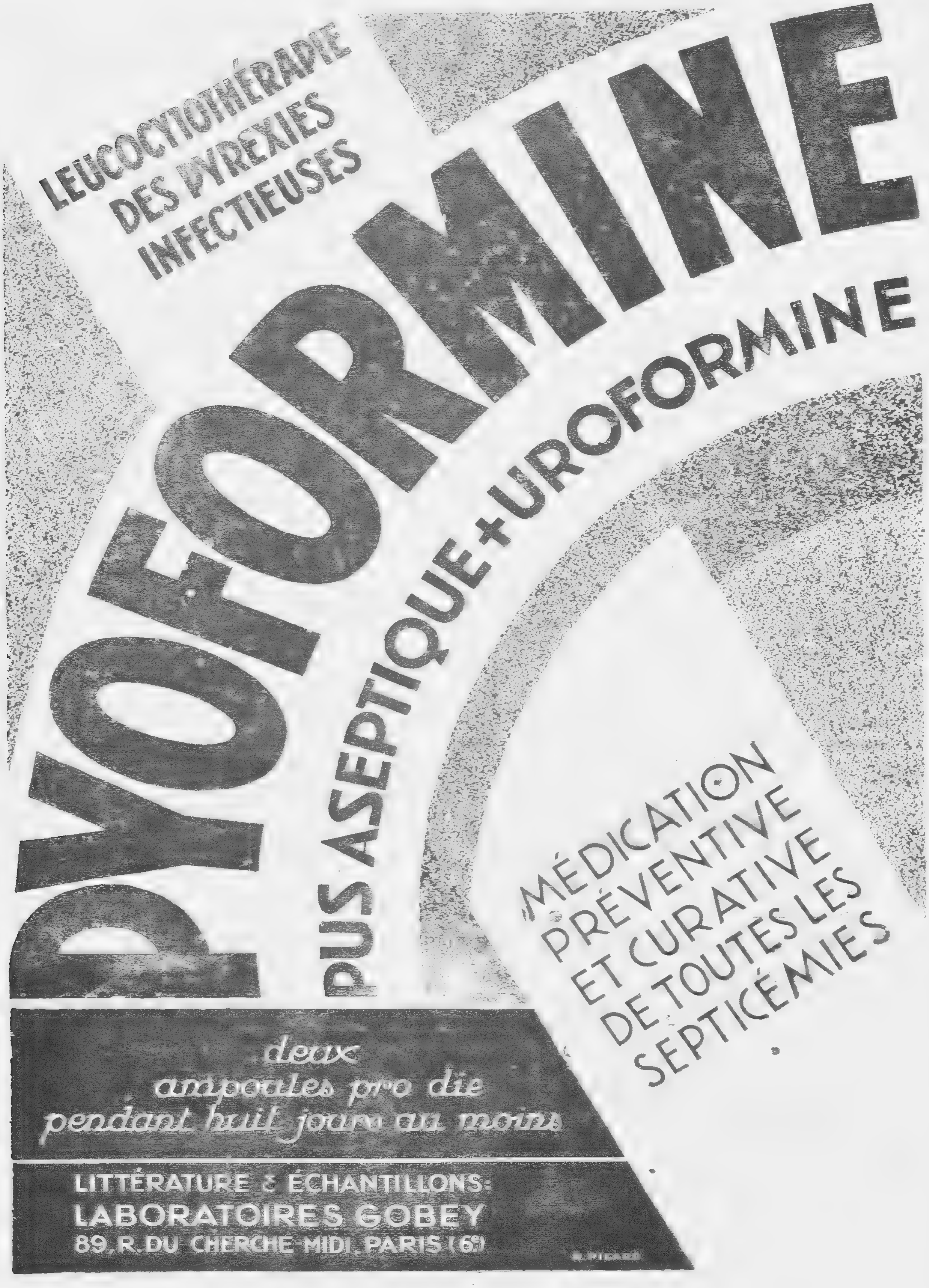
FONDÉ EN 1873. — N° 3 LE NUMÉRO : 50 Centimes 17 JANVIER 1934

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

CE NUMÉRO EST CONSACRÉ AU MAGNÉSIUM

SOMMAIRE


LEUCOCYTOTHÉRAPIE
DES PYREXIES
INFECTIEUSES
PYOFORMINE
PUS ASEPTIQUE + UROFORMINE
MÉDICATION
PRÉVENTIVE
ET CURATIVE
DE TOUTES LES
SEPTICÉMIES
deux
ampoules pro die
pendant huit jours au moins
LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS:
LABORATOIRES GOBEY
89, R. DU CHERCHE-MIDI, PARIS (6e)

NOUVELLES

Faculté de médecine. — *Thèses.* — 14 janvier : M. Raoul DUVAL. La cirrhose de Cruveilhier-Baumgarten. — M. BICHARA-FAKRI. Les myosites streptococciques. — M. VITENSON. Etude de la pepsine sur la pression artérielle.

15 janvier : Mlle BLEU. Sur l'hippocratisme digital dans les endocardites.

Vendredi 16 janvier : Thèses vétérinaires. — M. GÉRARD. La maladie des nouveau-nés.

Service de santé. — Au grade de médecin-colonel : le médecin-lieutenant-colonel Dauthuile, médecin-chef de l'hospice mixte de Saint-Etienne.

Au grade de médecin-lieutenant-colonel, le médecin-commandant Chaduc, de Clermont-Ferrand.

Au grade de médecin-commandant, le médecin-capitaine Siraudin du 9e cuirassiers, Lyon. Affecté à Bastia.

Au grade de médecin-capitaine : le médecin-lieutenant Merlin Lemas, 159e d'infanterie, Briançon.

Au grade de pharmacien-commandant, le pharmacien-capitaine Burollet, hôpital militaire de Grenoble.

Légion d'honneur. — M. le Dr F. Van den Branden est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Un nouveau sanatorium va être créé par le département de la Seine. — Sur un rapport de M. Henri Sellier, le conseil général de la Seine a décidé, l'achat de la station climatique de Belligneux-Hauteville (Ain), dans la limite d'un prix de 39 millions, afin d'y aménager un sanatorium pour tuberculeux.

L'opération est subordonnée aux conditions suivantes : le nombre actuel de 400 lits sera porté à 700 ; d'autre part, le ministère de la santé publique devra prendre l'engagement d'accorder un prêt au département de la Seine, à raison de 25.000 francs par lit, c'est-à-dire 17.500.000 francs au taux de 2 %.

Au cours de son exposé, M. Henri Sellier apporta quelques renseignements sur la lutte entreprise contre la tuberculose : il vient, chaque année dans la Seine, 18.000 tuberculeux. Or, les pays les mieux armés contre le fléau disposent de un lit par personne décédée. Dans la Seine, on dispose actuellement de 4.000 lits ; après l'acquisition de Belligneux-Hauteville, ce nombre s'élèvera à 5.000.

Prix Dr Sophie A. Nordhoff-Jung. — Le prix Dr Sophie A. Nordhoff-Jung pour la meilleure étude des années dernières relative au cancer a été accordé à M. le docteur Alexis Carrel, de l'Institut Rockefeller, à New-York, par un vote unanime de la commission chargée de l'attribution du prix.

Association nationale des Médecins mutilés et pensionnés de guerre. — Une assemblée générale extraordinaire de l'Association nationale des médecins mutilés et pensionnés de guerre aura lieu 85 *bis*, rue du faubourg Saint-Honoré, le 10 janvier 1931 à 21 heures.

Tous les membres de l'Association sont priés d'y assister.

Pour les laboratoires d'hôpitaux. — Les subventions allouées par la Ville de Paris (661.000 francs) et par l'Etat (480.000 francs) aux laboratoires d'hôpitaux se révèlent absolument insuffisantes au point que, souvent, les chefs de service sont dans l'obligation d'aider leur laboratoire de leurs deniers personnels.

Cette situation a été évoquée à la tribune du Conseil municipal, par MM. le docteur Besson et Gaston Pinot, qui ont demandé à la Ville de Paris double sa subvention et que l'Etat en fasse autant.

M. le docteur Mourier, directeur général de l'Assistance publique, a indiqué que le fonctionnement normal des laboratoires exigerait une dépense de 20 millions (14 pour les installations nouvelles et 6 pour l'exploitation.)

Finalement, après que de nombreux conseillers eurent présenté leurs vues, et que le préfet de la Seine, d'accord avec le rapporteur général, eut promis que la subvention de la Ville de Paris serait portée à 1 million, le Conseil a renvoyé la proposition de MM. Besson et Pinot, à l'administration et à la commission.

Deuxième anniversaire du décès du Professeur Widal. — Pour commémorer le souvenir de Fernand Widal, le professeur Lemierre, fera le mercredi 14 janvier, à 11 heures, dans l'amphithéâtre de la clinique médicale de l'hôpital Saint Antoine (service du Professeur Bezançon), une leçon sur : L'Œuvre de Widal en pathologie rénale.

A l'issue de cette conférence, à midi et demie, les élèves et amis de F. Widal, se réuniront au cimetière Montmartre pour déposer des fleurs sur sa tombe.

Faculté de médecine de Bruxelles. — M. le docteur Jules Lorthioir a été nommé professeur honoraire.

M. le docteur E.-J. Bigwood s.est vu confier les chaires de chimie biologique, chimie pathologique et hygiène alimentaire.

MM. les docteurs Z. Bacq et Jacques Ley ont été nommés assistants.

Infirmières des hôpitaux militaires. — Un concours sera ouvert le mercredi 28 janvier 1931, à 11 heures, pour l'admission à l'emploi d'infirmière des hôpitaux militaires (cadre permanent). Traitement de 9.000 à 16.750 francs, auquel s'ajoute une indemnité de résidence variable par place.

Pour les conditions du concours, voir le *Journal officiel* du 26 novembre 1930, pages 13901 et 13902.

Ecoles de plein air. — *Cours normaux gratuits au Musée pédagogique* (41 rue Gay-Lussac), *pour la préparation au certificat d'aptitude à l'enseignement et à la Direction des Ecoles de plein air, en* 1931. — Jeudi 22 janvier, 16 heures, M. LEMONIER : Fonctionnement des écoles de plein air et des pédagogies spéciales. Attributions du personnel. Règlements. — 17 heures, M. GRANDJEAN : Les classes de plein air et les classes aérées à Paris et en banlieue. Organisation. Fonctionnement.

Jeudi 29 janvier, 16 heures, M. EMMANUEL : Les différentes méthodes d'éducation physique. — 17 heures, Dr ARMAND-DELILLE : L'alimentation de l'enfant. Rations et menus à l'école de plein air.

Jeudi 6 février, 16 heures, M. LEMONIER : Pédagogie spéciale. Méthodes. Procédés. — 17 heures, M. ORGEOLET, inspecteur primaire, à Paris. — 18 heures, M. Robert DE MASSY, président honoraire du tribunal civil à Orléans : L'éducation morale par la culture de la volonté.

Jeudi 12 février, 16 heures, M. LEMONIER : Une leçon-type : météorologie, tenue. — 17 heures, Dr ARMAND-DELILLE : La propreté de la peau et des muqueuses. L'hydrothérapie à l'école de plein air.

Jeudi 19 février, 16 heures, M. LEMONIER : Leçon type : état civil. Personnalité. — 17 heures, Dr CHAILLEY-BERT, de la Faculté de médecine : le médecin, l'assistance scolaire, les fiches sanitaires.

Jeudi 26 février, 16 heures, M. EMMANUEL : Matériel pour l'éducation physique. La tenue des pupilles et des moniteurs pendant la leçon. — 17 heures, Dr ARMAND-DELILLE : La gymnastique, exercices, repos.

Jeudi 5 mars, 15 heures, Dr G.-A. RICHARD : Dosages et intensité de l'éducation physique pour les enfants débiles. — 16 heures, M. LEMONIER : Nomenclature et progressions des écoles de plein air.

Jeudi 12 mars, (Mi-Carême) : 11 heures : Visites d'écoles de plein air et préventoria. — 16 heures, M. LORGEOU, de l'Institut pédagogique des écoles de plein air. Observations faites dans les écoles de plein air en Allemagne.

Jeudi 19 mars, 16 heures, M. EMMANUEL : Leçons d'éducation physique, plans. Eléments de gymnastique corrective. 17 heures, Dr DUFESTEL, secrétaire général de la Société des médecins inspecteurs : L'hygiène scolaire de l'école de plein air.

Jeudi 26 mars, 16 heures, M. GUILMAIN : Moyens pratiques de dépister les déficients mentaux avant l'admission. — 17 heures, Mme JOUENNE, directrice de l'école de plein air municipale : Utilité d'un service social à l'école de plein air. Son fonctionnement.

Cours par correspondance pour les personnes isolées en province. Se faire inscrire au Secrétariat, 9, avenue Reille, Paris (14e).

Programme des conférences du dimanche de l'Association d'enseignement médical des hôpitaux. (*Deuxième trimestre.*) — 25 janvier, M. PARAF : Enurésie. — 1er février, M. LESNÉ : Substances irradiées en thérapeutique. — 8 février, M. RIBADEAU-DUMAS : Du terrain dans les infections aiguës du nourrisson et de ses modifications sous l'influence thérapeutique. — 15 février, M. BABONNEIX : Tumeurs cérébrales chez l'enfant. — 22 février, M. VALLÉRY-RADOT (Pasteur) : Conception actuelle des néphrites. — 1er mars, M. MOUCHET : Considérations sur la spondylite traumatique. — 15 mars, M. LORTAT-JACOB : Dermatoses et dépuratifs. — 22 mars, M. A. BÉCLÈRE : La ménopause rœntgénienne.

Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris. (Hôpital Laënnec. Service d'oto-rhino-laryngologie.) Le Dr Henri BOURGEOIS et les docteurs FOUQUET, LEMOINE et MARION commenceront, le lundi 23 mars 1931, une série de huit leçons sur : La diathermie en oto-rhino-laryngologie.

Ce cours aura lieu chaque matin à 10 heures ; en outre, les 23 et 24 mars à 16 heures.

PROGRAMME DU COURS. — 1° Principes électriques et démonstration des appareils. — 2° Physiopathologie. Techniques. — 3° Tuberculose du nez. — 4° Tuberculose laryngée et petite chirurgie endolaryngée. — 5° Tumeurs malignes et polypes naso-pharyngiens. — 6° Chirurgie amygdalienne, discision au bistouri électrique, coagulation. Mycoses. — 7° Petite chirurgie endonasale. Tumeurs bénignes (papillomes, angiomes). — 8° Synéchies nasales. Occlusion des choannes. Sténoses vélo-pharyngées. Sténoses laryngées.

Prix du cours : 600 francs. S'adresser au Dr FOUQUET, service oto-rhino-laryngologie, Hôpital Laënnec.

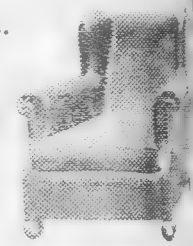
Ministère des postes, télégraphes et téléphones. — Un concours sur titres aura lieu, en février 1931, au Ministère des P. T. T. à Paris, en vue de la nomination, à Dijon, à Lille et à Rouen, d'un médecin au Comité médical régional siégeant dans chacune de ces trois villes.

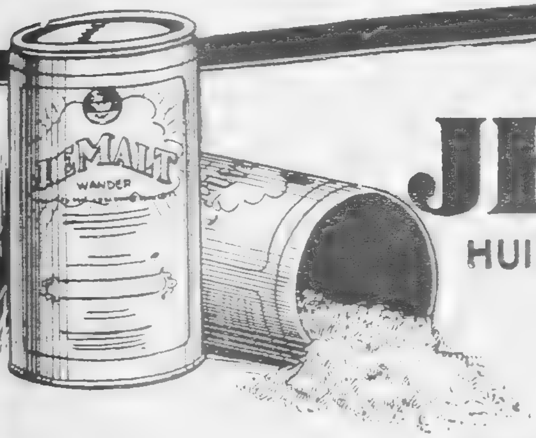
Les candidats de cette fonction devront être de nationalité française, avoir satisfait à la loi militaire, être âgés, au plus, de 45 ans, ne pas être attachés à une clinique d'accidents du travail et faire de la médecine générale.

L'Administration recherche particulièrement la collaboration des professeurs de Faculté ou d'Ecole de médecine, des professeurs agrégés, des chargés de cours, des médecins des hôpitaux et des anciens internes des hôpitaux nommés aux concours.

Les demandes devront être adressées ou remises au Directeur régional des P. T. T. à Dijon, à Lille ou à Rouen, *avant le 1er février prochain*. Elles devront faire mention de la date de naissance du candidat, de ses titres universitaires et hospitaliers, ainsi que de ses principaux travaux et publications scientifiques.

Nécrologie. — Dr Henri-Marc AMI, directeur de l'Ecole canadienne de préhistoire, décédé à Menton. — Dr AUBRÉE, de Saint-Lunaire, décédé à l'âge de 89 ans. — Dr FABRE, de Dégagnac (Lot). — Dr Jules ROUX, de Cugolin (Var). — Robert JONES, étudiant en médecine, enseveli sous une avalanche, à la Colette de Jilly, région d'Abries (Hautes-Alpes). — Dr ZARIFIAN, de Sompuis (Marne). — Dr Friedrich PREGL, professeur à la Faculté de médecine d'Innsbrück. — Dr John HAMMOND-TEACHER, professeur de pathologie à l'Université de Glasgow. — Médecin général FONTAN, chirurgien, commandeur de la Légion d'honneur, correspondant de l'Académie de médecine, décédé à Toulon. — Dr Maurice LABRUHE de Paris, 173, faubourg Poissonnière.





SUR LA ROUTE D'HIVER DES ALPES EN AUTOCARS P. L. M.

Jusqu'au 21 mars, les cars P. L. M. de la Route d'hiver des Alpes vont de Nice à Aix-les-Bains et d'Aix-les-Bains à Nice en trois étapes d'une journée chacune : Nice-Digne ; Digne-Grenoble ; Grenoble-Aix.

A partir du 1er avril, les deux étapes Digne-Grenoble et Grenoble-Aix, n'en font plus qu'une d'un seul jour

Départ jusqu'au 28 février, de Nice les lundi et vendredi ; d'Aix-les-Bains les lundi et jeudi.

Départs tous les jours, dans les deux sens du 1er mars au 20 mai.

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur le métabolisme du magnésium et ses moyens d'étude dans l'organisme humain

Par Ch. O. GUILLAUMIN
Chef de Laboratoire à la Faculté de médecine.

Le magnésium qui compte quantitativement parmi les constituants importants du globe terrestre, est un des éléments essentiels du règne végétal ou animal. L'étude de son rôle en biologie, négligée à de certaines époques, a pris récemment un intérêt majeur à la suite des travaux qui tendent à établir une relation étroite entre le développement des tissus de néoformation dans un organisme vivant et la pauvreté de celui-ci en sels ou composés magnésiens.

Le rôle du magnésium en biologie

Ce métal, comme le calcium, se range chimiquement dans le groupe des alcalino-terreux. On a souvent confondu autrefois le rôle biologique de ces deux éléments ; en réalité, hormis leur parenté chimique, bien des caractères séparent et parfois même opposent leur rôle dans les phénomènes vitaux.

Quantativement, le magnésium est beaucoup moins abondant que le calcium dans l'organisme humain. LEMATTE (4) fixe sa proportion à 286 milligr. par kilogr. de poids corporel chez un adulte moyen, squelette compris, tandis que le taux du calcium est de 16 gr. 14 ; mais si l'on élimine le squelette, la concentration en Mg ne descend qu'à 149 milligr. tandis que celle du Ca tombe à 101 milligr., ce qui laisse supposer une répartition fort différente entre nos deux alcalino-terreux. En effet, si l'on considère le rapport $\frac{Mg}{Ca}$ chez les animaux supérieurs, on constate que le magnésium prédomine dans les tissus différenciés, qu'on pourrait appeler « nobles » ; tissu nerveux et cérébral (surtout la substance grise), tissu musculaire, reins, foie, pancréas, glandes endocrines et en particulier dans les noyaux cellulaires : son métabolisme suit de près celui du phosphore ; chez les végétaux , il l'emporte dans les graines et dans les feuilles vertes. Au contraire, le calcium est plus abondant dans les tissus de soutien : squelette, tissu conjonctif, protoplasmes, comme chez le végétal, dans les organes végétatifs.

Qualitativement, le rôle du magnésium a été démontré expérimentalement comme étant de premier plan dans tant de faits appartenant à la biologie générale qu'on peut être étonné de la demi-obscurité dans laquelle on a laissé son étude dans le domaine de la pathologie humaine.

Le magnésium, beaucoup plus que le calcium est apte à remplir le rôle de ferment métallique ; il suffit de rappeler la découverte de GRIGNARD qui en a donné une preuve directe en fournissant aux chimistes organiciens la technique des « organomagnésiens », merveilleux instruments de synthèse.

Dans la nature, sa présence dans le noyau cellulaire laisse à penser qu'il doit y jouer un rôle du même ordre. La phytine des graines, éther phosphomagnésien de l'inosite (POSTERNAK), intervient puissamment au cours de la germination dans le métabolisme des nucléines et dans la formation de la molécule complexe de la chlorophylle. On sait le rôle essentiel de cette dernière dans les végétaux ; l'étude de sa constitution chimique, due à Willstätter, montre que le magnésium, inclus dans une molécule polypyrrolique, y joue un rôle qu'on ne saurait mieux comparer qu'à celui du fer dans l'hémoglobine : il intervient directement dans la synthèse des sucres. Nous avons encore les preuves qu'il joue un rôle dans celle des matières grasses, et TRIBOT, puis CANALS (10) ont été jusqu'à rencontrer le magnésium intimement lié à l'activité de certains ferments tels que la sucrase, dans laquelle le magnésium existe sous une forme non dialysable. Enfin, il a été directement démontré que la présence du magnésium était indispensable au développement des organismes, qu'il s'agisse de végétaux inférieurs tels que l'Aspergillus niger (RAULIN, JAVILLIER, CANALS), ou de mammifères tels que la souris (OSBORNE et MENDEL, JEHAN LEROY) (3).

L'exposé du rôle physiologique du magnésium chez l'homme et les animaux supérieurs comporte ensuite celui de ses sels solubles répartis dans les protoplasmes et le milieu intérieur, où ils subissent une ionisation partielle vraisemblablement dans des conditions identiques à celles régissent l'ionisation calcique.

D'après J. LOEB, l'excitabilité musculaire est liée au rapport des ions $\frac{Na + K}{Ca + Mg}$; mais il ne faut pas oublier que METZER et AUER (8) avaient déjà antérieurement vu dans l'ion Mg le modérateur des excitations nerveuses ; injectant dans les veines des sels de magnésium à doses toxiques, ils arrivaient à provoquer une série d'effets inhibiteurs tels que paralysie respiratoire, puis motrice, perte des réflexes, anesthésie, hypotension, perte de conscience, tous effets annulés par l'injection de sels de calcium ; par ailleurs, ils constataient que l'injection intraveineuse de sels magnésiens retarde la rigidité cadavérique, contrairement aux sels de calcium. On doit citer encore :

a) L'action des solutions magnésiennes salines concentrées sur l'ouverture du sphincter de Oddi, et celle s'exerçant sur le péristaltisme intestinal, même à l'aide de solutions diluées, action contraire à celle obtenue par les injections intravasculaires, et si usitée en crénothérapie digestive (Châtelguyon, etc.) ;

b) Le pouvoir hémolytique des sels de Mg, opposé à l'action hémostatique des sels de Ca (V. HENRY et CERNOVODEANU) ;

c) L'action cytophylactique de la solution isotonique de chlorure de magnésium sur les globules blancs, signalée par DELBET (11) à propos d'une étude des plaies de guerre ; cette publication constitue le début d'une longue série de travaux retentissants de cet auteur sur le rôle biologique ou thérapeutique du magnésium, où il le montre devenant agent de la thérapeutique anticancéreuse, en conformité avec les travaux de DUBARD, de A. ROBIN, de REDING et ses collaborateurs. DELBET complétant l'opinion autrefois émise par DESCHAMPS (5) et qu'avec J.-J. VIEIRA FILHO, j'avais vérifiée dès 1910, a montré que l'ion magnésium, même absorbé sous la forme d'un sel aussi banal que le chlorure et en injection, relevait les tonus nerveux, musculaire, sexuel, épidermique en un mot contribuait à combattre la sénilité ;

d) Le rôle protecteur de l'ion Mg contre les phénomènes de choc sur lequel je ne voudrais insister ici, puisque ce sujet doit être spécialement traité dans une autre partie de ce journal par un de ses très illustres collaborateurs dont les travaux sur cette question assurent à son exposé une autorité toute particulière.

Le métabolisme du magnésium

Le métabolisme du magnésium se comprend facilement en établissant le bilan des ingesta et des excreta.

Apport alimentaire. — Les besoins de l'organisme en cet élément sont normalement couverts par les aliments, qui en contiennent des quantités fort inégales. Voici quelques données numériques sur ce point empruntées à divers auteurs, et calculées en Mg pour cent.

	JAVILLIER (3) Subs. fraîche	Subs. sèche	BUNGE (2) subs. sèche
Radis	8	110	
Rave	43	329	
Navet	21	178	
Carotte	19	147	
Pomme de terre	32	128	114
Choux	35	273	
Epinard	76	633	
Romaine	27	338	
Pois	128	150	132
Haricots	167	180	
Lentilles	45	51	
Blé	129	150	84
Maïs	157	189	
Riz	53	61	
Courge	9	90	
Prune (chair)	15	61	
Cacao	518		
Vin	6 à 20		
Bière	5 à 15		
Bœuf (chair musculaire)	25	—	— 90
Bœuf (cervelle)	—	—	— 144
Veau (chair musculaire)	31		
Porc (» »)	29		
Lapin (» »)	12-30		
Poule (» »)	38		
Brochet (» »)	32		
Anguille (» »)	19		
Œuf (sans coquille)	6		
Œuf jaune			36
Œuf blanc			78
Lait de vache	16		724
Lait de femme			30

Ces données ne peuvent être qu'approximatives parce que la teneur en magnésium des végétaux alimentaires, graines exceptées, subit largement l'influence du sol sur lequel ils se sont développés, surtout dans leurs parties végétatives (FONDER) (3) ; cette teneur varie encore généralement en raison inverse de la qualité commerciale de quelques autres aliments. Le sel blanc raffiné a perdu de un à deux centièmes de sels de magnésium que contenait le sel gris ; et la farine à 73 p. cent de blutage a laissé s'en aller les 86 centièmes des composés magnésiens initialement présents dans le grain de blé.

Il en résulte que si l'on veut établir un bilan rigoureux des ingesta, je ne saurais conseiller de recourir à un autre mode que celui déjà préconisé par moi pour le calcium ; constitution d'un stock d'aliments faciles à homogénéiser, lait, viandes hâchées, pâtes, compotes, etc., et analyse réelle de ces aliments quant à leur taux magnésien.

L'apport alimentaire courant est-il équilibré en magnésium ?

JAVILLIER (3) nous a dit récemment : « Il ne semble pas qu'on sache exactement les besoins magnésiens d'un organisme humain ». D'après RICHET et LAPICQUE (6), un adulte soumis à une alimentation mixte courante telle que celle usitée dans la région parisienne, ingère par 24 heures environ 400 milligr. de Mg.

LEMATTE lui assigne une valeur beaucoup moindre, soit 214 mgr. se répartissant ainsi :

1 tasse café	12
500 gr. pain	81
250 gr. viande	8
150 gr. lait	11
un œuf	12
200 gr. légumes et fruits	15
200 gr. pommes de terre	36
20 gr. fromage	31
600 gr. vin	5

Pour mémoires : sucre, beurre, sel fin, eau.

L'alimentation moderne, d'après DELBET, est souvent carencée en magnésium, et il en voit l'une des causes dans la pauvreté originale ou acquise de certains terrains de culture en cet élément provoquant comme nous l'avons dit plus haut, la déficience magnésienne des végétaux alimentaires. J'ajouterai que peut être la question de qualité joue un rôle plus grand encore, et la carence est plus néfaste si elle porte sur les composés magnésiens organiques des végétaux, qui s'offrent à l'organisme humain sous une forme si assimilable.

On remarque que, dans le cas qui nous occupe l'eau d'alimentation ne fait qu'un apport insignifiant, sauf à de rares exceptions : eaux d'infiltrations marines, eaux saumâtres d'Algérie, eaux minérales.

Les modes d'excrétion

Sans parler de l'excrétion magnésienne sudorale, vraisemblablement peu importante, l'élimination des résidus du métabolisme magnésien se partage inégalement entre les voies urinaires et fécales. Comme dans le cas du calcium, l'élimination est riche en phosphates, en alcalins, en matières grasses, qui trop rapidement provoquent la formation de phosphates ou de savons insolubles incapables de franchir la barrière intestinale ; ceci sans oublier la fraction apportée par la sécrétion de la muqueuse, puisqu'on ne saurait considérer l'intestin comme un organe dans lequel les échanges ne s'effectuent que dans un seul sens. La disproportion entre l'intensité des deux modes d'élimination semblerait, d'après BERTRAM (2), moins considérable que pour le calcium puisque chez l'homme, le magnésium intestinal ne représente que 53 à 61 pour cent de la quantité ingérée, tandis que 60 à 83 pour cent du calcium s'y retrouve. Lematte (4) arrive à des conclusions beaucoup plus favorables à l'élimination urinaire puisque pour le régime décrit par lui et cité plus haut, l'élimination fécale et sudorale ne représente que 22 pour cent des 214 Mgr quotidiennement ingérés. Il y a là une contradiction que mon expérience personnelle ne me permet pas de trancher ; il semble cependant que la majorité des auteurs n'accorde pas à la voie urinaire une part aussi prépondérante.

Techniques de mesure

Dans les matières organiques, le dosage du magnésium est intimement lié à celui du calcium, et des précautions doivent être prises pour éviter que le dosage du calcium mal exécuté occasionne des pertes en magnésium. Je me suis toujours bien trouvé comme rapidité et comme sûreté d'exécution des techniques suivantes :

Urine

a) *Elimination du calcium* (en partie d'après Lemoine) : après agitation de l'échantillon s'il est trouble, en prélever 200 cent., ajouter environ 0 gr. 50 d'oxalate d'ammoniaque, puis 10 cmc. d'acide chlorhydrique pur, ou davantage même, afin de redissoudre l'oxalate calcique s'il s'en est formé ; porter à l'ébullition, neutraliser à chaud avec de l'ammoniaque jusqu'à obtenir une réaction variant de pH4 à pH5, en s'aidant d'acide acétique dilué si cet équilibre est dépassé sans le sens alcalin.

Après 5 minutes de repos et sans refroidir, filtrer sur un filtre sans cendres, ce qui ne demande parfois que quelques minutes ; laver à l'eau chaude contenant un pour cent d'oxalate d'ammoniaque ; jeter filtre et précipité dans une capsule de platine tarée, incinérer le tout sur un bec Méker jusqu'à cendres blanches, en s'aidant si nécessaire de nitrate d'ammoniaque. Laisser refroidir, peser. Le résultat en calcium est : $P \times 0.714$. Les pertes en calcium dues à la filtration immédiate sont négligeables.

Le titrage volumétrique de l'oxalate obtenu par le permanganate ne saurait être substitué à la calcination sans risque d'erreur par excès, surtout dans les urines albumineuses ou riches en indoxyle, parce que le précipité obtenu, même après lavage prolongé, reste riche en matières non calciques réduisant le permanganate acide.

b) *Dosage du magnésium.* — Le filtrat précédemment obtenu et les premières eaux de lavage sont réunies dans un grand verre et additionnées encore chaudes, de 20 pour cent de leur volume d'ammoniaque pure : il est généralement inutile d'y ajouter du phosphate en surplus de la quantité déjà présente.

On couvre et on laisse reposer 12 heures au frais ; le phosphate ammoniaco-magnésien se précipite en gros cristaux ; on recueille sur un filtre sans cendres, lave à l'eau contenant 20 pour cent d'ammoniaque, on fait sécher le tout et on incinère séparément le filtre puis le précipité jusqu'à obtention de cendres blanches. On laisse refroidir, on pèse ; le résultat en magnésium est : P × 0,2184.

On peut encore redissoudre le précipité obtenu dans l'acide acétique dilué et titrer l'acide phosphorique à l'aide d'une solution d'urane ; toutefois, en s'aidant non pas de cochenille, mais de l'indicateur externe constitué par des gouttes de la solution à 10 pour cent de ferrocyanure placées sur papier blanc glacé, et en effectuant une opération à blanc pour connaître l'excès d'urane ajouté. Cette technique ainsi effectuée, qui vient d'être recommandée par BRETEAU (12), l'a été il y a quelques années par LEMATTE ; et comme elle me donne d'excellents résultats depuis 1910, je ne saurais en déconseiller l'usage.

Matières fécales. — En raison de la difficulté de séparer exactement les selles correspondant à un régime déterminé, l'étude de l'élimination fécale doit porter au moins sur les fèces correspondant à 4 jours de suite délimitées au début et à la fin à l'aide de cachets de carmin. On homogénéise les diverses portions et on fait un prélèvement d'environ une dizaine de grammes qu'on incinère sans précautions spéciales. Les cendres blanchâtres sont redissoutes dans l'eau acidulée par l'acide chlorhydrique et le dosage est continué comme plus haut. Dans la pratique courante, et autant que j'ai pu le vérifier sur des solutions titrées de complexité voisine de celles nous occupant ici, il ne semble pas indispensable de procéder à l'élimination préalable du fer et des phosphates, bien que BRETEAU (12) l'ait récemment conseillé pour certains cas spéciaux.

Renseignements tirés de l'étude isolée du magnésium urinaire

On a vu que, l'établissement d'un bilan exact du magnésium, sans être irréalisable, demande une série de renseignements parfois difficiles à obtenir. Aussi a-t-on cherché depuis longtemps dans la seule étude de l'élimination urinaire un moyen simple d'évaluer l'intensité de son métabolisme et même d'y trouver un reflet de la richesse en magnésium de l'organisme étudié.

Mais la difficulté commence dans l'établissement d'une normale de comparaison. Parmi les anciens auteurs, NEUBAUER (7) chez l'adulte donne comme moyenne quotidienne 138 mgr. avec oscillations allant de 108 à 168 mgr. ;

BECKMANN (7) avec un régime carné mixte, obtient 174, et BUNGE (7) observe le même chiffre avec un régime exclusivement carné, puis le voit descendre à 84 avec un régime de pain de froment. NEUMANN et BERN VAS (13) retrouvent en moyenne 112 mgr. représentant 1/6e de la quantité ingérée, l'élimination nocturne étant prépondérante. Citons enfin, mais seulement pour mémoire, le chiffre donné par YVON dans la 5e édition de son classique traité d'urologie et qui est de 362 (soit 600 en MgO) ; cette quantité ne me semble pouvoir être atteinte qu'avec une alimentation très spéciale et les plus élevés des résultats que j'ai personnellement observés sont loin d'approcher ce chiffre.

Une notion nouvelle a été fournie par ALOY (1) qui est la suivante : le magnésium faisant partie des éléments les plus différenciés de l'organisme, son excrétion urinaire avec l'intensité du métabolisme général et elle suit une marche très sensiblement parallèle à celle de l'urée ou de l'azote. Il trouve par exemple :

Alimentation très animalisée..	Mg	0,162	urée	38
» »		0,168	»	42
Régime mixte...............		0,090	»	27

La question en était à ce point quand, en 1910, en collaboration avec J.-J. VIEIRA FILHO, de Porto, nous avons cherché à vérifier l'affirmation de DESCHAMPS (de Clermont-Ferrand) qui, dans son livre : *Les maladies de l'énergie*, indiquait qu'il rencontrait chez ses asthéniques le magnésium urinaire constamment abaissé et de façon assez significative pour étayer un diagnostic, alors que l'élimination phosphorique urinaire était des plus variables.

Ces recherches, qui ont duré deux ans, et sont restées jusqu'alors inédites, ne peuvent être rapportées ici en détail ; disons seulement leurs conclusions qui sont les suivantes, l'examen des urines étudiées par période de 24 heures, ayant porté sur le taux du magnésium, de l'azote, du phosphore et de la chaux :

1° Chez 8 sujets normaux adultes, soumis au régime alimentaire mixte habituel à la classe aisée portugaise d'alors, comprenant : viande, œufs, lait, légumes, fruits, et suivi pendant plusieurs jours consécutifs, l'élimination magnésienne urinaire bien que plus stable que celle du calcium, a subi de fortes variations puisqu'elle a pu passer de 50 à 198 mgr. par 24 heures ;

2° L'étude systématique du rapport $\frac{\text{magnésium}}{\text{Azote total}}$ = qui m'avait été suggérée par la remarque d'ALOY, montre au contraire une fixité beaucoup plus grande, puisqu'il n'a varié chez ces mêmes sujets que de 0,8 à 1,1 pour cent, avec une moyenne de 0,9.

3° Ce rapport a par contre été perturbé, par excès :

a) Chez les sujets ingérant du glycéro-phosphate de magnésium, sel préconisé par DESCHAMPS et, que nous utilisions parfois avec succès pour lutter contre certains états asthéniques ;

b) Chez deux sujets normaux, vigoureux hommes des champs, mais ayant un régime alimentaire très spécial, sans presque de viande, et où une très large part était faite à la « boroa », galette faite avec de la farine grossière de maïs et de seigle contenant tous les éléments du grain ; $\frac{Mg}{N}$ a atteint ici de 1,7 à 2,6 pour cent, ce qui semble fournir une nouvelle preuve l'absorption rapide du magnésium des céréales.

Dans un certain nombre d'états pathologiques, nous constatons :

A) L'*abaissement constant du rapport* $\frac{Mg}{N}$, de 0,65 à 0,33 chez :

a) Tous les malades examinés présentant un état asthénique originel (dysendocrinies) ou acquis (infections) et, en particulier chez les calciuriques à urines hypoacides ;

b) Les aliénés mélancoliques et dans les psychoses à forme dépressive, à l'exclusion de la paralysie générale où ce rapport reste normal ou élevé. On doit rapprocher de ces faits, les remarques antérieures de A. D'ORMEA qui trouve la quantité absolue du Mg urinaire abaissée dans la démence précoce, surtout chez les femmes et dans les formes catatoniques ; mais malheureusement, il ne précise pas leur alimentation azotée ;

c) Dans certains cas de pelade ou de psoriasis.

Dans tous les cas précédents, et même chez les normaux, nous avons vérifié que le magnésium ne s'éliminait pas sous une forme organique non précipitable qui aurait pu dissimuler une partie de l'élimination réelle ;

B) L'irrégularité du rapport $\frac{Mg}{N}$ dans de nombreuses autres affections : tuberculose, syphilis, rhumatismes, etc., et surtout cutanées, qu'elles soient pures comme le prurigo, prurit, lichen plan, eczéma, acné, ou secondaires comme les lupus, certains psoriasis, alopécies, séborrhées, etc., quand ces états n'étaient pas accompagnés d'une dépression nerveuse surajoutée.

On voit donc que l'étude du rapport urinaire $\frac{Mg}{N}$ ne manquerait pas d'intérêt pratique. Cependant, il ne faut pas oublier une remarque de LESCŒUR et MOQUET (14) qui est une vérification expérimentale de l'action de l'alcalinité du régime sur l'élimination urinaire alcalino-terreuse. Ces auteurs constatent que chez un même individu, l'élimination du magnésium croît avec l'acidité ionique de l'urine. Le rapport $\frac{Mg}{N}$ en tient compte en partie, puisque normalement, l'élévation de l'excrétion azotée croît parallèlement à

celle de l'acidité urinaire, et de l'ensemble de ces faits, nous tirerons la conclusions pratique suivante applicable aux variations de l'excrétion urinaire magnésienne :

Noter comme anomalie et reflet d'une hypominéralisation magnésienne tissulaire toute diminution du rapport $\frac{Mg}{N}$ *au dessous de* 0,8 *dans les urines à acidité de pH* 6,2 et provenant de sujets exempts d'une thérapeutique magnésienne et suivant un régime ou la viande n'est pas remplacée par des organes tels que cervelle, ris de veau, etc. :

Pour les urines présentant de l'hypoacidité, cette anomalie ne sera retenue que si elle persiste chez le sujet soumis à des ingestions d'acide phosphorique en quantité suffisante pour remonter son acidité urinaire au taux normal.

Bien entendu, en cas d'urgence si l'on néglige de faire le dosage de l'azote total pour n'effectuer que celui de l'urée, on pourra substituer au rapport $\frac{Mg}{N}$ celui de $\frac{Mg}{\text{Urée}}$ dont la valeur normale devient alors de 0,45 à 0,62.

On ne saurait terminer ce paragraphe sans rendre hommage à la mémoire de Deschamps qui avait déjà entrevu le rôle de tonique nerveux du magnésium, rôle indiqué à nouveau par Delbet. Et sans les oublier, je ne puis dire être en parfait accord sur cette question avec Dubard et Voisenet (15) puisque ces auteurs n'ont étudié que le chiffre absolu du magnésium urinaire, et ont indiqué comme moyenne des valeurs (210 mgr. *pro die* chez l'adulte) que je n'ai qu'exceptionnellement rencontrées, soit en Portugal, soit en France.

Variations tissulaires du magnésium

Etablir son bilan ou noter l'élimination urinaire peuvent renseigner sur les pertes ou les gains qui concernent l'élément qui nous occupe ici ; ils permettent dans certains cas, de posséder un reflet de la richesse tissulaire ; mais on peut se demander s'il ne vaudrait pas mieux dans beaucoup de cas étudier directement les variations tissulaires mêmes. En effet, une récente communication de Delbet et Breteau en montre tout l'intérêt, puisque observant le rapport $\frac{Mg}{Ca}$ du cerveau total chez l'homme, ils trouvent ce rapport égal à 0,8 pour un sujet de 45 ans, à 0,36 chez un homme de 68 ans, à 0,33 chez une femme de 75 ans. Les auteurs en déduisent une relation entre l'appauvrissement en magnésium des tissus nobles et la sénilité d'un organisme.

Malheureusement la pratique d'une biopsie n'étant possible que sur les tissus de soutient ou la peau, on a donc été amené à s'adresser au sang qui est en définitive le milieu d'étude le plus proche des tissus chez le vivant.

Le magnésium sanguin normal. Plasma-globules

L'examen hématologique que j'ai poursuivi de temps à autre depuis plusieurs années m'a fourni les résultats suivants :

Si l'on utilise le sang dont la coagulation a été entravée par l'action du froid ou de l'hirudine, procédés qui respectent l'intégrité des globules et du plasma d'une façon beaucoup plus parfaite que ceux reposant sur l'emploi des anticoagulants salins, on constate que le *plasma* (ou le *sérum*) présentent une teneur en Mg variant de 23 à 27 mgr. par litre, avec une moyenne de 25. Ceci est en accord avec les résultats obtenus par Hirth (16) à l'aide de la technique pondérale de Posternak-Pregl, et avec ceux des auteurs américains : Denis, Kramer, Briggs, Doisy et Bell, Hammett, à l'aide de la colorimétrie. Dans les globules, encore très peu étudiés isolément, et une fois de plus à l'inverse de ce que l'on constate pour le calcium, le magnésium y est plus abondant que dans le plasma ; il atteint de 40 à 65 mgr. par litre. Ceci est en contradiction avec les résultats de Aloy qui n'en trouve que 0 mgr. 050 par litre, et avec l'opinion de Policard et Pillet (19) qui, par micro-incinération n'observent pas de cendres fixes dans les globules rouges non nucléés ; je crois déjà avoir démontré la présence constante du calcium dans les globules rouges de l'homme, et la preuve de celle du magnésium indiqué plus haut est encore plus facile à faire. On aurait donc dans le sang total d'un homme sain, où le volume des globules représente en moyenne 50 pour cent du total :

Plasma, 12 mgr. ; globules 22 mgr. ; soit 35 mgr. de Mg par litre de sang total. Le taux du magnésium des globules blancs, encore inétudié, devrait être très supérieur à celui des hématies, si l'on se rapporte à la localisation habituelle du magnésium dans le noyau cellulaire.

Micro-dosage du magnésium

Bien que cela répugne à quelques auteurs, il est impossible ici de se passer de la microanalyse. On opérera de la façon suivante, qui offre une précision suffisante en pratique courante, sans atteindre la complication de la technique utilisée par Hirth :

Dans le sérum ou le plasma :

Minéraliser 5 cc. de sérum par le mélange nitroperchlorique (20) reprendre le résidu par de l'eau acidulée par HCl, précipiter le calcium à chaud par l'oxalate d'ammoniaque, en milieu de pH 4 à 5, dans un tube à centrifuger ; centrifuger après une heure, recueillir les eaux mères, ajouter 1 cc. de solution de phosphate de sodium à 2 p. cent, de l'ammoniaque en quantité égale à 20 pour cent du volume du liquide, laisser au repos pendant 12 heures au moins, décanter avec un siphon courbe, centrifuger, laver deux fois à l'aide d'eau ammoniacale à 20 p. cent, dissoudre le résidu dans un peu d'eau acidulée par l'acide sulfurique, et titrer le phosphate dans la solution à l'aide de la technique céruléomolybdique de Denigès, comparativement à une solution étalon de phosphate amenée à une équivalence complète pour sa concentration en acide et en sels neutres. Il est bon de s'exercer au préalable sur des solutions artificielles de titre connu en Mg.

Dans les globules :

Pour éviter la présence du fer et son élimination par l'acétate à chaud, on hémolyse un volume de 5 cmc. prélevés à l'aide d'une pipette d'Ostwald-Meillère dans sept volumes d'eau bi-distillée : on précipite les albumine en ajoutant deux volumes de solution d'acide trichloracétique à 20 p. cent dans l'eau bidistillée et on centrifuge. On mesure une portion aliquote du liquide limpide qu'on évapore en présence d'un peu de mélange nitro-perchlorique et l'on continue comme pour le sérum.

Variations pathologiques

La littérature actuelle est encore très pauvre sur les variations du magnésium sanguin. Je ne rapporterai comme faits précis, qu'un travail de Hirth et Klotz (17) sur la teneur en magnésium du plasma chez 8 malades atteints de divers néoplasmes ; 7 d'entre eux ont fourni un résultat normal. Au cours de mes expériences personnelles, j'ai rencontré assez fréquemment un abaissement vers 18 ou 20 mgr. chez divers malades ; mais ce furent des dosages effectués sur des cas n'ayant pu être suivis. Dans un état de sénilité avec sclérose et calcification accentuée des vaisseaux, dont les principaux étaient visibles à la radiographie, alors que le calcium sérique était abaissé à 68 mgr. par litre le Mg était également tombé à 12 mgr.

Si le dosage du magnésium sérique n'est pas toujours significatif dans certains états présumés être en liaison avec une carence tissulaire magnésienne, cela ne viendrait-il pas de ce que l'on a mal choisi l'échantillon ? Je ne partage pas l'opinion de Mlle Tschiember (18) qui affirmant à propos du calcium que : « Seules les parties minérales de la partie liquide du sang interviennent dans les échanges tissulaires », conclut à la seule utilité de l'étude du plasma. J'ai contribué à démontrer avec M. P. Weil (21) que les variations de la calcémie sérique ne sont pas toujours parallèles à la calchistie, et dans le cas du chlore, le chlore globulaire n'est-il pas plus significatif de la charge chlorée tissulaire que le chlore du plasma ?

Bien que je ne prévoie pas une similitude complète en raison du signe contraire des charges électriques de ces deux ions, c'est dans l'étude du magnésium globulaire, seul ou opposé au calcium, que je me propose de poursuivre mes recherches ulterieures dans ce chapitre de la biologie.


LA DRAGÉE
ADRIAN
AU CHLORURE DE MAGNESIUM PUR
TONIQUE D'UNE PUISSANCE EXTRÊME
RÉGÉNÉRANT LES TISSUS
EMPÊCHANT
L'ÉVOLUTION
DES TUMEURS
DE TOUTES
NATURES
ADRIAN & Cie 9, RUE DE LA PERLE_PARIS (3e)

BIBLIOGRAPHIE

Traités ou ouvrages généraux

1. A. GAUTIER. — Alimentation et régimes. Masson, éd.
2. Ch. ACHARD. — Troubles des échanges nutritifs. Tome I, article Magnesium.
3. JAVILLIER. — Le magnésium et la vie. Conférence à la Société de chimie biologique, 9 avril 1930.
4. BOINOT. — Le rôle du calcium en biologie. Thèse de Nancy, 1927
5. DESCHAMPS. — Les maladies de l'énergie, Alcan, éd.
6. RICHET. — Dictionnaire de physiologie. Richet et Lapicque. Article Magnésium.
7. NEUBAUER und HUPPERT. — Analyse des Harns, II édit., p. 165.

Notes et travaux

8. MELTZER et AUER. — *Americ. Journ. of physiol.*, 1908, 23, p. 141.
9. MELTZER et AUER. — *Americ. Journ. of exp. med.*, 1908, p. 45.
10. CANALS. — *Bull. Soc. Chim. biol.*, 1928, **10**, 1260, 1929, **11**, 14.
11. DELBET et KARAJANOPOULO. — *C. R. Ac. S.*, 1915, **161**, p. 268.
12. BRETEAU et DELBET. — *C. R. Ac. Méd.*, 1930, **103**, p. 256.
13. NEUMANN et BERN VAS. — *Ungar Arch. Med.*, 1894, Jahrg., III.
14. L[illegible] et M[illegible]. — *C. R. Soc. Biol.*, 1923, **89**, p. 1036.
15. D[illegible] et VOISENET. — *Journal des Praticiens*, 1er mai 1920, p. 276.
16. HIRTH. — *C. R. Soc. Biol.*, 1923, **88**, p. 460.
17. HIRTH et KLOTZ. — *C. R. Soc. Biol.*, 1923, 89, p. 1335.
18. TSCHIEMBER. — Thèse de Strasbourg, 1924.
19. POLICARD et PILLET. — *C. R. Soc. Biol.*, 1928, **98**, p. 1350.
20. CH. O. GUILLAUMIN. — *Bull. Soc. Chim. Biol.*, nov. 1930.
21. M. P. WEIL et CH. O. GUILLAUMIN. — La calcémie, XXIe Congrès de médecine. Liége, 1930. Masson, édit.

Le chlorure de magnésium

Par J. BAUMANN
(de Châtel-Guyon)

Méconnu hier, ou tout au moins fort peu employé dans la pratique courante, le chlorure de magnésium connaît aujourd hui la faveur populaire. Les travaux de P. Delbet ne sont pas étrangers à cet engouement et ont contribué à remettre en valeur un agent thérapeutique de premier ordre dont quelques médecins de villes d'eau célébraient seuls et vainement les mérites.

Le chlorure de magnésium avait cependant suscité d'intéressants travaux et retenu l'attention de quelques expérimentateurs, mais en des temps déjà lointains. C'est en effet vers 1880 que des recherches précises furent faites à son sujet. Déjà Lebert en 1843 lui consacra un important mémoire et signale ses propriétés purgatives et stomachiques, mais ce furent les communications de Rabuteau et celles d'Aguilhon sur les eaux minérales de Châtel-Guyon qui entraînèrent les recherches du physiologiste Laborde lesquelles communiquées à la Société de logie eurent un certain retentissement.

Elles furent suivies de quelques travaux de Paul Bert, de Voury, des thèses de Laffargue, de Raybaud. Puis c'est le silence. A part quelques publications thermales presque toutes basées sur les données de Laborde, on ne s'occupe plus guère du chlorure de magnésium. Rappelons cependant les expériences de Loeper et Esmonet en 1905, celles de Fleig en 1909 et en 1910 l'excellente thèse de Chibret. Récemment les travaux du prof. Delbet et de ses élèves donnent un regain d'actualité à ce sel et envisagent surtout ses propriétés sur la nutrition générale, aspect nouveau qui ne manque pas d'intérêt.

Le chlorure de magnésium est un sel de saveur amère et légèrement douceâtre, cristallisant en aiguilles incolores du système osthorhombique. Il est extrêmement déliquescent et cette préparation le rend d'un maniement difficile et ne permet guère de l'utiliser qu'en solution.

Il est naturellement, très soluble dans l'eau et soluble dans deux parties d'alcool.

Les gisements de Stassfurt, en Allemagne, riches en cornallite (Chlorure double de potassium et de magnésium) fournissent la presque totalité du chlorure de magnésie employé, celui-ci constituant le résidu du traitement de la cornallite, en vue de l'extraction du potassium.

On le retrouve en quantité notable dans l'eau de mer 5 gr. 4 par litre, dans les marais salants, dans certaines salines comme celles de Bex.

Certaines eaux minérales en contiennent de notables proportions et il s'y trouve généralement associé aux chlorures alcalins en particulier au chlorure de sodium.

Châtel Guyon.....	$Mg\,Cl^2$......	1 gr. 56
	Na Cl.......	1 gr. 63
Balaruc...........	$Mg\,Cl^2$......	0 gr. 88
	Na Cl......	7 gr. 04
Bourbonne.......	$Mg\,Cl^2$......	0 gr. 40
	Na Cl......	5 gr. 80
Salins............	$Mg\,Cl^2$.....	0 gr. 87
	Na Cl......	22 gr. 74
Salies............	$Mg\,Cl^2$.....	0 gr. 43
	Na Cl......	30 gr. 07
Hombourg......... (Allemagne)........	$Mg\,Cl^2$.....	0 gr. 85
	Na Cl......	14 gr. 80
Kissingen......... (Allemagne)........	$Mg\,Cl^2$.....	0 gr. 57
	Na Cl......	5 gr. 27
Montecatini....... (Italie).......... Acqua media	$Mg\,Cl^2$.....	1 gr. 02
	$Na\,Cl^2$.....	5 gr. 05

La composition des eaux de Châtel-Guyon, parfaitement équilibrée, permet de rapporter en grande partie au chlorure de magnésium les résultats cliniques observés. Il semble intéressant de les opposer à ceux fournis par l'expérimentation pour en tirer quelques conclusions thérapeutiques utiles, en fixer les modes d'application et le dosage suivant les effets que l'on se propose d'en obtenir. Ces effets peuvent être ramenés à quatre principaux : 1° une action purgative ; 2° une action sur les sécrétions digestives ; 3° sur la tonicité et le péristaltisme des muscles lisses ; 4° une action générale sur la nutrition.

Action purgative. — Les anciens auteurs s'accordent à reconnaître au chlorure de magnésium une action purgative. Lebert l'expérimente à la dose de 30 gr. pour un adulte, 16 gr. pour un enfant et constate qu'il purge sans malaise en produisant des évacuations copieuses, liquides, de couleur foncée qui se prolongent lorsque son emploi est continué pendant plusieurs jours. Il le conseillait comme un purgatif doux, d'un effet sûr qui doit être employé lorsqu'on veut produire un effet purgatif continu pendant un certain temps plutôt qu'un effet purgatif énergique de courte durée.

Rabuteau observe les mêmes résultats mais avec des doses plus faibles, 15 à 25 grammes sont suffisants pour purger et progressivement il les abaisse à 10 grammes. Cette dose purge mieux que le sulfate de magnésie qui d'après A. Gauthier est d'autant plus efficace qu'il contient plus de $Mg\,Cl^2$.

A. Gauthier et Voury expérimentant à la fois le chlorure de magnésium et l'eau de Châtel-Guyon, arrivent à des doses encore plus faibles, un litre d'eau de Châtel-Guyon soit 1 gr. 56 de chlorure de magnésium et 3 ou quatre grammes de sel pur.

Chibret a repris ces expériences en 1910. Il est partisan convaincu des doses faibles et obtint sur lui-même des résultats purgatifs avec 3 grammes de chlorure de ma-

gnésium dans 400 grammes d'eau pris en deux fois, en deux heures d'intervalle. Il obtint quatre évacuations sans éprouver aucun malaise. Il note seulement une diurèse tardive avec une légère sensation de ténesme vésical. Le lendemain évacuation copieuse très colorée, les jours suivants selles normales.

Renouvelant cet essai avec le sulfate de magnésie, à la même dose, l'effet purgatif est moins important, le lendemain pas d'évacuation. Il en conlut qu'à dose égale le chlorure de magnésium purge mieux que le sulfate de magnésie et que celui-ci provoque une constipation consécutive alors que le chlorure de magnésium a un effet qui se prolonge et qu'une même dose administrée pendant plusieurs jours consécutifs produit des effets qui vont en s'accentuant. Cette particularité permet d'employer le chlorure à très petites doses 10, 25 ou 50 centigrammes au maximum comme tonique des voies digestives et comme laxatif, pour voir peu à peu les fonctions intestinales se régulariser. Il est de même avec les eaux de Châtel-Guyon et Chibret n'a fait que suivre la tendance thérapeutique de son époque qui commençait à s'élever contre les trop fortes doses couramment employées. Autrefois, en effet, les régionaux qui fréquentaient cette station n'y faisaient qu'un court séjour et absorbaient l'eau à dose purgative. Longtemps les fortes doses furent en honneur et non sans inconvénient. Le principal inconvénient résulte du fait que les eaux de Châtel-Guyon provoquent un état congestif au niveau des organes lésés, une véritable réactivation d'un état inflammatoire latent. C'est ainsi qu'elles peuvent provoquer une crise appendiculaire ou vésiculaire dans des cas d'appendicite ou de cholécystite chronique torpide, une poussée congestive des sommets chez des tuberculeux en puissance de lésions au début, un blocage des fonctions rénales chez de petits brightiques, crise d'autant plus violente, que les débuts du traitement ont été plus actifs.

Le chlorure de magnésium est également un excitant des centres nerveux et l'excitation qu'il produit est suffisante à créer des états d'insomnie et arfois des crises douloureuses chez les plexalgiques, par exemple.

Le chlorure de magnésium possède, semble-t-il, une certaine toxicité. Dans une récente expérimentation avec André Lemaire, au laboratoire du Prof. Loeper, une dose massive de 4 gr. en solution concentrée injectée dans les veines fut suffisante pour déterminer la mort instantanée d'un chien de 9 kg. Bien que les conditions habituelles d'administration de ce médicament soient totalement différentes il n'est pas impossible que certains sujets ne présentent à son égard une sensibilité spéciale. Ceci justifie encore l'usage des faibles doses et si le chlorure de magnésium n'est actuellement plus employé comme pur gatif, il semble qu'il pourrait être fort utilement associé, en faible proportion, aux purgatifs habituels comme le sulfate de magnésie dont il pourrait soutenir l'action surtout dans les cas où celui-ci est donné comme laxa-cholagogue à petites doses quotidiennes.

Dans cet ordre d'idées, signalons encore un autre inconvénient qui existe aussi bien pour l'eau de Châtel-Guyon que pour le chlorure de magnésium pur, c'est une sorte d'intolérance qui s'établit au bout d'un certain temps, quelle que soit la dose, se manifestant par des signes d'intolérance ou de dégoût. Il se fait une véritable saturation analogue à celle observée avec d'autres sels tels que l'iodure de potassium ou le salicylate de soude, qui disparaît dès qu'on les cesse (Chibret). Cette saturation est fréquente à Châtel-Guyon vers le vingtième jour.

Pratiquement, il est donc logique de conseiller le chlorure de magnésium à petites doses répétées chaque jour pendant un temps relativement court.

Action sur les sécrétions. — Tous les auteurs précités sont d'accords à reconnaître le pouvoir cholagogue du chlorure de magnésium. Laborde constate à la suite d'injection intraveineuse une distension progressive et considérable de la vésicule ou d'autres fois la présence d'une quantité insolite de bile dans les premiers anses grêles. D'autres se contentent de noter la coloration foncée des selles et à Châtel-Guyon il est classique de noter la coloration verdâtre des fèces dès les premiers jours de la cure. Plus récemment, Carnot et Gachlinger ont confirmé par l'expérimentation cette action élective sur la sécrétion de la bile et il est probable que c'est par ce moyen que le chlorure de magnésium agit de façon si spéciale sur les fonctions intestinales.

En dehors des améliorations rapides constatées chez les sujets atteints d'insuffisance hépatique, en particulier chez les enfants, il est un fait qui frappe particulièrement l'observation c'est le pouvoir antitoxique des eaux de Châtel-Guyon.

Il m'a paru intéressant de l'objectiver et en collaboration avec P. Martin et Desmarest, nous avons, avant et après la cure, dosé, chez 25 malades, les modifications de l'indice d'oxydabilité et du taux de l'ammoniaque, dont l'élévation, indique des putréfactions intestinales exagérées. Ces résultats ont été positifs sur 22 sujets et l'abaissement notable de cet indice d'oxydabilité et de l'ammoniaque permettent d'affirmer que les eaux de Châtel-Guyon exercent une action antiputride caractéristique due à la sécrétion biliaire dont le rôle antitoxique est physiologiquement bien établi.

L'action sur les sécrétions intestinales est admise par Laborde, mais ses conclusions ne sont pas confirmées par Loeper et Esmonet qui ont repris ces expériences. Par contre Chibret expérimentant sur l'homme par entéroclyse admet que des doses de chlorure de magnésium égales ou supérieures à un gramme amènent une hypersécrétion des glandes intestinales alors que les doses inférieures à 0 gr. 50 restent sans action.

Il est certain que par entéroclyse, soit normale, soit mieux encore par goutte à goutte, les évacuations obtenues avec les eaux de Châtel-Guyon sont particulièrement abondantes et ne doivent cette abondance qu'à une hypersécrétion glandulaire ou un afflux de bile.

A ma connaissance il n'a jamais été fait d'analyses du suc gastrique sous l'influence du chlorure de magnésium et de l'eau de Châtel-Guyon et c'est fort regrettable, car on peut affirmer que les meilleurs résultats de Châtel-Guyon le sont sur des dyspeptiques par insuffisance sécrétoire et hypochlorhydrie. Les hyperchlorhydriques sont en général des intolérants. Toutes les constatations cliniques sont en faveur de cette hypothèse : sensation de faim, disparition des troubles dyspeptiques précoces, effets toniques sur les grandes atonies gastriques. Ici encore ce sont les petites doses qui agissent le mieux et il est bon de les répéter assez souvent et de les multiplier pour agir par petites excitations. Hayem, puis Nobécourt et Maillet ont depuis longtemps proposé une variante de la solution de Bourget en y introduisant le chlorure de magnésium qu'ils emploient dans le traitement des insuffisances digestives et biliaires.

La sécrétion salivaire est également influencée. Les anciens l'avaient observée et Fleig avec l'eau de Châtel-Guyon a noté une salivation intense, chez le chien, qui n'a fait augmenter jusqu'à la fin de l'épreuve, fait encore en faveur de l'action hypersécrétoire.

Action sur la tonicité des muscles lisses. — Laborde injectant à un chien de onze kgr. une dose de 1 gr. 50 de chlorure de magnésium, nota des contractions énergiques des anses intestinales qui s'étendaient de proche en proche à tout l'intestin avec une particulière intensité. Lorsque l'injection est faite en plusieurs temps et lentement les contractions sont plus lentes et persistent. L'introduction du $MgCl^2$ dans une anse isolée provoque également des contractions lentes et persistantes. Ce sont sur ces constatations, en vérité peu convaincantes, car le fait d'obtenir un péritaltisme exagéré n'a rien d'extraordinaire avec une eau purgative, que s'est établi la thèse de l'action élective du chlorure de magnésium sur la fibre lisse. C'est peu, car en somme il s'agit là de péri-

staltisme qui exige l'intermédiaire d'une excitation nerveuse et non de tonicité qui est une propriété intrinsèque du muscle. De plus ces constatations sont infirmées par d'autres expérimentateurs. Déjà Laffargue au sujet de l'action du chlorure de magnésium sur le cœur et les vaisseaux note un arrêt du cœur et un abaissement con-

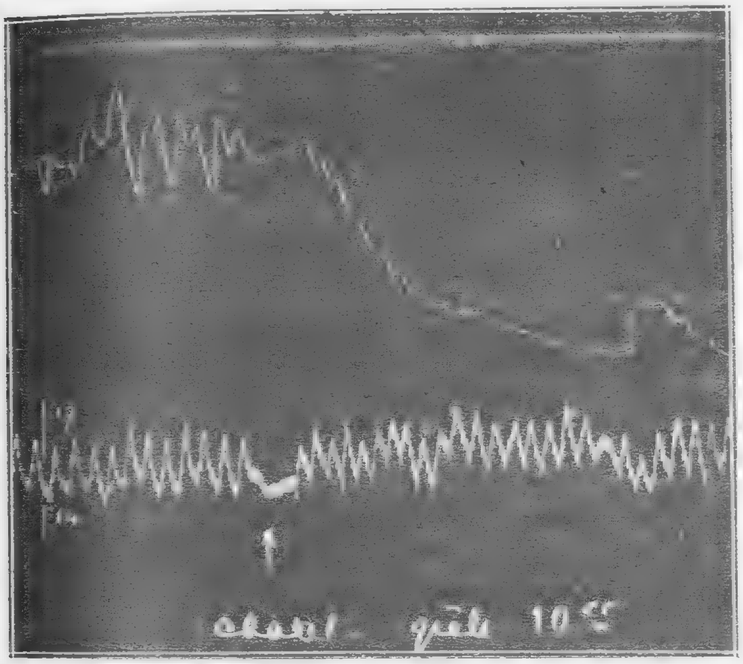


FIG. 1.— Chien mâle 15 kgr.; Chloralosane à 0 gr. 10; Respiration normale. Vagues intacts.

Ligne sup. : Temps en secondes.
Ligne moyenne : Intestin par méthode du ballon.
Ligne inf. : Pression carotidienne.
En ↑ Inj. intra-veineuse de 10 cmc. d'eau de Châtel-Guyon

sidérable de la pression, mais Fleig est encore plus affirmatif. Expérimentant avec l'eau de Châtel-Guyon injectée très lentement dans les veines à la cadence d'un centimètre cube par minute, il constate que le chien paraissait comme anesthésié bien que les réflexes fussent conservés. « Le fait, ajoute-t-il, est curieux à signaler en raison de l'action inhibitrice, anesthésiante même, du magnésium étudié par Meltzer et d'autres auteurs ».

Dans une autre épreuve sur l'intestin isolé du lapin dont divers fragments sont placés en milieux nutritifs dans différentes eaux minérales, il constate que les contractions sont nulles dans l'eau de Châtel-Guyon ramenée à l'isotonie. Changé de milieu et placé dans l'eau salée à 9 % et oxygénée les contractions reprennent et deviennent peu à peu très énergiques. « Cette expérience, ajoute Fleig, montre que Châtel-Guyon isotonique, a une action nettement inhibitrice, lorsqu'elle est employée comme milieu nutritif pour l'intestin qui se remet, à se contracter lorsqu'on le change en des milieux appropriés ».

Dans les expériences que nous avons tentées avec A. Lemaire aussi bien avec le chlorure de magnésium qu'avec l'eau de Châtel-Guyon nous n'avons observé aucune modification importante de la tonicité des vaisseaux et de l'intestin mais au contraire une diminution du tonus.

Les deux tracés (Fig. 1 et 2) ci-contre montrent que des doses relativement faibles d'eau de Châtel-Guyon ont une action dépressive sur le tonus intestinal sans que le péristaltisme en soit toujours modifié.

Cependant, dans quelques cas (Fig. 2) ce tonus intestinal se relève assez lentement et progressivement. Nous avons observé ce phénomène d'une façon plus constante sur la vésicule biliaire. Comme le montre notre 3ème tracé, l'injection de $MgCl^2$ est suivie d'une chute du tonus qui peu à peu remonte pour atteindre un niveau supérieur à celui de la pression initiale.

Villaret, Justin-Besançon et Marcotte arrivent à des conclusions identiques : l'eau de Châtel-Guyon diminue le tonus de l'intestin. Poussant plus avant leurs investigations sur l'intestin isolé du lapin, ils constatent, cependant, que si ces eaux diminuent le tonus de l'intestin normal elles relèvent fortement celui de l'intestin inhibé par les excitants du sympathique : adrénaline ou éphédrine. Cela leur permet de conclure que « tout se passe comme si l'eau de Châtel-Guyon avait une action régulatrice sur le tonus d'un intestin dont le sympathique est paralysé.

Si nous opposons ces faits à ceux observés pour Meltzer et Auer puis par Solmann et Rademaekers avec d'autres sels de magnésie, nous devons admettre que c'est bien au chlorure de magnésium qu'il faut rapporter cette action plutôt inhibitrice contrôlée par tous les expérimentateurs modernes.

La réaction que l'on observe cliniquement et qui s'exerce sur la tonicité gastro-intestinale s'effectue donc non par action directe mais indirectement par les modifications de la nutrition générale.

Les faits cliniques d'ailleurs semblent correspondre aux faits expérimentaux. Le traitement de la constipation habituelle s'accompagne au début d'une exagération de la constipation et ce n'est que peu à peu que se rétablissent des fonctions normales et cela d'une façon durable. Les spasmodiques et surtout les spasmodiques secondaires à des lésions superficielles de la muqueuse retirent de la cure, quoi qu'on en ait dit, de réels avantages, et ce sont seulement les douloureux, les pléxalgiques, en réalité des névritiques, qui en éprouvent les inconvénients.

Action sur la nutrition. — Malgré la complexité du problème, c'est en ce sens que s'orientent les recherches actuelles sur les sels de magnésie. Le fait pour un médicament d'être un stimulant des fonctions de sécrétion, et par conséquent de réaliser la transformation intégrale des aliments pour les rendre utilisables, le fait d'être un agent d'élimination des déchets et de réduire la toxicité du contenu intestinal suffit déjà pour le classer dans la catégorie des modificateurs du métabolisme et de la nutrition générale. A mon sens c'est ainsi qu'il agit sur le muscle lisse. Les grandes atonies digestives et en particulier celles qui atteignent la musculature lisse ne sont que

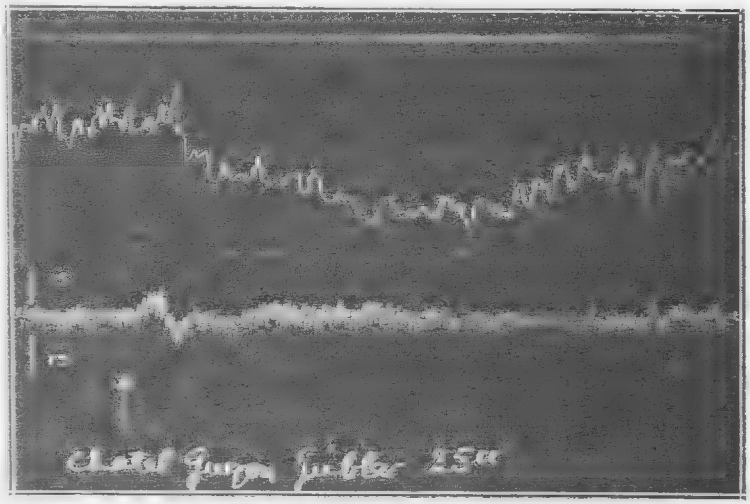


FIG. 2— Chien mâle 13 kgr.; Chloralosane; Resp. normale. Vagues intactes.
En ↑ Inj. intra-veineuse de 25 cmc. d'eau de Châtel-Guyon.

des états de dénutrition, dont la cause initiale nous échappe souvent, et qui s'aggravent peu à peu parce qu'il se crée un cercle vicieux : métabolisme incomplet suivi de dénutrition, d'état de carence. Si sous l'influence d'une cure hydro-minérale chlorurée magnésienne on voit ces états régresser, c'est que le tube digestif, peu à peu, a récupéré

ces fonctions et qu'en outre les éléments minéraux dont l'organisme était privé ou ne fixait plus, ont reformé leurs réserves déficitaires. Si nous avons écrit que les eaux de Châtel-Guyon *font du muscle* c'est ainsi que nous l'avons conçu. Elles font du muscle parce qu'elles apportent les éléments nécessaires à sa nutrition.

Le chlorure de magnésium est un élément vital important. Les récentes recherches de P. Delbet et de ses collaborateurs tendent à prouver qu'il exerce une heureuse influence sur le métabolisme constructeur et qu'il confère aux animaux magnésiés une résistance plus grande au développement du cancer expérimental par greffe ou par irritation. Ces recherches sont encore à leur début, il est donc encore trop tôt pour considérer le chlorure de magnésium comme un agent prophylactique du cancer, mais les faits rapportés n'en sont pas moins des plus curieux. Ils confirment les essais tentés dans cette voie, il y a déjà trente ans, par mon maître Dubard (de Dijon) sur des opérés de cancers digestifs qui obtenaient sous l'influence de la magnésie des récidives nettement retardées.



FIG. 3. — Chien mâle, 9 kgr. Anesthésie chloralosane 0 gr. 10. Respiration normale. Vagues intacts.
Ligne supérieure : temps en secondes.
Ligne moyenne : pression carotidienne.
Ligne inférieure : mouvements vésiculaires enregistrés par manomètre à eau (Technique Loeper et Lemaire).
En ↖ injection intraveineuse de 0 gr. 50 de chlorure de magnésium dans 5 cc. d'eau.

Ils est donc à souhaiter que ces recherches se poursuivent car elles nous éclaireront peut être exactement sur les propriétés électives des sels de magnésium et sur leur rôle dans l'organisme.

En résumé, il faut retenir que le chlorure de magnésium est surtout un stimulant des fonctions sécrétoires du tube digestif et un accélérateur du métabolisme et de la nutrition et que par conséquent son emploi n'est pas indifférent mais doit comporter une posologie assez minutieuse. Les doses purgatives de 15 à 30 grammes ne seront utilisées que par intermittence et de préférence en lavement. En général on aura recours aux petites doses de 10 à 50 centigrammes par jour à titre de léger laxatif et de cholagogue, en surveillant attentivement la diurèse et les accidents congestifs locaux qui pourraient se produire. On mettra en garde le malade contre l'abus qu'il serait tenté d'en faire. L'eau de Châtel-Guyon offre, à cet égard, une forme maniable, 200 grammes pris le matin à jeun, représentant environ 30 centigrammes de chlorure de magnésium. C'est une dose journalière suffisante et opérante à condition de n'en prolonger l'usage que pendant un maximum de 20 à 30 jours consécutifs.

La pyélonéphrite gravidique est associée, dans les cas graves, à un syndrome hépatique (ictère). Dans un cas de FRUHINSHOLZ (*B. de la Soc. d'obst. et de Gyn*,., 1929, p. 141), une femme a une pyélonéphrite avec ictère grave, nécessitant l'avortement. Elle redevient enceinte et l'association des deux maladies récidiva. On put, cependant, au prix de mille difficultés, mener la gestation à terme. H. V.

L'hyposulfite de magnésium dans l'instabilité humorale et l'anaphylaxie

Par Auguste LUMIÈRE

Depuis quelques années, l'emploi des sels de magnésium a pris, en thérapeutique, une grande extension, mais, parmi les composés de ce métal qui ont été utilisés, il en est un, l'hyposulfite, qui semble particulièrement intéressant, en raison du fait qu'il réunit deux fonctions chimiques distinctes, dont les effets se renforcent, par addition, en conférant à la substance qui les possède certaines propriétés pharmacodynamiques remarquables.

Ce médicament agit, effectivement à la fois comme thiodérivé et comme produit magnésien ; c'est surtout dans les états humoraux instables et les troubles d'origine anaphylactique, dans les manifestations de l'arthritisme, maladie précipitante, en somme dans les maladies chroniques et les dermatoses, ayant pour point de départ des floculations plasmatiques, que l'hyposulfite de magnésium a donné les succès les plus notoires.

Dans un récent travail concernant cette substance (1) G. Boissel a rapporté une série d'observations fort démonstratives à l'appui de l'efficacité de ce composé. Ce sont d'abord des cas de coryza spasmodique, contre lesquels avaient été épuisées, sans résultat appréciable, toutes les ressources de la thérapeutique classique (jaborandi, vaccins, sérums, opothérapie, adrénaline et éphrédine, auto-hémothérapie, ablation de polypes) et dans lesquels les accidents ont cédé à la médication ; ce sont ensuite douze asthmatiques, chez lesquels tous les traitements avaient échoué, y compris la désensibilisation par le dermo-vaccin à base de bacilles de Koch dégraissés, et dont huit d'entre eux ont vu leurs accès cesser ou diminuer considérablement d'intensité et de fréquence sous l'influence de la thérapie hyposulfitique magnésienne.

Ces heureux effets de la substance se sont encore affirmés d'après le même auteur, chez des malades atteints d'épilepsie, de purpura et de diverses autres affections. Nous avons vu nous-même plusieurs cas d'urticaires rebelles et d'eczéma persistant, inutilement traités par les moyens connus et qui ont été guéris, en quelques jours, par l'hyposulfite de magnésium.

Il en a été ainsi de nombre de dermatoses qui semblent relever de troubles dans l'état humoral ; la formule classique : « pommades et régime » n'avait pu les atténuer et c'est pour cela que cette formule est si souvent inopérante, quand elle n'est pas nuisible, la diététique sévère, trop longtemps appliquée, pouvant être néfaste. C'est l'état humoral qu'il faut alors modifier et stabiliser. Le but n'est pas toujours touché, car malheureusement nous ignorons complètement le sens et la nature des changements qui devraient être apportés aux humeurs. Tout ce que nous savons, c'est que, chez certains sujets, les liquides humoraux sont instables, précipitent sous les moindres influences en entraînant les troubles les plus polymorphes, suivant les sensibilités organiques locales à l'excitation par les floculats.

(1) G. BOISSEL. — L'activité remarquable de l'hyposulfite de magnésium dans les états de choc. *Presse Médicale*, 17 mai 1930, p. 770.


FORTOSSAN
IRRADIÉ
CIBA
LE FORTOSSAN IRRADIÉ totalise l'action de l'ergostérol irradié (Vitamine D) et du phosphore végétal assimilable
LE FORTOSSAN IRRADIÉ est soumis à un contrôle chimique et biologique lui assurant une activité maxima constante


MAGNESIM HARDY
SES 2 FORMES
SIR
SIROP DE MAGNESIUM HARDY
MAGNESIUM HARDY TABLETTES
TABLE BOUILLON
LES SEULES PREPARAT PRATIQUES ET AGREABLES
CHLORURE MAGNESIUM
Échantillons sur demande
98 ET 100, RUE MONTMARTRE PARIS


ACECOLINE
PRODUIT CHIMIQUEMENT DÉFINI ... ACÉTYLCHOLINE STABILISÉE
HYPERTENSION ARTÉRIELLE
ANGINE DE POITRINE _ ICTUS
MALADIE DE RAYNAUD
ARTÉRITES _ GANGRÈNES
BOÎTES DE 6 AMPOULES
DOSÉES 2 . 5 . 10 . 20 CGR
D'ACÉTYLCHOLINE
INJECTIONS SOUS CUTANÉES INDOLORES
AUCUNE INTOLÉRANCE
Échantillons & Littérature : L. LEMATTE & G. BOINOT ... 52 Rue la Bruyère _ PARIS

Nous en sommes donc réduits à opérer empiriquement dans la recherche des moyens susceptibles de stabiliser les sols colloïdaux constituant les liquides de l'économie.

Jusqu'ici, ce sont les thiodérivés minéraux ou organiques possédant la fonction SNa qui semblent avoir produit les meilleurs effets, dans le sens qui nous occupe.

Déjà au début de 1920, Ravaut avait constaté le premier, l'heureuse action thérapeutique de l'hyposulfite de sodium dans le traitement de quelques dermatoses. Sans connaître les investigations de cet auteur et avant qu'elles fussent publiées, nous avions entrepris avec Chevrotier, des expériences qui nous avaient montré l'influence protectrice de ce produit contre le choc anaphylactique. Dans ces expériences dont les conclusions étaient présentées quelques semaines plus tard à l'Académie des Sciences (1), nous avions attribué l'effet empêchant du thiosulfate à sa propriété de dissoudre les floculats, propriété qui avait pu être décelée *in vitro*, mais, comme on le verra plus loin, les raisons de cette protection sont plus complexes.

Devant l'incertitude des méthodes de stabilisation des colloïdes circulants et interstitiels, au moyen de réactifs médicamenteux, nous avons en outre tenté d'apporter des changements dans la constitution des humeurs par un procédé indirect : la composition de ces humeurs étant, en grande partie, conditionnée par les cellules et, en particulier, par les leucocytes, il nous a paru possible de réaliser les modifications humorales cherchées en provoquant l'hyperleucocytose.

L'étude systématique que nous avons faite de la leucogénèse, sous l'influence des injections d'hydrates de carbone les plus divers, nous a conduit à considérer les huiles et spécialement l'huile de chènevis comme les excitants les plus efficaces de la leucopoïèse : elles permettent fréquemment de compléter et de renforcer les effets des thiodérivés (2).

Quoiqu'il en soit, il demeure acquis que l'hyposulfite de magnésium est très souvent efficace dans les multiples états pathologiques relevant de l'anaphylaxie et de l'instabilité humorale.

G. Boissel termine son mémoire relatif à cette substance de la façon suivante : « Il nous resterait à étudier par « quel mécanisme l'hyposulfite de magnésium se montre « actif dans le choc expérimental comme au cours des « manifestations pathologiques rapportées. Est-ce une « action directe sur les floculats ? Est-ce une action sur « l'équilibre humoral ? Est-ce une action sur les termi« naisons endo-vasculaires des centres ? La réponse ne « nous paraît pas actuellement possible ».

C'est pour tenter de résoudre ces questions que nous avons institué les expériences dont nous allons maintenant rendre compte.

a) *Action de l'hyposulfite de magnésium sur la forme des précipités.*

Nous avons préparé deux solutions équi-moléculaires à N/2 de chlorure de baryum et de sulfate de soude dont nous avons mesuré 0 cc. 2 et qui ont été respectivement additionnées de 3 cc. de sérum physiologique.

Le mélange des deux solutions nous a donné un précipité de sulfate de baryte qui, en injections intra-cardiaques, tue le cobaye à la dose de 2 cc.

(1) Auguste Lumière et J. Chevrotier. — Sur un procédé simple et inoffensif permettant d'éviter le choc anaphylactique. C. R. T. 171. 1920, p. 741.

(2) Auguste Lumière et Mme R. H. Grange. — Leucocytose artificiellement provoquée. *Journal de physiologie et de pathologie générale*. T. 27, 1929, pp. 507-521.

En remplaçant la moitié du volume de sérum physiologique, dans les dilutions de réactifs employés, par le même volume, soit 1 cc. 5 d'une solution d'hyposulfite de magnésium à 5 %, le sulfate de baryte qui se forme, en quantité égale, peut impunément être injecté dans le torrent circulatoire du cobaye, dans les mêmes conditions, il ne déclenche plus aucun trouble...

Si on centrifuge les deux précipités obtenus et qu'on élimine par décantation et lavage, les produits de la double décomposition et l'hyposulfite surajouté dans l'un des mélanges, puis si on les remet en suspension dans une égale quantité de sérum physiologique, les mêmes effets se reproduisent, c'est-à-dire que le sulfate de baryte témoin reste mortel, tandis que celui qui avait été primitivement précipité en présence d'hyposulfite de magnésium continue à être inoffensif.

La différence des effets ne peut être due qu'à une variation dans la forme des grains précipités, puisque la quantité et la composition chimique de ces grains, ainsi que le volume des suspensions, sont identiques dans les deux cas.

En fait, si nous examinons au microscope les deux précipités, nous trouvons que le sulfate de baryte normal est constitué par des masses losangiques cristallines présentant des angles aigus agressifs, alors que la même substance préparée en présence d'hyposulfite se présente sous forme de granules ovoïdes qui doivent rouler dans les vaisseaux sans produire le moindre effet irritatif.

Les figures ci-contre montrent ces différences d'aspect.

Nous en arrivons à cette première déduction singulière que l'hyposulfite de magnésium possède la curieuse propriété de modifier la forme des précipités qui se font en sa présence, au point de les rendre complètement inoffensifs.

Cette propriété est commune aux autres hyposulfites alcalins et alcalino-terreux ainsi qu'aux thiodérivés organiques, tels que le thioglycol et le thiopropanol-sulfonate de sodium, qui possèdent le groupement SNa.

b) *Action de l'hyposulfite de magnésium sur l'excitabilité des terminaisons nerveuses endo-vasculaires du sympathique.*

Si, après avoir préparé du sulfate de baryte sous sa forme cristalline choquante, nous remplaçons le sérum artificiel par une solution d'hyposulfite de magnésium à 5 %, nous constatons que l'aspect des cristaux n'est en aucune façon modifié, cependant la suspension barytique devient alors incapable de provoquer le moindre choc. Les éléments solides n'ayant subi aucun changement, pour qu'ils ne produisent plus aucun effet, il faut évidemment que l'hyposulfite de magnésium exerce une action inhibitrice sur l'appareil récepteur des excitations, c'est-à-dire sur les terminaisons nerveuses sympathiques de l'épithélium vasculaire (1).

Cette expérience démontre bien d'ailleurs que les phénomènes de choc ne sont pas de nature embolique ; si les particules agissaient par oblitération, comme elles sont rigoureusement les mêmes dans les deux cas, elles devraient produire les mêmes accidents, or ces accidents sont entièrement supprimés par addition d'hyposulfite de magnésium.

Du point de vue qui nous occupe, cet essai semble constituer une nouvelle preuve de l'action sédative des sels de magnésium sur l'excitabilité nerveuse. Nombreux sont les faits qui, d'autre part, viennent confirmer cette propriété.

(1) Auguste Lumière et Mme Anna Malespine. — Protection contre les chocs anaphylactoïdes au moyen de l'hyposulfite de magnésium. *C. R. T.*, 187, 1928, p. 736.

C'est ainsi que, depuis fort longtemps, l'efficacité des sels de magnésium contre les crises éclamptiques a été reconnue et maintes fois vérifiée. Parmi les derniers travaux cliniques poursuivis dans cette voie, il convient de citer ceux de Lee Dorsett qui rapporte 38 cas d'éclampsie, traités uniquement par des injections intra-musculaires de sulfate de magnésie, à l'exclusion de toute autre thérapeutique, et sur lesquels 36 guérisons ont été relevées, les crises ayant complètement cessé dès la première injection dans 10 de ces cas (1).

Ces faits ont été confirmés plus récemment encore par Natale qui recommande de recourir à la voie intra-veineuse, en raison d'une plus grande rapidité d'action (2).

Delbet a constaté aussi que les cobayes traités par le chlorure de magnésium présentent une résistance particulière à l'intoxication chloroformique.

Dans un article intitulé : la magnésie guérit-elle le cancer ? J. Thomas conclut : « Mais si tous les cancéreux, la « plupart cachectiques, traités par la magnésie ont succombé, je dois cependant signaler les heureux résultats « palliatifs que j'ai obtenus. La sédation de la douleur est, « en général, un des premiers symptômes et j'ai pu par ce « moyen, arriver à supprimer l'emploi de la morphine » (3).

A l'hôpital du Bon Abri, à Villeurbanne, annexe du Centre anticancéreux de Lyon, nous avons eu l'occasion de pratiquer des injections intra-musculaires d'hyposulfite de magnésium en solution à 20 et même 30 % et à la dose de 20 cc. par jour, sans jamais avoir réussi à provoquer la moindre régression tumorale, mais nous avons cependant enregistré les effets sédatifs si bien observés par J. Thomas.

L'expérimentation chez l'animal a apporté également de nombreuses preuves de l'influence des sels magnésiens sur le système nerveux. Wodon reconnaît leur effet d'inhibition sur le sympathique commandant la contracture du muscle lisse, en tétanisant l'utérus gravide du cobaye par l'extrait du lobe postérieur de l'hypophyse et en constatant l'abolition immédiate de la contracture par le contact des sels de magnésium (1).

Simon a remarqué que les applications de sels magnésiens sur la moelle épinière, chez le chien, sont suivies de paralysie ou de paraplégie ; le même auteur a observé la diminution de l'excitabilité de la peau après son inhibition par les mêmes substances (2).

Henderson provoque, à son tour, l'anesthésie par l'injection endocérébrale de sels magnésiques (3).

Wiki (4), Tucker (5) et d'autres expérimentateurs encore, arrivent aux mêmes conclusions.

Il est donc probable que l'action empêchante que nous avons reconnue à l'hyposulfite de magnésium, dans les chocs et les manifestations anaphylactiques, est due, en partie tout au moins, à cette inhibition qu'exercent les sels de magnésium sur le tissu nerveux en général et plus spécialement sur le système sympathique.

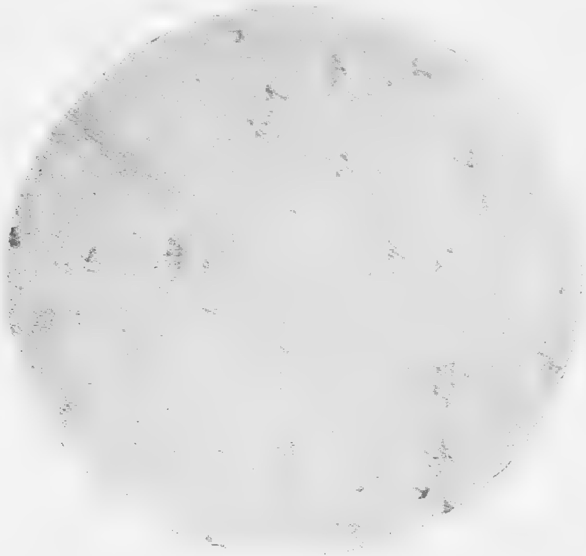


Fig. I. — Sulfate de baryte normal

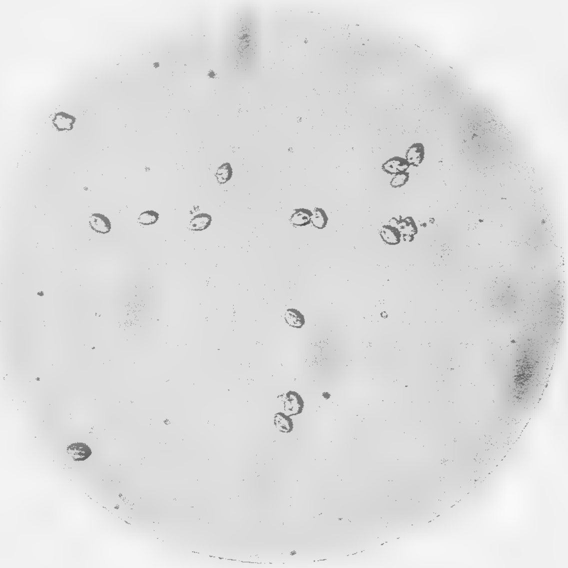


Fig. II. — Sulfate de baryte précipité en présence d'hyposulfite de magnésium.

c) *Action dissolvante de l'hyposulfite de magnésium sur les floculats protéiques.*

De nouvelles expériences personnelles nous ont permis de reconnaître que la propriété que nous avons trouvée à l'hyposulfite de soude de dissoudre les précipités albuminoïdiques, dans les réactions anaphylactiques, s'applique aussi, non seulement aux autres hyposulfites solubles, mais encore aux thiodérivés organiques renfermant la fonction chimique SNa.

Ce pouvoir de dissoudre les floculats protéiques a été confirmé tout récemment par Techoueyres et Mlle Pillement ; ces auteurs ont montré que l'addition de 0 cc. 4 d'une solution normale d'hyposulfite de magnésium, à 0 cc. 8 de sérum, supprime ou diminue considérablement l'action floculante du péréthynol, dans la réaction de Vernes et provoque également une disparition ou une

(1) Lee Dorsett. — Les injections intra-musculaires de sulfate de magnésie dans le traitement des convulsions éclamptiques, *American Journal of Obst. et Gynec.*, février 1926.

(2) Natale. — Le sulfate de magnésie dans le traitement de l'éclampsie puerpérale. *Annali di Obst. et Gynec.*, T. 52, 1930.

(3) *Liège médical*, 2 et 9 mai 1926.

(1) J. L. Wodon. — Sur l'abolition de la tétanisation utérine par les sels magnésiques, *C. R. Soc. de biol.*, T. 103, 1930, p. 529.

(2) Simon. — *Archivio di Farmacologia e Terapeutica*, T. 12, 1906. Fasc. IV.

(3) Henderson. — *Journ. of Pharm. and exper. Therap.* T. 1, 1909.

(4) Wiki. — Sur l'action anesthésiante du sulfate de magnésie. *Arch. internat. de pharmacol.* T. 21, 1912, p. 5.

(5) Tucker. — Action calmante du sulfate de magnésie en applications externes. *Bull. génér. de Thérap.*, 15 mars 1914.


PHOSPHATE VITAL

forte diminution de l'opacité dans l'épreuve à la résorcine (1).

d) *Autre propriété.*

Il est enfin un autre effet des sels magnésiens qui a été mis à profit en thérapeutique et que l'on retrouve dans l'hyposulfite ; nous voulons parler de son pouvoir excito-sécrétoire de la fonction hépatique. Par un processus indirect, notre composé magnésique sera donc encore susceptible de jouer un rôle utile dans les états humoraux instables qui dépendent d'une insuffisance hépatique.

Conclusions. — Le mécanisme de l'action de l'hyposulfite de magnésium semble donc s'expliquer par une série de propriétés distinctes que possède cette curieuse substance, propriétés qui concourent au même but : supprimer ou atténuer les effets des précipitations plasmatiques ou interstitielles dans les chocs et les troubles qui relèvent de la floculation.

La fonction SNa intervient en modifiant la forme des précipités et en les rendant inoffensifs ; elle confère en outre aux corps qui la renferment, un certain pouvoir dissolvant vis-à-vis des floculats sériques.

L'ion magnésien entre en jeu d'autre part pour diminuer l'excitabilité nerveuse, en particulier celle du système sympathique, et pour empêcher son dérèglement, cause immédiate des chocs et de certains accidents anaphylactiques et anaphylactoïdes.

Quand la substance est administrée par voie gastrique, cet ion magnésien exerce encore son influence sur la fonction hépatique et de ce fait contribue au rétablissement de l'équilibre et de la stabilité humorales.

Ces multiples propriétés paraissent bien nous faire comprendre les raisons de l'efficacité de l'hyposulfite de magnésium dans nombre d'états pathologiques aigus et surtout chroniques.

(1) E. Techoueyres et Mlle S. Pillement. — Influence de l'hyposulfite de Mg sur les réactions floculantes. *C. R. Soc. de biol.* T. 103, 1930, pp. 674 et 863.

Magnésium et intestin. — Pour J. La Barre et F. Hartog (De l'action inhibitrice des sels magnésiques sur la contracture intestinale expérimentale, *Société belge de biologie*, séance du 19 juillet 1930), les sels de magnésie sont capables de prévenir ou d'abolir les effets contracturants que possèdent sur l'intestin diverses substances hypertoniques que leur action soit myogène ou neuromusculaire.

Magnésium et cancer. — Pour Bolaffi, le traitement par le chlorure de magnésium ne prolonge que rarement la vie des rats atteints d'adénocarcinome et ne détermine une régression de la tumeur que dans des cas exceptionnels. Le traitement ne modifie pas la teneur de la tumeur en Mg (Emploi du Mg dans le traitement des adénocarcinomes. *Tumori*, 1930, p. 201).

H. V.

Calcium. — La calcémie varie en raison directe de la teneur du sang en albumines et en raison inverse de sa teneur en phosphate. On ne peut, donc, parler d'un trouble propre du métabolisme calcique qu'après avoir déterminé albumine et phosphate minéral. (Peters et Eiserson. The influence of Protein and Inorganic Phosphorus on Serum Calcium. *J. Biol. Chem.*, t. 84, p. 155, 1929.)

Surrénales. — Lesné et ses collaborateurs ont observé un cas d'obésité, hirsutisme, puberté précoce, précocité intellectuelle et diminution du M. B. chez une fillette atteinte d'oreillons. Pensant à une hyperplasie du cortex surrénalien, ils firent la radiothérapie de la surrénale et obtinrent une diminution de l'hirsutisme. (*Soc. de pédiatrie*, 18 mars 1930.)

A. M.

Le magnésium chez les déprimés émotifs

Par H. Codet et M. Montassut

L'étude du magnésium en thérapeutique psychiatrique est limitée dans ce travail à un groupe de malades particulier : syndrome d'asthénie neuro-musculaire avec réactions dépressives légères, terrain d'émotivité réalisant le type de la neurasthénie vraie ou de la dépression constitutionnelle ; il s'agit d'états soit proprement constitutionnels, soit acquis, mais toujours persistants et torpides, et rebelles à la plupart des thérapeutiques toniques et stimulantes.

Notre attention fut attirée par des cas assez divers et nombreux, de malades de médecine générale ne présentant pas de symptomatologie psychiatrique définie, et auxquels un traitement par le Mg avait été prescrit. A côté d'autres effets produits, certains de ces malades signalaient spontanément, sous l'influence du traitement magnésien, une aptitude meilleure au travail musculaire, une activité intellectuelle plus aisée et un apaisement de leur émotivité souvent gênante.

Au reste, cette amélioration a été couramment signalée par différents auteurs, et, en particulier, Delbet dans ses travaux insiste sur la fréquence d'un état d'euphorie et de stimulation provoqué accessoirement par le Mg. C'est ainsi que l'on a préconisé ce traitement contre les tendances asthéniques de l'involution et de la présénilité.

Devant ces constatations disséminées, nous avons été amenés à chercher un lien commun entre les différents cas améliorés dans ce sens, et, éventuellement une explication biologique.

L'activité excito-motrice des appareils myo-viscéraux est sous la dépendance de la teneur humorale en ions. La balance des ions monovalents Na et K et des ions bivalents Ca et Mg est la principale caractéristique des milieux humoraux. Ces cathions dominent l'activité des organes en agissant sur l'excitabilité et la perméabilité cellulaires ; leur rôle a été définitivement admis avec les travaux de Biederman, Ringer, Hamburger et surtout Jacques Loeb. Cet auteur a récemment démontré que l'excitabilité neuro-musculaire est fonction du rapport $\frac{Na + K}{Ca + Mg}$. L'augmentation de ce rapport se traduit par une excitabilité neuro-musculaire accentuée ; ainsi en résulte-t-il dans la tétanie par diminution du Ca.

Dans l'hyperémotivité, on constate une augmentation constante du K plasmatique. Son taux est, d'une manière générale, fonction de l'intensité des manifestations émotives. L'hypocalcémie est fréquemment constatée ; elle est cependant moins manifeste que l'augmentation du K.

L'amélioration clinique s'accompagne d'un retour à un chiffre normal du rapport $\frac{K}{Ca}$. Cette amélioration clinique et biologique parallèle peut survenir spontanément. Elle peut être provoquée par la sédation spontanée, par une modération du déséquilibre neuro-végétatif concomitant, ou encore, ce que nous avons fait, en modifiant le rapport de Jacques Loeb, par administration de sels de Mg. L'un de nous a publié des effets favorables analogues obtenus par l'ingestion de sels de Ca (1). L'impossibilité d'atténuer le taux du K (numérateur du rapport) nous conduisit à augmenter le dénominateur dans chacun de ses éléments, soit Ca soit Mg.

Nous rappellerons la fréquence du déséquilibre neuro-végétatif chez ces sujets. Sans vouloir imputer à l'un ou l'autre le rôle de *primum movens*, les relations réciproques entre les deux ordres de phénomènes paraissent peu discutables ; il semble que l'on puisse agir sur les deux en s'adressant à un seul des deux groupes.

(1) M. Montassut. — Emotivité, potassium et calcium sanguins. Soc. psychiatrique, mai 1930.

Type clinique. — Il s'agit de sujets généralement minces longilignes, à teint mat ou cholémique. Leur statique est affaissée, leur dynamique lente et dysmétrique. Ils accusent une sensation de fatigue chronique, se manifestant paradoxalement par une aggravation matutinale et une sédation vespérale. La fatigue se traduit dans l'ordre intellectuel par les composants de la série psychasténique (sentiment d'incapacité et d'obtusion, incertitude et irrésolution). L'émotivité est chez eux généralement accrue et même devient une gène dans l'existence ; elle se traduit surtout par des effets retardés, à prédominance psychique : rumination mentale, mentisme, fréquence des obsessions. Les paroxysmes émotionnels entraînent surtout comme réaction neuro-végétative de la pâleur, de la sudation des extrémités, des sensations vertigineuses, etc. Ces malades correspondent principalement au type d'émotifs schématisés par l'un de nous sous le titre d'impressionnables vagotoniques (1).

Les troubles de la nutrition sont particulièrement patents chez ces malades ; nous y retrouvons bon nombre des signes si polymorphes de l'ancien neuro-arthritisme. L'insuffisance hépatique paraît de règle. L'oxalémie, signalée par Loeper, est retrouvée par l'un de nous (2). Ces malades s'opposent aux arthritiques florides uricémiques.

La fréquence des ptoses détermine des stases et une auto-intoxication chronique (syndrome entéro-rénal, colite de fermentation, colibacillémie et collibacillurie). Cliniquement, nous retrouvons chez eux une partie des signes caractéristiques de l'hypotonie des fibres lisses, ou léiasthénie de Loeper, et l'hypotension artérielle permanente de Lian et Blondel. La description de ces états les apparente encore singulièrement à la carbo-phosphaturie ce Martinet et la diathèse alcaline de Goiffon.

Nous avons constaté le parallélisme entre l'amélioration clinique quotidienne et l'atténuation de l'alcalose matutinale. Cette amélioration de l'alcalose a été obtenue par l'emploi de médications acidifiantes, à sels d'acides minéraux (3).

En résumé, nous constatons le parallélisme des désordres biologiques, neuro-végétatifs, cliniques. Biologiquement, nous nous trouvons ainsi sur un terrain où le déséquilire végétatif vago-sympathique et le déséquilibre physico-chimique des cathions s'associent et s'intriquent. L'enchaînement est tel qu'il est souvent possible d'agir sur ces trois groupes d'éléments en s'attaquant à un seul ; il nous paraît préférable de s'attaquer parallèlement aux trois.

Observations avec contrôle chimico-biologique :

Obs. I. — M. P. M., émotif constitutionnel. Aggravation psychonévrosique depuis deux ans. Rythme paradoxal de fatigue. Vertiges, accès d'angoisse, bouffées de chaleur, chair de poule et sudation.

Le 7 mars. — $\frac{K}{Ca} = \frac{0,552}{0,124} = 2,8$.

Le 17 mars, après traitement sédatif par gardénal à doses réfractées et Ca Cl^2, présente sédation ; mais sialorrhée, sudation et spasme gastrique ; persistance des vertiges et de l'anxiété. $\frac{K}{Ca} = \frac{0,252}{0,099} = 2,55$

Mise au Mg Cl^2 : un gramme par jour.

Amélioration clinique nette de la fatigue et de l'émotivité.

$\frac{K}{Ca} = \frac{0,145}{0,129} = 1,12$.

Obs. II. — B. Ernest, émotif constitutionnel, psychasthénique ; association d'un élément dépressif périodique.

Le 18 février, obnubilation intellectuelle, asthénie, céphalées et vertiges, obsessions impulsives au suicide et à l'homicide. Fatigue habituelle à type paradoxal. Crises d'angoisse avec inhibition.

$\frac{K}{Ca} = \frac{0,291}{0,143} = 2,03$. Traité par association de Mg Cl^2, gardéna réfracté et cratægus.

(1) H. Codet. — Deux aspect de l'émotivité. Soc. médico-psychol. avril 1930.

(2) M. Montassut. — Oxalémie et neurasthénie. Soc. psychiat., mars 1930.

(3) M. Montassut. — Neurasthénie et diathèse alcaline. Soc. psych., mars 1930.

Le 1er mars, amélioration de l'émotivité, nette. Rendement énergétique meilleur $\frac{K}{Ca} = \frac{0,214}{0,104} = 2,05$ (1).

Obs. III. — S., 45 ans. Asthénie et émotivité constitutionnelles. Aggravation de la dépression torpide depuis 4 ans. Prévalence depuis quelques mois de l'émotivité. Angoisses épigastriques, œsophagiennes, fausse angine de poitrine, tachycardie, tremblement, sueurs, horripilations.

Mis au chlorure de Mg et Ca et au gardénal réfracté. Avec l'amélioration clinique, le rapport tombe après 20 jours de traitement de $\frac{K}{Ca} = \frac{0,27}{0,06} = 4,13$ à $\frac{K}{Ca} = \frac{0,22}{0,09} = 2,29$.

Observations cliniques

Obs. I. — M. J., 23 ans. Périodes dépressives, déclenchées par des chocs émotionnels : insomnie, fatigabilité, état sub-anxieux, mentisme et obsessions : hyperémotivité, sans réactions motrices : pâleur, sudation, tendances lipothymiques. R. O. C. = 84-68. Traitée par le chloro-magnésion et le sympathyl. Atténuation rapide de l'impressionnabilité et de la sensation de fatigue. Dépression bien moins longue que dans les deux périodes précédentes.

Obs. II. — Lef... H., 40 ans. Soignée depuis longtemps pour insuffisance hépatique, avec amaigrissement, fatigue. Signale, accessoirement qu'elle est devenue exagérément impressionnable, plus frileuse, avec les mains moites, sujette à des accès de pâleur. Les moindres soucis deviennent très consciemment obsédants. T. A. 11-8 (au Vaquez). R. O. C. = 76-68. Absorbe, spontanément du Mg (Delbiase): comme « remontant ». Outre l'effet tonique espéré, elle est surprise de constater une atténuation notable des troubles émotionnels et obsédants.

Obs. III. — Mon. J. 52 ans. Déprimé constitutionnel, pessimiste et subanxieux. Après un accès anxieux intense, d'origine émotionnelle, longue convalescence sans progrès : inertie, découragement sensilité affective extrême, asthénie musculaire. Amélioration nette après usage du gardénal réfracté et du chloro-magnésion.

En somme, il nous apparaît que le magnésium possède une action utile, en psychiatrie, dans les cas que nous avons signalés ; seul ou associé à d'autres médications (neurotropes ou endocriniennes), il semble agir principalement en apaisant l'émotivité et en combattant l'asthénie, dans un groupe de cas, cliniquement et biologiquement définis.

(1) Il est à remarquer que le rapport $\frac{K}{Ca}$ est resté pratiquement inchangé ; mais ceci est dû à l'abaissement de taux de Ca, sur lequel nous n'avions guère d'action, tandis qu'ici, comme dans les autres cas, on constata un abaissement du taux de K, sous l'influence du traitement magnésien.

Chlorure de magnésium et cancer. — Le professeur Sabrazès se demande *in-Gazette hebdomadaire des sciences médicales*, (12 octobre 1930) « Le chlorure de magnésium est-il préventif du cancer ? »

Le public y croit ferme et beaucoup de personnes se soumettent à cette médication, alléchées par les annonces de leur journal. Il ne faut pas, dit S., qu'elles se considèrent *ipso facto* comme à l'abri du cancer. « Les observations cliniques et les recherches expérimentales sur l'action antinéoplasique des sels de magnésium sont loin d'entraîner la conviction. Les résultats obtenus par le Professeur Delbet ne manquent certes pas d'intérêt, mais ils ne comportent nullement les conclusions qui se trouvent formulées dans les prospectus de spécialités et dans les annonces des journaux quotidiens. » Le Prof. Sabrazès en donne un exemple. « Une femme d'une cinquantaine d'années, ne présentant aucun signe de tumeur, a pris, en trois mois, 36 grammes de chlorure de magnésium en solution. Dans les derniers jours de ce traitement préventif, cette femme s'est aperçue que le sein gauche se modifiait. Dans la partie supéro-externe de la glande une grosseur était décelable accompagnée de rétraction des téguments. Le médecin consulté diagnostiqua une tumeur maligne nécessitant une opération urgente. La malade, il y a quelques vingt ans, avait reçu un choc à ce niveau ; ce traumatisme n'avait laissé à sa suite rien d'apparent. »

H. V.

Emploi du sulfate de magnésium dans l'éclampsie puerpérale

Par **Henri VIGNES**
Professeur agrégé à la Faculté
Accoucheur de la Charité.

En 1905, Meltzer et Auer, en étudiant l'action de l'ion magnésium sur l'organisme animal, aboutissaient aux conclusions suivantes :

1° l'injection sous-cutanée, intra-veineuse ou intra-rachidienne de sulfate de Mg, en dose appropriée, détermine le sommeil ;
2° localement, le sulfate de Mg interrompt la conductibilité des troncs nerveux ;
3° à des doses fortes, il y a paralysie du centre respiratoire sans effet sur l'appareil circulatoire ;
4° cette paralysie peut se combattre par l'emploi du chlorure de calcium, en une solution dont le taux doit être dans un certain rapport proportionnel avec le taux du Mg.

Ces travaux expérimentaux furent suivis d'essais, les uns heureux, les autres inefficaces, pour soigner le tétanos et l'intoxication par la strychnine. On eut, alors, l'idée d'appliquer cette méthode aux convulsions éclamptiques. Dès 1907, Einar publiait une guérison radicale et une amélioration nette par l'injection intra-rachidienne de sulfate de Mg chez deux éclamptiques. Divers travaux ont été publiés ultérieurement, à diverses reprises, résumant une somme d'expériences qui n'est pas négligeable et qui permet certaines conclusions.

* * *

Les solutions ont, suivant les auteurs, des taux variant de 10 à 25 %.

On a employé la voie intra-rachidienne (1), la voie intraveineuse (2), la voie sous-cutanée (3) et la voie intra-musculaire (4). Il semble bien que celle-ci soit la voix de choix.

On renouvelle les injections suivant les besoins : Mac Neile et Vruwink ont fait jusqu'à huit injections en vingt-quatre heures ; Lazard, Irwin et Vruwink ont répété vingt-quatre fois les injections en vingt-trois jours

La dose totale peut être élevée : Dorsett a pu injecter jusqu'à cent cc. d'une solution à 25 % en douze heures, soit 25 grammes de sulfate de magnésie, sans observer aucun accident, ni incident. Les solutions de sulfate de soude sont, donc, peu toxiques. Cependant, Stander, en étudiant la toxicité chez le chien, a observé des lésions hépatiques par l'emploi de doses fortes ou de solutions trop concentrées.

* * *

Les résultats obtenus sont des plus encourageants.

1° *Les patientes qui sont en imminence de convulsions éclamptiques* et qui sont traitées par le sulfate de Mg, n'ont que rarement des convulsions ; c'est ainsi que, sur 45 cas de ce groupe, Lazard et ses collaborateurs n'ont enregistré que six cas où les convulsions ont fait leur apparition.

2° *Les convulsions ont été, en général, arrêtées* d'après la plupart des auteurs précités : sur 38 femmes traitées par Dorsett, 10 n'ont plus eu une seule convulsion, et, dans un bon nombre des cas rapportés par les auteurs, les convulsions ne sont plus reproduites ou ont éte plus rares.

(1) *Voie intra-rachidienne.* — Einar injectait 6 cc. d'une solution à 25 % : Guggisberg, 10 cc. d'une solution à 15 % ; Alton et Lincoln emploient 1 cc. d'une solution à 25 % par 25 livres (anglaises) de poids corporel.

(2) *Voie intra-veineuse.* — Lazard, Irwin et Vruwink. Mac Neile et Vruwink injectent 20 cc. d'une solution à 10 %, Arnaldo de Moraes, 10 cc. à 20 %, Dexeus Font, 20 cc. à 10 %.

(3) *Voie sous-cutanée.* — Kaas a injecté 10 cc. d'une solution à 25 %.

(4) *Voie intra-musculaire.* — Dorsett injecte 15 cc. d'une solution à 25 %.

3° *Les urines ont nettement augmentées* dans un grand nombre de cas, cependant que les *œdèmes* diminuaient.

4° *La tension aurait diminué* pour certains auteurs (Mac Neile et Vruwink, Natale), alors que pour d'autres (Dorsett), cet effet aurait été, non pas immédiat et directement déterminé par Mg, mais secondaire à l'amélioration générale.

5° *La fibre musculaire de l'utérus n'est pas affectée dans sa contractilité par le Mg* (1) et le travail continue comme auparavant.

6° Une malade de Dexeus Font qui, deux jours après les dernières crises convulsives, la malade présentait encore de la torpeur et des contractures, fut guérie définitivement par deux nouvelles injections intraveineuses.

7° La *mortalité maternelle* semble très nettement diminuée, comparable aux meilleurs statistiques des méthodes classiques (2).

La *mortalité infantile* est assez élevée (3).

Pour interpréter les diverses statistiques, il faut tenir compte que les unes se rapportent à des traitements par emploi unique de sulfate de magnésie et que les autres correspondent à l'emploi du sulfate de magnésie à titre de calmant, concurremment à la mise en œuvre d'autres moyens thérapeutiques.

* * *

Il ne fait pas l'ombre d'un doute qu'il soit légitime d'employer dans l'éclampsie puerpérale, les injections intra-musculaires de sulfate de magnésie, voire même en cas d'urgence, les intraveineuses. Il n'est pas encore permis d'affirmer que les résultats obtenus soient préférables à ceux que donnent d'autres calmants, employés dans les méthodes conservatrices. Ce point serait intéressant à préciser tant pour sa valeur thérapeutique que pour les déductions de physiologie pathologique qu'on pourrait peut-être en tirer.

BIBLIOGRAPHIE

Acton et Lincoln. — The control of eclampsia convulsions by intraspinal injections of magnesium sulphate. *Amer. Journ. of Obst. and Gyn.*, février 1925, p. 167.

Dorsett. — The intramuscular injection of magnesium sulfate for the control of convulsions in eclampsia *Amer. Journ. of Obst. and Gyn.*, février 1926, p. 227.

Dexeus Font. — *Revista medica de Barcelone*, sept. 1925.

Lazard. — A preliminary report of the intravenous use of magnesium in puerperal eclampsia. *Amer. Journ. of Obs. and Gyn.*, février 1925, p. 178.

Lazard, Irwin et Vruwink. — The intravenous Mg sulphate treatment of eclampsia. *Amer. Journ. of Obs. and Gyn.*, juillet 1926, p. 104.

P. Natale. — Le sulfate de magnésie dans le traitement de l'éclampsie puerpérale. *Annali di obstetricia e Ginecologia*, tome LII, n° 1, janvier 1930.

Mac Neile et Vruwink. — Injection intraveineuse de sulfate de Mg. *Journ. of teh Amer. med. Ass.*, 24 juillet 1926.

Arnaldo de Moraes. — Le sulfate de magnésie dans le traitement de l'éclampsie. *Revista de Gyn. e d'Obst. do Brasil*, janvier 1926.

Stander. — *The toxemias of Pregnancy*, 1 vol., Baillière, Tiudall et Cox, Londres, 1929, p. 132.

Wodon. — *Bruxelles med.*, 12 décembre 1926.

Schwarz et Dorsett. — Traitement conservateur dans l'éclampsie. *Southern medical Journ.*, avril 1930, p. 288.

(1) Par ailleurs Jean La Barre et Jean-Louis Wodon. (Démonstration *in vivo* de l'action décontracturante du sulfate magnésique sur l'utérus tétanisé par l'extrait post-hypophysaire. *C. R. des séances de la Société de Biologie*, 12 février 1930, t. CIII, n° 7, p. 530) et Jean-Louis Wodon. (Sur l'abolition de la tétanisation utérine par les sels magnésiques. *C. R. des séances de la Société de biologie*, 21 février 1930, t. CIII, n° 7, p. 529). ont montré que le sulfate de Mg. à dose assez élevée empêche l'hypertonie provoquée par l'extrait hypophysaire et, de ce fait, rétablit des contractions de belle ampleur. A dose plus forte, ces contractions sont inhibées.

(2) Si nous additionnons les statistiques de Lazard, Irwin et Vruwink de Acton et Lincoln, de Moraes, de Dorsett, de Natale, et les observations de Einar, Guggisberg, Kaas, Rissmann, Dexeus Font nous arrivons à un total de 191 cas, avec 26 morts et une psychose définitive, soit une mortalité de 13 à 14 %. Une statistique plus récente de Schwarz et Dorsett donne, sur 186 cas, 13 morts, soit 7 %.

(3) Dorsett, sur 38 femmes, relève 9 morts fœtales, dont 4 macérées et 4 débiles pesant moins de 1.300 gr.

Sur les 26 cas de Natale, 5 enfants moururent : l'un était un prematuré, les 4 autres étaient morts avant la mise en œuvre du traitement.

Terrains magnésiens et cancer

En même temps que M. Delbet faisait à propos des sels halogénés de magnésium et du cancer de nombreuses et minutieuses expériences de laboratoire sur les souris et les cobayes, expériences dont les résultats ont été communiqués à l'Académie de médecine, M. Robinet, de Moret-sur-Loing, faisait paraître un travail de longue haleine (1) entrepris depuis 1918, sur les rapports existant en France entre la fréquence du cancer et la teneur des sols en magnésium.

Il apportait ainsi à l'appui des expériences de M. le Prof. Delbet ce que celui-ci, dans une conférence sur le rôle biologique du magnésium, appelle une preuve géographique (2).

M. Robinet a compulsé pour son étude les statistiques publiées par le Ministère de l'Intérieur, dans l'Annuaire sanitaire de la France. De ces statistiques, l'auteur éloigne les grandes et petites villes, pour ne prendre que les statistiques *se rapportant aux agglomérations de moins de 5.000 habitants.*

Les habitants de ces petites communes vivent de leur sol : le pain, les légumes qu'ils mangent proviennent des terrains qu'ils cultivent. Les animaux qu'il tuent se sont nourris de ce même sol. Leurs boissons sont également originaires du sol, qu'elle soit l'eau du puits ou qu'elle soit : vin, cidre, poiré, etc.

Il y a dix ans, le ravitaillement par automobile n'existait pas comme il existe aujourd'hui ; on peut dire qu'à cette époque, dans les petites communes, l'homme vivait de son sol. Ce sont les statistiques des années 1919-1920-1921, dont se sert l'auteur.

(Depuis, malheureusement, les offices de statistiques ne donnent plus ces chiffres pour les communes de moins de 5.000 habitants. Ces chiffres sont en effet centralisés et donnés globalement par département).

Ainsi établie, la mortalité par cancer, moyenne de trois années, et rapportée à 10.000 habitants, donne un coefficient très variable pour les arrondissements français, coefficient qui oscille de 0,2 à 14,9.

L'auteur se servant de ces données rapporte ces coefficients en deux grands groupes : les coefficients de moins de 3,5 et, d'autre part, ceux de plus de 8,5.

M. Robinet en dresse une carte.

« L'aspect de cette carte est saisissant, dit M. le prof. Delbet (3), ce qui frappe, c'est l'existence de deux grandes régions, l'une au sud, où le cancer est rare, l'autre au nord, où le cancer est fréquent. Une pareille répartition serait inexplicable ; si les statistiques du Ministère étaient fantaisistes. Un pareil groupement ne peut être dû au hasard. Il a une raison... »

M. Robinet, pendant un séjour qu'il fit en Tunisie, avait remarqué les terrains et les eaux très magnésiennes de toute cette région, et, d'autre part, l'absence presque totale de cancer chez les habitants de cette même région (4). Bien plus, d'après certains médecins et infirmiers indigènes, certaines de ces sources étaient réputées comme ayant guéri des plaies cancéreuses. Toutes ces sources contenaient beaucoup de magnésie sous forme de chlorure, l'acide phosphorique était, lui aussi, très largement représenté (5). Etait ce une simple coïncidence ?

M. Robinet s'attelle alors à une besogne considérable. Il étudie la répartition du magnésium dans les départements français à l'aide des 258 cartes au 80.000e du Ministère des Travaux publics. Il a pu alors dresser une carte de la teneur en magnésie de la France en employant des couleurs différentes pour signaler les régions contenant beaucoup de minerais magnésiens et les régions n'en contenant pas, ou des proportions infimes ; laissant en blanc les régions ne contenant que de petits ilots de minerais magnésiens.

Deux cartes se trouvent donc ainsi dressées : l'une du cancer, l'autre de la magnésie.

« Le rapprochement de ces deux cartes, dit encore le Prof. Delbet, est impressionnant. Les zones où le magnésium est rare se superposent presque exactement à celles où le cancer est fréquent. Les zones où le magnésium est abondant sont aussi celles où le cancer est rare ».

(1) Terrains magnésiens et cancer : L. Robinet (Janvier 1929).
(2) IIe Journées médicales de Paris (Juin 1929).
(3) Prof. Delbet. — Rôle biologique du magnésium.
(4) Dr Girard. — Le cancer en Tunisie (Lyon 1912).
(5) D Loir. — *Revue générale des sciences.*

Sur les 25 arrondissements (communes de moins de 5.000 habitants) presque sans cancer — coefficients de 0,2 à 2,1, — 24 de ces arrondissements contiennent une très grande quantité de magnésie ; un seul en contient une quantité moyenne.

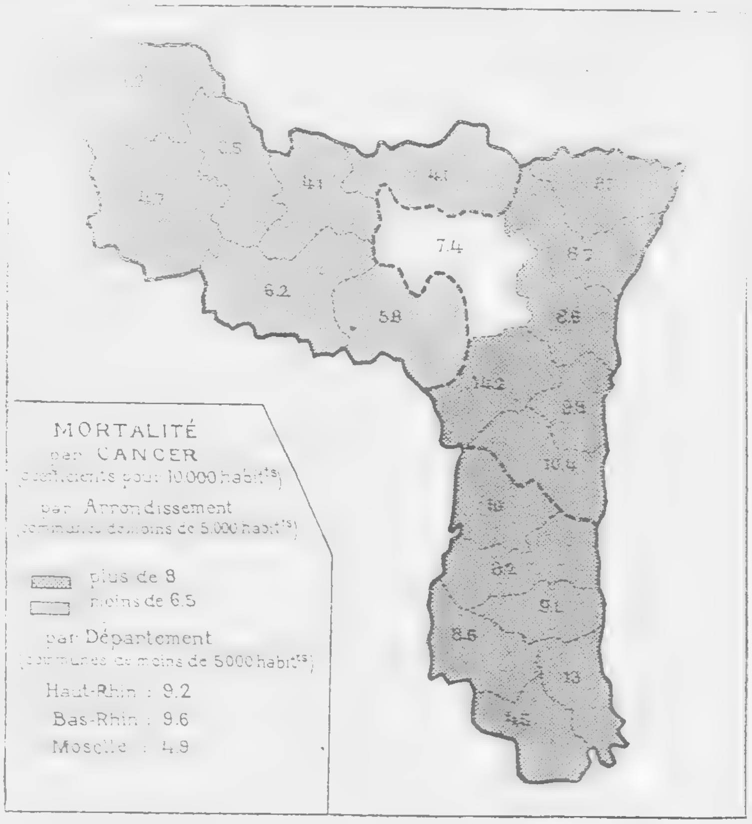
Sur les 25 arrondissements ayant les plus fortes densités de cancer — coefficients de 10 à 14,9, — 23 ne contiennent pas de magnésie, deux seulement en contiennent une petite quantité.

M. Robinet a continué ensuite son étude pour les département français du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle. Cette étude a été communiquée à la séance d'avril de l'Association française pour l'étude du cancer.

L'auteur emploie la même méthode. Il a pu extraire des statistiques qui lui ont été fournies par l'Office régional de Strasbourg, la mortalité pour les communes de moins de 5.000 habitants. Cette statistique existait pour le Haut-Rhin et la Moselle : années 1921-22-23, et pour le Bas-Rhin : 1922-23-24.

Le Haut-Rhin donne ainsi le coefficient 9,2 ; le Bas-Rhin 9,6 et la Moselle 4,9.

Le département de la Moselle a donc une densité de mortalité cancéreuse très inférieure à celle du Haut-Rhin, et à celle du Bas-Rhin.



L'auteur passe alors à l'étude géologique de ces trois départements au point de vue magnésien se référant aux ouvrages classiques de Daubrée, Jacquot, Joly.

En Alsace-Lorraine, la magnésie se trouve à l'état de dolomie dans les terrains secondaires (étage triasique). Une démarcation très nette est faite par la ligne des Vosges : à l'Est des Vosges très peu de terrains triasique :

23 kilomètres carrés dans le Haut-Rhin, sur 4.098 d'étendue ;
584 kilomètres carrés dans le Bas-Rhin, sur 4.550.

Encore faut il noter que 200 kilomètres carrés de terrains triasiques faisant partie de l'arrondissement de Saverne, se trouvent situés à l'ouest des Vosges.

Au contraire, à l'ouest des Vosges : la Moselle 3.750 kilomètres carrés dont le trias occupe à lui seul 2.000 kilomètres carrés.

M. Robinet présente également deux cartes pour ces régions :

L'une fait état de la mortalité cancéreuse. Beaucoup moins de décès par cancer dans la Moselle que dans les deux autres départements.

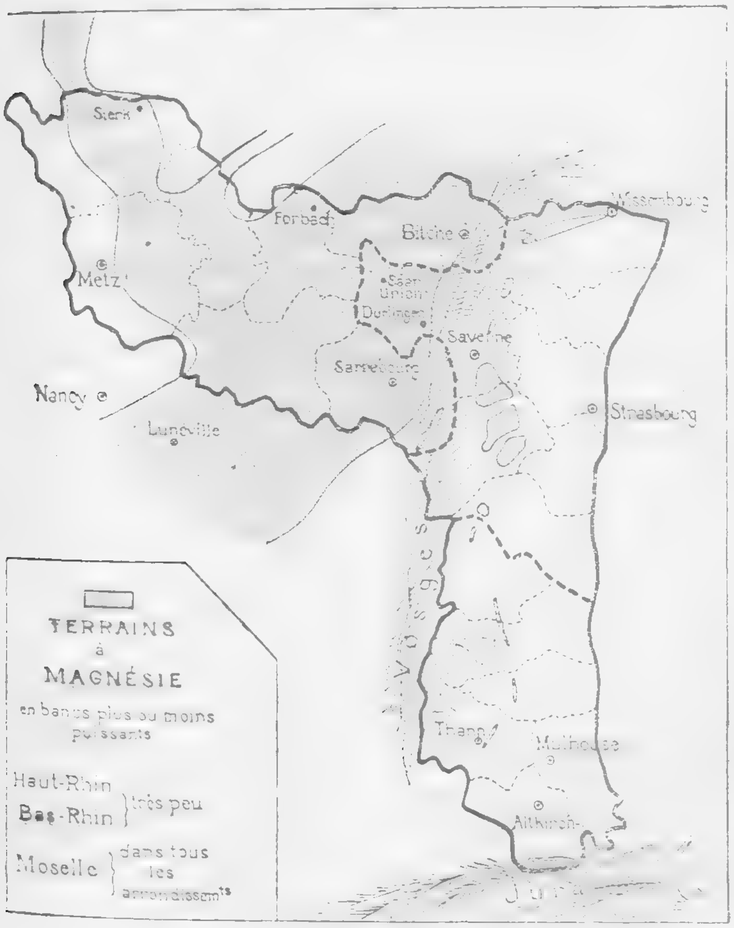
L'autre donne l'emplacement des terrains triasiques susceptibles de contenir de la magnésie en plus ou moins grande quantité. Beaucoup plus de magnésie dans la Moselle que dans les deux autres départements.

« Dès lors, conclut l'auteur, le simple rapprochement de ces « deux cartes d'Alsace-Lorraine, confirme mes constatations « antérieures d'une façon si impressionnante, que, malgré ma « certitude d'être dans le vrai, j'ai été surpris de trouver, pour « le Bas-Rhin, le Haut-Rhin, la Moselle, un rapprochement aussi « significatif. »

Le professeur Delbet a présenté à l'Académie de médecine une communication relative aux travaux de M. Robinet.

Après avoir donné une analyse très complète et constaté que, pour l'Alsace-Lorraine, des chiffres arbitrairement choisis ne pouvaient donner un résultat plus saisissant, il estime que l'auteur « semble avoir pleinement établi qu'en Alsace et en « Lorraine, comme dans le reste de la France, plus exactement « peut-être, la fréquence du cancer est inversement proportion « nelle à la richesse du sol en magnésium. »

Et comme conséquence pratique de ce travail, nous ne pouvons mieux faire que citer la conclusion qu'en tire le savant M. G. André (1) :



« Les terrains magnésiens, par les produits alimentaires « qu'ils nous fournissent, nous garantissent contre le cancer. Si « nous sommes défavorisés par la région que nous habitons, « des sels magnésiens convenablement choisis, éviteront le dé- « ficit préjudiciable. Sans doute, les sels halogénés ont une « action, puisque les sources magnésiennes leur doivent leur « renommée ; mais est-elle suffisante ? Les combinaisons magnésiennes organiques, telles qu'elles se trouvent dans les « tissus végétaux ou animaux, sont indispensables. Nucléines, « glycérophosphates, sels d'acides organiques, inositohexa- « phosphates de chaux et de magnésie, édifices complexes de « la chlorophylle et des colloïdes, sont les meilleures présenta- « tions de l'ion magnésium.

« Comme préventif du cancer, M. Robinet propose donc une « association heureuse de sels minéraux et de composés organi- « ques magnésiens.

« N'est-ce pas ce qui manque à notre sel trop pur et à notre « pain trop blanc, pour limiter les ravages d'un fléau qui s'ac- « croît avec la vie moderne ? Ne faut-il pas retrouver toutes les « conditions favorables d'existence d'autrefois ? »

(1) G. André. — Notre sel trop pur, notre pain trop blanc : *Je sais tout*, oct. 1930.

Formulaire du Magnésium (1)

MAGNÉSIUM (Chlorure de). — Il en existe 2 variétés le *sel hydraté* $MgCl^2$, $6H^2O$, et le *sel anhydre* $MgCl^2$. Comme il est difficile de se procurer ce sel *complètement anhydre*, on aura avantage à le remplacer dans certaines formules (solutions) par la quantité équivalente de sel hydraté à $7H^2O$: soit 2 gr. 137 de ce dernier pour 1 gr. de chlorure anhydre.

Le chlorure hydraté est en cristaux incolores, très sol. dans l'eau (0,7 p.) et dans l'alcool à 90° (5 p.) ; sa saveur est très amère.

Prop. thérap. — *A l'int., purgatif* doux et *cholagogue névrosthénique.* Préconisé surtout (Prof. P. Delbet) comme *prophylactique du cancer* ; d'ailleurs efficace c. affections para (verrues, mammites chroniques) ou précancéreuses. Indiqué ainsi c. certains *prurits* et dermatoses (*acné*).

A l'ext., le *soluté à* 12,10 *p.* 1.000 de chlorure de magnésium *anhydre* paraît doué de propriétés *cytophylactiques* remarquables (P. Delbet) : mieux que les différents sérums artificiels, il assurerait la parfaite *conservation des leucocytes* et *exalterait* en outre, *leurs phagocytoses* ; en pansements, lavages, injections sous-cutanées, il hâterait considérablement la cicatrisation des plaies.

Prép. pharm. et posol. — *A l'int.* 10 à 30 gr. comme purgatif. Comme préventif du cancer : 1 gr. 20 (sel anhydre) avant le 1er déjeuner en *comprimés* de 0 gr. 60, ou mieux : 100 gr. d'une *solution* contenant, par 1.000 gr., 12 gr. 10 de sel, anhydre ou 25 gr. 85 de sel hydraté cristallisé pur.

A l'ext., solution cytophylactique ci-après :

Solution cytophylactique (P. Delbet).

Chlorure de magnésium pur et anhydre	12 gr. 10
Eau distillée	988 gr. 90

F. s. a. solution stérilisée ; exactement au titre indiqué. Pour pansements, lavages, injections sous-cutanées.

MAGNÉSIUM (Oxyde de). — *Syn.* **Magnésie calcinée**. — Il en existe 2 variétés : la *magnésie calcinée légère* ou *magnésie française*, et la *magnésie lourde* ou « magnésie anglaise » ; cette dernière est d'un emploi commode pour la forme *cachets*, mais, au point de vue thérapeutique, elle est inférieure à la magnésie française, qui s'hydrate plus facilement et se dissout plus rapidement dans le suc gastrique.

La *magnésie* est une poudre blanche très peu sol. dans l'eau, sol. dans les acides même très dilués. Exposée à l'air, elle en absorbe peu à peu l'humidité et le gaz carbonique. Délayée dans l'eau et portée à l'ébullition, elle fixe environ la moitié de son poids d'eau pour former l'*hydrate de magnésie* (v. ce mot p. 322), composé qui devrait être préféré à la magnésie calcinée, parce qu'il est plus sol. dans les acides dilués.

Prop. thérap. — A petites doses : *antiacide* indiqué contre l'*hyperacidité gastrique* ; *absorbant* des gaz intestinaux, prescrit dans les *dyspepsies flatulentes*, le *météorisme*. A *doses plus élevées, laxatif* ou *purgatif* agissant au bout de 6 à 8 heures ; *contre-poison des acides* en général, et *antidote de l'acide arsénieux* (l'hydrate de magnésie est préférable).

Prép. pharm. et posol. — *A l'int.* : comme *absorbant* ou *anti acide*, 1 à 4 gr. : — comme *laxatif* (adultes), 2 à 5 gr. ; — comme *purgatif* (adultes), 5 à 15 gr. : en *cachets, potion, suspension* dans de l'eau sucrée ou du lait. — *Enfants* : 0 gr. 25 à 0 gr. 50 par année d'âge.

Cachets contre hyperchlorhydrie

Magnésie calcinée lourde		0 gr. 40
Bicarbonate de soude	ãã	0 gr. 30
Craie préparée		
Poudre de feuilles de belladone		0,005 milligr.

Pour un cachet, 1 à 10 par jour.

(1) D'après le Formulaire de A. Gilbert, M. Loeper, Ch. Michel (Doin, édit.)

CACHETS CONTRE FERMENTATIONS ET MÉTÉORISME

Magnésie calcinée lourde	⎫
Charbon de peuplier	⎬ āā 0 gr. 30
Naphtol β	⎭

Pour 1 cachet, 2 cachets 1 heure après chaque repas.

PAQUETS CONTRE FLATULENCE (G. Lyon).

Bicarbonate de soude	⎫ āā 0 gr. 30
Craie préparée	⎭
Magnésie calcinée	0 gr. 25
Poudre de noix vomique	0 gr. 03
Poudre de racine de belladone	0 gr. 02

M. Pour 1 cachet ou paquet à prendre après le repas.

POTION ANTIDYSPEPTIQUE (Fonssagrives).

Magnésie calcinée	4 gr.
Eau de chaux	60 gr.
Hydrolat de menthe	60 gr.
Sirop de fleur d'oranger	30 gr.

F. s. a. Par cuillerées d'heure en heure.

POTION PURGATIVE

(*Médecine blanche. Codex 84.*)

Magnésie calcinée	8 gr.
Sucre	50 gr.
Eau	40 gr.
Eau de fleurs d'oranger	20 gr.

F. s. a. à chaud. A prendre en une fois.

POUDRE ANTIGASTRALGIQUE

Magnésie calcinée	⎫
Craie préparée	⎬ āā 1 gr.
Bicarbonate de soude	⎭
Chlorhydrate de morphine	0 gr. 002 milligr.

Pour 1 cachet. A prendre au début de l'accès gastralgique.

POUDRE CONTRE LA CONSTIPATION

Magnésie calcinée	10 gr.
Soufre sublimé et lavé	10 gr.
Crème de tartre	10 gr.

M. Une cuillerée à café le soir en se couchant.

MAGNÉSIUM (Peroxyde de). — HOPOGAN. — Poudre blanche, légère, insipide, inodore, à peu près insoluble dans l'eau ; constituée par de la magnésie partiellement (10 à 25 p. 100) transformée en *peroxyde de magnésium.* Ce dernier se décompose sous l'influence des acides faibles, en donnant de l'eau oxygénée et, ensuite, de l'*oxygène naissant* (*antiseptique*).

Prop. thérap. — Antiseptique gastro-intestinal, indiqué contre les fermentations anormales. Antidiarrhéique (GILBERT et JOMIER).

Prép. pharm. et posol. — Pour la poudre peroxydée à 15 p. 100 :

USAGE STOMACAL. — *Tablettes* de 0 gr. 50, 4 à 8 par jour, une heure avant les repas ; ou dans l'intervalle des prises de lait. *Poudre*, 2 à 4 gr. en suspension dans l'eau.

USAGE INTESTINAL. — Capsules *kératinisées* dosées à 0 gr. 15 centigr., 6 à 12 par jour, administrées comme les tablettes.

MAGNÉSIE (Carbonate de). — *Syn.* Magnésie carbonatée, magnésie blanche, hydrocarbonate de magnésie. — Poudre blanche, amorphe, très légère, insipide, insoluble dans l'eau pure, soluble en petite quantité dans l'eau chargée de CO^2.

Prop. thérap. — Absorbant, antiacide, laxatif.

Posol. — *A l'int.* 1 à 10 gr. (antiacide). *Enfants* : 0 gr. 25 à 2 gr. selon âge. — En *cachets, tablettes* (à 0 gr. 25), *potion.* — Il est employé pour la préparation de la *limonade purgative au citrate de magnésie* (v. ce mot).

A l'ext., sous forme de *poudres dentifrices.*

Incompat. — Acides et sels acides.

MAGNÉSIE EFFERVESCENTE (Moxon).

Carbonate de magnésie	àà 10 gr.
Sulfate de magnésie	
Bicarbonate de soude	
Tartrate de potasse et de soude	
Acide tartrique	

Pulv. Mêlez. 1 cuillerée à café dans un verre d'eau. — Comme laxatif.

POUDRE DENTIFRICE (Codex 84).

Carbonate de magnésie	àà 100 gr.
Carbonate de chaux	
Quinquina en poudre	
Essence de menthe	1 gr.

POUDRE DENTIFRICE (Codex 1908).

Carbonate de magnésie	25 gr.
Carbonate de chaux	50 gr.
Essence de menthe	XXV gouttes

MAGNÉSIE (Citrate de). — Sel blanc, de saveur acidulée, agréable, sol. dans l'eau. Comme il est *très altérable*, on ne le prépare guère, *en solution*, qu'au moment du besoin, en traitant le carbonate de magnésie ou la magnésie, par l'acide citrique.

Prop. thérap. — *Purgatif* de saveur agréable, bien accepté même par les enfants.

Formes pharm. et posol. — Employé surtout sous forme de *limonades purgatives*, préparées extemporanément avec l'acide citrique et le carbonate de magnésie, de façon à contenir — pour adultes — de 40 à 60 gr. de citrate de magnésie (voir formule ci-dessous). — *Enfants* : limonades purgatives dosées à 2 gr. de citrate de magnésie par année d'âge. — Utilisé aussi sous forme de *granulé effervescent* (voir formule ci-dessous).

GRANULÉ EFFERVESCENT

Carbonate de magnésie	25 gr.
Bicarbonate de soude	85 gr.
Acide citrique pulvérisé	115 gr.
Sucre pulvérisé	20 gr.

F. s. a. un granulé. 30 à 60 gr. dans un demi-litre d'eau, à prendre par verres toutes les 1/2 heures.

LIMONADE PURGATIVE (Codex 1920).

Acide citrique	32 gr.
Carbonate de magnésie	20 gr.
Eau distillée	300 gr.
Sirop de sucre	75 gr.
Alcoolature de citron	1 gr.

Ces doses donnent 50 gr. de citrate de magnésie. Pour obtenir une limonade à 40 gr., employer 25 gr. 60 d'acide citrique et 16 gr. de carbonate de magnésie. — Pour obtenir une limonade gazeuse, remplacer 1 gr. de carbonate de magnésie par 2 gr. de bicarbonate de soude (à introduire dans la bouteille au moment de mettre le bouchon).

Pour édulcorer ces limonades, on peut remplacer le sirop simple par les sirops de cerise ou de groseille.

LIMONADE RÉDUITE.

On peut également faire varier la quantité de véhicule, c'est-à-dire réduire la quantité d'eau de 300 à 200 gr. et même 150 gr., à condition d'employer la limonade peu de temps après sa préparation (autrement, le citrate de magnésie ne s'y maintiendrait pas en solution).

POTION PURGATIVE POUR ENFANTS (Comby).

Acide citrique	6 gr. 40
Carbonate de magnésie	4 gr.
Sirop de framboises	30 gr.
Eau	100 gr.

F. s. a. Contient 10 gr. de citrate de magnésie. Pour enfants de 4 à 8 ans.

ANÉMIES
INTOXICATIONS
DYSPEPSIES

MANGAÏNE

DOSE: 4 à 6
TABLETTES
PAR JOUR

PEROXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL
Laboratoire SCHMIT, 71, Rue Sainte-Anne, PARIS-2e

LABORATOIRES
DES PRODUITS DU Dr ANDRÉ GIGON
25, Bd Beaumarchais — PARIS R. C. Seine 39.540

TRIBROMURE GIGON — Sel antinerveux soluble en poudre inaltérable desséchée

Contre les MALADIES NERVEUSES
(Dans chaque flacon, cuillère-mesure dosant 1 gr.)

« SÉDATOSE »
TARTRATE BORICO-POTASSIQUE du Dr André GIGON
Poudre chimiquement pure ANTIEPILEPTIQUE. — *Cuillère-mesure dosant* 0,50 cgr

ULMARENE GIGON — succédané inodore du Salicylate de méthyle, analgésique local, antirhumatismal externe. *(Non irritant pour la peau)*

Spécifique contre les RHUMATISMES
S'emploie pur en onctions ou dans un liniment ou pommade ou sous forme de BAUME du Dr GIGON, à l'ulmarène.

CETRAROSE GIGON — Solution d'acide protocétrarique, médicament à électivité musculaire, analgésique gastrique.

Spécifique contre les VOMISSEMENTS, les douleurs gastriques, les troubles digestifs.
20 à 30 gouttes en 1 fois dans un peu d'eau sucrée, jusqu'à 200 gouttes par 24 hres

PEPTO-VALÉRIANE, liquide
VALÉRIANOSE, pilules glutinisées
du Docteur GIGON, à l'extrait de Valériane fraîche stérilisée et Pepsine.

Sédatif du Système nerveux. — Suppression de l'Odeur, des Nausées et de l'Intolérance



VIN BRAVAIS
A Base de PEDRO XIMENÈS et aux principes actifs de KOLA, COCA, CACAO THÉOBROMINE,
Se Recommande pour
ANÉMIE, NEURASTHÉNIE
CONVALESCENCE, SURMENAGE
CROISSANCE, MALADIES NERVEUSES

ELIXIR BRAVAIS	GRANULÉ BRAVAIS
AUX MÊMES PRINCIPES ACTIFS ALLIÉS AU CURAÇAO BLANC TRIPLE SEC FORMANT UN DIGESTIF D'UN GOÛT EXQUIS	KOLA, COCA, QUINQUINA, GLYCÉROPHOSPHATES DE CHAUX ET DE SOUDE

DANS TOUTES LES PHARMACIES
SIÈGE SOCIAL : 3, RUE MOGADOR _PARIS (9e)

LE **VALERIANATE PIERLOT** EST NEUROTROPE
Il se fixe de préférence sur la surface extérieure de la Cellule Nerveuse.
IL RESTE ***TOUJOURS*** ET ***MALGRE TOUT***
l'unique préparation *efficace et inoffensive*
résumant tous les principes ***sédatifs et névrosthéniques*** de la VALÉRIANE officinale.

—o— H. RIVIER, *Pharmacien*, 26 et 28, Rue Saint-Claude, PARIS —o— R. C. Seine : 88.30

SCILLARÈNE "SANDOZ"
Glucosides cristallisés, principes actifs isolés du Bulbe de la Scille
Cardio-rénal pour traitements prolongés. — Diurétique général. — Diurétique azoturique vrai.

AMPOULES : 1/2 à 1 ampoule. GOUTTES : XX, 2 à 8 fois par jour. COMPRIMÉS : 2 à 8 par jour. SUPPOSITOIRES : 1 à 2 par jour.

PRODUITS SANDOZ, 3 et 5, rue de Metz, PARIS (10e) — M. CARILLON, Pharmacien de 1re classe
Dépôt général et Vente : USINE DES PHARMACIENS DE FRANCE, 125, *rue de Turenne, PARIS* (3e)

MAGNÉSIE (Hydrate de). — Produit obtenu en faisant bouillir la magnésie calcinée avec 20 à 30 fois son poids d'eau. Il contient 31 p. 100 d'eau et 69 p. 100 de magnésie. — Poudre blanche amorphe, se différenciant de la magnésie par sa facilité plus grande à se dissoudre dans les acides dilués.

Prop. thérap. — Comme la magnésie calcinée ; est préférable comme antidote de l'acide arsénieux.

Posol. — Comme magnésie calcinée. Il y aurait *avantage à la substituer à cette dernière* dans la généralité des cas. Voir *formules* p. 242 — Comme *antidote de l'arsenic* : 20 à 30 gr. dans de l'eau *non sucrée.*

MAGNÉSIUM (Sulfate de). — Syn. *Sel de Sedlitz, Sel d'Epsom.* — Cristaux incolores , de saveur amère, solubles dans leur poids d'eau, insolubles dans l'alcool.

Prop. thérap. — *Purgatif* provoquant d'*abondantes sécrétions intestinales* ; d'*action prompte* : 3 à 4 heures.

L'effet purgatif est souvent suivi de constipation.

A l'ext., utilisé en compresses (solution saturée) contre les *inflammations cutanées*, notamment dans l'*érysipèle* ; aussi, en *bains d'yeux* dans *l'ophtalmie blennorragique* (L. Dor).

Posol. — *A l'int.* 15 à 60 gr. comme *purgatif* ; — 3 à 8 gr. comme *laxatif*. — *Enfants* : 1 à 2 gr. par année comme purgatif. — En *potion, solution, lavement.* — Sa saveur *désagréable* peut être masquée par le *café*, l'alcool de *menthe*, l'eau de *cannelle*, le *sirop d'écorces d'oranges amères* ou les *eaux gazeuses* (V. formule d'*Eau de Sedlitz artificielle*).

Incompat. — Alcalis et leurs carbonates, phosphates solubles, sels dont la base peut former un sulfate insoluble.

Eau saline purgative (Codex).

Sulfate de magnésium .... } ââ 10 gr.
Sulfate de sodium .... }
Eau distillée .... 650 gr.

Eau de Sedlitz articicielle (Codex).

Sulfate de magnésie .... 30 gr.
Bicarbonate de soude .... 4 gr.
Acide tartrique .... 4 gr.
Eau .... 650 gr.

Lavement purgatif

Sulfate de magnésium .... } ââ 15 gr.
Séné (folioles de) .... }
Eau bouillante .... 500 gr.

Potion purgative four enfants (Debove et Gourin).

Sulfate de magnésie .... 10 à 20 gr.
Sirop de framboises .... 20 gr.
Eau .... 100 gr.

A prendre en 1 ou 2 fois.

Sel de Cheltenham composé (Lond).

Sulfate de magnésium .... 100 gr.
Sulfate de soude .... 100 gr.
Sel commun .... 100 gr.

F. s. a. 20 à 40 gr. comme purgatif.

Solution contre ophtalmie blennorragique (Dor).

Sulfate de magnésium .... 40 gr
Sirop de sucre .... 50 gr.
Eau bouillie .... 150 gr.

Bains d'yeux, dans une œillère, toutes les trois heures pendant 3 à 4 minutes.

Solution purgative (Debove et Gourin).

Sulfate de magnésie .... 30 à 50 gr.
Café torréfié .... 15 gr.
Eau .... 300 gr.

Faire bouillir 2 minutes ; passer et sucrer. A prendre chaud en 2 fois, à une demi-heure d'intervalle.

MAGNÉSIUM (Tartrate de). — Mêmes propriétés et même posologie que le citrate.

Echos et Glanures

La gangrène sénile. — *Un de nos lecteurs, étudiant en médecine à Strasbourg, nous communique le passage ci-dessous : ce qui prouve que nos jeunes connaissent leurs auteurs et s'intéressent encore à l'histoire de la médecine.*

. . . .

« C'est la première maladie que j'aie bien connue à la fois dans ses details séméiologiques et dans sa nature. Voici comment. Dans mon enfance, j'aimais entendre mon père parler d'un de ses clients — à mon avis le seul intéressant — qui était le dernier maréchal de France du Second Empire. Vous jugez donc de ma peine quand j'appris que ce vieux soldat allait mourir, et d'une affection qui me semblait bien singulière ; un de ses pieds s'était mortifié, cadavérisé, alors que le maréchal était encore en vie ! Comme je manifestais mon étonnement que cela fut possible, mon père me dit : « Tu as vu déjà dans la forêt de vieux arbres, encore très vivants, dont une branche meurt et se détache ensuite toute seule. Par suite de l'âge le bois a envahi et obstrué les canaux où circule la sève. Privée de nourriture la branche atteinte se dessèche et meurt. Il en est de même chez l'homme ; dans la vieillesse les artères, — ces canaux de la sève humaine : le sang — se rétrécissent et se bouchent ; le membre mal irrigué se mortifie, puis s'élimine. »

Depuis lors, j'ai appris que la gangrène sénile est une maladie relativement fréquente, et que son existence remonte à la plus haute antiquité. On en a vu des exemples typiques sur les momies égyptiennes. Sans remonter si loin, je vous rappelle que Louis XIV est mort de gangrène sénile du membre inférieur, le 1er septembre 1715, à 8 heures du matin, la veille du jour où il allait avoir 77 ans. »

. . . .

(Dr Louis Ramond, Conférences de Clinique médicale pratique. Troisième série. Paris, Vigot frères, 1924, pp. 1-2.)

C'est sans doute à Canrobert, mort en 1895, que fait allusion M. L. Ramond.

Un précurseur des Assurances sociales en 1763. — On lit dans le *Mercure de France* (15 décembre 1930) :

« Ce précurseur c'est Joachim Faiguet de Villeneuve qui publia en 1763 (Londres et Paris, Moreau, éditeur, in-12, XII, 212 pages). *L'Econome politique, projet pour enrichir et pour perfectionner l'espèce humaine.*

Grimm dans sa *Correspondance* (juin 1763, première partie, Tome, III, p. 390), analysant cet ouvrage, montrait qu'il avait pour principale vue d'empêcher la foule innombrable de pauvres gens « dont la capitale est peuplée, de mourir de faim dans un âge où leurs infirmités ne leur permettront pas de gagner leur vie par leurs services. Pour cet effet, il (Faiguet de Villeneuve, dit Faiguet) veut qu'on leur retienne tous les ans une petite portion de leurs gages qu'on mettra à fonds perdus et du produit duquel ils jouiront au bout d'un certain temps en rente viagère pour être garantis de la misère... »

Ce Faiguet de Villeneuve dont l'idée a fait pas mal de chemin, avait été maître de pension, puis marchand de cochons. Son meilleur titre de gloire est d'avoir contribué, assez heureusement à l'*Encyclopédie*, où il rédigea, notamment, l'article *Dimanche...* »

L'homme chiffré. — Afin de standardiser la nomenclature des maladies et pour qu'un même état morbide soit étiqueté de la même façon dans tout le pays, une conférence nationale réunie à l'Académie de médecine de New-York a décidé que les maladies seraient dorénavant désignées par des numéros. On évitera les confusions amenées par l'emploi d'un seul nom pour des états variés.

Le bureau d'informations médicales de l'Académie a déclaré que l'établissement de ce système était « un pas monumental dans la bataille contre la maladie ». De plus, tous les organes du corps humain seront aussi désignés par des numéros. La langue, par exemple, est le « 612 ».

Et voilà des scènes de la vie future que Duhamel n'a pas prévues. Deux amies se rencontrent :

— Ah ! ma chère. Comment va votre 758 ?

— Pas mal ; j'ai encore le 45 un peu gonflé, mais la bile s'écoule. (*Je suis partout.*)

Le cas pathologique de Jean sans Terre. — M. Dutaillis a étudié (Académie des Inscriptions et Belles-Lettres, 26 déc. 1930) ce qu'il appelle le « cas pathologique » de Jean sans Terre. Il estime que l'écroulement du puissant empire angevin n'a pas été suffisamment expliqué par les historiens. Les alternatives d'activité et de dépression qui marquent si étrangement la carrière de Jean sans Terre semblent prouver qu'il était atteint de cette forme d'aliénation que les psychiatres modernes appellent la psychose périodique. Certains chroniqueurs contemporains ne s'y sont d'ailleurs pas trompés qui l'ont considéré comme un instable et un irresponsable. Jean sans Terre avait du reste une lourde hérédité.

Le Gérant : A. Rouzaud

Clermont (Oise). — Imp. Thiron et Cie. — R. C. 4264
Maison spéciale pour publications médicales

FONDÉ EN 1873. — N° 4 LE NUMÉRO : 50 Centimes 24 JANVIER 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

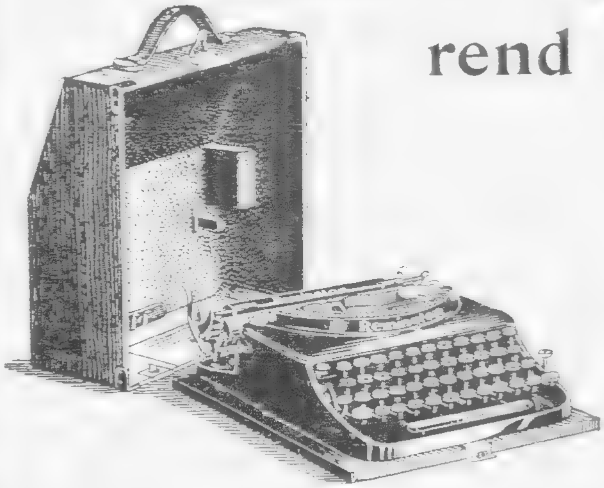
ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (Ve)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.780
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE



NOUVELLES

Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux. — *Composition définitive du Jury.* — MM. les Docteurs : DELHERM Mme DE BRANCAS, GÉRARD, CHARLIER, FEUILLIE, HEITZ BOYER ROBINEAU.

Liste des candidats. — MM. les Docteurs : BRAU, BUHLER, DEVOIS, DUBOST, GAUILLARD, HICKEL, HUET, NADAL.

Séance du 14 janvier 1930. — 1re Epreuve d'électrologie. Question posée : « Les polynévrites, leur diagnostic et leur traitement électrique » ; 2° Epreuve de radiodiagnostic : « Radiodiagnostic du cancer du poumon » ; 3° Epreuve de radiothérapie : Radiothérapie et curiethérapie des hémorragies utérines

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 20 janvier. — Thèses vétérinaires. — M. JARRAUD. De l'eczéma lichénoïde du chien. — M. PECCAVY. Traitement de la hernie inguinale aiguë chez les solipèdes.

21 janvier. — Thèses vétérinaires. M. BRUZEAU. Les formes filtrantes du bacille tuberculeux en médecine vétérinaire. — M. LAUNOIS. Etude de l'anémie infectieuse du cheval. —M. BOULLERET. Le bétail dans le Marquenterre et les bas champs de la Somme.

M. PATEL. Accidents précoces des traumatismes cranio-encéphaliques fermés. — M. LEMARINIER. Les suites opératoires après néphrectomie pour tuberculose rénale. — M. GUILLON. Sur les propriétés hypotensives de l'allium sativum. M. MAGNIAUX. Gastro-entérites des nourrissons et leur traitement par le lacto-sérum. — M. FACAN. Etude des ostéo-arthropathies de la hanche par syphilis héréditaire tardive.

22 *janvier.* — M. DESSIRIER. Etude sur les cavernes tuberculeuses de la région hilaire. — M. MANIOUD. La syphilis sans chancre. — M. SCIALOM. Le chancre blennorragique. — M. MATHEVET. Etude radiologique du cœur de l'enfant par la méthode de Vaquez-Bordet. — M. POLINGHER. Etude sur les accidents dus à certains procédés de teinture et de cosmétiques.

Légion d'Honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

AGRICULTURE. — *Au grade d'officier.* — M. le professeur Vires (de Montpellier).

Au grade de chevalier. — M. le docteur Taphanel, médecin de l'Ecole nationale d'agriculture de Grignan.

MINISTERE DES PENSIONS. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Deramond et Théry.

GUERRE. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Boulay, à Saint-Didier-en-Velay (Haute-Loire) : Maur. à Plaisance (Gers), ; Canazzi à Olmeto (Corse.)

TRAVAIL. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Bertrand (de Marseille), Demonchy (de Paris).

P. T. T. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Miégeville.

FINANCES. — *A la dignité de grand officier.* — M. Albert Buisson, président du Tribunal de commerce.

COLONIES. — *Au grade de chevalier.* — M. le médecin principal Manaut (Indochine).

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade d'officier.* — MM. le professeur Albert Fruhinshloz (de Nancy), les docteurs J. Martin, F. Mondain, I. Monier, G. Poix et P. Schreiher (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Aubert et Barrieu (de Paris), Baudrand (d'Antony), Bonnaud (de Roanne), Bourland (d'Oran), le professeur Caussade (de Nancy), Chastenet de Géry (de Paris), Cousin (de CouhéVerac), Cruchaudeau (de Changis-sur-Marne), Deville (de Toulon), Faroy (de Paris), Foare (des Alpes-Maritimes), Garcin (de Paris), Gaudens (d'Anse), Guyot (de Dammartin-sur-Meuse), Leroy (de Paris), Marquié (de Saint-André-de-Lidon), Martin (de Guinguamp), Mouthon (de Faverges), Ollivier (Loir-et-Cher), Pain (de Bourbon-Lancy), Poli (d'Ajaccio), Ravon (de Saint-Etienne, Antoine Baylard (de Marseille), Tridier (d'Argentan), Weher (de Neuilly-sur-Seine), Dauzier, chirurgien-dentiste à Paris.

ECONOMIE NATIONALE. — *Au grade d'officier.* — M. Marcel Midy, fabricant de produits pharmaceutiques à Paris.

MARINE MARCHANDE. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur de Lavaissière de Verduzan, médecin sanitaire maritime.

Médaille d'honneur des épidémies. — *Médaille d'or.* — MM. le professeur Rohmer et le docteur Schmutz (de Strasbourg.)

Médaille de vermeil. — M. le docteur Chantepie (de Tronget, Allier).

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Jean Jiry (de Briey), Verdier (de Casabanca), Lauriol (de Sfax).

MM. Constantini Moktar et Sadok bou Aziz, auxiliaires médicaux, à Sfax.

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Raybaud (de Marseille), Boeda (de Lassey), Crehange (de Nancy), Cornille (de Lille), Richir (de Roubaix), Wibaux (de Camiers), Meyer et Willemin (de Strasbourg), Sorgius (de Schiltigheim), Schneider et Lecompte (de Haguenau), Franck (de Bischwiller), Belin (de Strasbourg), Brinckmann (de Roeschwoog), Lévy (d'Erstein), Schalck (de Wissembourg), Cromback (de Saverne), Forest (de Strasbourg), Jeantet (de Saint-Didier-au-Mont-d'Or), Dupuy médecin de l'assistance médicale à domicile ; Darré, médecin-lieutenant aux territoires du Sud-Tunisien.

Mlle Coulange, interne en médecine des hôpitaux de Lille ; M. Meyer, interne à l'hôpital civil de Strasbourg, M. Stahl, interne à la Clinique médicale B des hospices civils de Strasbourg M. Cambut, interne en médecine à l'hôpital Saint-Joseph (Rhône) ; Mlle Papaioannou, interne à l'hôpital de la Charité.

M. Camelin, externe des hôpitaux de Lyon ; M. Varay, externe à la Maison municipale de santé ; Mlle Comby, externe au groupe hospitalier Necker-Enfants-Malades.

Mlle Wagner, élève à la clinique infantile à Strasbourg.

Rappel de médaille de bronze. — M. le docteur Ponthieu (de Marseille.)

Amphithéâtre d'anatomie. — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie de l'abdomen, du tube digestif et des glandes annexes), en dix leçons, par M. le Docteur Raymond LEIBOVICI, prosecteur, commencera le lundi 9 février 1931, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les élèves répètent individuellement les opérations. Droit

d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e.)

Programme du cours. — 1° Chirurgie des parois abdominales : Cure radicale des hernies inguinale, crurale, ombilicale. Cure opératoire des éventrations. — 2° Technique générale des résections et sutures sur le tube digestif : La résection intestinale ; les procédés de fermeture des bouts intestinaux ; technique des anastomoses termino-terminale, latéro-latérale, latéro-terminale ; suture à la Lembert et suture bord à bord : anastomoses aux boutons. Technique de la greffe épiploïque. — 3° Chirurgie de l'estomac : Anesthésie ; voies d'abord : gastrostomies et gastrostomie continente ; gastro et pyloroplasties ; méthode de Balfour. — 4° Les procédés de gastro-entérostomies : indications, technique. Exclusion du pylore. Gastro-gastrotomie. Les gastrectomies partielles : résection annulaire et résection en selle. — 5° Les gastro-pylorectomies pour ulcère et pour cancer : résection avec gastro-duodénostomie ou gatro-jéjunostomie ; indications et techniques. — 6° Chirurgie de l'intestin grêle et du côlon : Duodéno-jéjunostomie. Appendicectomies (voies d'abord techniques). Colopexie en équerre. Les procédés de dérivation intestinale ; anus iliaques (temporaire et définitif, droit et gauche) ; léo et cæco-sigmoïdostomie ; exclusion du côlon. — 7° Les colectomies (totale ou partielle, droite ou gauche) ; procédés, indications dans la tuberculose et le cancer ; hémicolectomie droite avec anastomose iléo-colique ; colectomies segmentaires (opération de Schwartz : entérorraphie circulaire (opération d'Hartmann). — 8° Chirurgie du rectum : Traitement des hémorroïdes ; traitement des fistules anales. Traitement du cancer et des rétrécissements du rectum (voies périnéale et abdomino-périnéale.) — 9° Chirurgie du foie et de la vésicule biliaire : Anesthésie ; voies d'abord. Traitement des abcès du foie et des kystes hydatiques. Cholécystostomie ; cholécystéctomies ; cholécysto-anastomoses. — 10° Chirurgie du cholédoque: Cholédocotomie, drainage externe, réparation des plaies et pertes de substance de la voie biliaire principale. — Chirurgie de la rate et du pancréas : Incisions ; voies d'abord ; la splénectomie.

Concours pour la nomination à six places de médecin des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 23 février 1931, à 8 h. 30 ; les candidats seront avisés ultérieurement du lieu de l'épreuve écrite anonyme. MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire au Bureau du Service de santé de l'Administration de l'Assistance publique de quatorze heures à dix-sept heures, du lundi 26 janvier au lundi 9 février 1931 inclusivement.

Hôpital Bretonneau. — *Conférences cliniques de médecine infantile.* — M. H. Grenet, médecin de l'hôpital Bretonneau, fera tous les vendredis, à 10 h. 45, une conférence clinique de médecine infantile, avec présentation de malades (Salle de la consultation de chirurgie),. Première conférence : le vendredi 23 janvier 1931.

VIe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires. (La Haye du 15 au 20 juin 1931.) — *Programme.* — Dimanche 14 juin. 17 heures : Réunion du Comité permanent.

Lundi 15 juin. 9 heures : Remise des insignes, documents, etc. — 11 heures : Réunion des Chefs des délégations et Correspondants nationaux. Séance adminstrative. — 14 h. 30 : Ouverture solennelle : puis ouverture solennelle de l'Exposition historique des Services de santé. — 19 heures : Soirée officielle.

Mardi 16 juin. 10 heures et 15 heures : Réunion de toutes les sections. — Première *question* : Recrutement, formation et perfectionnement des médecins et des pharmaciens militaires. Rapporteurs : (Pays-Bas, Yougo-Slavie). — Nomination de la commission chargée de rédiger les conclusions. 21 heures : Soirée offerte par la Municipalité.

Mercredi 17 juin, 10 heures et 15 heures : *Deuxième question.* Psychonévrose de guerre : les effets immédiats et éloignés de la guerre sur le système nerveux chez les combattants et les non-combattants. Rapporteurs : France, Etats-Unis, d'Amérique. — *Troisième question.* Préparation et conservation des ampoules médicamenteuses en usage dans les services de santé des armées de terre et de mer. Rapporteurs : Pays-Bas, Roumanie. Nomination de la commission chargée de rédiger les conclusions.

Jeudi 18 juin. 10 heures, 15 heures. — *Quatrième question.* Les procédés d'hémostase du champ de bataille. Unification du matériel de première urgence et des conditions de son application. Rapporteurs : Pays-Bas. Italie. Nomination de la Commission chargée de rédiger les conclusions. — *Cinquième question.* Les séquelles des traumatismes de guerre des dents et du maxillaire inférieur. Pour traitement. Rapporteurs : Pays-Bas, Pologne. — 14 heures : Réunion du Comité permanent. — 21 heures : Soirée offerte par le Gouvernement néerlandais.

Vendredi 19 juin : Excursion. Réunion du Comité permanent. Approbation des conclusions et préparation de l'ordre du jour de la séance de clôture. — 19 heures : Banquet.

Samedi 20 juin. 10 heures : Séance de clôture. Assemblée générale.

Cotisations : 10 florins pour les congressistes : 5 florins pour les personnes accompagnant les congressistes.

Inscriptions : Secrétariat : Jhr. Sandberg van Boelens, 3. Surinanestraat. La Haye. Les réductions des chemins de fer seront obtenues à l'Agence Cook Pays-Bas.

Clinique médicale de l'hôpital Cochin. (Professeur : M. Achard.) — *Conférences de clinique médicale pratique.* — M. Louis Ramond, médecin de l'hôpital Laënnec, fera tous les dimanches matin, à 10 h. 1/2, à la Clinique médicale Cochin (amphithéâtre Dieulafoy), une conférence de clinique médicale pratique.

Conférences médicales de l'Hôtel Chambon. — La série des conférences données sous la Direction du Comité des conférences de l'Hôtel Chambon se déroule avec succès ; M. le docteur F. Jayle, a fait dans la grande salle des conférences de l'Hôtel, le mercredi 17 décembre 1930, à 21 heures, une conférence sur le problème du chauffage. Le public nombreux a montré par ses applaudissements combien le sujet traité d'une façon à la fois scientifique et pratique l'intéressait.

Ordre du jour voté par le Syndicat des Médecins de la Seine. — Le Conseil d'administration du S. M. S., ayant pris connaissance de l'article d'un journal du soir, dont le ton badin

ne peut qu'inciter les femmes et jeunes filles désœuvrées à la pratique néfaste de cocktails ;

Déplore d'une part que certains organes de la grande presse dont le rôle devrait être de guider l'opinion, flattent un peu trop facilement les passions nocives de leurs lecteurs ;

Déplore encore que les Pouvoirs publics fermant les yeux sur les conséquences désastreuses de l'alcoolisme ne le combattent pas là où il se produit ;

Déplore enfin que la bourgeoisie dont les beaux exemples entraînaient jadis le peuple, oublie chaque jour davantage les devoirs qu'elle tient de sa situation.

Clinique chirurgicale de la Salpêtrière (Professeur : Mr A. Gosset). — *Conférences sur les maladies du foie et du tube digestif.* — M. René A. Gutmann, médecin des hôpitaux fera tous les dimanches matin, à 10 h. 1/2, au Pavillon Osiris, une conférence sur les maladies du foie et du tube digestif (clinique, radiologie, traitement).

La première conférence aura lieu le dimanche 1er février ; elle sera, ainsi que les trois suivantes, consacrée au diagnostic clinique et radiologique des ulcères.

Un Congrès abolitioniste international à Strasbourg et à Colmar. — La Fédération abolitionniste internationale a choisi pour 1931 l'Alsace comme siège du Congrès qu'elle tient tous les trois ans dans une des grandes villes d'Europe.

La date de ce Congrès a été fixée aux 30 avril, 1er et 2 mai.

Union médicale latine. — L'Assemblée générale annuelle statutaire de l'Union médicale latine aura lieu le samedi 31 février à 21 heures très précises hôtel Chambon, Maison des médecins, 95, rue du Cherche-Midi, Paris.

Lyon. — Le nombre des étudiants inscrits à la Faculté de médecine s'élève à 3.310 dont 1860 ont fait cette année acte de scolarité.

Maison départementale de Nanterre. — En vue du concours d'internat à l'hôpital départemental de Nanterre, des conférences et leçons cliniques ont commencé le 16 janvier. Pour tous renseignements, s'adresser à M. Bouroullec, interne en chirurgie, ou à M. Fabre, interne en médecine, 403, avenue de la République, Nanterre (Seine).

Conseil supérieur d'hygiène publique de France. — M. Kohn-Abrest, auditeur au conseil supérieur d'hygiène publique de France, a été nommé membre de cette assemblée, en remplacement de M. le docteur Ott, décédé.

La vaccination obligatoire contre la variole au Portugal. — Par suite de l'épidémie de variole qui sévit au Portugal, le gouvernement a publié un décret rendant la vaccination obligatoire.

Le nombre des femmes médecins en Allemagne. — Le nombre des femmes médecins en Allemagne, est actuellement de 2.652.

Nécrologie. — Dr Aimé Bantigny, de Roubaix (Nord). — Dr Giraudet, de L'Aiguillon-sur-Mer (Vendée). — Dr Max Grunspan de Brancas. — Dr Francisque Pinet, décédé à Paris à l'âge de 82 ans. — Professeur Alfonso Regulo de Oliveira Fausto, de Sao-Paulo (Brésil). — Dr Schrevel, de Bruges (Belgique). — Dr Victor Pardon, de Quincié (Rhône), décédé à l'âge de 62 ans.

TRAVAUX ORIGINAUX

La méthode scientifique en biologie (1)

Par Ch. RICHET Fils

Messieurs,

N'est-il pas téméraire de vous présenter la méthode scientifique nécessaire pour entreprendre avec succès une recherche physiologique ? Bacon, Auguste Comte, Claude Bernard surtout, n'ont-ils pas tout dit.

Cependant la biologie a progressé, les techniques se sont perfectionnées, des exemples nouveaux sont à citer et surtout en vous présentant cette méthode j'ai l'espoir de vous épargner des efforts inutiles, c'est-à-dire des années perdues.

Cette méthode, cette discipline dont je vous indique les linéaments, vous l'acquerrez en expérimentant et seulement en expérimentant. Puissiez-vous dans cette carrière n'avoir à vous heurter qu'aux choses !

Il est assez banal d'opposer la physiologie actuelle, science d'expérimentation, à la physiologie que j'appellerais préhistorique ou science d'observation car depuis longtemps Claude Bernard a bien montré qu'un ensemble d'observations ne constituaient une science que lorsque les faits étaient condensés par une pensée directrice.

La physiologie passa par les trois phases : l'idée préconçue (elle était alors un roman), le raisonnement, le fait.

Cette genèse de la science, ne la retrouvons-nous pas dans la genèse du fait expérimental dont la réalité préexiste en nous sous la forme d'une hypothèse, hypothèse de travail puis sous la forme d'un raisonnement, mais qui est mort-né tant qu'on ne l'a pas « objectivé », — excusez ce mot — par une démonstration rigoureuse. Il est, en effet, des physiologistes dans le vide qui se contentent d'émettre des idées. De tels hommes sont précieux, tant qu'ils ne présentent pas leurs hypothèses comme des réalités et qu'ils n'élèvent pas leurs raisonnements à la hauteur d'un fait expérimental mais ils sont incomplets.

Le maréchal Foch avait coutume de dire en présence d'une situation difficile : Un but, un plan, une méthode. Disons en présence d'une expérience : Une *idée*, un *plan*, une *technique*.

Une idée :

D'abord l'idée doit être *nouvelle* (2). La Révolution n'avait pas besoin de savants, a-t-on dit à l'assassinat de Lavoisier. Mais la Science a besoin de révolutionnaires.

Vouloir en effet reprendre les expériences ou les idées anciennes sans nouvelle idée directrice, fouiller dans tous ses détails l'action vaso-constrictrice du nerf splanchnique ou la localisation plus exacte du centre respiratoire, est une entreprise ingrate. Après de longs mois on arriverait (peut-être) à trouver un point de détail dont l'intérêt serait médiocre.

L'idée doit être nouvelle, mais de plus elle doit être *féconde*. A lire les *Bulletins* de certaines Sociétés savantes, on voit que la moitié des communications ne soulèvent qu'un intérêt de second ordre, car elles se rapportent à des faits isolés sans portée théorique ou générale. Sont-ils inutiles ? Certes non ; ce matériel est indispensable pour combler telle ou telle lacune de l'édifice biologique. Mais, et je m'excuse de vous donner ce conseil égoïste, laissez les autres effectuer ces travaux, attaquez-vous aux problèmes d'importance. Ils « payent » davantage. Est-il donc possible en face d'une idée, de savoir ce qu'elle « donnera » : Pour un génie peut-être, mais seulement pour un génie. Pourtant je vous indique sans trop y croire, un procédé. — Vous avez une idée que vous croyez neuve. Vous la croyez exacte ; le bon sens et le raisonnement vous l'indiquent. Vaut-elle la peine que vous consacriez à la réaliser 2 ou 3 mois de travail ? Eh bien, supposez-la démontrée. Quelles conséquences en déduirez-vous ? Si elle vous conduit à ce que j'appellerais volontiers un fait impasse, réfléchissez bien avant de vous y consacrer complètement. Et pourtant que de fois une idée que l'on croyait sans intérêt, a-t-elle jeté un jour singulier sur une théorie, ou a-t-elle modifié complètement l'évolution physiologique. L'exemple de Pasteur parti de la cristallographie pour aboutir à créer la Bactériologie est typique. En citerai-je un exemple que j'ai vécu au laboratoire de mon père il y a près de trente ans. L'étude du poison des actinies, n'avait en principe rien de passionnant et pourtant elle a abouti à l'Anaphylaxie.

L'idée ensuite, doit être *simple*.

Dix fois j'ai vu arriver des jeunes gens en mon laboratoire : pour exposer l'idée qui les avait mordus, il leur fallait quinze minutes, idée complexe, idée avec des si et des mais, idée fumeuse. L'idée simple est la meilleure. *Toutes les idées forces sont simples.* L'immunité, la sérothérapie, la sécrétion interne, l'inhibition, la chronaxie, la bactériophagie, sont des idées simples. Cette idée que vous avez, tournez-la et retournez-la en votre esprit ; pensez-y ; la réflexion simplifie singulièrement une idée. « Ce n'est pas un génie qui me révèle tout à coup ce que j'ai à dire ou à faire, c'est la réflexion et la méditation », écrivait Napoléon : donc, réfléchissez. « *Apprenez à penser* », disait Foch.

Cette idée doit être *viable*.

N'abordez pas la quadrature du cercle. Tout le monde admire la phrase du Stadhouter : « Il n'est pas nécessaire d'espérer pour entreprendre, ni de réussir pour persévérer ». Il me paraît difficile de formuler une pensée plus fausse, du moins en matière d'expérimentation. Pour le savant dont l'idée doit aboutir sous peine de n'être qu'une idée-fumée, il est nécessaire d'espérer pour entreprendre et la persévérance après échecs sur échecs est une qualité négative.

Devez-vous à ce moment faire de la bibliographie ? Pardonnez-moi si je vous scandalise, j'allais dire : non. J'exagère. N'en faites, si vous voulez, que très peu. Bien entendu il vous faut des connaissances solides et étendues, connaître les classiques, lire les monographies les plus récentes. Mais si vous voulez connaître toute la littérature sur le point spécial qui vous intéresse, il vous faudra des semaines de travail avant d'entrer en action. Du temps de Claude Bernard 250 mémoires annuels paraissaient. Il y en a maintenant 25.000. Vous voulez, par exemple, étudier un point de physiologie : les parathyroïdes. 500 mémoires ont paru sur le sujet et fatalement vous vous dites que le point que vous envisagez a dû être vu par d'autres biologistes, vous abandonnez votre idée qui pouvait être ingénieuse. Rien de décevant comme la bibliographie avant l'expérience. La sagesse me paraît d'expérimenter d'abord puis, si l'expérience réussit, et avant de la poursuivre, de rechercher ce qui a paru sur le sujet.

Surtout, pendant cette gestation n'ayez pas trop l'esprit critique. Je sais que toute une école a tendance à homologuer, esprit critique et esprit scientifique. Pendant l'expérience rien de plus exact ; mais avant l'expérience, rien de plus faux. A ce moment l'esprit critique est la forme la plus élevée, donc la plus dangereuse de la paresse puisqu'elle aboutit à l'absence d'action. *Elle tue l'action.* Il est facile de critiquer, mais la critique, (je parle de la critique systématique et *a priori*) n'a rien construit. Surtout, quand vous aurez l'idée d'une expérience ne demandez pas conseil à ceux de vos maîtres qui ont toujours l'esprit critique pour les expériences (des autres). D'un mot ils vous décourageraient. L'expérience aura toujours été faite par d'autres ou elle sera toujours impossible à réaliser (1). L'esprit critique doit s'exercer sur

---

(1) Conférence faite aux étudiants.

(2) Au fond, c'est l'idée qui crée le fossé entre les savants de classes différentes. La technique, les connaissances pratiques ou théoriques même la faculté d'observation entre un génie et un savant moyen sont bien comparables.

L'idée vient tantôt d'un fait observé sur lequel on a réfléchi, c'est la déduction ; tantôt d'un travail intellectuel spontané en apparence, mélange d'imagination et de travail subconscient. C'est l'intuition. Sans cette imagination, ou mieux encore cet *esprit d'invention* : on est un travailleur, on n'est point un savant.

(1) De grands, de très grands savants comme Vulpian, n'ont pas eu une œuvre comparable à leur valeur car ils se critiquaient trop. Certains

••

les notions acquises mais non sur ce qui est à découvrir.

Evidemment cet esprit d'invention, neuf fois sur dix (au moins) aboutira à une expérience avortée. Qu'importe si la dixième fois vous réussissez. Ce succès vous dédommagera. Donc, avant l'expérience laissez votre imagination en liberté. Si elle est trop étroitement canalisée, vous croyez suivre une grande route alors que vous êtes dans une ornière. Pour que cette idée neuve, que vous espérez féconde, viable, puisse être expérimentalement réalisée, pensez-y et repensez-y ; vous-la rendrez de plus en plus claire. Puis avec optimisme mettez vous à l'œuvre.

Un plan :

Votre idée est précisée, vous voulez la réaliser.

Comment ?

Vous êtes dans la situation d'un auteur dramatique qui a l'idée centrale d'une pièce. Cette idée, il doit la développer pendant trois actes. Il a tout à subordonner au conflit dramatique et psychologique et la pièce est mal faite si chaque scène ne met en valeur le caractère de la situation ou des personnages principaux.

Posez-vous alors l'éternelle question de Foch. *De quoi s'agit-il* ? Cette mise en équation va singulièrement faciliter le problème. Elle vous force à préciser les moyens d'attaque dont vous disposez pour vaincre les difficultés. Devez-vous les prendre de front, avez-vous avantage à les tourner ?

Si le problème doit être abordé directement, quelle technique allez-vous mettre en œuvre ?

Vous voulez démontrer, par exemple, qu'un nerf a telle fonction ; vous pouvez le couper mais des suppléances sont possibles. Vous pouvez l'exciter mais d'autres filets antagonistes peuvent l'être par la même occasion. Vous pouvez être amené à le paralyser par des agents pharmacodynamiques, mais les agents toxiques ont une action complexe. Autant de problèmes qui exigent un plan d'attaque précis.

Peut-être y a-t-il avantage à aborder le problème par la tangente. Prenons un exemple simple : Vous avez à démontrer le passage d'ovalbumine de l'intestin dans le sang ; évidemment le problème peut être résolu directement. Mais il est plus facile et tout aussi probant de déceler cette ovalbumine dans l'urine.

Bien souvent la complexité du problème est autre et alors vous devez demander à la Physique, à la Chimie, à la Chimie-physique, à la Pathologie, les données susceptibles de fournir une meilleure démonstration que les méthodes biologiques habituelles. Abordez alors ces méthodes en sachant vous plier à la discipline de ces sciences, différente de la discipline biologique. Ne faites pas alors la Physico-chimie en biologiste, mais faites-la en Physico-chimiste ; si vous n'avez pas la compétence nécessaire, une collaboration est indispensable.

Mais parler de plan d'ensemble est assez décevant, j'allais presque dire enfantin. En effet si l'homme propose, l'expérience dispose. On peut faire un plan magnifique sur le papier, comme jadis le Conseil aulique imposait à ses généraux des plans de bataille, et les événements expérimentaux viennent bouleverser ce plan de façon telle qu'il est illusoire d'en poursuivre le développement. Alors, n'hésitez pas à le transformer. Votre second, ou votre troisième plan sera meilleur que le premier car il tiendra déjà compte des résultats obtenus. En *expérimentation on est entraîné par les faits.*

Une technique :

Entendez ce mot dans le sens le plus large.

Sachez, comme le recommande Arthus, utiliser l'animal le mieux adapté. Il est inutile d'étudier les avitaminoses chez le lapin, car il y est quasi-réfractaire. Quand vous abordez l'hérédité ou le problème de la croissance chez les mammifères, la souris et le rat blanc sont les animaux de choix. Le pneumothorax unilatéral, ne le réalisez pas chez le chien, car tout se passe comme s'il n'avait qu'une plèvre. Deux médecins, d'ailleurs distingués, n'avaient-ils pas fait un travail sur l'appendicite des chiens — qui n'ont pas d'appendice. — Ils avaient confondu l'appendice et le cæcum !

Il est des animaux qui doivent leur gloire biologique, gloire dont les premiers ils apprécient la vanité, à telle ou telle disposition anatomique ou physiologique. La tortue avec ses deux trachées ; le cobaye avec sa sensibilité à la tuberculose humaine la marmotte avec sa faculté d'hibernation, etc.

Avant l'acte expérimental, l'hypothèse, l'esprit d'invention, l'imagination, la fantaisie même sont indispensables. A ce moment, abandonnez-les, vous n'êtes plus qu'un observateur strictement impartial dont le sens critique doit être aigu(1). Utilisez avant tout l'être objectif par excellence, je veux dire le chiffre. Servez-vous de la méthode graphique.

Mais observer est difficile, et tous nous avons le même défaut, *nous ne voyons que ce que nous voulons voir.* Ne soyez donc pas de ces chercheurs hallucinés, dont parle Paul-Bert. Ayez les yeux tout autour de la tête, disait Claude Bernard.

Si vous cherchez les modifications de la pression artérielle provoquées par une drogue, ou l'excitation d'un nerf, regardez aussi les modifications thermiques, respiratoires, digestives ou rénales, la pression veineuse, celle du liquide céphalo-rachidien. Bien souvent le biologiste se félicite d'avoir en cherchant un fait, découvert un autre phénomène. Plus souvent encore, mais cela il l'ignore, il est passé à côté d'une découverte, car il était hypnotisé par ce qu'il cherchait à voir (2).

Cherchez tout autant à confirmer votre hypothèse qu'à l'infirmer. *Au fait, pliez l'idée.* Cette discipline (3) est la plus difficile de toutes. C'est l'autocritique.

Dès la première expérience, ne visez pas à la perfection. Voyez d'abord le phénomène grossier. Ne vous occupez pas de la troisième décimale. Les détails vous empêcheraient d'avoir une vue d'ensemble. Ce premier résultat obtenu mais alors seulement sériez le problème. Il est, en effet, exceptionnel d'arrivre dès le début à l'optimum. Vous augmenterez ou diminuerez l'anesthésie : vous exciterez le nerf avec des courants d'intensité variable, vous pratiquerez des dosages plus rapprochés, etc. Et surtout, à chaque expérience, quand vous « tenez » déjà le phénomène cherché, n'apportez qu'une variante. Descartes (qui a fondé la méthode scientifique) n'avait-il pas conseillé de diviser le problème en autant de difficultés qu'il est nécessaire pour le résoudre. Loin de perdre du temps, vous en gagnerez, car vous avancerez sur un terrain ferme. Répétez l'expérience si elle a échoué, répétez la surtout si elle a réussi sans trop vous arrêter à cette boutade classique, il est vrai, dans les laboratoires : Si l'expérience a réussi ne la recommencez pas, car cette fois elle échouerait.

Si trois à quatre fois de suite, mais ces chiffres n'ont rien de fatidique, une expérience simple réussit, le savant a déjà la certitude morale de la vérité. Alors il doit essayer de démolir sa théorie en multipliant les expériences de contrôle pour atteindre la certitude matérielle.

Surtout, si dans cette série une expérience échoue, n'allez pas vous désespérer et croire que les résultats précédents ont été mal observés (4). Une expérience négative n'a jamais in-

génies ont apparu, qui manquaient (à un point rare) d'autocritique, le type en est donné par Brown-Séquard.

(1) Encore ne faut-il pas l'exagérer. J'ai connu un savant par ailleurs remarquable qui ne trouvait jamais suffisantes les expériences de contrôle qu'il multipliait et variait à l'infini.

Ce qu'il écrivait était certes gravé sur l'airain, mais... il n'écrivit rien les 15 dernières années de sa vie. C'est la *maladie du scrupule* des théologiens.

(2) Exemple : Pourfour du Petit a l'idée de déclencher des phénomènes oculaires par l'ablation du sympathique. Il les observe mais il passe à côté de phénomènes plus importants encore ; les phénomènes vaso-moteurs et il a fallu répéter cette expérience pendant 60 ans pour qu'ils attirent l'attention.

(3) Il est extrêmement curieux de noter que certaines théories dont les observations ultérieures ont montré la justesse sont établies sur des expériences *initiales* inexactes ou du moins très imprécises. En voici deux exemples : La glycogénie et la sécrétion interne. Claude Bernard, pour démontrer la glycogenèse s'est servi de méthodes de dosages déplorables, bien qu'elles fussent les meilleures de l'époque. Avec sa méthode, l'erreur est de 50 % environ. Pourtant sa théorie a été confirmée. Les faits sur lesquels Brown-Séquard a édifié sa théorie de la sécrétion interne, sont plus que discutables, son expérimentation terriblement médiocre ; elle aboutit pourtant à créer une véritable science nouvelle : l'endocrinologie.

(4) Magendie, ce génie qui niait le raisonnement, était heureux quand l'expérience échouait, infirmant ainsi sa théorie. C'était presque du sadisme intellectuel.

firmé une expérience positive bien faite. Elle prouve simplement que le phénomène est plus complexe et qu'une condition dont vous avez méconnu l'existence est à préciser.

Quand vous êtes arrivés à cette certitude matérielle, relisez vos protocoles, revoyez vos graphiques, faites des courbes, dressez vos listes de chiffres en les ordonnant d'après telle ou telle façon. Vous y apporterez de la clarté. Rédigez une note comme si elle devait être publiée dès ce moment. C'est le meilleur moyen de percevoir une faute dans votre raisonnement, le caractère encore hypothétique de telle ou telle de vos affirmations. Reprenez alors vos expériences, colmatez le point faible.

Le fait est maintenant prouvé. Votre tâche est-elle accomplie ? Non.

Un fait en lui-même n'est pas plus intéressant qu'une pierre colorée solitaire. Ce qu'il importe, c'est de placer cette pierre dans la mosaïque dont elle fait partie et d'ordonner ce fait dans le groupe des phénomènes adjacents. Démontrer que l'injection de sang pancréatique dans les veines d'un autre animal diminue la glycémie normale, ne prend son intérêt que lorsque vous l'opposez à l'absence de modification qu'entraîne l'injection du sang provenant des autres organes.

Quel intérêt offre le chiffre isolé qui mesure la chronaxie des extenseurs de la cuisse chez la grenouille ? Aucun, si on ne compare cette chronaxie à celle des nerfs correspondants, celle des extenseurs à celle des fléchisseurs, celle de l'animal normal à celle de l'animal curarisé, etc. Alors le fait devient une loi. Il n'est de science que du général, disait déjà Aristote. Facilement on aurait la paresse de se borner à l'exposé du fait. Et pourtant vous vous apercevez qu'il y a avantage (quand le fait en vaut la peine) à opposer, à comparer ce phénomène à d'autres du même ordre. Forcément dans ces analogies, dans ces déductions, une part d'hypothèse est permise (à condition de préciser ce qui est encore une hypothèse).

N'abandonnez pas votre découverte, une fois qu'elle a été publiée. Suivez-la dans la vie scientifique, voyez l'influence qu'elle exerce, lisez attentivement les critiques. Elles contiennent toujours une part de vérité. Si les savants n'étaient pas des hommes ils devraient bénir les contradicteurs même les plus passionnés. Bien souvent un fait nouveau observé par vous ou par d'autres, ou même la simple réflexion, vont vous faire apparaître cette découverte sous un autre angle, donc sous un aspect différent. Reprenez-la quelques mois ou quelques années après en ayant soin de la généraliser davantage ou d'en déduire des applications. Ce sera la source de nouvelles idées.

Si vous observez, en effet, la production des grands savants, vous voyez que de 30 à 60 ans, c'est-à-dire à leur période de haute production, ils ont remué à nouveau les idées qu'ils avaient essayé de démontrer dans leur prime jeunesse. L'exemple de Claude Bernard est typique, dont le dernier mémoire avait trait au dosage du glucose dans le sang qu'il avait étudié vingt-cinq ans auparavant.

Dans l'œuvre de chaque grand savant il y a en effet une idée dominante. Elle a canalisé leurs pensées et leur œuvre. C'est Magendie et les fonctions des racines rachidiennes, Paul Bert et l'étude des fonctions respiratoires, Charcot et les localisations nerveuses, Pasteur et l'immunité, Marey et la méthode graphique, Gley et les sécrétions internes.

Cette idée directrice fait l'unité de l'œuvre de ces savants.

De tels hommes d'une seule idée, quand cette idée est générale et féconde, il est plat de les admirer : Rendez-leur un hommage plus grand en ayant l'audace de les prendre pour modèles. Vous n'en aurez pas de meilleur car ils avaient la technique, le don d'observation et surtout l'esprit d'invention qui, quoiqu'on en die, doit être la faculté maîtresse du véritable savant.

Diathermie. — Au cours des séances de diathermie abdominale et pendant leur effet utile le sympathique, alors plus excitable, prend aisément la prédominance sur le vague. Jean CONTENCIN. Le sympathique au cours des séances de diathermie dite chauffante. *C. R. de la Soc. de biol.*, Paris, 1929, tome CI, n° 21).

M.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Le cancer du dos de la main

Par M. J.-P. TOURNEUX
Chirurgien chef des Hôpitaux de Toulouse

On désigne actuellement sous le nom de cancer du dos de la main des tumeurs d'origine épithéliale, développées aux dépens de l'épiderme de cette région.

I. — Historique

Bien que l'existence d'un épithélioma au niveau du dos de la main ait dû vraisemblablement être observé de tout temps, il est à remarquer que l'étude de cette localisation cancéreuse n'a commencé que vers le début du siècle dernier, et que pendant très longtemps les auteurs se sont bornés à ne rapporter que des cas isolés.

En effet, si la première observation en date semble devoir être attribuée à Robinson en 1836, observation suivie ultérieurement de celles de Bowen (1849), de Chassaignac et de Lawrence (1852), de Szokalski (1853), de Babington (1856), de Hodge et Birkett (1857), de Roger, de Mott et de Bryant (1859), de Fergusson (1864), d'Hutchinson et de Watson (1866), de Delagarde (1867), de Richardson (1869), de Duer et de Quint (1870), de Mussey, de Meldon et de Pancoast (1872), de Waitz, de Seeley et de Frusci (1877), de Bellamy et de Shepherd (1879), de Beck (1880), de Reignier, de Heurtaux et de Knox (1884), de Princeteau (1887), de Purcell, de Liber et de Duhamel (1889) et de Reboul (1893), il faut en arriver à la thèse d'Astié (1895), qui ne groupe d'ailleurs que des observations toulousaines, pour trouver le premier travail relatif à cette question, car les mémoires d'Heurtaux (1860), de Wolkmann (1889), ainsi que les thèses de Schneider (1889), de Michel et de Weiss (1891), bien que contenant des documents fort intéressants, se rapportent au cancer en général ou au cancer des extrémités des membres et n'ont pas en vue une étude spéciale du cancer du dos de la main.

Cette question fut reprise deux ans plus tard dans la thèse de Labiche (1897), qui bien que ne groupant malheureusement que 29 observations, réalisa pourtant une très bonne mise au point : puis, de nouveaux cas, signalés par Wiart (1897), par Morestin (1899), par Mac Guiri (1900), et par Mac Donagh (1901) furent suivis des thèses de Le Couedic (1902), de Garnier (1903) et de Bouche (1906), ainsi que des observations de Rathon (1906) et de Tixier (1907). La thèse de Peraldi (1910), les articles de Dubreuil et de Parker (1912), de Baldwin et de Tourneux (1913), de Lapeyre et de Coenen (1914), de Fox (1915), de Melchoir et de Bunch (1916), de Cumston (1917), de Foote (1918), de Potherat, de Mauclaire et de Remilly (1920), de Clifton et de Corlette, (1921), de Montgomery (1923), de Perkins (1924), de Mason et de Ducuing et Tourneux (1929) en apportant de nouvelles observations de cancer du dos de la main, en ont permis une étude d'ensemble plus complète.

II. — Etiologie

L'origine des épithéliomas du dos de la main est tout à fait obscure, et l'on peut dire que l'on ne connaît pas de causes certaines, locales ou générales, qui puissent être considérées comme étant les causes déterminantes de ces tumeurs, en remarquant toutefois que très souvent leur apparition a été précédée ou accompagnée par des irritations locales, qui quelles qu'elles soient paraissent avoir une part dans le dé-

veloppement sinon dans la production de ces néoplasmes.

Il y a donc là tout au moins des causes locales prédisposantes et adjuvantes qui peuvent être groupées en quatre classes comprenant les traumatismes, les dermatoses, les papillomes et les cicatrices.

Les traumatismes paraissent jouer un rôle assez considérable dans le développement de ces tumeurs, et viennent bien souvent se surajouter aux autres agents d'irritation. Cependant, le traumatisme à lui tout seul paraît pouvoir favoriser la néoformation épithéliale que l'on observe à la face dorsale de la main, qu'il s'agisse de traumatisme seul (Fox, Bunch), de piqûres d'épines (Heurteaux, Tixier), d'égratignure par branche d'arbre (Rathon) ou de morsure (Chassaignac) ; les plaies contuses, les frottements répétés seraient également au dire des malades souvent à l'origine de ces lésions, et c'est ainsi que pourraient s'expliquer les épithéliomas dits professionnels qui sont si fréquents au niveau du dos de la main.

Les dermatoses se retrouvent aussi bien souvent dans l'histoire clinique des malades, et c'est ainsi que l'on a pu particulièrement incriminer l'eczéma chronique (Cumston), le psoriasis, le lupus (Waitz, Morestier), le xéroderma pigmentosum. Les ulcères de toute sorte ont été également signalés comme étant dans un certain nombre de cas le point de départ d'un épithélioma (Jauzion), et il convient enfin de signaler la fréquence de ces lésions de la peau plus ou moins disséminées, connues sous le nom de séborrhée sénile ou crasse des vieillards, qui se recouvrent de croûtes souvent enlevées et qui après une évolution extrêmement lente donnent naissance à des épithéliomas nettement caractérisés.

Les papillomes sont peut-être les plus constants dans l'étiologie de l'épithélioma du dos de la main (Remilly, Wiart, Richardson, Foote, Duer). Apparaissant au cours de l'adolescence ou de l'âge mûr généralement sous la forme de verrues, ils sont probablement favorisés dans leur développement par la malpropreté, ce qui explique sans doute leur présence, fréquente chez les laboureurs et les garçons d'écurie. Ces productions épithéliales sont presque toujours bénignes, et ce n'est que sous l'influence de traumatismes répétés ou de traitement inopportun tels que cautérisation ou grattage qu'elles en arrivent à la malignisation.

Enfin les cicatrices sont aussi une des causes et non des moindres des épithéliomas du dos de la main, et en particulier les cicatrices anciennnes (Beck, Coenen, Melchoir). Toutes, quelle que soit leur origine, peuvent subir cette dégénérescence, qui s'observe surtout à la suite des cicatrices de brûlure (Sullivan, Lapeyre) ainsi que des radiodermites provoquées par les rayons X (Potherat), et comme elles siègent très souvent sur le dos de la main, on comprend aisément l'importance qu'elles ont dans cette étiologie.

Telles sont les causes locales que l'on observe la plupart du temps à l'origine de ces tumeurs ; il est cependant des épithéliomas pour lesquels on ne retrouve aucune de ces causes et qui semblent s'être développés aux dépens de tissus en apparence sains. Certains ont prétendu qu'il serait peut-être possible pour expliquer cette prolifération d'invoquer des traumatismes ignorés ou même seulement des frottements répétés, une telle assertion paraît des plus risquée et sans fondements bien sérieux.

Toutes les causes locales qui viennent d'être successivement énumérées jouent assurément un rôle dans le développement de ces épithéliomas, mais comme elles ne sont ni nécessaires ni absolues, puisque ces tumeurs peuvent se produire en leur absence, et que d'autre part leur présence ne suffit pas à provoquer leur apparition, ce rôle ne doit probablement être que secondaire, consistant sans doute à réveiller ou à accélérer l'activité de certaines productions pathologiques se développant sous une influence que nous ignorons encore totalement aujourd'hui.

Quant aux causes générales, elles sont plus obscures encore dans leur action que les causes locales, bien que les questions d'âge, de sexe, d'hérédité et de profession aient assurément une influence plus ou moins grande dans la génèse de ces néoplasmes.

L'âge est de toutes ces causes générales celle qui a le plus d'importance; c'est, en effet, au déclin de la vie que l'on observe le plus souvent le cancer du dos de la main ; exceptionnel dans l'enfance (Bryant) et dans l'adolescence (Ducuing), rare avant 50 ans, l'épithélioma se voit surtout à partir de 65 ans.

Au point de vue du sexe, le néoplasme est beaucoup plus fréquent chez l'homme que chez la femme, dans la proportion de trois contre un ; en ce qui concerne la notion d'hérédité, très importante pour certains tels que Szokalski, qui l'avait notée dans trois de ces observations, elle le serait beaucoup moins pour d'autres auteurs, et d'une façon générale la proportion de ces néoplasies héréditaires n'est pas bien considérable.

Certaines professions telles que journaliers, bouchers, marchands de poissons, par suite des frottements sans cesse répétés, des piqûres et des irritations subies, prédisposeraient au développement du cancer du dos de la main ; mais il ne faut pas oublier qu'il convient dans ces cas de tenir grand compte de la négligence et de la malpropreté, et se souvenir que l'affection se voit avec une bien plus grande fréquence dans les classes pauvres et peu soigneuses, et qu'en particulier les habitants des campagnes y paraissent surtout exposés.

Enfin, certains auteurs avaient signalé l'influence que certains climats avaient sur le développement des tumeurs, mais cette opinion paraît des plus contestables.

Quant à la fréquence du cancer du dos de la main, elle paraît des plus difficiles à évaluer : Ducuing en quelques années seulement a pu en observer 23 cas, c'est dire qu'ils ne sont pas rares. D'ailleurs il est infiniment probable que bon nombre de vieillards négligents ou négligés meurent avec un de ces néoplasmes, sans avoir jamais été examiné ou soigné pour cette lésion.

III. — Anatomie pathologique

Les cancers du dos de la main, tumeurs de nature épithéliale, se développent aux dépens d'un épithélium d'origine ectodermique représenté par l'épiderme et ce n'est que tout à fait exceptionnellement qu'ils dérivent de l'épithélium des glandes sudoripares ou sébacées.

Cet épithélioma débute ordinairement par une petite verrue dont la consistance est dure et dont la base est constituée par une hypertrophie des papilles de la peau. Puis cette verrue augmente de volume en même temps qu'elle se vascularise, elle devient encore le siège de démangeaisons, elle se fendille et s'excorie. Les crevasses ainsi formées en se répétant donnent naissance à une ulcération, qui produit un liquide séreux dans lequel se retrouvent des cellules épithéliales et des leucocytes.

L'épithélioma s'allonge ensuite entre les papilles et vient envahir le derme où se produit une active prolifération cellulaire constituant la zone d'envahissement, d'infiltration des tissus voisins. Dès que la partie saine est envahie, et que les productions épithéliomateuses pénètrent les régions avoisinantes, on constate l'apparition de l'inflammation des téguments : la zone d'envahissement seule sépare des tissus sains la prolifération néoplasique et dès lors l'ulcération s'étend en profondeur et en largeur, affectant des formes variables, fissuraire, ulcéreuse ou en choux-fleur, détruisant la peau saine, envahissant l'hypoderme et atteignant ensuite les couches sous-jacentes pendant que s'effectue parallèlement l'envahissement ganglionnaire.

Il est à remarquer au sujet de cette propagation cancéreuse, que la peau qui recouvre le dos de la main, est particulièrement mince, qu'elle est dépourvue de toute espèce de panicule adipeux et qu'elle n'est séparée du plan profond que par une nappe peu importante de tissu cellulaire sous-cutané ; et c'est ce qui explique la rapidité avec laquelle la néoplasie, une fois qu'elle s'est mise à évoluer, envahit le plan sous-jacent, infiltrant les tendons, les muscles, les os, les articulations, parfois même les vaisseaux et les nerfs (Reboul).

Dans un autre ordre d'idées, il ne faut pas oublier que le premier relai ganglionnaire des lymphatiques du dos de la main est situé au niveau de l'épitrochlée et que le second se trouve dans le creux axillaire : les vaisseaux présentent donc


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS

de ce fait de longs trajets antibrachiaux et brachiaux qui augmentent d'une façon considérable la dissémination cancéreuse et par suite l'envahissement de l'organisme.

Au point de vue structural, en négligeant les épithéliomas d'origine glandulaire dont il n'existe que un ou deux cas prouvés, il s'agit presque uniquement d'épithéliomas pavimenteux à globes cornés, d'épithéliomas spino-cellulaires ; beaucoup plus rarement c'est à l'épithélioma pavimenteux à cellules basales, à l'épithélioma baso-cellulaire que l'on a affaire.

L'épithélioma spino-cellulaire est constitué par des boyaux, des lobules de cellules épithéliales infiltrées dans le tissu conjonctif et présentant toutes des caractères qui les rapprochent des cellules normales. A la périphérie d'un lobule néoplasique, on trouve des cellules cylindriques ou cubiques rappelant la couche basale de l'épiderme ; en avançant vers le centre de ce lobule, on rencontre les différents stades de l'évolution épidermique, d'abord des cellules polyédriques unies par des filaments d'union, puis des cellules de plus en plus aplaties qui tendent à se disposer en couches concentriques et donnent les réactions histo-chimiques de la kératine. Le plus souvent, on trouve dans la plupart des lobules de la tumeur des globes cornés, ces formations, qui rappellent par leur disposition les écailles d'un bulbe d'oignon, sont constituées par l'emboîtement concentrique de cellules kératinisées ou aplaties provenant de l'évolution des cellules épithéliales de la tumeur. Ces globes cornés sont plus ou moins abondants et plus ou moins typiques selon les cas, parfois ils ne sont qu'ébauchés ou incomplets.

Les cellules épithéliales contenues dans les lobules montrent toujours des altérations nucléaires importantes : certaines cellules présentent des noyaux multilobulés, bourgeonnants, d'autres sont en division indirecte, mais ces mitoses, au lieu d'être comme d'une manière normale disposées perpendiculairement par rapport à la paroi sur laquelle repose l'assise des cellules basales, sont le plus souvent disposées parallèlement à cette paroi : il y a désorientation cellulaire. En outre, ces mitoses sont atypiques, la chromatine se disposant en trois ou quatre pelotons fortement colorés qui se répartissent dans le protoplasma.

Quant aux épithéliomas baso-cellulaires, ils sont formés par des boyaux de cellules épithéliales, étroits, allongés et parfois creusés d'une cavité centrale : les cellules sont petites, cubiques ou cylindriques rappelant tout à fait les cellules de la couche basale de l'épiderme. Cet épithélioma s'enfonce profondément dans le derme sous forme de traînées cellulaires, fort grêles, souvent anastomosées et composées de deux ou trois rangées de petites cellules épithéliales : il n'y a pas dans cette forme d'évolution épidermique complète et l'on n'y rencontre jamais de globes cornés.

Comment apparaît et se développe anatomiquement à son début l'épithélioma du dos de la main ? L'épithélioma pavimenteux lobulé ou spino-cellulaire, débute par un seul point, il est unicentrique à son origine, et c'est de ce centre unique que la tumeur irradiera pour infiltrer les tissus voisins et les détruire.

Une fois le premier amas d'épithélioma constitué, celui-ci va s'insinuer sous la peau voisine et finira par la détruire : alors apparaîtra l'ulcération épithéliomateuse et sur les bords de l'ulcération, on pourra distinguer la limite séparant la peau normale de l'épithélioma. L'étude de coupes en séries faite par Ribbert et ses élèves a montré en effet d'une manière irréfutable qu'il n'y a jamais transformation de tissu normal en épithélioma : les zones limitrophes de la tumeur sont des zones d'envahissement direct des tissus normaux par le néoplasme, le tissu sain est détruit sans être transformé. L'épithélioma est unicentrique et le reste pendant toute son évolution ; il détruit les tissus sains sans que ces derniers se transforment le moins du monde en épithéliomas.

Une conséquence pratique des plus importantes se dégage de cette unicité du néoplasme à son début : si l'on parvient en effet à enlever un noyau épithéliomateux tout à fait à ses premiers stades, et si l'on arrive à dépasser largement au cours de l'exérèse les limites de la tumeur, on peut supprimer le mal radicalement, mais à la condition bien entendu qu'il n'y ait pas déjà de métastases ganglionnaires méconnues.

IV. — Symptomatologie — Pronostic

L'épithélioma cutané du dos de la main peut se manifester spontanément mais dans la très grande majorité des cas il apparaît au niveau d'une lésion antérieure, cicatrice, brûlure, dermatose, etc. Naturellement dans chacun de ces deux cas le tableau clinique diffère quelque peu au début, et l'on conçoit fort bien que l'on puisse dans les observations décrire des périodes de latence d'une très grande durée. Tous les états précancéreux, qui ont été énumérés, peuvent en effet être considérés par certains auteurs comme représentant la période de début du cancer. En réalité, le début véritable se manifeste par de petites modifications des états précédents, lorsqu'ils existent, consistant en épaississement, en fissuration, en ulcération. Quand ces lésions n'existent pas, le cancer se manifeste d'emblée par les signes physiques qui caractérisent la première phase de la période d'état.

On peut, en effet, d'une façon générale considérer à l'épithélioma du dos de la main deux phases cliniques successives résultant d'un état anatomique différent et donnant à la maladie un cachet spécial, souvent même une source d'indications thérapeutiques particulières. Mais avant de commencer la description détaillée de ces deux périodes, il convient de faire remarquer que cette division, quoique essentiellement clinique, reste tout de même un peu schématique, car ici, comme dans tous les cadres de classifications, les limites ne sont pas mathématiquement bien tranchées. Si, en effet, certains épithéliomas séniles restent longtemps à l'état de petite tumeur sous-épidermique, d'autres au contraire présentent une malignité beaucoup plus grande, avec rapidité d'évolution beaucoup plus considérable, ils s'ulcèrent rapidement et donnent alors le tableau complet de la seconde période.

Période non ulcérée. — Il s'agit le plus souvent d'individus âgés, appartenant pour la plupart à la classe ouvrière : le début est très lent, insidieux et passe généralement inaperçu.

Au point de vue des symptômes physiques, c'est la présence de la *tumeur* qui attire presque toujours l'attention du malade : siégeant sur la face dorsale de la main, elle consiste en une induration dont les limites sont dès le début assez difficiles à préciser très exactement. Cette induration, souvent aplatie, peut au contraire dans certains cas présenter une saillie arrondie en cerise comme les verrues.

Cette induration possède le caractère important de faire dès son apparition corps avec la peau ; si l'on essaie, en effet, de la pincer et de la mobiliser au-dessus de cette tumeur, on s'aperçoit qu'elle tient aux couches profondes de l'épiderme ; un de ses signes caractéristiques, a dit Delbet, c'est l'absence de toute circonscription, c'est l'impossibilité de percevoir nettement les limites de la tumeur, on ne sent ni où elle commence, ni où elle finit, parce que autour d'elle, il y a toujours des portions à demi envahies. Même dans la période pré-ulcéreuse, la peau au-dessus de la tumeur n'est pas absolument saine : elle présente cet aspect spécial chagriné de la peau d'orange, indice des adhérences malpighiennes.

Dans d'autres cas, le cancer du dos de la main débute par une sorte de bouquet de papilles hypertrophiées reposant ou non sur une base unique, et englobées dans une gaine épidémique. Ce sont des granulations grosses comme des grains de millet faisant une saillie hémisphérique. La coloration de ces tumeurs papillaires est grisâtre ou rosée et l'on distingue souvent dans leur voisinage des stries formées par des capillaires dilatés.

D'autres fois enfin, le cancroïde du dos de la main débute par un tubercule grisâtre ou rosé du volume d'un grain de froment : cette production fait au niveau de la surface cutanée une saillie également hémisphérique inégale, lobulée et sessile.

Les symptômes fonctionnels de cette période sont très peu accusés et parfois même inexistants.

La majorité des auteurs signale le *prurit* dont la persistance présenterait un caractère diagnostique assez important (Cumston). C'est au niveau d'une ancienne cicatrice, d'une verrue

◆◆◆

qu'il se localise : son intensité peut être assez grande et l'on conçoit l'importance que ce symptôme peut avoir dans l'évolution de la maladie. Par suite du grattage qu'il oppose à ces démangeaisons incessantes, le malade devient, en effet, lui-même la cause d'une irritation continue qui influence la marche de l'affection, et il ne faut pas oublier en outre que le traumatisme ainsi produit incessamment provoque l'ulcération.

La *douleur* est un symptôme très peu marqué dans cette période : son absence contribue même à poser le diagnostic. On a vu des tumeurs épithéliales à marche lente être portées pendant de nombreuses années sans que le malade en fît aucun cas, d'autre fois, il se produit quelques sensations de picotement, une légère douleur sourde.

La *gêne fonctionnelle* ne présente à cette période de début aucun caractère bien précis : elle manque le plus souvent, à moins que la tumeur ne siège au niveau d'un pli articulaire, d'une jointure mobile, telle que le poignet ou une articulation métacarpo-phalangienne.

Il est à noter que dans quelques cas, très rares il est vrai, et à évolution ultra-rapide (Hodge, Clifton), il se produit un retentissement ganglionnaire avant que la tumeur primitive se soit ulcérée.

Période ulcérée. — Ce deuxième stade de l'évolution du cancer du dos de la main se produit fatalement, et le moment de son apparition ne constitue qu'une question de temps. Il se manifeste sous trois états, fissuraire, en choux-fleur et ulcéreux.

La *forme fissuraire* se présente sous l'aspect d'une étroite perte de substance dont les bords sont taillés à pic et qui ne possède aucune tendance spontanée à la cicatrisation. L'écartement des lèvres est assez limité, et leur induration est manifeste, souvent, elles se boursoufflent, leur surface extérieure prend un aspect luisant et la peau s'amincit à leur niveau : le versant est de ce côté en pente douce et l'induration n'y est pas délimitable, parfois, des nodules néoplasiques peuvent y apparaître sous forme de petits grains disséminés. La sécrétion est en général peu abondante, constituée par un peu de liquide louche très légèrement teinté de sang. Cette forme fissuraire est assez douloureuse, mais d'évolution très lente.

Dans la *forme en choux-fleur*, qui est la plus fréquemment observée, la tumeur, se détachant d'une façon très nette de la peau qui l'entoure, présente à considérer un fond, un pourtour et une zone environnante.

Le fond est irrégulier, tomenteux, recouvert de bourgeons indurés dont la surface cruentée est souvent le siège d'hémorragies plus ou moins abondantes. Dans les sillons séparant les bourgeons, se dépose un magma constitué par du sang coagulé, de la sérosité purulente, des poussières, ce qui leur donne une coloration brunâtre qui tranche sur celle des bourgeons. Ainsi constituée, l'ulcération à un certain moment peut présenter une tendance à l'excavation : on voit le fonds s'éliminer progressivement alors que les bords restant surélevés forment une pente en entonnoir à surface irrégulière.

Les bords de ce choux-fleur sont épaissis et indurés, leur surface n'est souvent pas ulcérée, mais à leur niveau la limite de l'épiderme est des plus irrégulière, et en certains points l'ulcération peut envoyer vers la périphérie des expansions plus ou moins importantes. Ces bords sont généralement à pic du côté interne et descendent en pente douce vers la peau environnante, plus rarement ils débordent en dehors l'implantation de la tumeur, formant ainsi un sillon circulaire parfois assez profond.

Quant à la région environnante, elle offre ceci de particulier qu'elle se continue avec la tumeur et qu'elle présente ou bien des travées indurées, indice d'une propagation ou bien encore des nodules isolés dont la nature néoplasique ne peut laisser aucun doute.

La troisième forme, la *forme ulcéreuse* s'oppose à la précédente : pas ou presque pas de saillie sur le plan environnant, les bords un peu épaissis sont à peine surélevés, par contre le fond est creusé, la tumeur s'infiltre par sa base et se creuse en surface, elle adhère très rapidement aux plans sous-jacents.

Dans ces trois formes, la sécrétion n'est jamais très abondante, elle est constituée par un liquide sanieux, épais, brunâtre, se coagulant facilement sur l'ulcération et formant une croûte, qui peut avoir une certaine adhérence avec la tumeur, mais en est séparée le plus souvent par une petite couche de pus, ce qui fait qu'elle n'adhère nettement qu'à la périphérie. Lorsqu'un traumatisme ou un contact un peu violent la fait tomber, il se produit alors presque toujours une petite hémorragie : la forme en choux-fleur est celle qui saigne le plus abondamment.

Pendant la deuxième période, période d'ulcération, les symptômes fonctionnels sont beaucoup plus marqués.

La *douleur*, qui a tant tarder à se manifester, prend rapidement un caractère assez aigu, et peut acquérir une intensité telle qu'elle constitue à elle seule une indication opératoire : elle est due à l'envahissement par le néoplasme des terminaisons nerveuses, parfois même des troncs nerveux (Lawrence, Reboul). D'abord bien limités, les phénomènes douloureux prennent rapidement le type de névralgies irradiées rebelles d'un traitement très difficile.

La *gêne des mouvements* devient en même temps plus considérable et peut en arriver à supprimer complètement la valeur fonctionnelle de tout le membre. Cette gêne est due à l'envahissement en surface de la tumeur, à la propagation en profondeur et surtout à l'infiltration des tendons des extenseurs qui sont alors immobilisés. Plus tard, lorsque les divers plans souples ont été atteints, le néoplasme arrive en contact du squelette osseux, lui adhère et l'envahit ainsi que les articulations, rendant ainsi tout mouvement matériellement impossible et réalisant la main clouée.

Une *odeur* nauséabonde se dégage d'une façon habituelle de la tumeur : elle résulte du sphacèle des parties mal nourries, des desquamations épithéliales et quelquefois aussi des nécroses osseuses profondes.

Arrivé à la deuxième période de son évolution, et parfois déjà avant, le cancer du dos de la main présente des propagations qui peuvent être à la fois régionales et générales.

A côté de l'expansion régionale consistant dans l'infiltration des tendons, des muscles, des vaisseaux, des nerfs, des os et des articulations, la propagation ganglionnaire est de beaucoup la plus importante : souvent le ganglion épitrochléen est pris précocement, et en ce qui concerne l'adénopathie axillaire, elle est des plus fréquentes. Les ganglions d'abord libres et mobiles, ne tardent pas à se fixer entre eux et parviennent ainsi à former de grosses masses qui remplissent tout le creux de l'aiselle et arrivent à gêner considérablement les mouvements du bras. En outre, par leur volume, ces ganglions finissent par comprimer le paquet vasculo-nerveux avec lequel ils contractent des adhérences parfois très solides, on voit dès lors tous les troubles qui s'ensuivent, œdème du bras et douleurs névralgiques des plus intenses. Dans certains cas, ces adénopathies peuvent s'ulcérer, et les hémorragies fréquentes qui se manifestent, plus dangereuses par leur répétition que par leur abondance, contribuent à augmenter la cachexie cancéreuse.

Quant aux propagations à distance, elles se produisent un peu plus tard, au niveau de la peau (Robinson), des viscères (Birkett, Fox), de la colonne vertébrale (Parker) et ne diffèrent pas en somme des autres généralisations cancéreuses.

C'est ainsi à ce moment que commence à s'installer la période cachectique : les forces du malade déclinent rapidement, l'amaigrissement devient de plus en plus marqué, les hémorragies locales prennent un caractère anémiant par leur répétition, les douleurs entraînent l'insomnie, enfin la fièvre due à l'infection et la généralisation finissent par entraîner la mort du malade.

Au point de vue du pronostic, on peut dire d'une façon générale que le cancer du dos de la main constitue une affection ne guérissant jamais par elle-même, mais pouvant rester stationnaire pendant de nombreuses années : ce qui tend malheureusement à l'assombrir, c'est qu'à un moment donné ce cancer peut se mettre à proliférer brusquement et à se compliquer d'adénopathies et de généralisation.

La forme non ulcérée prise à temps peut guérir d'une façon définitive par une exérèse locale suffisante ; les formes ulcérées, et surtout les formes infiltrantes sont plus graves et leur pronostic dépend de l'extension locale en profondeur ainsi que

du retentissement ganglionnaire. A dater du moment où le squelette est atteint, la conservation de la main devient des plus douteuses, et lorsque les ganglions épitrochléens et axillaires sont pris, on est en droit d'affirmer que le pronostic au point de vue vital devient des plus sombres, car l'étendue des trajets lymphatiques s'oppose à toute exérèse chirurgicale vraiment logique et anatomique.

V. — Diagnostic

Le diagnostic du cancer du dos de la main doit être posé aux deux phases successives de son évolution.

A la période non ulcérée, il est toujours très délicat, car la néoplasie épithéliale ne présente au début aucun signe pathognonomique suffisant par sa seule présence pour la caractériser, aussi convient-il de passer en revue les différentes lésions avec lesquelles elle a pu être confondue.

Il faut tout d'abord distinguer le cancer de la *verrue* ; au point de vue anatomo-pathologique, ces deux tumeurs sont assez voisines, bien que d'un pronostic très différent. La verrue est une tumeur grisâtre, dure, indolore, constituée par une hypertrophie papillaire de la peau : avec ses caractères, elle pourrait simuler un épithélioma. Il existe cependant un ensemble de signes qui permettent de les différencier : la verrue se montre surtout chez les jeunes, elle est rarement unique, sa surface est sèche et malgré ses irrégularités ne suinte jamais, elle fait enfin nettement saillie au-dessus de la peau environnante et est bien délimitée. Si on soulève sa portion superficielle on voit apparaître un certain nombre de petits points rougeâtres, dus à la section des vaisseaux qui la pénètrent. L'épithélioma au contraire survient dans la seconde moitié de la vie, sa surface quoique recouverte d'une croûte sèche sécrète un peu, et lorsque la croûte tombe on trouve une surface humide parfois bourgeonnante. Un autre signe différentiel peut être tiré de l'évolution : la verrue reste à peu près stationnaire alors que l'épithélioma, au contraire, gagne toujours. Le diagnostic se complique un peu du fait des dégénérescences épithéliomateuses des verrues ; dans ces cas, le ramollissement de la tumeur et particulièrement celui de sa partie superficielle, ainsi que les sensations anormales de prurit doivent particulièrement attirer l'attention et faire redouter la malignisation.

Les *cornes* sont des excroissances épidermiques qui se développent chez les vieillards souvent à la suite de frottements répétés. Elles présentent les caractères d'être ordinairement uniques, indolentes et d'avoir comme siège de prédilection la face dorsale de la main. Comme leur structure les rapproche assez sensiblement des épithéliomas, leur évolution doit être particulièrement surveillée. Elles sont nettement délimitées et leur accroissement est extrêmement lent, aussi toute modification de leur manière d'être, et en particulier leur ulcération, doit-elle les faire considérer comme suspectes et justiciables d'un traitement actif.

Les *chéloïdes* sont des tumeurs conjonctives situées dans l'épaisseur du derme et développées habituellement sur des cicatrices. Elles présentent un aspect allongé, une forme étoilée, leur consistance est dure et leur surface est recouverte de peau lisse brillante et amincie ; elles sont plus fréquentes chez les jeunes et n'offrent aucune tendance à l'ulcération, ce qui donne un groupement de caractères permettant de trancher le diagnostic.

Quant aux autres tumeurs, telles que *lipomes, fibromes, enchondromes* et *sarcomes*, elles sont exceptionnelles au niveau du dos de la main et présentent d'ailleurs un ensemble de particularités permettant aisément de les différencier.

A la période d'ulcération, le diagnostic est plus facile, surtout si l'on se trouve en présence d'une forme en choux-fleur, ulcérée à évolution progressive et s'accompagnant de retentissement ganglionnaire ; mais il n'en est pas toujours ainsi, et l'épithélium de la main peut être confondu avec des ulcérations tuberculeuses, syphilitiques, voire même sporotrichosiques.

Les ulcérations *tuberculeuses* sont en général assez rare, surtout au dos de la main, elles se montrent plus particulièrement chez l'enfant, sont multiples et sont précédées d'engorgement ganglionnaire. En outre, l'aspect de ces ulcérations diffère notablement de celui des épithéliomas : elles présentent un fond rougeâtre, blafard, leurs bords sont mous, minces, irréguliers et décollés, il n'existe jamais d'induration profonde, et enfin la perte de substance offre de la tendance à la guérison, ce qui suffit seul à la faire reconnaître.

Les ulcérations *syphilitiques* de la main ont été quelquefois prises pour des épithéliomas : le *chancre* par son aspect, son induration peut donner le change, mais dans ces cas on trouve des antécédents ou des phénomènes concomitants, et de plus l'évolution fixe assez rapidement le diagnostic. Les *ulcérations tertiaires* sont assez facilement distinguées par leur multiplicité, et le peu d'induration de leurs bords ; d'ailleurs leur aspect est tout à fait différent, avec une forme arrondie, un fond pseudo-membraneux grisâtre humide donnant issue à un pus verdâtre, et des parties voisines offrant la teinte cuivrée caractéristique.

Quant aux ulcérations sporotrichosiques, qui ne sont que la conséquence de l'évacuation spontanée ou chirurgicale d'un abcès hypodermique, elles présentent des bords boursouflés ou amincis et décollés, limitant une surface suintante, atone et indolente, ne rappelant que de très loin les caractéristiques des tumeurs malignes.

Il existe en somme un ensemble de données suffisamment précises pour permettre de différencier le cancer des autres lésions pouvant se développer au niveau du dos de la main ; dans le cas où un doute pourrait subsister sur la nature de l'affection; il est actuellement complètement inutile de chercher à poser le diagnostic en instituant comme autrefois un traitement d'épreuve par l'iode ou par le mercure, étant donné que l'on peut être fixé en quelques heures sur sa signification par l'examen d'une biopsie.

VI. — Traitement

Considérée pendant longtemps comme une affection purement cutanée ressortissant du domaine de la dermatologie, l'épithélioma du dos de la main ne fut presque traité que par des procédés médicaux jusqu'à une époque relativement récente.

Inutile de discuter aujourd'hui la valeur des traitements internes par la belladone, l'opium, les sels de fer et de cuivre l'arsenic, l'acide lactique et le chlorate de potasse, justement tombés dans l'oubli le plus profond ; il doit en être de même des différents caustiques qui ont été tour à tour employés, pâte de Vienne, pate de Canquoin, bien que certains auteurs, tels qu'Hutchinson, aient pu enregistrer des guérisons, et qui sont non seulement inutiles mais dangereux, car ils ne font que précipiter la marche du néoplasme au lieu de l'arrêter. Et cependant, de nos jours encore ce n'est bien souvent qu'après avoir été cautérisé maintes et maintes fois que le malade se décide à voir un chirurgien.

Dans le même ordre d'idées, quoique quelques succès durables, et dans quelques cas même définitifs aient été obtenus par le curage seul (Babington), par le curage suivi d'électrolyse (Mussey), par les rayons X (Rathon), de nombreux échecs enregistrés par Erichsen, par Watson, par Sollivan, par Delagarde, par Seeley, par Melchoir, par Morestin, par MacGuire, par Bunch, par Clifton, qui furent obligés de recourir secondairement à une exérèse chirurgicale, montrent qu'il s'agit là de moyens thérapeutiques qu'il convient d'abandonner complètement.

Les seules méthodes que l'on puisse utiliser aujourd'hui sont les procédés chirurgicaux et la curiethérapie.

L'intervention chirurgicale va de la simple exérèse locale jusqu'à la désarticulation de l'épaule, en passant par les désarticulations atypiques de la main, la désarticulation du poignet, et les amputations de l'avant-bras et du bras. Quelle que soit l'exérèse pratiquée, l'opération peut s'accompagner de l'ablation des ganglions épitrochléens et axillaires.

L'ablation locale peut être suffisante lorsque le cancer est resté localisé à la peau, mais à condition d'être assez large, sous peine de voir se produire rapidement une récidive; dans de nombreux cas, elle a donné d'excellents résultats, soit que le peu d'étendue de la plaie en ait permis la suture (Bellamy, Heurtaux, Astié, Morestin, Fox, Perkins), soit qu'on ait laissé se faire la cicatrisation par bourgeonnement (Audry, Soubyran, Morestin), soit enfin que la perte de substance ait été comblée par une greffe italienne (Tixier, Peraldi, Foote), ou par transplantation (Dubreuil).

Lorsque le néoplasme a gagné en profondeur, et a atteint quelques tendons, l'exérèse locale peut encore être pratiquée mais au prix de la perte d'une grande partie de la motilité de la main ; mieux vaut dans ces cas, comme lorsque les muscles et les os sont pris, et que l'on ne veut pas sacrifier de parti pris l'extrémité du membre, recourir à une désarticulation atypique comprenant un ou plusieurs doigts avec leurs métacarpiens. C'est ainsi que Malherbe a fait l'ablation de l'auriculaire, Reignier celle des deux derniers doigts, Remilly celle de l'index, Beck, Morestin, Tourneux et Parker celle de l'index et du médius, et Mauclaire, celle de l'index, du médius et de l'annulaire, réalisant ainsi une véritable ectrodactylie artificielle. Ces interventions ont donné plusieurs fois d'excellents résultats, mais quelques cas ont eté suivis de récidive, ce qui a obligé à recourir à des interventions plus étendues.

Si les lésions sont plus accentuées en largeur et en profondeur, c'est à la désarticulation du poignet (Labida, Waitz) qu'il faut arriver ou à l'amputation de l'avant-bras au tiers inférieur, qui a été le plus souvent pratiquée (Robinson, Bowen, Birkett, Mott, Erichsen, Meldon, Frusci, etc.).

Mais toutes ces interventions ne constituent des procédés satisfaisants, que si les groupes ganglionnaires n'ont pas été atteints : à partir du moment où ils sont envahis, elles deviennent totalement insuffisantes même lorsqu'elles s'accompagnent d'un évidement complet de l'épitrochlée et de l'aisselle. C'est que, comme l'a fait fort justement observer Ducuing, entre le foyer malade d'une part et les ganglions épitrochléens, entre ceux-ci d'autre part et les ganglions de l'aisselle, il existe des trajets lymphatiques et du tissu celluleux péri-lymphatique dont on ne peut réaliser l'extirpation régulière. On comprend que dans un cas de cancer du sein, le Halsted soit une opération logique, puisqu'il enlève la tumeur initiale, les ganglions et tous les tissus intermédiaires ; dans le cas d'un cancer du dos de la main, l'intervention la mieux conduite (amputation de l'avant-bras avec ablation des ganglions du coude et de l'aisselle) laisse en place les trajets et les tissus lymphatiques intermédiaires qui accompagnent les vaisseaux radiaux, cubitaux et huméraux. C'est pourquoi certains auteurs avaient-ils décidé de recourir d'emblée aux grands sacrifices, pratiquant l'amputation du bras dans les cas d'adénopathie épitrochléenne (Chassaignac, Quint, Cumston), ou la désarticulation de l'épaule quand les ganglions de l'aisselle étaient engorgés (Lawrence, Waitz).

La curiethérapie sous ses diverses formes (application en surface, curiepuncture), donne d'excellents résultats lorsque le cancer est localisé à la peau ; elle a sa valeur quand le néoplasme a atteint les tendons, mais elle est à rejeter si les os sont pris, car ces derniers sont particulièrement délicats à traiter par le radium. Si l'on irradie en effet avec des doses faibles ou moyennes le résultat est nul, et si l'on emploie de fortes doses, les métacarpiens partiellement détruits, mal nourris et infectés, sont voués à la nécrose.

Théoriquement, au point de vue des manifestations ganglionnaires, le radium serait un très bon agent thérapeutique, puisque l'on peut imaginer placer le membre supérieur tout entier dans une gaine radio-active ; mais en plus des difficultés techniques et des dangers locaux d'une telle thérapeutique, il n'est pas prouvé qu'une irradiation par le radium ait une action certaine sur les adénopathies produites par les métastases d'un cancer spino-cellulaire. Pour l'avoir constaté un certain nombre de fois, Ducuing estime pouvoir affirmer que si ces adénites sont importantes et atteintes de périadénites néoplasiques, leur guérison par le radium est des plus problématiques.

Au point de vue de la conduite à tenir, en ce qui concerne la tumeur initiale, on peut, si le cancer atteint seulement la peau pratiquer indifféremment l'exérèse chirurgicale ou la curiethérapie : le bistouri ayant l'avantage d'être un traitement plus rapide. Lorsque les tendons sont atteints, on a encore le choix entre le radium et le bistouri : le radium a l'immense avantage de conserver les tendons, mais il faut cependant recourir rapidement à la chirurgie quand le radium ne donne pas de résultat certain et rapide. Enfin, si le cancer attaque les os et les articulations, il faut abandonner le radium et pratiquer suivant les cas, une désarticulation atypique de la main, une désarticulation du poignet ou une amputation de l'avant-bras au tiers inférieur.

A l'égard des régions lymphatiques, la conduite à tenir est infiniment plus délicate. Si les ganglions ne paraissent pas atteints, on peut avec l'école de Regaud ne rien faire et se contenter de surveiller l'apparition des manifestations ganglionnaires, qui peuvent d'ailleurs ne jamais se produire. On peut au contraire pratiquer après l'acte chirurgical une irradiation prophylactique, qui n'a rien d'illogique puisqu'elle porte sur des tissus qui n'ont pas été touchés par le bistouri. Si les ganglions sont atteints, et s'il est certain qu'ils sont néoplasiques, on peut en faire l'exérèse chirurgicale et pratiquer l'irradiation des régions lymphatiques intermédiaires ; mieux vaudrait cependant dans ces cas, extrêmement graves, à pronostic des plus sombres, et cela afin de s'assurer le maximum de chances de succès, pratiquer suivant le degré d'envahissement ganglionnaire l'amputation du bras, ou la désarticulation de l'épaule.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les femmes médecins-missionnaires

Mlle Butavand vient de consacrer sa thèse inaugurale aux femmes médecins-missionnaires (1). Ceux qui s'intéressent à cette question feront bien de se reporter à cette étude d'une grande valeur, documentaire, un résumé ne pouvant en donner qu'une idée imparfaite et contenant peut-être des inexactitudes.

Il y a — et le grand public ne le sait guère — dans les missions catholiques comme, dans les missions protestantes, à côté des médecins-hommes, des femmes-médecins missionnaires.

Les missions catholiques qui sont seulement au début d'une organisation médicale scientifique, comptent moins de médecins, hommes ou femmes, que les missions médicales protestantes qui datent de 120 ans, et cependant elles sont plus anciennes. Le caractère avant tout social des missions protestantes, ou les œuvres charitables tiennent une place prépondérante, ou la diffusion de la doctrine ne tient pas la première place comme dans les missions catholiques, explique cette différence.

Quelle est la tâche d'une femme-médecin dans les missions ? C'est tout d'abord dit Mlle Butavand. *une tâche médicale générale*, à laquelle se superpose *une tâche à proprement parler féminine*. La tâche du médecin en mission, homme ou femme, est étendue, complexe, et varie un peu suivant les pays. « Il doit non seulement soulager, exercer la charité autour de lui, mais s'élever à des mesures générales de prophylaxie et d'hygiène, s'adapter à un travail varié qui réclame de l'initiative ».

Le médecin missionnaire n'est pas seul à faire de la médecine en pays de mission. Il se rencontre avec les organisations sanitaires internationales et nationales,

(1) Dr Arlette Butavand. — Les femmes médecins-missionnaires, Thèse de Lyon, 1930. B- 114 p. Bosc et Riou, imprimeurs.

BIBLIOGRAPHIE

Les infantilismes, par E. APERT. 1 volume in-8° de 70 pages, avec 18 figures dans le texte et 2 planches hors texte : 20 fr. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Il n'y a pas une médication unique de l'infantilisme, car l'infantilisme n'est pas un : c'est avec intention, que l'auteur a intitulé son livre « LES INFANTILISMES » au pluriel. Des altérations profondes et chroniques de presque tous les viscères peuvent aboutir à une variété correspondante d'infantilisme ; chaque variété pathogénique a sa morphologie et sa symptomatologie spéciale, et le traitement qui fait merveille dans telle variété se montre souvent nuisible dans tel autre. De nombreuses *planches* et *figures* permettent au lecteur de se rendre compte *de visu* des différences morphologiques qui permettent de distinguer les divers infantilismes et de n'en aborder le traitement qu'à bon escient.

L'énumération des divers chapitres que comporte l'ouvrage suffit du reste à montrer combien variée peut être l'origine des infantilismes. Après un préambule de définition et d'historique l'auteur étudie successivement *l'infantilisme dysthyroïdien, l'infantilisme hypophysaire, l'infantilisme surrénal*, le *nanisme* et *l'infantilisme renaux*, la *maladie cœliaque* ou *infantilisme intestinal*, la *progeria*, *l'infantilisme hépato-splénique* ; le prétendu *infantilisme cardiaque*, et enfin, *l'infantilisme régressif de Gandy*. Il termine par un chapitre de physiologie générale et des recommandations générales pour le diagnostic et pour l'application des traitements.

Ainsi rédigé à un point de vue complètement pratique ce livre rendra de grands services aux médecins pour traiter les sujets à développement défectueux, pour prévenir l'infantilisme ou, quand il est constitué, le guérir, ou au moins, dans les cas invétérés, l'améliorer autant qu'il est possible.

Le chancre mou. Symptomatologie, Complications, diagnostic, traitement, par G. MILIAN. 1 vol. in-8° de 52 pages avec 4 planches hors textes : 20 fr. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Depuis quelques années, le chancre mou, rare auparavant est devenu très fréquent en France, aussi était-il nécessaire et utile de rassembler en une monographie tout ce qui a trait à la pratique de cette maladie vénérienne.

La nécessité en était d'autant plus urgente que de nombreuses acquisitions ont été faites dans ce domaine.

Cette monographie comporte la symptomatologie, le diagnostic et le traitement du chancre mou.

La *symptomatologie* est infiniment variée avec les chancres mixtes, les formes phagédéniques, les formes naines, sans parler des localisations régionales, etc. Les bubons eux-mêmes sont d'une extraordinaire complexité symptomatique et même étiologique.

Le *diagnostic* repose surtout sur la recherche du bacille de Ducrey, l'auto-inoculation, l'intradermoréaction, toutes méthodes de laboratoire ou biologiques que le médecin doit aujourd'hui connaître. Tout cela est exposé avec soin et clarté par un auteur qui en a lui-même la pratique ancienne et journalière.

Le *traitement* du chancre mou n'est pas la chose la moins importante pour le praticien. Le traitement du chancre est exposé avec précision. Enfin, le traitement des bubons, incisions, ponctions et surtout l'emploi du vaccin spécifique est exposé de telle façon que tout médecin est immédiatement renseigné et capable de faire l'application de ces méthodes alors même qu'il en est à son premier cas.

Eléments de sémiologie médicale, par le docteur F. ROBERT. 1 vol. in-8° de 732 pages, avec 61 figures dans le texte et 24 planches en couleurs hors texte : 90 fr. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, Place de Paris (6e).

Ce livre s'adresse spécialement aux étudiants qui commencent à s'initier à la clinique hospitalière.

L'auteur y décrit minutieusement la meilleure façon d'aborder un malade, la manière de l'interroger, la méthode selon laquelle on doit l'examiner pour n'omettre aucun symptôme utile au diagnostic, etc.

La technique d'exploration des divers organes y est présentée avec tous les détails nécessaires à des débutants. En ce qui concerne l'étude fonctionnelle des viscères, l'auteur n'a retenu que les moyens d'analyse qui peuvent être mis en œuvre au lit du malade, en dehors de tout laboratoire.

La séméiologie de certains organes tels que le foie, le pancréas, la rate, etc... est précédée d'un rappel succinct de l'anatomie et de la physiologie de ces organes. L'auteur a tenu compte des progrès considérables accomplis, dans ces dernières années, par la pathologie nerveuse ; il a décrit, un peu plus longuement, l'anatomie et la physiologie du système nerveux. De nombreux schémas, en noir et en couleurs, facilitent la compréhension du texte. Les nouveaux syndromes nerveux sont exposés très clairement sans aucun souci de compilation.


LA MÉDICATION
OPOTHÉRAPIQUE
THYROIDE
CHOAY
OPOTHÉRAPIE SIMPLE
OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE : SYNCRINES
EXTRAITS TOTAUX (Poudres d'Organes) | Cachets | Comprimés
EXTRAITS INJECTABLES en solution aqueuse | Ampoules stérilisées
LABORATOIRES CHOAY_ 48 rue Théophile Gautier _ PARIS (XVI°)


Résultats remarquables :
DÉFICIENCES - CARENCES - DÉNUTRITIONS
TUBERCULOSE
INJECTIONS SOUS-CUTANÉES TOUS LES 3 A 5 JOURS
DE
BAKOLYSE
CRÉATININE et ACIDES AMINÉS
EN BOITES DE 10 AMPOULES DE 2cc
LABORATOIRES SAUVIN
122 RUE DU CHERCHE-MIDI
PARIS (VIe)
TÉLÉPHONE FLEURUS 18·00
CHÈQUES POSTAUX PARIS 810-16

et comme dans la lutte contre les épidémies, les fléaux médico-sociaux, il faut des mesures globales, obligatoires, que l'Etat est généralement seul capable de prendre, le médecin missionnaire qui lutte avant tout contre la maladie, a intérêt à collaborer avec ces organisations. Il se rencontre également avec des organisations privées (Institut Pasteur, Fondation Rockefeller, Croix-Rouge), dont l'action ou la coopération lui sont précieuses. La Fondation Rockefeller qui a maintes fois travaillé en collaboration avec les missionnaires de toute dénomination, a toujours été animée d'un esprit large et tolérant. Le médecin missionnaire doit posséder une compétence médicale réelle. « Pour se montrer à la hauteur de sa tâche, pour savoir profiter intelligemment de l'aide que lui offrent les organisations sanitaires de la région, pour faire œuvre utile et féconde, le médecin missionnaire ne doit pas être un médiocre » dit Mlle Butavand.

La femme-médecin qui se trouve naturellement spécialisée dans la gynécologie, l'obstétrique, la pédiatrie a une tâche médicale spéciale à remplir. Qu'est cette tâche ?

Un regard jeté sur les différents pays montre que partout où le christianisme n'a pas encore pénétré, la femme est dans un état d'infériorité manifeste. Au point de vue matériel elle est accablée par les travaux les plus pénibles la loi même consacre cette infériorité. Au point de vue moral et religieux, la femme est à plaindre partout, elle n'a pas la dignité de personne humaine. « Le rôle de la femme médecin-missionnaire consiste alors à la relever de sa déchéance, à éclairer son âme en soignant son son corps, à faire pénétrer par elle plus d'hygiène et de religion dans l'ensemble de la population — elle s'efforce de porter à ses sœurs encore « assises à l'ombre de la mort » les bienfaits de la religion. Le principal champ de travail des femmes médecins-missionnaires est en Afrique, dans les pays d'Islam, en Asie. L'Amérique du Sud où les missions médicales sont peu nombreuses, ne compte actuellement aucune femme-médecin catholique. L'Amérique du Nord, bien qu'elle soit l'objet d'une évangélisation active de la part des protestants a trouvé dans les Sœurs grises « sinon des médecins diplômés, du moins d'habiles praticiennes et même à l'occasion des chirurgiennes ». Les missions médicales féminines catholiques et protestantes ont chacune une physionomie particulière ; Mlle Butavand en fait une étude séparée, étude ayant, dit-elle, un caractère essentiellement objectif, son intention n'étant pas de les opposer.

Les missions médicales existent depuis longtemps chez les protestants (120 ans environ), aussi les premières femmes médecins-missionnaires au siècle dernier furent des protestantes. « La raison en est que les études médicales féminines, restées pendant longtemps pleines d'obstacles et relativement rares dans les pays traditionnalistes se développèrent au contraire rapidement en Angleterre et en Amérique qui sont des pays protestants ».

C'est en 1876 que le Parlement anglais autorisa les femmes à accéder aux diplômes médicaux. Deux des premiers missionnaires envoyés par les sociétés missionnaires anglaises étaient des médecins : le Dr Thomas, parti en 1793, et le Dr Vanderkemp, envoyé en Afrique en 1798. C'est le Dr Peter Parker, envoyé en Chine par l'American Board, qui éveilla en Angleterre le sentiment de l'importance des missions médicales ; visitant Edinburgh à son premier congé en 1841, il prit une part active à la fondation de l'*Edinburgh Medical Missionary Society*. Dans toutes les missions protestantes, il n'y avait en 1841 que trois médecins pourvus de diplômes anglais. Quelques pages de la thèse de Mlle Butavand sont consacrées au développement des missions médicales protestantes et aux difficultés que rencontrèrent les femmes qui se destinaient à la médecine. Elisabeth Blackwell dut s'adresser successivement à douze Universités avant que la Faculté de médecine de Genève consentit à lui ouvrir ses portes. Elisabeth Shattuk, diplômée en 1854, fut probablement la première femme qui fit des études médicales avec le projet de se consacrer aux missions.

Quel est actuellement le nombre des femmes-médecins et des médecins-hommes dans les missions protestantes ? D'après une statistique publiée en 1925, à Londres par le World missionary Atlas, on compte :

	En 1900	En 1925
Femmes-médecins	223	356
Médecins-hommes	496	801

C'est actuellement l'Amérique qui envoie le plus grand nombre de médecins dans les missions. L'Angleterre vient après l'Amérique, puis les pays scandinaves, l'Allemagne et la Suisse. « On a calculé que les sociétés américaines envoient un médecin sur vingt et un missionnaires, tandis que les sociétés anglaises envoient un médecin sur 40 missionnaires et les sociétés continentales un médecin sur 121 missionnaires ».

Les femmes-médecins des missions protestantes et des missions catholiques ont fondé des œuvres d'assistance de toutes sortes : Dispensaires, tournées médicales, visite des malades ; hôpitaux, écoles d'infirmières et de sages-femmes, écoles de médecine. Elles ont formé des médecins indigènes dans des collèges chrétiens pour en faire des missionnaires sur place. A ceux qui prétendent que les femmes ne sont guère capables de travail d'ensemble, qu'elles sont faites pour le cadre familial, leurs œuvres donnent la réponse.

L'église catholique, elle aussi compte des médecins missionnaires, mais son apostolat médical s'exerce principalement d'une façon plus humble par le ministère des religieuses. Les missions médicales catholiques ont été plus lentes à s'adapter que les protestantes qui se sont organisées d'emblée suivant les nécessitée modernes. Dans l'*International Review of Missions*, un protestant écrivait à leur sujet : « Les missions catholiques n'ont rien qui corresponde au millier de médecins, hommes et femmes, que possèdent les sociétés missionnaires protestantes, mais elles disposent de milliers de religieuses, d'une force bien plus considérable engagée au soin des malades », appréciation, dit Mlle Butavand qui n'est plus que partiellement exacte. Ce sont deux femmes-médecins protestantes, converties au catholicisme, Dr Agnès Mc Laren et Dr Margaret Lamont, deux Ecossaises qui ont travaillé les premières à attirer l'attention des catholiques sur l'opportunité d'envoyer des médecins diplômés, des femmes spécialement, dans les missions.

Actuellement, en Hollande, en Belgique, en Italie, en Allemagne, en Suisse, en Hongrie, en Amérique, en Angleterre des cours médicaux pour missionnaires, des associations médicales en faveur des missions, des Instituts médico-missionnaires ont été fondés. En France, des cours médicaux pour missionnaires ont été organisés à Lille depuis 1926, à Paris en 1928. Certaines congrégations religieuses donnent à leurs membres une formation médicale sérieuse ou emploient en mission des médecins laïques. La femme-médecin missionnaire, doit s'occuper de la direction et du développement des œuvres médicales déjà existantes, autant et même plus que de la création de nouvelles missions médicales. En 1927, 447 instituts de Sœurs, — soit 28.112 religieuses, — qui ont la plupart des œuvres médicales, travaillaient dans les missions. A côté des Sœurs-infirmières, il y a les Sœurs-docteurs ; plusieurs congrégations ont accueilli récemment des femmes-médecins ou des étudiantes auxquelles elles ont fait compléter leurs études et les emploient aux missions médicales.

Divers sociétés médicales féminines en faveur des missions ont été fondées récemment ; elles tâchent d'allier la liberté requise par la profession de médecin aux avantages de la vie religieuse. Les deux principales sont :

1° La Society of catholic Medical missionaries, fondée en Amérique ;

2° L'Institutum Deiparœ fondée à Glascow.

On trouvera dans la thèse de Mlle Butavand, les statuts de ces sociétés et tous les renseignements concernant leur fonctionnement.

Diverses missions emploient des médecins laïques qui leur sont attachés à la suite d'un contrat entre le médecin, homme ou femme, et le supérieur de la mission ou de la congrégation missionnaire. Il existe deux institutions qui ont pour but de procurer des médecins aux missions :

L'*Institut medico-missionnaire* de *Würzburg* qui est une maison de formation.

L'*Aide médicale aux missions*, de Bruxelles, qui fournit des médecins aux missions travaillant au Congo belge.

Qu'ont trouvé les femmes-médecins dans les missions ? Mlle Butavand répond à cette question dans la deuxième partie de ses conclusions. « On pourrait, dit-elle se le demander, car l'exercice d'une profession indépendante n'est ordinairement pas capable à lui seul de remplir une existence féminine. D'autre part, il est évident que la carrière missionnaire offre des souffrances nombreuses : maladies, pauvreté, travail intensif sous des climats épuisants, solitude, incompréhension... la liste en serait longue. Pourtant, malgré cela, les femmes-médecins qui se sont vouées aux missions par amour de Dieu et de leur lointain prochain, sont unanimes à témoigner d'une joie rayonnante : joie d'exercer leur activité dans un but élevé, joie du bien accompli autour d'elles joie de se donner totalement à une belle cause, joie du dévouement, de la charité, joie surnaturelle enfin. C'est un fait. Elles semblent avoir trouvé la satisfaction de leur besoin d'affectivité et l'appui indispensable à la faiblesse féminine. C'est grâce à cet équilibre de leur personnalité réalisé dans un plan supérieur qu'elles ont eu une existence belle et utile. Et « peut-être », comme le remarquaient Dr R. Young et M. Balfour à propos des missionnaires protestantes aux Indes « la meilleure partie de leur œuvre consiste-t-elle dans l'influence qu'elles ont exercée sur les milliers de malades avec lesquels elles sont en contact ».

Je ne sais pas ce que sera la carrière médicale de Mlle Butavand, mais la fin de ses conclusions permet peut-être de l'entrevoir.

V. G.

L'urine des nourrices a été étudiée par SPINDLER dans sa thèse (Paris, 1925) intitulée « les modifications des urines au cours de l'allaitement (sucre et albumine) ». Il considère d'abord le sucre urinaire chez les nourrices et conclut, avec MARFAN que, si la glycosurie légère et transitoire et la lactosurie intermittente doivent être considérées comme des phénomènes normaux, il n'en est pas de même du diabète véritable.

En ce qui concerne l'albuminurie, il montre que si elle est fréquente au cours de la gestation, elle est exceptionnelle chez les nourrices. Il l'a cependant rencontrée dans 22 cas sur 600 nourrices examinées à la Maison maternelle nationale.

ALDO CASTELLANI a étudié la nature du sucre, que l'on trouve dans l'urine des nourrices, par une méthode qui lui est particulière (méthode de CASTELLANI-TAYLOR). Il considère que la méthode des oxagones est infidèle dans l'urine et cherche à caractériser le sucre par l'étude des fermentations. Il ensemence de l'urine avec du *coli* et du *paratyphique* B. Le *coli* fait fermenter le glucose, le lévulose, le maltose, le lactose ; le paratyphique ne fait pas fermenter le lactose.

Or, dans l'urine de nourrice, les tubes à *coli* donnent un dégagement gazeux et les tubes à *paratyphique* n'en donnent pas. Donc, il s'agit de lactosurie. (Lactosuria in nursing women. *Journ. of the Amer. med. Ass.*, 2 juin 1928, p. 1773.)

Perméabilité de la glande mammaire. — V. BURKE et E. A. RODIER (de Washington) ont étudié l'élimination de l'acriflavine et du mercurochrome par la glande mammaire. L'acriflavine est éliminée en nature ; mais la quantité n'est pas suffisante pour empêcher les pullulations microbiennes du lait. (Excretion of Antiseptic Dyes Through Mammary Gland. *Journal of Infectious Diseases*, 1927, t. 40, p. 673.)

H. V.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 décembre 1930

Le substratum anatomo-pathologique et bactériologique du rhumatisme tuberculeux. — *MM. F. Bezançon, M.-P. Weil, J. Delarue, Oumanski* et *Mlle Pau* ont pu faire l'étude complète d'une polyarthrite survenue chez une jeune femme atteinte par ailleurs de lésions discrètes à longue évolution de tuberculose pleuro-pulmonaire hémoptéique. Les manifestations articulaires remontaient à quatre ans, avaient évolué sous forme de poussées inflammatoires aiguës d'allure rhumatismale, qui peu à peu s'étaient fixées au coude et au genou gauches. Mais à ce moment encore les articulations, bien que partiellement ankylosées, étaient le siège de poussées fluxionnaires avec fièvre, douleurs, vives tuméfactions, tandis que les phénomènes douloureux frappaient simultanément les autres jointures. La présence de bacilles dans l'expectoration ne put être directement constatée qu'à la veille de la mort après 17 examens négatifs. Mais l'inoculation au cobaye du sang de la malade, prélevé en période d'apyrexie, détermina une tuberculose exclusivement ganglionnaire. L'injection du produit de broyage de la synoviale prélevée après la mort tuberculisa également les cobayes, mais selon le type de Villemin.

L'examen anatomique des articulations montre des lésions banales d'ankylose fibreuse partielle ; celle des divers organes a révélé des lésions de tuberculose discrète, mais diffuse : sclérose pulmonaire apicale et nodules calcifiés ou fibreux au voisinage des hiles, péricardite adhésive, périhépatite, peri-splénite.

L'examen histologique de tous les organes montre l'absence à peu près complète, en dehors des poumons, de formations folliculaires épithélio-giganti-cellulaires, caséeuses ou non. La lésion type est réalisée par des nodules inflammatoires polymorphes, péri-vasculaires (lymphocytes, plasmocytes, polynucléaires intacts, neutrophiles ou éosinophiles, histiocytes) ; on retrouve ceux-ci sur les coupes de synoviale articulaire, de péricarde, de foie, de rate, et sur les coupes des lobes inférieurs des poumons. La constatation des bacilles acido-résistants dans ces nodules (synoviale et péricarde) vint donner la preuve de la nature tuberculeuse des lésions.

Les auteurs insistent sur le type clinique réalisé par cette observation qui constitue bien le « Rhumatisme tuberculeux » décrit par Poncet. L'étude bactériologique et histologique vient pour la première fois démontrer rigoureusement le bien-fondé des conceptions de l'école lyonnaise, elle montre par ailleurs que des lésions tuberculeuses aussi dépourvues des caractères histologiques considérés classiquement comme spécifiques, sont cependant réalisées par des bacilles acido-résistants morphologiquement et expérimentalement typiques.

La phrénicectomie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — *MM. Léon Bernard* et *Poix* apportent les résultats de 60 observations personnelles. Ils insistent sur la nécessité d'une exérèse large du nerf, qui n'enlève rien à la simplicité de l'opération, laquelle peut sans inconvénient être pratiquée sans hospitalisation. Ils séparent leurs cas suivant que l'intervention a été faite à titre autonome ou associée à d'autres méthodes. Les phrénicectomies autonomes sont à envisager lorsque le pneumothorax est impossible ; les facteurs du succès sont la tendance à la sclérose rétractile des lésions, le peu d'étendue de celles-ci, enfin leur faible potentiel évolutif ; c'est l'existence de ces conditions qui pose l'indication. Aussi est-ce surtout dans les cavernes solitaires, tuberculoses locales du poumon, qu'on enregistre les plus beaux succès ; le siège de la caverne, apicale, juxta-hilaire ou basilaire, importe moins que la circonscription de la lésion.

Les résultats sont encore favorables dans les formes ulcéro-fibreuses, à condition que les lésions ne soient pas diffuses, qu'elles soient unilatérales et peu évolutives ; dans cette catégorie, comme dans la précédente, les auteurs ont parfois obtenu des guérisons cliniques.

Au contraire, dans les formes ulcéro-caséeuses, on peut observer des améliorations partielles et passagères, mais aucun résultat durable.

La phrénicectomie est encore indiquée au cours du pneumo-


CHLORO-CALCION
SOLUTION STABILISÉE, RIGOUREUSEMENT DOSÉE, DE CHLORURE DE CALCIUM
CHIMIQUEMENT PUR
80 gouttes ou ½ cuiller à café = 1gr. Ca Cl²
Recalcifiant
Hémostatique
Déchlorurant
DIRECTEMENT
ASSIMILABLE
Littér. Echant. LABORATOIRE MICHELS
9, Rue Castex – PARIS (IVe)

thorax artificiel, lorsque l'efficacité de celui-ci est empêchée par des adhérences de la base, entravant le collapsus du poumon ; ou bien, consécutivement à un pneumothorax prématurément arrêté par suite d'une symphyse spontanée.

Enfin les auteurs tiennent pour recommandable de faire précéder la thoracoplastie par la phrenicectomie.

Les traitements chimiques des farines en meunerie. — *M. Kling* aboutit aux conclusions suivantes : étant donné d'une part les avantages réels qu'il est impossible de dénier aux traitements des farines par les gaz améliorants et d'autre part l'absence de raisons qui fassent soupçonner que ces traitements puissent avoir des conséquences fâcheuses pour les consommateurs, il ne semble pas que la pratique de ces traitements doive être interdite brusquement ou tout au moins qu'il y aurait lieu d'attendre, pour procéder à leur interdiction, qu'il ait été proposé d'autres moyens que ceux actuellement connus, moyens qui réaliseraient les mêmes avantages que ceux jusqu'ici en usage et qui ne seraient pas justiciables des appréhensions que ces derniers peuvent faire naître dans l'esprit des hygiénistes.

Cette position d'attente est d'autant plus aisée à adopter que ce sont uniquement les grandes installations qui peuvent utiliser les gaz améliorants et que dans ces grandes installations on est outillé pour procéder à un contrôle rigoureux.

MM. Delbet et *Francevic.* — Action des sels halogénés de magnésium sur le pH urinaire.

M. Lignières. — Contribution à l'étude des causes de l'insuffisance du serum antidiphtérique.

son diagnostic bien établi, dans une saine et utile therapeutique, quand il jugera le moment opportun et décisif.

Pathogénie et traitement de l'hypertension artérielle. — *M. Barrieu* (de Royat). — L'obscurité de la pathogénie de l'hypertension tient à ce que le problème est mal posé. Pour l'auteur, le trouble primitif consiste en une altération des glandes digestives qui entraîne soit une dégradation incomplète des matières albuminoïdes, soit une synthèse defectueuse des édifices moleculaires ; si bien que les albuminoïdes ne sont pas transformées en albumine spécifique. Il y a alors passage dans l'organisme d'albumines hétérogènes toxiques dont l'expulsion par le rein ne peut se faire que grâce à une augmentation de la pression artérielle appelée *surpression*. Quand les phenomènes toxiques et la surpression ont lésé le rein, il se produit l'hypertension proprement dite. Cette théorie a son application thérapeutique dans la peptonothérapie polyvalente. Les peptones font disparaître les cephalées des hypertendus, et elles ont, à la longue, une action sur le chiffre de la tension en faisant disparaître la surpression.

Vingt ans d'injection intra-trachéale. — *M. Georges Rosenthal* etudie l'injection intra-tracheale depuis vingt ans. Il garde toute sa confiance à cette méthode, à condition qu'elle soit pratiquée sous le contrôle du miroir. Sans anesthésie, l'injection provoque la vidange pulmonaire ; avec anesthésie, l'injection amène l'antisepsie bronchiolo-alvéolaire. Par les solutions non isotoniques, on peut briser la congestion massive, non exsudatrice du poumon telle que l'a réalisée la grippe en 1918.

P. PROST.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 27 décembre 1930

A propos d'une communication de M. Gaultier sur le traitement médical de l'appendicite. — *M. Peugniez* pense que tout malade atteint d'appendicite aiguë doit être à l'instant même dirigé sur un hôpital ou une clinique et doit être opéré d'urgence. *M. Thévenard* estime qu il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite, exclusif de l'acte chirurgical lequel s'impose d'urgence dans la forme aiguë, et doit être primordial dans la forme chronique. Dans l'une et l'autre forme, il doit être suivi d'un traitement médical complémentaire, l'appendicite n'étant qu'une manifestation du syndrome folliculaire auquel il faut remédier.

M. Haller s'inscrit contre l'appendicectomie à titre préventif pour l'opération dès le début de la crise aiguë d'appendicite. Dans le syndrome clinique complexe étiqueté appendicite chronique, il considère l'opération chirurgicale (comportant non seulement l'ablation de l'appendice, mais aussi les opérations complémentaires : épiplectomie colofyse) comme un temps du traitement mettant les malades opérés de la sorte en état de bénéficier du traitement médical longuement et intelligemment appliqué. Celui-ci amènera le plus souvent la guérison et dans d'autres cas une très grande amélioration.

M. Mazeran considère que lorsqu'on a éliminé les appendicites aiguës franches que l'on doit opérer, il reste encore certains cas douteux qui peuvent bénéficier du traitement médical et de la cure hydro-minérale. Il estime qu'on doit considérer les appendicites nettement chirurgicales qui procèdent d'une infection *hémato ou lymphogène* et des appendicites médicales qui sont la conséquence d'un processus *entérogène*. Entre les deux se placent les cas mixtes qui, justement, prêtent à la discussion.

M. Duclaux pense que depuis 25 ans, la question du traitement de l'appendicite a été complètement remise au point et qu'à l'heure actuelle, il faut opérer dès la première crise diagnostiquée. S'il y a des opérés qui souffrent encore après l'opération, c'est qu'ils ont été opérés trop tard après plusieurs crises ; ils ont au moins l'avantage de ne plus avoir la menace toujours possible d'une perforation.

M. René Gaultier résumant l'esprit de sa communication antérieure pense sans s'insurger contre les observations de ses collègues pouvoir maintenir ses conclusions, à savoir que, (comme le disait récemment dans un congrès de chirurgie un grand maître dont il respecte la science et le talent) : si le chirurgien doit avoir autour de lui des collaborateurs médicaux spécialisés pour parfaire un bon diagnostic, le médecin a bien le droit, lui aussi (soit dit en toute modestie) de s'entourer de chirurgiens, en possession d'une bonne technique, pour l'aider,

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 janvier 1931

Anémie aplastique cryptogénétique à forme aiguë fébrile. — *MM. P.-N. Deschamps* et *P. Baize*, rapportent l'observation d'une malade de 32 ans, qui présenta les symptômes d'une anémie intense et brusquement apparue, accompagnés d'hémorragies de la peau et des muqueuses, notamment d'une métrorrhagie qui avait fait croire à une affection chirurgicale et d'un état fébrile continu. L'évolution se fit d'une façon presque foudroyante en un mois, et le chiffre des hématies tomba, du 4 au 10 septembre, de 1.250.000 à 466 000. On retrouva tous les signes hématologiques de l'anémie aplastique ou encore de l'aleucie hémorragique. Il s'agit là d'un syndrome nettement distinct de l'anémie pernicieuse commune, dont les observations se sont multipliées, ces dernières années, mais dont les cas cryptogénétiques demeurent fort rares.

Un nouveau cas d'anémie aplastique cryptogénétique. — *MM. P-N. Deschamps* et *E. Mourrut*, rapportent une nouvelle observation d'anemie aplastique cryptogénétique, qui reproduit d'une façon typique le syndrome décrit par *Ehrlich* et par *Vaquez* et *Aubertin*. Il s'agissait d'un jeune homme de 19 ans, entré dans le service du professeur *Clerc* avec un état d'anémie intense datant de 2 mois, et accompagné d'hémorragies très discrètes. La mort survint cinq mois après le début, et le chiffre globulaire s'abaissa de 1 million à 590.000. A aucun moment on ne put mettre en évidence le moindre signe hématologique de régénération sanguine ; par contre, on retrouvait les stigmates du syndrome hémorragique, notamment la raréfaction des plaquettes. Toutes les thérapeutiques mises en œuvre échouèrent devant la marche implacablement progressive de la déglobulisation. Aucune cause déterminante ne put être retrouvée. Cette observation, comme la précédente, mérite d'être rangée dans le cadre des anémies aplastiques cryptogénétiques, dont on sait la rareté.

M. Labbé fait observer qu'il est difficile d'affirmer le diagnostic d'anémie aplastique sur le seul examen du sang.

Il faudrait pour cela ne trouver à l'autopsie de tels cas aucun signe d'activité de la moelle osseuse.

Anévrysme de l'aorte thoracique simulant un cancer primitif du poumon. — *MM. P.-N. Deschamps* et *E. Mourrut* rapportent l'observation d'une malade qui présenta les signes fonctionnels de néoplasie pulmonaire et chez laquelle on trouva des signes physiques et radiologiques qui permettaient de soupçonner l'existence d'une tumeur massive du poumon gauche.

Les signes de compression restaient très discrets et les signes propres à l'ectasie aortique faisaient défaut.

L'autopsie montra un énorme anévrysme de l'aorte thoracique refoulant le poumon gauche qui demeurait indemne de toute lésion.

Un cas de néphrite en apparence banale s'accompagnant d'hyperlipidémie sans autres signes de néphrose lipoïdique. — *M. De Bennes* rapporte un cas de néphrite albumineuse d'apparence banale sans œdèmes durant depuis six ans, qui s'accompagna d'une augmentation des lipoïdes du sang à 12 grammes puis à 16 grammes et de lactescence du sérum qui apparut bien avant que le taux des lipoïdes sanguins fut très élevé. L'hyperlipidémie resta isolée et dissociée ; en particulier on n'observa ni hypercholestérinémie, ni inversion du rapport sérine-globuline, ni grosse albuminurie, ni corps biréfringents dans l'urine. Cette néphrite au cours de laquelle on trouva cette hyperlipidémie se montra accessible au traitement thyroïdien.

A propos des essais de traitement de la tuberculose par le cérium et le lanthane. — *M. H. Grenet.* — Nous croyons devoir rappeler, à l'occasion d'une communication récente de MM. Ch. Flandin, L. Lecoq, Maison, et P.-L, Thiroloix, les travaux que nous avons poursuivis autrefois avec H. Drouin, en nous appuyant sur les recherches expérimentales d'Albert Frouin, et qui nous ont conduits à introduire dans la thérapeutique les sels de terres rares de la série du cérium (cérium, lanthane, néodyme, praséodyme, samarium). Nous avons dès 1920 signalé l'action des solutions en pansements, et surtout l'action des injections et même de l'ingestion sur les tuberculoses locales, et aussi (avec certaines réserves) sur la tuberculose pulmonaire débutante, chronique et apyrétique.

L'intérêt des sels de terres cériques ne se limite d'ailleurs pas à la tuberculose. Dans une longue série de recherches dont les premières datent de 1912. Albert Frouin a étudié leurs propriétés antiseptiques, antivirulentes, immunisantes, à l'égard des différents microbes, et leur action sur le sang et sur la sensibilisatrice syphilitique. Nous avons, avec H. Drouin, vérifié chez l'homme les effets de terres cériques sur la formule sanguine et sur la réaction de Bordet-Wassermann, et indiqué la possibilité d'une nouvelle méthode de préparation des vaccins. Il y a sur ce sujet tout un ensemble de recherches qu'il nous a paru utile de rappeler sommairement.

M. Ch. Flandin et ses collaborateurs confirment donc sur un point spécial, en employant d'autres préparations de la même série, les résultats que nous avons obtenus, et que nous continuons à obtenir dans les conditions que nous avons précisées.

Forme pulmonaire circonscrite de la lymphogranulomatose maligne. Etude de la perméabilité bronchique. — *MM. Guy Albot, Philippe Decourt* et *A. Soulas* présentent l'observation d'une malade chez laquelle l'examen clinique, des radiographies firent poser le diagnostic de cancer primitif du poumon droit ; il n'y avait à l'époque aucune adénopathie, même médiastinale, pas de splénomégalie, pas d'éosinophilie.

La malade est revue un an plus tard : son état général s'est amélioré et la radiologie montre une image exactement superposable à celle constatée au premier examen. Mais un ganglion axillaire gauche est apparu et une biopsie pratiquée permet de constater des lésions typiques de lymphogranulomatose maligne. L'examen bronchoscopique et l'injection lipiodolée montrent une parfaite perméabilité bronchique. Cette perméabilité bronchique constitue, pour les auteurs, un symptôme diagnostic différentiel de grande valeur entre le cancer primitif du poumon et la forme circonscrite primitive de la lymphogranulomatose maligne.

Un cas de névraxite post-varicelleuse à symptomatologie cérébelleuse pure. — *MM. J.-A. Chavany* et *A Chaignot.* — Une jeune fille de 16 ans fait cinq jours après le début d'une varicelle très intense, au cours d'une nouvelle poussée éruptive, une névraxite à symptomatologie cérébelleuse pure avec début brutal par des vertiges et des vomissements incoercibles. Aucun signe de la série pyramidale ; pas de troubles sensitifs. Aucune réaction méningée clinique (sauf la bradycardie) ni cytologique (liquide céphalo-rachidien absolument normal). Evolution apyrétique, (voire même hypothermie.)

Les auteurs insistent sur les caractères du syndrome cérébelleux chez lesquels les modifications du tonus (hypertonie très intense et passivité des plus nettes, abolition des réflexes de posture loc. le) l'emportent de beaucoup en intensité sur les troubles de la coordination des mouvements, (asynergie, dysmétrie, tremblement statique), qui existent cependant d'une manière non douteuse.

Sur le diagnostic et le pronostic de la néphrose lipoïdique. Dissociation du syndrome humoral. — *M. A. Codounis* (d'Athènes), démontre qu'à côté des cas de néphrose où les troubles de l'équilibre lipidique s'associent à des troubles de l'équilibre protéique, il existe des cas de néphrose lipoïdique indiscutables, chez lesquels on est en présence d'une dissociation du syndrome humoral, très nette. Il tâche d'abord de préciser quels sont les troubles propres à la néphrose seule et quels sont les troubles communs à d'autres maladies. Il essaie ensuite de simplifier l'étude de la néphrose, en indiquant les divers tests biologiques indispensables pour poser un diagnostic et porter un pronostic.

Ainsi pour *Codounis* le trouble le plus précoce de la maladie le plus rebelle au traitement et persistant longtemps après la guérison clinique, paraît être l'hyperlipidémie avec la présence de corps biréfringents dans le sédiment urinaire, auquel il attribue une valeur sinon tout à fait pathognomonique, du moins prépondérante dans le diagnostic de la néphrose lipoïdique. Par conséquent au point de vue pratique, devant un tableau clinique de néphrite hydropigène, avec œdèmes et grosse albuminurie irréductibles au régime déchloruré, la présence de ces corps dans l'urine avec une hyperlipidémie ou encore avec une hypercholestérinémie suffit, à son avis, pour porter le diagnostic de néphrose.

Quant au pronostic, il reste favorable dans les formes pures, mais réservé dans les formes avec azotémie et hypertension artérielle ; l'étude de l'équilibre protéique et de la pression osmotique, quand elle est possible, garde toujours sa valeur.

Néanmoins, il estime que le praticien peut se dispenser de ces recherches et se guider sur l'efficacité du traitement, l'amendement des manifestations cliniques et surtout sur la disparition des œdèmes, l'augmentation de la diurèse, la diminution du poids et de l'albuminurie, enfin sur les modifications de l'azotémie et de la tension artérielle.

Méningite tuberculo-pneumococcique. — *MM. Ch. Achard* et *Horowitz* ont observé une femme de 20 ans, qui entra à l'hôpital dans le coma. La ponction lombaire retira un liquide jaune soufre avec 700 éléments par mmc et 83 p. 100 de polynucléaires. L'ensemencement donna une culture de pneumocoque. Après une injection rachidienne de sérum antipneumococcique, le liquide contenait moins de cellules, avec une prédominance de lymphocytes.

Mais on y trouva de rares bacilles de Koch et l'inoculation au cobaye provoqua la tuberculose.

A l'autopsie, on trouva une méningite tuberculeuse de la base avec des zones de caséification sur le plancher du 4e ventricule. Sur les frottis se voyaient le pneumocoque et le bacille de Koch.

Il est probable que l'infection pneumococcique s'est surajoutée à la méningite tuberculeuse.

Cette association tuberculo-pneumococcique dans les méninges paraît exceptionnelle. MM. Achard et Horwitz en citent deux cas de Loubet, Auban et Riser (1914) et de Devic, Dufourt et Dechaumet (1922) dans le premier le méningocoque était associé, en plus, à ces deux infections.

La parole très spéciale paraît être aussi conditionnée par l'hypotonie. Ils pensent qu'il s'agit d'une inflammation discrète de la corticalité cérébelleuse.

MM. J.-A. Chavany et *A. Chaignot* posent une fois de plus, sans la trancher, la question de savoir s'il s'agit d'une complication du virus varicelleux lui-même ou d'une maladie seconde réveillée à la faveur de la varicelle.

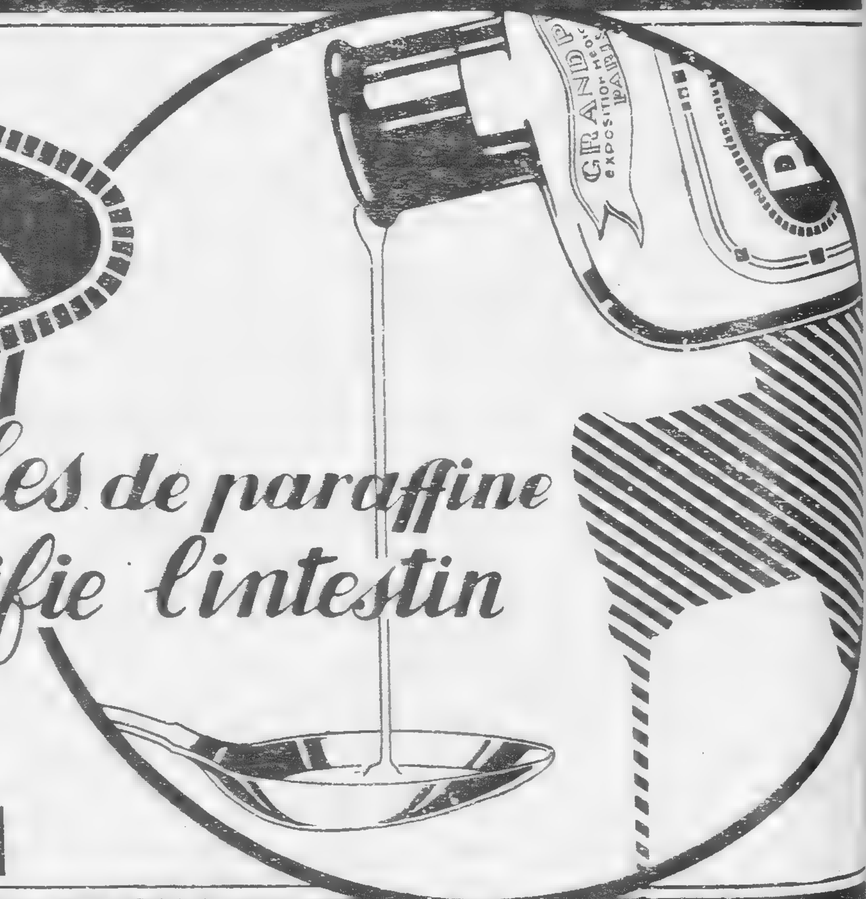
Quinidothépapie intraveineuse dans certaines affections cardiaques. — *M. Cossio* (Buenos-Ayres) pense que la quinidothérapie est indiquée dans les tachycardies paroxystiques prolongées et dans le flutter auriculaire (surtout dans les formes paroxystiques).

Il n'y a pas d'accident à craindre à condition de pousser très lentement l'injection intraveineuse sur le sujet en position couchée. Il faut employer le sulfate de quinidine cliniquement pur, à la dose de 0,50 gr. diluée dans 10 cc. de sérum physiologique. Si cette dose est insuffisante, il faut la renouveler à des taux aussi élevés jusqu'à concurrence de 0 gr. 15 par 10 kgs de poids.

Diagnostic de localisation de l'infarctus du myocarde par les modifications de l'électrocardiogramme. — *M. Cossio* déduit de l'étude clinique, graphique et anatomique de 35 cas, que l'on peut déterminer la localisation de l'infarctus du myocarde d'après certaines modifications du tracé électrocardiographique.

Quand la lésion siège à la pointe, la convexité de la coupole est tournée en haut en DI, en bas en DIII. Quand l'infarctus siège à la base, la convexité du dôme est tournée en bas en DI, et en haut en DIII.

M. Valentin.



LES CONSULTATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Traitement des oblitérations des voies lacrymales

Par le Dr A. FAVORY
Assistant du service d'ophtalmologie des Enfants-Malades

L'oblitération plus ou moins complète des voies d'excrétion des larmes ne constituent souvent qu'une gêne légère que le patient pusillanime préfère au désagrément d'une exploration instrumentale.

Il faut cependant savoir que cette oblitération peut présenter des conséquences souvent très graves.

L'évacuation normale du flux de larmes constitue un excellent moyen de défense contre les infections, aussi les membranes externes de l'œil risquent-elles de s'infecter gravement lorsqu'elle est perturbée.

L'oblitération des voies lacrymales peut être congénitale ou acquise.

Dans le premier cas elle résulte de l'imperforation de l'extrémité du canal lacrymo-nasal. Dans le second cas les lésions siégeant le plus souvent à la partie inférieure du sac peuvent s'accompagner d'altérations des parois de celui-ci avec sécrétion purulente constituant la dacryo-cystite.

L'oblitération congénitale se manifeste le plus souvent au cours des premières semaines de la vie. L'enfant présente un larmoiement abondant et souvent du refoulement purulent à la pression de la région du sac lacrymal.

Le cathétérisme devra être aussitôt pratiqué. Il est aussi facile dans les deux premiers mois que plus tard il est donc inutile de temporiser. Le passage d'une sonde n° 1 ou n° 2 suffira le plus souvent. On pourra faire un lavage quelques jours après si la sécrétion persistait.

Le traitement des oblitérations acquises dépend avant tout de l'état des voies lacrymales.

A une oblitération de date récente sans lésions du sac on opposera souvent avec succès une irrigation ou un cathétérisme tandis que l'existence de lésions anciennes avec dacryocystite imposera une thérapeutique plus compliquée.

L'imperméabilité relative cédera le plus souvent à un simple lavage à l'eau additionnée ou non d'un antiseptique. Si le lavage ne passe pas on mettra une sonde n° 5 ou n° 6 en répétant plusieurs fois le cathétérisme si nécessaire.

Cependant il est à remarquer que les cas qui résistent à un petit nombre de cathétérisme sont à traiter comme les dacryocystites.

A ces dernières on appliquera le procédé préconisé par Poulard de la stricturotomie suivi du passage de grosses sondes molles.

Cette intervention pourra être répétée plusieurs fois si une ne suffit pas.

Cependant lorsqu'il existe une dacryocystite chronique avec lésions des parois du sac la perméabilité étant établie le larmoiement et le refoulement purulent persistent parfois. Dans ces cas il faudra pratiquer des lavages du sac avec des liquides modificateurs. On emploie couram-

ment le nitrate d'argent à 1 pour 150 l'acide chronique à 1 pour 200. Nous avons obtenu les meilleurs résultats par l'emploi du sulfate de zinc à 1 pour 100.

Ce n'est que lorsque ces procédés auront échoué au bout d'un certain temps que l'on envisagera la possibilité d'une intervention.

Actuellement la dacryocystorhinostomie opération de Dupuy-Dutemps semble la méthode de choix car elle rétablit largement la perméabilité des voies lacrymales. Cependant lorsque les lésions du sac s'accompagnent de lésions osseuses étendues d'ostéopériostites tuberculeuses ou spécifiques on préférera l'ablation du sac avec curretage de l'os malade et traitement général. L'ablation simple du sac lacrymal sera aussi indiquée chez des sujets dont l'état général est mauvais et qui ne supporteraient pas sans préjudice une opération comme la rhinostomie qui est longue si elle n'est pratiquée par des mains très expertes et qui peut parfois se compliquer d'hémorragies.

Lait de monotrèmes. — Les monotrèmes présentent, à la fois, certains caractères anatomiques des mammifères et certains caractères des reptiles. Ils couvent leurs œufs dans une poche incubatoire et allaitent les nouveau-nés. Leur lait vient d'être analysé par H. R. Martson. La composition ne s'éloigne pas de celle des autres laits de mammifères. Cependant, le beurre ne contient pas de glycérides des acides gras solubles volatiles. (Le lait de monotrème. *Australan Journal of Experimental Biology and Medical Science*, 16 déc. 1926, p. 217).

Secrétion lactée chez un homme. — Hænel a publié l'observation d'un homme de 43 ans, ayant une voix de fausset et un caractère efféminé, dont les deux glandes mammaires secrétaient du lait depuis l'âge de 21 ans. Cet homme était devenu impuissant sans que cette secrétion fût modifiée. (Secrétion lactée permanente chez un homme. *Münch. med. Woch.*, 10 février 1928, p. 261). H. V.

Echos et Glanures

Gley. — Il est des discours qu'on écoute avec enthousiasme et qu'on relit péniblement. Ceux du Dr Dartigues ne sont point de cette sorte ; je viens d'en parcourir le recueil et je suis sûr qu'il ne décevra point ceux qui aiment le verbe imagé, essentiellement latin de l'animateur de l'Umfia.

On y trouvera de belles pages auxquelles il faudra joindre un jour celles que le Dr Dartigues vient de consacrer à Gley dans le *Concours médical* (21 décembre 1930).

Voici quelques passages de cet article que ceux qui ont aimé, admiré le prof. Gley, ne liront point sans émotion.

« Gley fut un des savants de cette catégorie qui ont servi, honoré la science et rayonné pour leur pays. Il meurt, non jeune certes, mais encore en pleine vitalité ; il meurt ayant peut-être donné pleinement sa mesure, car à un moment presque inéluctable, l'homme a perdu sa force intellectuelle *féconde* et le pouvoir de saisir ces fugitives qui sont les vérités qui se cachent, mais il avait conservé ce qu'un homme de sa trempe garde encore : la sagesse scientifique, le bon sens, le désir de découvrir, de guider, de diriger de plus jeunes de tous les conseils d'une longue expérience et d'un profond savoir. Il appartenait à la supérieure phalange de ceux qui, une fois leur grande tâche personnelle accomplie, ayant fait jaillir de leur cerveau supérieur et ardent et de leur intense et prolongé labeur, des fruits de science merveilleux, savent grouper autour de leur force centrale et vénérée des savants plus nouveaux et plus jeunes qui continueront leur œuvre et surtout leur faire un piédestal. Des hommes comme Gley demeurent dans la permanence de l'histoire scientifique, parce qu'ils ont combattu directement, fourni le résultat direct et personnel d'un travail incessé et parce qu'ils ont su faire une école qui dure et agrandit la beauté et l'importance de leurs découvertes.

Mais Gley ne fut pas seulement un chercheur, un homme de laboratoire, un très habile et très précis expérimentateur, il fut aussi un enseigneur remarquable, au langage châtié et plein de

clarté. On lui doit la continuation, la mise au point très actuelle et l'amplification considérable du Traité de Physiologie de Kuss et Duval : ce traité est entre toutes les mains. Ecrivain parfait, il a écrit des pages admirables sur la *Pensée et ses conditions physiologiques* et un mémoire splendide sur le *Vitalisme avant et après Claude Bernard*. Il collabora, pour la diriger pendant plus de 10 ans ensuite, à la *Revue de physiologie et de pathologie générale* créée par Ch. Richet et Pierre Teissier.

Gley était connu du monde savant universel et était en relations amicales avec les physiologistes de tous les pays. Il était de petite taille : il appartenait à cette catégorie d'hommes qui, sous un petit format anatomique, concentrent plus d'active et d'harmonieuse physiologie, plus de spontanéité vive et intuitive, et, en somme, réalisent une synthèse vitale plus intense. Plein de santé, il ne craignait pas sa peine et, âgé de 72 ans, quand la mort est venue le surprendre, il se déplaçait et voyageait beaucoup. Tous les pays l'ont vu ; toutes les nations l'ont accueilli avec enthousiasme, vénération et avec une crédibilité pleine de foi et d'admiration, dans tous les congrès scientifiques où il a paru. Il a été un véritable apôtre de la pensée scientifique par la parole française, la plus séduisante et la plus limpide, et a été pour la France un ambassadeur de savoir indiscuté et de la plus grande et de la meilleure influence. Comme ce qui était sorti de son cerveau ne l'était qu'avec la certitude la plus contrôlée et la plus contrôlable, comme la manière dont il l'exposait était du meilleur aloi et de la loyauté la plus scrupuleuse, il était indiscuté, on l'écoutait religieusement et on croyait en lui pour le suivre.

Gley fut un de ces hommes admirablement doués et organisés, à la fois d'esprit artistique et littéraire et d'esprit scientifique, dont le tempérament ne se satisfait, par conséquent, que dans une précision absolue, mais qui tend, en même temps, à l'exprimer dans une forme séduisante qui ajoute à l'exactitude et à la clarté. Il avait fait des études classiques très poussées et il s'était offert le luxe d'être licencié ès lettres. Il pouvait donc être un maître écrivain professionnel, s'il l'avait voulu, et écrire des œuvres d'imagination ou de pensée philosophique. Il n'est même pas sûr qu'il ait peut-être hésité au début de sa route, et que ce sont les circonstances qui l'ont aiguillé vers la science, ce qui a été préférable sans doute, car cela nous a valu non plus de la distraction agréable, mais de l'avancement dans la science.

Gley était orateur-né ; il avait le sens de la phrase et du rythme et aimait faire chanter et surtout retentir sa parole. Si ce grand savant a eu un violon d'Ingres, c'est bien celui de l'éloquence. Il était doué d'une voix d'une force peu commune, et d'un merveilleux métal : aussi, quand dans les congrès, les banquets, il prenait la parole après plusieurs orateurs à la voix blanche et insonore, on n'était pas peu surpris de voir cet homme de petite taille, faire retentir la salle d'un verbe non seulement éloquent mais retentissant : on avait même peine à croire qu'une voix pareille pût sortir de l'enveloppe exiguë de ce petit corps.

Une grande cérébralité pleine de richesse ; une force d'enthousiasme et de foi scientifique, une belle figure de savant et un beau caractère, en la personne de Gley, viennent de disparaître du monde scientifique. Il est certain qu'une grande pensée s'est éteinte et qu'une belle voix pour l'exalter s'est tue. Nous devons le regretter profondément, comme je le disais au début, car en plus de tout cela, l'amitié y perd : en effet, Gley, malgré l'âpreté de son ton incisif pour les revendications et pour les rétablissements de la justice, était un « brave homme », aimé de ses pairs, de ses élèves, adoré des étudiants qui le comprenaient car il était resté comme eux, jeune de caractère et d'exubérance. C'est une fine lame française qui s'est rompue, après avoir affronté avec courage tant de bons combats ; ainsi elle a dans le cliquetis de ses croisements, lancé des étincelles intellectuelles les plus fulgurantes pour l'honneur de notre pays, mais aussi de l'humanité.

La folie d'Auguste Comte. — M. Maurice Ajam, président de la Société positiviste internationale, vient de publier dans la *Revue politique et parlementaire* (10 décembre 1930) un article sur Auguste Comte. « Le moment m'a paru opportun, écrit M. Maurice Ajam, de reprendre à grands traits le portrait de cette grande figure, de celui qu'Emile Faguet a proclamé le plus grand penseur du XIX° siècle ». Un passage de cet article est consacré à la folie d'Auguste Comte.

« . . . . A la quatrième conférence qui devait avoir lieu le 15 avril (1826), les auditeurs de Comte trouvèrent porte close.

Que s'était-il donc passé ? Un drame dont le mystère est aujourd'hui pleinement éclairci. Madame Comte s'était, une fois de plus, enfuie chez Cerclet. Fou de jalousie, Comte que le travail cérébral le plus intensif avait fatigué outre mesure, fut brusquement atteint d'une manie aiguë dont le développement fit de lui un malade dangereux. Il alla d'abord raconter son malheur à Lamennais, puis il s'enfuit du côté de Montmorency. C'est de là qu'il écrivit au naturaliste Blainville, l'étrange lettre dans laquelle l'aliéniste Esquirol devait trouver les éléments de son diagnostic.

En effet, dans ce document, que M. Georges Dumas a retrouvé au milieu des papiers laissés par Esquirol, tous les mots qui sont dépourvus d'intérêt sont soulignés et mis en relief alors que les mots qui précisément mériteraient d'être soulignés ne le sont pas. Aujourd'hui encore, les spécialistes considèrent cette particularité comme un signe évident d'un dérangement cérébral. Le post-scriptum de la lettre n'est pas moins curieux. Il est ainsi rédigé : « Mon sobriquet, à l'Ecole Polytechnique était Sganarelle, mes camarades auraient-ils été alors prophètes.... »

Caroline Comte prévenue se mit à la recherche du malade, le retrouva sur le bord du lac d'Enghien, et accompagnée de Blainville et de Cerclet le remit aux mains d'Esquirol, qui dirigeait, rue de Buffon, un asile privé. Le cas était grave ; cependant le célèbre aliéniste ne le jugea pas incurable, malgré la violence de l'attaque. Comte se montrait dangereux pour tous ceux qui l'approchaient. Un gardien fut frappé d'un coup de fourchette.

Plus tard, il menaça sa femme d'un couteau. Mme Comte fit preuve d'un dévouement remarquable ; elle fit appel au concours de la mère de Comte, qui vint à Paris le 17 mai suivant et ne quitta le malade qu'aux premiers symptômes d'une amélioration.

Depuis son arrivée jusqu'à son départ, Rosalie Comte fut en proie à une singulière préoccupation. Très dévote, elle croyait que la maladie de son fils était un châtiment qui lui avait été imposé par la providence, en raison de son mariage purement civil. Elle n'avait qu'un désir : faire rentrer Auguste Comte à son domicile, qui était alors au n° 36, du faubourg Poissonnière, d'abord pour le soigner, puis pour faire régulariser son union par le sacrement de l'Eglise. Comte a toujours été reconnaissant à sa mère d'avoir provoqué sa sortie de l'asile ; il a prétendu que le régime des douches auquel il était soumis, n'avait d'autre résultat que d'exaspérer son mal.

Mais, il n'a jamais consenti, dans ses intervalles lucides, au mariage religieux. Lorsque, pressé de sollicitations, Esquirol consentit avec toutes sortes de réserves à laisser partir son client, Mme Comte avait, par des démarches préalables, tout préparé pour que le mariage fût célébré sans retard. Le curé de Saint-Laurent ayant manifesté quelques scrupules, elle réussit à obtenir une autorisation de l'archevêché pour une cérémonie à domicile. Le curé ayant persisté dans son refus, ce fut un vicaire qui, le 2 décembre 1826, vint recevoir, dans l'appartement du faubourg, le consentement des époux. D'après des témoins digne de foi, il fallut que le malheureux vicaire fit preuve d'une grande bonne volonté.





Auguste Comte ne cessa de proférer des propos incohérents et il signa sur le registre : « Brutus-Bonaparte Comte. »

Sa mère retourna à Montpellier et, pendant plusieurs mois, ce fut sa bru qui eut toute la responsabilité des soins. Qu'il lui soit beaucoup pardonné ; car elle fit preuve d'un dévouement auquel Comte, malgré la rupture consécutive, a toujours rendu un hommage ému. Le malade recouvrait peu à peu le calme. Toutefois, une dernière crise faillit entraîner une issue fatale. En avril 1827, il s'échappa de son domicile et tenta de se suicider en se jetant dans la Seine du pont des Arts. Cette douche volontaire produisit un excellent effet ; car, de ce jour, la guérison fit de rapides progrès. Le ménage abandonna le domicile provisoire du faubourg Poissonnière et vint s'installer un peu plus confortablement au n° 159 de la rue Saint-Jacques.

Le 4 janvier 1829, le philosophe put reprendre son cours .... »

La fin de Beethoven. — A la fin de novembre 1826, Beethoven était tellement malade qu'il dut rentrer à Vienne. Il venait de passer le dernier automne de sa vie chez son frère, à Gneixendorf, aux environs de Vienne. Dans une conférence faite aux Annales et publiée par le *Journal de l'Université des Annales* (5 décembre 1930), M. Edouard Herriot nous dit ce que furent les derniers mois de sa vie :

« ... Il arrive péniblement à Vienne, dans son pauvre logement : il se met au lit, il n'en sortira plus. Les cahiers de conversation, à partir de ce moment, nous donnent pour ainsi dire le spectacle de son agonie, non pas seulement heure par heure, mais minute par minute. Il envoyait Karl, son neveu, chercher le médecin. Il a bien des amis médecins, mais il les a fortement rudoyés, en particulier son vieil ami Malfatti : il lui a parlé si durement que Malfatti ne veut plus revenir. On demande un professeur de la Faculté ; Karl met deux jours pour ramener le médecin, car, au lieu d'aller directement faire sa visite, il s'arrête au café et passe une partie de son temps à jouer au billard et à se distraire. Le médecin arrive, et, sur le cahier, on le voit qui, d'une petite écriture menue, se présente à Beethoven, affirmant la grande joie que peut avoir un professeur de la Faculté de médecine de Vienne à venir se mettre au service d'un homme comme Beethoven. Puis Wawruch commence l'interrogatoire du malade, pareil à tous les interrogatoires ordinaires.

Quelle est la maladie dont souffre Beethoven ? Sa plus grande maladie, c'est la misère, l'usure ; et puis, il faut bien le dire, il a apporté dans ses origines familiales, il a trouvé dans son hérédité les traces d'un alcoolisme ancestral qui, certainement, ont exercé une grande influence sur sa dernière maladie, comme le prouvera, au reste, le procès-verbal de l'autopsie que nous possédons. Alors c'est le traitement classique de la cirrhose, c'est le même traitement qu'à ce moment décrivait à Paris, dans un traité remarquable, notre compatriote Laennec. On va chercher un chirurgien qui procède à des ponctions. On suit, par les cahiers de conversation, ces petites opérations ; on voit le chirurgien qui demande à Beethoven, par écrit, s'il a beaucoup souffert, qui dit que la douleur ne durera pas longtemps, qui donne un certain nombre de conseils, de prescriptions... Et nous suivons ainsi ces consultatons médicales jusqu'au moment où, sur une page de ces cahiers, le professeur dira de Beethoven :

« Je n'ai plus aucun espoir, mon devoir est de vous dire que, maintenant, vous êtes condamné et qu'il faut vous préparer à la mort. »

Je ne pense pas qu'on puisse lire de pareils documents sans ressentir une profonde émotion.

Pendant qu'il est sur son lit de mort, ne pensez pas qu'il s'abandonne. Il travaille... « Le 20 mars 1827, il entre en agonie. C'est le 18 que le professeur Wawruch l'avertit de sa mort prochaine. Le 23, il rédige un codicile en faveur de Karl. Le dimanche 25, il perd connaissance, et il meurt le 26, entre cinq heures et six heures du soir, alors qu'une tempête de neige s'abat sur la ville... »

Le sport dans l'Université. — Nous comptons en France 70.000 inscrits dans les Facultés ou Ecoles de facultés ; mettons de côté 18.000 étudiants étrangers et 12.000 étudiants dont le physique est incompatible avec le sport, ou trop âgés, car il n'y a pas de limite d'âge aux inscriptions universitaires. Il reste donc environ 40.000 universitaires de 18 à 27 ans sur lesquels 4.000 à peine sont des sportifs pratiquants au sein de clubs à recrutement strictement universitaire, 1.000 dans d'autres clubs,

(Dr Jean CHAPPERT. *L'Ami des sports*).

La question de l'école géminée vue par un médecin. — *Le ministre de l'instruction publique vient de demander au Sénat de rendre légal le statut de l'école géminée. Dans un article paru dans* Figaro (*1er janvier 1931*), *le docteur H. Mignon, médecin spécialisé dans la psychologie pathologique et délégué cantonal depuis trente ans, étudie la question de l'école géminée « non au nom d'une doctrine politique quelconque, mais à la lumière des faits et de l'expérience ».*

« ... Qu'est-ce que l'école géminée ?

Elle est née de la préoccupation suivante : Dans les communes à population scolaire de 75 à 100 élèves, il y a une école de garçons de 6 à 13 ans, dirigée par un instituteur, et ailleurs une école de filles, composée de la même façon, et dirigée par une institutrice, souvent l'épouse de l'instituteur. Ces maîtres sont obligés de disperser leur enseignement entre trois classes à deux sections chacune, correspondant aux six années sur lesquelles sont échelonnés leurs élèves. Et nous savons que le résultat pédagogique de ces écoles est nettement inférieur à celui des écoles à plusieurs maîtres. Aussi les instituteurs dont je parle ont-ils depuis longtemps désiré qu'on leur partageât les enfants, non selon le sexe, mais selon l'âge. C'est la gémination, selon l'argot courant, sur laquelle on compte pour obtenir dans ces écoles un meilleur rendement pédagogique. Or, il est évident et connu que ce rendement est meilleur où ce principe est appliqué, et que le résultat moral est le même que celui des classes mixtes des petites écoles.

Donc, sauvegarde de la morale des deux côtés, meilleur résultat de l'enseignement du côté des écoles géminées, telle est la conclusion à laquelle on arrive ; et j'ajoute qu'entre 6 et 13 ans, il n'y a guère à craindre d'immoralité intersexuelle, car, quoi qu'on en pense, c'est l'âge du calme génital, entre la Libido subconsciente du jeune enfant et la sexualité qui s'éveille à la puberté. C'est l'âge de l'indépendance des sexes, de la fierté que chacun a de son propre sexe, et nous savons bien que quand, par hasard, un gamin de nos écoles se laisse aller à parler à une fille, il est tout de suite l'objet des quolibets de ses camarades qui se moquent de lui avec insistance et le protègent ainsi par la honte de sa faiblesse contre toute tendance à fréquenter le clan des filles.

Mais, si je me place sur le terrain psychologique qui m'intéresse plus spécialement, je ne puis que regretter de voir les sexes réunis sous une même direction. Psychologiquement parlant, c'est-à-dire en ayant en vue la formation de l'attention, de l'émotivité, de la volonté, de la maîtrise de soi, du caractère, du sens du réel, etc., etc., il est évident que le résultat serait bien meilleur si les garçons étaient exclusivement et toujours confiés aux instituteurs et les filles aux institutrices. Il y a des affinités sexuelles, des compréhensions d'homme à homme et de femme à femme qui n'existent plus au même degré entre individus de sexes différents. N'est-ce pas d'ailleurs la cause profonde de tant de conflits d'ordre passionnel ?

C'est là, à mon avis, le seul, mais le grand inconvénient de l'école géminée. Est-il capable d'en balancer les avantages ? Tant qu'on n'aura pas compris la gravité du problème de l'éducation psychologique de l'enfance tel que je l'ai posé dans mon dernier ouvrage, je crains fort que l'avantage purement pédagogique ne l'emporte sur celui de l'éducation psychologique, et cela au grand danger de l'avenir de la race.

Enfin, je termine par un mot sur le mélange des sexes dans certains internats d'adolescents.

J'ai pendant un certain temps visité une école célèbre qui a jadis beaucoup fait parler d'elle et où le mélange des enfants des deux sexes est érigé en principe. A cette époque déjà lointaine, l'un des directeurs m'a avoué que, contrairement à ces principes, il avait dû, au moins pour la bonne tenue de la maison, séparer à partir de 13 ans les garçons des filles tant en classe qu'en récréation, au réfectoire et au dortoir ; car la morale la plus élémentaire en aurait vraiment trop souffert ! Je veux croire que cette simple allusion fera réfléchir ceux qui rêveraient d'appliquer la gémination à nos lycées et collèges ! »

Secret professionnel. — *Infanticide. Sage-femme témoin. Constatations faites sur l'accouchée. Constatations faites sur le nouveau-né. Distinction.*

(Cour d'Assises de l'Ain, 23 juin 1930).

La Cour,

Vu les conclusions déposées par Me Georges, au nom de l'accusée Bas (Mathilde), tendant à ce que le témoin dame Brédy, sage-femme à Lent, étant tenue au secret professionnel, dans les termes de l'article 378 du Code pénal, ne pourra déposer ni être entendue sur les faits confidentiels par nature dont elle a pu avoir connaissance alors qu'elle était en train de donner ses soins à la fille Bas (Mathilde) et à son enfant, le 7 février 1930;

Attendu que, si les conclusions prises par l'accusée peuvent être admises en ce qui concerne les constatations faites sur elles même par la sage femme Brédy, laquelle n'a eu connaissance de faits confidentiels intéressant l'accusé qu'en vertu de sa profession, il n'en va pas de même des constatations faites par ledit témoin sur la personne de l'enfant dont la fille Bas venait d'accoucher ;

Attendu, en effet, que l'enfant dont s'agit a été victime d'un crime, de l'aveu même de l accusée, et que le praticien ne peut être tenu au secret professionnel qu'en ce qui concerne le malade auquel il a été appelé à donner ses soins, et non en ce qui concerne la victime de mauvais traitements ou d'actes de violence, puisque, dans ce cas, ce ne serait plus le secret du malade, mais celui du coupable ; qu'il y a lieu, par suite, de rejeter les conclusions prises par la fille Bas ;

Par ces motifs,

Rejette les conclusions prises par l'accusée en ce qui concerne l'enfant dont elle a accouché, les admet en ce qui la concerne personnellement ; dit qu'il sera passé outre aux débats, ordonne que le témoin femme Brédy sera entendu.

M. Pierre Garraud commente longuement cet arrêt dans le *Quotidien juridique* (31 décembre 1930) : «... Dans l'espèce dit-il, et c'est ce qui dénonce l'équivoque de l'arrêt, il est bien évident que la personne malade, celle qui s'est confiée à la sage-femme, c'est non pas l'enfant victime de l'infanticide, mais bien la mère, auteur de l'infanticide ; et l'examen de l'enfant par lequel la sage-femme a pu se rendre compte du crime dont il a été l'objet a bien été pratiqué à la fois comme un acte même de l'exercice à la profession et donc soumis à l empire du secret professionnel... ». «... Mais avant tout, l'arrêt rapporte écrit M, Pierre Garraud, doit être considéré comme un nouveau témoignage du mouvement jurisprudentiel certain, qui tend, devant des considérations puissantes, soit d intérêt public, soit même d'intérêt privé à « refouler la notion dangereuse du secret absolu ».

Un équipage mobile de radiologie. — La *Chronique des Transports* signale une initiative de la Compagnie des chemins de fer du Nord, qui a créé un centre ambulant de consultations et d'examens :

Un équipage radiologique a été constitué et doté d'appareils modernes et puissants permettant la radioscopie et surtout la radiographie de toutes les parties du corps et de tous les organes dans leurs différentes positions.

L'appareil est monté dans un wagon aménagé à cet effet avec salle d'attente, salle d'inscription où une assistante sociale établit la fiche de chaque consultant, déshabilloir, cabinet d'examen du docteur, salle de radiologie et laboratoires pour développement et tirage des films, analyses diverses, etc...

L'équipement de ce wagon est complété par l'adjonction d'un second véhicule comprenant chambre, salle à manger et cuisine, pour permettre au médecin et aux assistantes sociales de prendre leur repas et le repos nécessaire entre les déplacements et les consultations.

Le centre ambulant de radiologie et d'hygiène renseignera le consultant sur son état et le guidera avec précaution vers les soins qu'il lui sera loisible de se faire donner pour prévenir la maladie ou pour se guérir. (*Journal des Débats.*)

Les pavillons d'entrée du Val de-Grâce. — L'ensemble architectural du Val-de-Grâce comprend non seulement les édifices classés de l'ancien couvent, mais encore deux pavillons de style, placés à l'entrée, à chaque extrémité de la grille.

L'existence et l'entretien de ces deux pavillons, qui ne sont pas classés, dépendent uniquement des particuliers.

En réponse aux observations présentées à ce sujet par M. Robert Bos, le préfet de la Seine a fait connaître qu'une instance de classement parmi les monuments historiques des deux pavillons 277 et 279 de la rue Saint-Jacques, a été ouverte.

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMP. THIRON ET CIE. — R. C. 4264

Fondé en 1873 — N° 5 LE NUMÉRO : 50 Centimes 31 JANVIER 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance publique à Paris. — *Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux.* — Lecture des copies. Ont obtenu :

Epreuve d'électrologie : MM. les docteurs Beau, 11 ; Devois, 12 ; Hickel, 7 ; Huet, 10 ; Nadal, 9.

Epreuve radiodiagnostic : MM. les docteurs Beau, 11 ; Devois, 13 ; Hickel, 8 ; Huet, 10 ; Nadal, 13.

Epreuve radiothérapie : Beau, 13 ; Devois, 11 ; Hickel, 7 ; Huet, 11 ; Nadal, 10.

Epreuve pratique, séance du 20 janvier 1931. — Question : Radiographier le crâne en position de Hertz dite menton vercex plaque. Exposer ce que l'on fait et ce que doit montrer la radiographie sur un sujet normal.

Ont obtenu : MM. les docteurs Hickel, 12 ; Nadal, 10 ; Beau, 12 ; Devois, 9 ; Huet, s'est retiré.

Epreuve pratique. Séance du 23 janvier 1931. — Question : Explorer sur un sujet donné par la méthode classique, les muscles de l'avant-bras gauche innervés par le nerf radial. Exposer ce que l'on fait.

Ont obtenu : MM. les docteurs Devois, 13 ; Hickel, 5 ; Nadal, 9 ; Huet, 8 ; Beau, 14.

Classement des candidats déclarés admissibles : MM. les docteurs Beau, 77 ; Devois, 70 ; Nadal, 58 ; Huet, 49.

Cours de perfectionnement du 2 février au 4 mars 1931. — *Conférences de pathologie obstétricale.* — Mercredi 4 janvier, M. Le Lorier : Diagnostic de la gestation pendant les premiers mois. — Jeudi 19 janvier, M. Rudaux : Vomissements graves. — Samedi 7 mars, M. Lévy-Solal : Glycosurie et diabète. Syphilis et fonction de reproduction (diagnostic clinique et sérologique, prophylaxie et traitement).

Concours d'internat en médecine des Asiles publics d'aliénés de la Seine. — Un concours pour sept places d'internes en médecine titulaires des asiles publics d'aliénés de la Seine, de l'infirmerie spéciale des aliénés près la Préfecture de police et de l'hôpital Henri-Rousselle, s'ouvrira, à Paris, le lundi 9 mars 1931.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (Service de l'Assistance départementale, 3e bureau) annexe Est de l'Hôtel-de-Ville, 2, rue Lobau, 2e étage, pièce 227, tous les jours de 10 à 12 heures et de 14 heures à 17 heures, sauf les dimanches.

Corps de santé militaire des troupes coloniales. — Le médecin général inspecteur Boyé, est nommé directeur du service de santé du commandant supérieur des troupes coloniales dans la métropole à Paris.

Au grade de médecin général inspecteur : le médecin général Boyé. Au grade de médecin général : le médecin colonel Couvy.

VIIe Congrès national de la tuberculose de Bordeaux. — Le VIIe Congrès national de la tuberculose, organisé par le Comité national contre la tuberculose, l'œuvre de la tuberculose et la Fédération girondine des Œuvres antituberculeuses aura lieu à Bordeaux, du 30 mars au 2 avril 1931.

Question a l'ordre du jour. — 1° *Question biologique* : Le problème de la bactériolyse du bacille tuberculeux. Rapporteurs : Prof. Bezançon, Dr Philibert et Dr Paraf (Paris).

2° *Question clinique* : Le diagnostic de l'activité de la tuberculose pulmonaire. Rapporteurs : Prof. Leuret et Dr Caussimon (Bordeaux).

3° *Question médico-sociale* : Comment rendre accessible aux tuberculeux indigents le traitement par le pneumothorax à l'hôpital, au sanatorium-hôpital, au sanatorium et au dispensaire. Rapporteurs : Dr Küss (Paris), Dr Secousse et Piéchaud (Bordeaux).

4° *Question médico-militaire* : Prophylaxie de la tuberculose dans l'armée. Rapporteurs : M. le médecin lieutenant-colonel Pilod, M. le médecin commandant Le Bourdellès (du Val-de-Grâce).

Au cours du Congrès, deux conférences seront faites, l'une par le Dr Burnand (Lausanne), sur « l'état actuel du traitement de la tuberculose », l'autre par le Prof. Sayé (Barcelone), sur les « Progrès de la phtisiologie et la pratique du dispensaire ».

Pendant le Congrès des visites auront lieu aux divers organismes locaux de lutte antituberculeuse de la ville de Bordeaux et de sa banlieue, ainsi qu'aux principaux chais bordelais. Après la clôture, des excursions, d'une durée d'un ou deux jours, permettront aux congressistes de visiter les établissements antituberculeux de la Gironde et du Sud-Ouest de la France.

Les personnes qui désirent prendre part au Congrès sont priées d'envoyer le montant de leur cotisation, qui est fixé à 50 francs, à M. Georges Masson, trésorier, 120 boulevard Saint-Germain, à Paris, ou mieux de verser cette somme dans un bureau de poste au compte courant de M. Masson (chèques postaux n° 589) à Paris.

Les membres du Congrès bénéficieront de la part des compagnies de chemins de fer français, de bons de transports à tarif réduit de 50 % et de la part des hôtels, d'une réduction de 25 % sur le prix du logement. En outre, la participation au Congrès des médecins officiers de réserve de la métropole sera considérée comme période d'exercice de six jours et entrera en ligne de compte dans la durée totale des périodes fixée par l'article 49 de la loi du 31 mars 1928, sur le recrutement de l'armée ; toutefois, cette période ne sera pas comptée comme période exigée pour l'avancement. Les intéressés bénéficieront du tarif militaire sur les chemins de fer, à l'aller et au retour de Bordeaux.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat du Congrès, au siège social du Comité national contre la tuberculose, 66 boulevard Saint-Michel, à Paris. Tél. Danton 69-04.

Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris. — Conférence du 8 mars par M. Sainton : Formes cliniques de l'insuffisance thyroïdienne.

Les médecins de Toulouse à Paris. — Le jeudi 22 janvier dernier a eu lieu, au buffet de la gare de Lyon, la première réunion de 1931 de la Société amicale des médecins de Toulouse à Paris. Etaient présents, les Dr Malavialle, Dartigues, Cambiès, Astié, de Parrel, Cany, Digeon (P.-A.), Grog, Lévy-Lebhar, Esclavissat, Roule, Reygasse, Bory, Vasselin, Foures, Flurin, Montagne, Clavel, Bourguet, Faulong, L. Faulong, d'Ayrenx, Mont-Refet, Terson, Delater, Lassance, Doazan, Qaériaud. S'étaient excusés, les Dr Caujole, Noguès, Foucaud, Foze, Dupau, Babou, Delherm, Privat, Mouchard, Molinéry. Comme d'habitude, la soirée fut très vivante et très gaie : toujours la même heureuse atmosphère de pleine camaraderie et de franche cordialité, caractéristiques de toutes les réunions de la S. A. M. T. P. A l'heure des toasts prirent successivement la parole : le Dr Groc, secrétaire-général, ; le Dr Dartigues toujours aussi vibrant et aussi éloquent : tous ses camarades ont été heureux de le fêter et de le retrouver en pleines formes, après la douloureuse maladie qui l'avait arrêté quelques semaines ; le Professeur Roule que ses anciens élèves écoutent toujours avec le même égal plaisir tant sa parole est vive et spirituelle, le Dr Terson qui narra avec infiniment de verve quelques-uns de ses souvenirs de son premier contact avec la vie médicale parisienne et qui évoquât avec émotion la figure de Trélat : enfin, le Dr Flurin, président en exercice, qui, avec la finesse et l'esprit que tous lui connaissent, remercia les orateurs précédents et résuma la vie de la Société de ces derniers mois : il donna en outre quelques précisions sur le projet en cours d'étude d'éditer un livre d'art, à tirage limité, sur Toulouse et ses poëtes, uniquement réservé aux membres de la S. A. M. T. P. Le dimanche 8 février, le Professeur Roule organise une visite à la Ménagerie du Muséum pour les sociétaires de la S. A. M. T. P. et leur famille : rendez-vous à 10 heures du matin, 25, rue Cuvier. La prochaine réunion aura lieu vers le 20 mars prochain.

Association pour le développement des relations médicales (A.D.R.M.). — L'Association pour le développement des relations médicales vient de tenir son assem blée génétale annuelle dans la salle du Conseil de la Faculté de médecine sous la présidence de M. Cavalier, directeur de l'enseignement supérieur. Au début de la séance, le doyen, M. Balthazard, a fait un exposé de la situation de la Faculte au point de vue de étudiants étrangers et montré que si le nombre de ceux inscrits pour le diplôme d'Etat ne se modifie guère, celui de ceux travaillant pour l'obtention du diplôme universitaire va croissant dans ces dernières années, ce qui est miportant, car il s'agit là de jeunes gens qui repartent dans leur pays imprégnés de notre enseignement.

M. Hartmann, président, a exposé ensuite les services rendus par l'A. D. R. M. qui, dans son bureau de la Salle Béclard, reçoit les médecins étrangers venus pour se perfectionner dans telle ou telle branche de la médecine, les guide et leur donne tous les renseignements désirables. Plus de 1.000 post-graduate sont venus cette année. En même temps l'A. D. R. M. s'efforce de resserrer les liens avec le corps médical des pays étrangers. Au cours de l'année MM. Chiray, Gougerot, Hartmann, Macr Labbé, Léri, Sergent, Soupault, Vasquez, se sont rendus en Bulgarie, Canada, Espagne, Grèce, Liban, Roumanie, Tchéco-Slovaquie, Turquie, Yougoslavie. Après entente avec le doyen, un professeur d'Athènes, le Dr Bensis, a été invité à faire quelques conférences à Paris. A la suite de l'établissement de ces relations, un grand nombre de professeurs étrangers se sont fait inscrire dans notre Association, qui est arrivée cette année à compter 789 membres.

Bal de la médecine française. — Le Ve bal de la médecine française aura lieu le lundi gras, 16 février 1931, en l'hôtel du Cercle de l'Union interalliée, 33, faubourg Saint-Honoré, Paris, 8e, au profit des veuves et orphelins du Corps médical.

Une soirée artistique sera donnée au cours du bal. Au programme : Mme Dolorès de Silvera, de l'Opéra-Comique : la danseuse Leda Ginelly, du Théâtre des Champs-Elysées ; Mme Cebron, premier sujet de l'Opéra et sa petite classe. ; le chansonnier Georges Chepfer ; le trio Dariox : Chœurs alsaciens.

Prix des cartes : soirée et bal, 80 fr. : bal seulement, 60 fr. corps médical . soirée et bal, 60 fr. : bal seulement, 40 fr. Jeunes gens, jeunes filles, bal seulement : 25 fr.

S'adresser pour les cartes au siège social de la Société de secours mutuels et de retraites pour femmes et enfants de médecins (F. E. M.), 95, rue du Cherche-Midi, Paris, 6e, où l'on trouvera également des billets pour la tombola. Prix du billet : 5 fr. Carnet de 10 billets : 50 fr.

Lyon. — M. le Professeur Latarzet est chargé par le ministère des Affaires étrangères d'une mission de six mois pour aller organiser à Bogota (Colombie), l'enseignement de l'anatomie.

La Federazione Nazionale italiana fascista per la lotta contre la tuberculosi a mis à la disposition de l'Union internationale contre la tuberculose deux bourses d'études destinées à être attribuées à deux médecins français spécialisés ou désireux de se spécialiser en phtisiologie, en vue d'effectuer un stage d'études de perfectionnement sur la tuberculose, d'une durée de huit mois, auprès de l'Institut Benito Mussolini, à Rome, dirigé par le Prof. Eugenio Morelli.

Le montant de chacune des bourses envisagées s'élève à 6.000 lires, plus la nourriture et le logement. Les candidats à ces bourses sont invités à adresser, dans le plus bref délai, leur demande accompagnée de leurs titres et références, au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (6e).

Vacances de Pâques sur la Côte-d'Azur. — Le Ve Voyage de Pâques de la Société médicale du Littoral méditerranéen (Voyage rose), se déroulera comme de coutume dans la plus belle partie de la Côte-d'Azur. Le rassemblement aura lieu à Cannes, le dimanche des Rameaux (29 mars). Après avoir fait le tour de l'Estérel, on visitera Saint-Raphaël, Valescure, Fréjus, Boulouris, Agay, Le Trayas et la Corniche d'Or. Puis, l'on se rendra à Super-Cannes, à Juan-les-Pins, au Cap d'Antibes et l'on gagnera Nice par Grasse et Vence.

De Nice, on parcourra la Grande Corniche, Roquebrune, le Cap-Martin, Menton et Grimaldi, où l'on visitera les laboratoires du docteur Voronoff. Enfin, après les somptueuses réceptions de Monaco et de Monte-Carlo, on reviendra par Beaulieu et la Moyenne-Corniche, à Nice, où le voyage se terminera le dimanche de Pâques, 5 avril.

Le lundi 6 avril et jours suivants, des excursions facultatives seront organisées, dans les Alpes, en Italie et en Corse, et, si les voyageurs désirent prolonger leur séjour sur la Côte d'Azur, la Société médicale leur facilitera les moyens.

Les adhérents au Voyage de Pâques recevront un permis de parcours individuel à demi-tarif, sur les chemins de fer français et italiens, valable durant un mois, en 1re et 2e classes. La visite de chaque station sera assurée avec tous les concours scientifiques utiles. — Les parties instructives du programme alterneront, comme de coutume, avec les parcours les plus magnifiques et les réceptions les plus cordiales. — Les familles des médecins seront admises, ainsi que les étudiants en médecine. — On peut adhérer séparément aux excursions.

Le nombre des places étant nécessairement limité, les médecins qui désirent prendre part à ce voyage et aux excursions qui le suivront, sont priés d'écrire, dès à présent, au Secrétariat de la Société médicale, 24, rue Verdi, Nice.

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. — La XXXVe session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Bordeaux du 7 au 12 avril 1931.

Président : M. le Docteur Pactet, médecin-chef honoraire des Asiles de la Seine ; vice-président : M. le Professeur Euzière, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier ; secrétaire général : M. le Docteur D. Anglade, médecin-chef de l'Asile de Château-Picon (Bordeaux).

Les questions suivantes ont été choisies par l'Assemblée générale du Congrès pour figurer à l'ordre du jour de la XXXVe session.

Psychiatrie : *Les psychoses périodiques tardives.* — Rapporteur : M. le docteur Roger Anglade, médecin-chef à l'Asile de Breuty-la-Couronne (Angoulême).

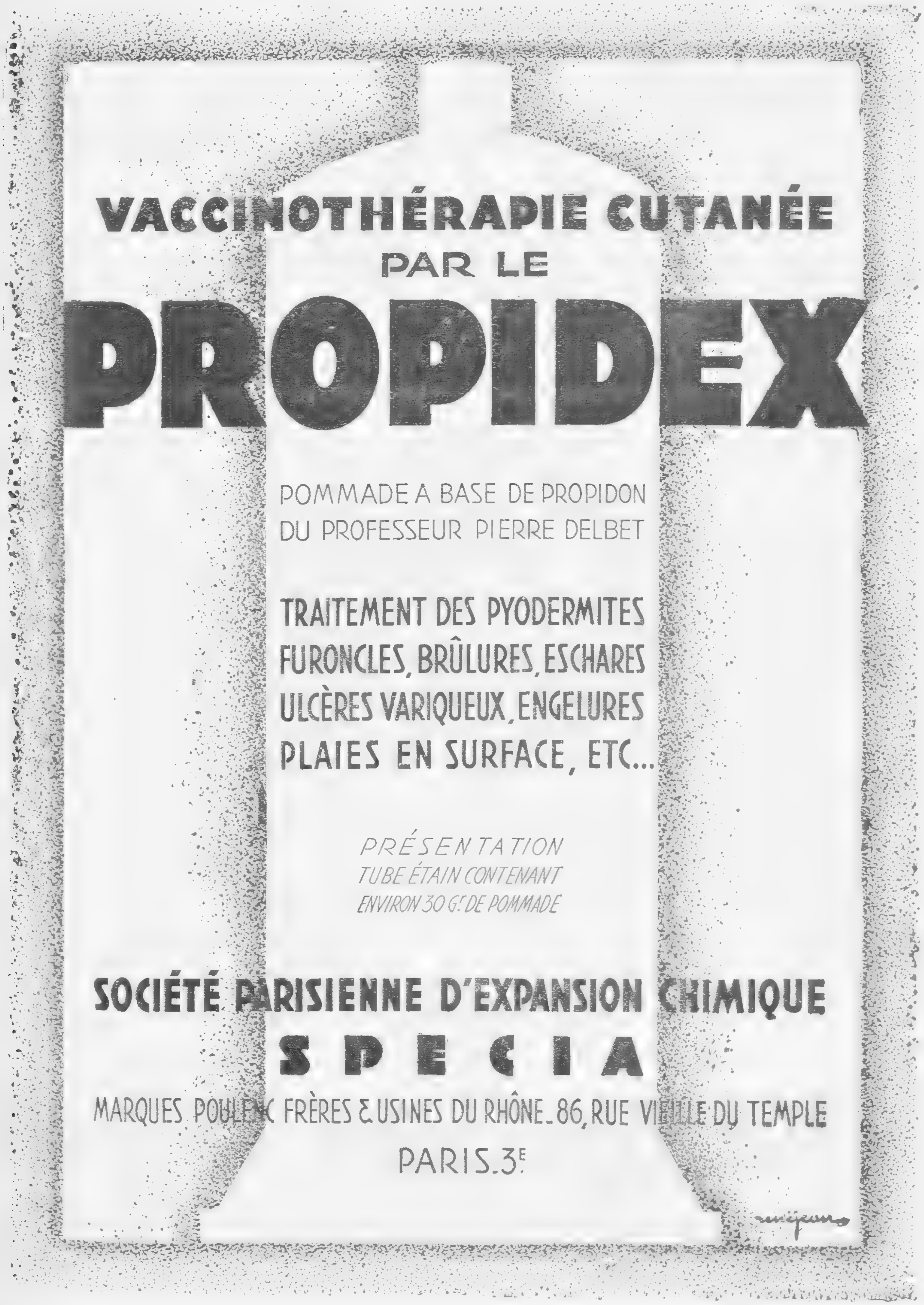
Neurologie : *Les tumeurs intra-médullaires.* — Rapporteur : M. le docteur Noël Péron, ancien chef de Clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris.

Médecine légale psychiatrique : *Les fausses simulations des maladies mentales. Leur intérêt médico-légal.* — Rapporteur : M. le médecin-commandant Fribourg-Blanc, professeur à l'Ecole d'application du Service de santé militaire (Val-de-Grâce).

N. B. — Pour s'inscrire et pour tous renseignements, s'adresser au Dr D. Anglade, secrétaire général de la XXXVe session, Asile de Château-Picon, Bordeaux.

Le prix de la cotisation est de 75 francs pour les membres titulaires de l'Association, de 80 francs pour les membres adhérents de la session et de 50 francs pour les membres associés. Les membres titulaires et les membres adhérent inscrits avant le 15 février 1931 recevront les rapports dès leur publication.

Nécrologie. — Dr Joseph Lalieu, de Tamines. — Dr Kiviac, chirurgien des hôpitaux roumains, décédé à l'âge de 78 ans. — Dr Marcel Pouzet, de L'Absie (Deux-Sèvres). — Dr Jean.-B. Lacroix, professeur de physiologie à l'Université Laval de Québec, décédé à Cambo. — Dr Gabriel Arthaud, de Paris, directeur honoraire de laboratoire à l'école pratique des hautes études. — Dr Georges Weiss, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Strasbourg.


VACCINOTHÉRAPIE CUTANÉE
PAR LE
PROPIDEX
POMMADE A BASE DE PROPIDON
DU PROFESSEUR PIERRE DELBET
TRAITEMENT DES PYODERMITES
FURONCLES, BRÛLURES, ESCHARES
ULCÈRES VARIQUEUX, ENGELURES
PLAIES EN SURFACE, ETC...
PRÉSENTATION
TUBE ÉTAIN CONTENANT
ENVIRON 30 Gr DE POMMADE
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE _ 86, RUE VIEILLE DU TEMPLE
PARIS.3E

CLINIQUE INFANTILE

Prophylaxie et traitement spécifique de la coqueluche [1]

Par H. PRÉTET
Chef de Laboratoire
à la Clinique Médicale des Enfants

Messieurs,

Les importants résultats obtenus au cours des recherches effectuées sur l'étiologie de la coqueluche ont donné un regain d'actualité à la question de la prophylaxie et de la thérapeutique de cette affection.

Naguère encore, et dans des ouvrages didactiques classiques, la coqueluche, dont on admettait pourtant la nature infectieuse (car maladie qui ne récidive pas, et qui confère l'immunité), était classée parmi les « infections à germe inconnu » ; on ne considérait pas encore comme définitivement acquis le rôle du cocco-bacille découvert en 1900 et cultivé en 1906 par Bordet et Gengou.

Ce rôle paraît actuellement bien démontré et, de ce fait, les règles prophylactiques concernant la coqueluche se sont trouvées précisées. A son tour, la thérapeutique doit bénéficier des nouvelles acquisitions.

Avant Bordet et Gengou, nombre d'auteurs avaient recherché le microbe pathogène de la coqueluche, et quelques-uns avaient cru le trouver. Différentes bactéries avaient, en effet, été décrites comme telles (Spengler, Czaplewski, Arnheim, Yochmann et Krause, Reyer, Vincensi). Manicatide en 1913 avait même décrit un bacille (le « bacille Z ») au sujet duquel il publiait des faits assez impressionnants, en particulier dans le domaine immunologique. Ces faits cependant n'ont pas reçu de confirmation de la part d'autres expérimentateurs.

Le bacille de Bordet et Gengou au contraire, découvert en 1900 et cultivé en 1906, a fait ses preuves.

Il fut d'abord retrouvé par nombre d'auteurs qui effectuaient sa recherche dans des conditions convenables (Seifert, Klimenko, Inaba et Finizio, Fränkel, Arnheim, Odaira, Wolstein, Powitzky, William).

Les travaux les plus importants ont été publiés au Danemark et aux Etats-Unis : Meyer et Chiewitz en 1920 avaient obtenu 970 cultures positives sur 1.665 essais, Lawson et Muller 219 cultures positives sur 533 cas de coqueluche dont 30 cas frustes et cliniquement atypiques. Nous-même avec la collaboration de J. Marie, et sous la direction de M. R. Debré, avons depuis trois ans isolé très souvent le bacille de Bordet, que nous pouvons mettre en évidence 9 fois sur 10, si la recherche est faite au début de la maladie.

D'autre part, aucun expérimentateur n'a jamais rencontré le bacille de Bordet en dehors de la coqueluche.

Il s'agit donc d'une bactérie *accompagnant obligatoirement* la maladie. Si elle n'en est pas la cause directe et unique, cette coïncidence serait déjà du plus haut intérêt diagnostique.

Les phénomènes d'ordre immunologique qui suivent sa présence dans l'organisme viennent très nettement confirmer son rôle.

Dès 1906, Bordet montrait que le sérum des malades atteints de coqueluche :

1° *Agglutinait* spécifiquement le bacille :

2° Renfermait des sensibilisatrices spécifiques mises en évidence par la réaction du complément.

Ces propriétés furent confirmées par Meyer et Chiewitz en 1915, par Giese en 1918. Nous les avons toujours très nettement observées. Krumwiede à New-York distingua par les réactions immunologiques deux races (A et B), de bacilles de Bordet. Zinsser à Boston, Kristensen à Copenhague, n'ont jamais observé d'une seule race correspondant au type B de Krumwiede. Toutes les souches que nous isolons dans la région parisienne appartiennent également à ce type B. Ces propriétés semblent bien confirmer le *rôle actif* du bacille de Bordet dans la coqueluche.

Rappelons enfin que Fränkel, inoculant ce bacille au singe, a provoqué expérimentalement une affection caractérisée par une toux aboyante, quinteuse, avec reprises.

Il semble donc impossible de ne pas considérer le coccobacille de Bordet et Gengou comme l'agent même de la coqueluche.

Ce fait bien établi, les règles de la prophylaxie de la maladie peuvent se résumer en une seule loi : mettre l'enfant à l'abri de l'agent pathogène.

L'épidémiologie nous a appris :

1° Que la maladie se transmet uniquement par le voisinage proche des individus malades ;

2° Qu'elle présente son maximum de contagiosité dans les tout premiers jours et, en particulier pendant la période dite « catarrhale » qui précède l'apparition des quintes caractéristiques, donc à un moment où le diagnostic est pratiquement impossible par l'examen clinique du malade.

3° Que la contagiosité diminue rapidement ensuite, pour s'éteindre vers la quatrième semaine des quintes.

Faut-il rappeler que Weil (de Lyon) traitant des enfants indemnes de coqueluche dans les selles d'hospitalisation des coqueluchcux n'a pas constaté de contaminations ; cela seul lui avait déjà permis de penser que la période de contagiosité de la maladie était relativement courte, et ne dépassait pas les premières semaines de la période spasmodique ; les coqueluchcux en effet, sont en général envoyés à l'hôpital lorsque les quintes sont à leur maximum de fréquence.

Ces faits sont confirmés par les recherches bactériologiques. Elles montrent en effet que les cultures, si faciles à obtenir pendant la période catarrhale et, au cours de la première semaine des quintes, deviennent de plus en plus difficiles par la suite. Il est rare d'isoler le bacille de Bordet à la quatrième semaine, et tout à fait exceptionnel à partir de la cinquième semaine des quintes.

Il serait donc indispensable d'isoler les malades dès l'extrême début de leur affection, pour éviter les risques de contagion de leur entourage. Et c'est ici que se pose la question du diagnostic de la coqueluche. Nous savons qu'il est à peu près impossible dans les premiers jours et qu'avant l'apparition des quintes caractéristiques, il ne peut y avoir que présomption, si le médecin se contente d'examiner cliniquement le petit malade.

Mais nous avons vu que cette période est précisément la plus favorable pour la recherche du bacille de Bordet.

L'examen bactériologique lèvera donc tous les doutes, si, aux premiers accès de toux, le médecin pense à le demander.

Il est toujours possible d'exiger deux ou trois jours d'isolement absolu de l'enfant suspect, si l'on peut affirmer à ses parents que ce délai est suffisant pour recevoir les précisions données par les cultures.

Cette recherche doit être pratiquée suivant la technique

(1) Leçon faite le 25 novembre 1930.

••

de Meyer-Chiewitz-Mauritzen que nous avons précisée dans différentes publications, en collaboration avec MM. R. Debré et J. Marie, et en particulier, dans la thèse de J. Marie (1928) et dans des articles de la *Presse médicale* (5 janvier 1929) et de la *Gazette médicale de France* (15 janvier 1930).

Rappelons que le milieu le plus favorable à ces cultures reste le milieu à la pomme de terre de Bordet et Gengou, coulé en boîtes de Pétri. Son ensemencement est des plus simples, mais doit être effectué dans des conditions rigoureuses :

1° Attendre toujours que l'enfant tousse, sans chercher par aucun moyen à provoquer cette toux ;

2° Présenter alors la boîte de Pétri ouverte à 15 cm. environ de la bouche, de façon que la surface du milieu nutritif reçoive les particules projetées par la toux.

3° Utiliser au moins trois boîtes et de préférence en variant l'abondance de l'ensemencement : les boîtes seront laissées ouvertes devant la bouche de l'enfant de façon à recevoir, par exemple, la première, 3 secousses de toux, la seconde, 5 secousses, la troisième 6 ou 7 secousses.

Les boîtes refermées sont alors maintenues dans une pièce chaude jusqu'à leur transport au laboratoire. Ce transport peut être effectué immédiatement : le résultat sera connu plus tôt. Le bacille de Bordet étant assez résistant, il est possible de pratiquer sa recherche à distance. Les milieux de culture peuvent parfaitement être expédiés par la poste avant et après leur ensemencement : il suffit pour cela de substituer à la boîte de Pétri en verre couramment utilisée, une boîte métallique présentant des rainures concentriques faisant saillie à l'intérieur et destinées à fixer le milieu de culture au fond de la boîte sans que les heurts du transport risquent de le décoller. Je vous présente une de ces boîtes que j'utilise avec M. Goiffon pour ce genre de recherches.

Je n'insiste pas sur l'identification du bacille de Bordet, elle est le plus souvent facile, pour peu qu'on ait quelque habitude de la pratiquer : l'aspect des colonies (rondes, surélevées, luisantes) leurs propriétés hémolysantes (auréole visible par transparence), et leur délai d'apparition (48 heures) suffisent pour différencier très nettement ce microbe du bacille de Pfeiffer, si fréquent dans les affections des voies respiratoires, et qui présente, à l'examen microscopique, une morphologie identique.

Grâce à cette méthode, le diagnostic bactériologique de la coqueluche est devenu d'une remarquable précision, ne le cédant en rien à celui de la diphtérie ou de la fièvre typhoïde.

Au Congrès d'hygiène 1930, Foucaud, rappelant tous les avantages de la méthode, a pu émettre le vœu que soient créés des centres départementaux de diagnostic de la coqueluche, qui rendraient les plus grands services.

Depuis plusieurs années, avec le Dr Goiffon, nous appliquons couramment ce procédé de diagnostic en clientèle privée. Il s'est toujours montré d'une très grande fidélité. Nous avons dépisté ainsi des cas frustes, impossibles à diagnostiquer cliniquement, des coqueluches atypiques d'adultes ou de vieillards. Le diagnostic de ces formes est indiscutablement de la plus grande importance dans la prophylaxie de la maladie.

Une importante question qui se pose ici est celle de la vaccination préventive. Peut-on mettre les enfants à l'abri de la coqueluche par quelque procédé de vaccination ? La question est encore bien discutée. De très nombreux essais ont déjà été tentés. L'interprétation des résultats est difficile : nous ne possédons aucun test capable de nous renseigner sur l'état de réceptivité ou d'immunisation des enfants, et pouvant jouer, en ce qui concerne la coqueluche, le rôle de la réaction de Schick pour la diphtérie. Aussi devons-nous tabler uniquement sur des données statistiques toujours sujettes à caution.

Zaorsky en 1909, Saner et Hambrecht en 1928 n'ont obtenu aucun résultat appréciable. Von Bermuth en 1928, observe que des émulsions à faible densité microbienne n'ont pas d'effet vaccinant, mais que des émulsions plus concentrées (25 à 350 millions de bacilles par cc.), sont plus efficaces.

En 1923, Madsen a fait également des tentatives de vaccination sur une grande échelle : la mortalité a été 12 fois moins élevée chez les sujets vaccinés que chez les sujets non vaccinés, et cet auteur a pu conclure : « L'effet prophylactique de la vaccination n'est pas absolument net, bien qu'on ne puisse nier que *très souvent* les cas d'infection sont plus rares parmi les personnes vaccinées. *Il n'est pas douteux* que l'infection est plus bénigne chez les sujets vaccinés que chez ceux qui ne le sont pas.

Personnellement, nous avons tenté une expérience aux centres de placement familial des tout-petits, en plein milieu épidémique, avec MM. R. Debré et J. Marie. Trente-six enfants ont été vaccinés par trois injections de 1/2, 1, 1,5 cc. à 2 jours d'intervalle. Huit ont cependant contracté la coqueluche. Cinq de ces coqueluches furent légères, deux d'intensité moyenne ; une seule fut assez sévère, mais guérit pourtant sans complications.

A notre avis, la vaccination préventive contre la coqueluche doit être considérée comme possible ; de nouvelles recherches sont nécessaires pour en établir les règles exactes en ce qui concerne la forme de l'antigène à injecter, sa concentration, le rythme des injections, etc.

Traitement. — Toutes les médications proposées contre la coqueluche n'apportent que des palliatifs souvent bien peu efficaces.

Je ne puis les énumérer, tant elles sont nombreuses : applications externes, badigeonnages, insufflations, inhalations ; médications internes : antiseptiques, balsamiques, calmants nerveux, etc.

Quelques procédés, proposés comme héroïques, telles les injections intra-musculaires d'éther, n'ont eu qu'une fortune éphémère, on leur a dû cependant des cas indiscutables de guérison rapide.

Par contre, à n'en pas douter, les acquisitions bactériologiques peuvent apporter dans ce domaine des armes efficaces : nos espoirs doivent se tourner franchement du côté des procédés thérapeutiques spécifiques, vaccins et peut-être sérums. Les premiers essais en remontent à loin déjà.

Dès 1906, Bordet et Gengou avaient préparé un sérum thérapeutique.

En 1909, Freemann enregistrait par vaccinothérapie une proportion notable d'améliorations ; de même, en 1912-1913, Nicolle et Conor par l'emploi d'un vaccin vivant, puis Nicolle et Blaizot en utilisant une émulsion microbienne en solution fluorée.

Citons encore les essais de Kelsall en 1914, de Harry Reynold, de Bloom en 1918, de Madsen en 1923, de Glas en 1927, tous plus ou moins encourageants.

Ce dernier auteur, en particulier, rapporte 50 cas choisis parmi les plus graves de sa série (250 cas de contrôle) guéris en 15 jours.

Quelques auteurs ont rapporté des résultats peu favorables, Hers par exemple en 1914, Saner et Hambrecht en 1928.

Des nombreux essais tentés, semble ressortir la nécessité d'établir une formule de préparation et un mode d'emploi judicieux.

La concentration en corps microbiens paraît avoir une certaine importance. De même, le mode de stabilisation. Le rythme des injections doit encore être précisé. Certains auteurs injectent le vaccin tous les jours, d'autres tous les deux ou trois jours, ou même tous les cinq ou six jours. L'administration par voie buccale même, a été tentée avec quelques succès.

Avant tout, il nous paraît indispensable de bien choisir les souches microbiennes utilisées pour la préparation des émulsions vaccinantes. La valeur antigénique des souches est en effet très variable. On sait que cette valeur antigénique (ou « pouvoir antigène ») est définie par la capacité de déterminer dans l'organisme la production d'anticorps.

1° Nous savons qu'une émulsion homogène de bacilles de Bordet s'agglutine plus ou moins énergiquement si on la met en présence d'un sérum de convalescent de coqueluche dilué à un taux plus ou moins élevé.

Cette agglutination est particulièrement rapide et complète en présence de sérums expérimentaux, c'est-à-dire de sérums d'animaux (cheval et surtout lapin) préalablement préparés par injections d'émulsions microbiennes en quantité et de concentration croissantes. Dans ce cas, l'agglutination s'observe à des taux de dilution très élevés du sérum (1 /5.000 à 1 /10.000).

2° Nous savons aussi que le sérum des convalescents de coqueluche renferme des « sensibilisatrices » spécifiques, mises en évidence par la réaction de fixation du complément en présence de l'antigène correspondant : dans un mélange constitué, à doses choisies, par le sérum de convalescent (anticorps), l'émulsion de bacilles de Bordet (antigène) et le sérum frais de cobaye (complément), le complément, après incubation à 37°, se trouve inactivé : l'addition d'un système hémolytique (hématies de mouton + sérum de lapin anti-mouton) le montrera nettement : aucune hémolyse ne pouvant s'y produire en l'absence de complément actif.

Or, nous avons constaté que ces réactions, agglutination et déviation du complément, effectuées avec une même souche de bacilles de Bordet, mais à plusieurs mois de distance, donnent des résultats fort différents : très nettes lorsque la souche est récente (isolée depuis peu de l'organisme), ces réactions sont beaucoup moins caractéristiques lorsque la souche microbienne servant d'antigène a été conservée 10 ou 12 mois au laboratoire au moyen de repiquages successifs : l'agglutination ne se produit plus qu'à un taux de dilution très faible du sérum ; dans la réaction de déviation, le complément ne se trouve plus aussi complètement inactivé.

Le pouvoir antigène du bacille de Bordet paraît donc diminuer assez rapidement, et nous sommes en droit de supposer que le pouvoir vaccinant est parallèle dans une certaine mesure, au pouvoir antigène.

Nous exigerons donc d'un vaccin, non seulement que sa date de préparation ne soit pas trop éloignée du jour où il doit être utilisé, mais surtout que les souches employées à sa fabrication, aussi variées que possible, d'ailleurs, proviennent de microbes récemment isolés de l'organisme et possédant une valeur antigénique correctement contrôlée par les réactions immunologiques.

Insistons enfin sur la nécessité d'une concentration microbienne suffisante : la concentration de 750 millions de germes environ par cc. nous a paru convenable.

Un vaccin préparé dans ces conditions nous a donné des résultats satisfaisants dans l'ensemble. Nous ne lui demandons pas, bien entendu, de juguler en quelques jours une coqueluche déclarée, bien que ce résultat ait été observé dans quelques cas. Mais il peut raccourcir sensiblement la durée de la maladie. Il la rend particulièrement bénigne, diminuant le nombre de quintes quotidiennes, supprimant les vomissements, l'intolérance gastrique et l'état de dénutrition plus ou moins marqué consécutif. Il met à l'abri des complications pulmonaires qui, en milieu hospitalier surtout, provoquent une mortalité relativement élevée.

Nos premiers essais rapportés en 1929 (thèse d'Oustric) concernant 48 cas, choisis parmi les coqueluches paraissant les plus sérieuses, d'après les symptômes constatés à l'entrée du malade à l'hôpital. Malgré les conditions défavorables où nous nous étions placés (milieu hospitalier infecté, début du traitement tardif) nous n'avons pas observé sur nos malades traités par bactériothérapie une seule complication pulmonaire. Chez 34 de ces enfants, l'amélioration fut rapide et complète ; les 14 autres bien qu'ayant évolué sans complication présentèrent une coqueluche dont la durée totale ne parut pas sensiblement raccourcie.

Notons bien qu'en clientèle privée, et surtout si le diagnostic bactériologique est établi dès le début de la maladie, et si le traitement spécifique est immédiatement institué, les résultats peuvent être sensiblement meilleurs.

La vaccinothérapie pourrait être envisagée sous une forme un peu différente.

Des essais ont été pratiqués avec des vaccins mixtes préparés à la fois avec le bacille de Bordet et avec les microbes d'association habituellement rencontrés dans la coqueluche.

On peut également, (comme nous avons eu plusieurs fois l'occasion de le faire), préparer des auto-vaccins avec le bacille isolé chez le malade à traiter et les microbes associés. En raison des délais nécessités par cette préparation, il est nécessaire de commencer le traitement avec un stock-vaccin. Notre expérience de ce procédé est insuffisante encore pour pouvoir le juger. Kyriaside (1929) en a obtenu de très bons résultats.

Sérothérapie. — A côté de la vaccinothérapie ou bactériothérapie, il faut envisager aussi les possibilités de la sérothérapie.

R. Debré a proposé et expérimenté le traitement par le sérum de convalescents de coqueluche. L'inconvénient de cette thérapeutique restera la difficulté de se procurer en quantité suffisante les sérums nécessaires.

Aux cas graves d'emblée, et aux formes hypertoxiques, pourrait s'adresser plus spécialement une sérothérapie anticoquelucheuse si nous possédions un sérum thérapeutique efficace.

Bordet, dès 1906, a proposé un sérum qui a paru donner quelques résultats ; la question mérite d'être reprise avec bénéfice des progrès réalisés depuis dans ce domaine.

Ce qu'il faut en résumé retenir de ce que je vous ai rapidement exposé c'est :

1° Que la coqueluche est extrêmement contagieuse, surtout à son début, et avant que le diagnostic clinique ne soit possible.

2° Que dès ce moment, le diagnostic bactériologique en est facile.

3° Que le médecin ne doit pas hésiter à le demander, toutes les fois où la chose est possible, exigeant alors l'isolement absolu de l'enfant suspect pendant 2-3 jours, jusqu'à ce que le résultat des cultures soit connu ;

4° Que la vaccinothérapie, instituée alors de façon précoce, sans pour cela d'ailleurs négliger les autres moyens thérapeutiques, est capable parfois de faire avorter la maladie — en tout cas, en raccourcit la durée, et la gravité, et met l'enfant à l'abri des complications.

Il n'est pas douteux qu'une prophylaxie basée sur un

diagnostic précoce et l'isolement immédiat des enfants suspects, ne modifie considérablement la gravité des épidémies.

Il paraît également bien établi qu'une vaccinothérapie instituée au moyen d'un vaccin sérieusement préparé et contrôlé ne soit capable de transformer le pronostic de la coqueluche si souvent assombri par les complications immédiates ou éloignées, et d'imprimer à cette affection un caractère de réelle bénignité.

(*Conférence recueillie par* Mme le Dr TRIFONOFF.)

PHYTOTHÉRAPIE

Les Béchiques

Par Henri LECLERC

Le terme suranné de béchique, comme l'indique le mot grec dont il dérive (βήξ, toux), désigne tout médicament propre à calmer la toux : c'est donc une appellation sous laquelle on pourrait grouper un nombre considérable d'agents de la matière médicale, depuis l'innocente pastille de gomme qu'on suce au début d'un rhume banal jusqu'aux alcaloïdes de l'opium et des solanées qui sont l'*ultima ratio* des quintes de la phtisie. Toutefois l'usage a voulu qu'on réservât le nom de béchiques à des simples qui opèrent sur la toux une action sédative, généralement légère, soit en combattant l'irritation des muqueuses respiratoires, soit en modifiant les caractères bio-chimiques de leurs sécrétions et en en favorisant l'expulsion : c'est ainsi que nos pères avaient établi deux classes de béchiques : les *émollients* qui agissent par le contact de leurs principes mucilagineux avec les revêtements épithéliaux (bouillon blanc, mauve, capillaire), les *incisifs* ou *balsamiques* qui empruntent leurs effets à des éléments volatils dont l'élimination se fait par les voies respiratoires (marrube, erysimum, hysope) : on peut y ajouter deux catégories comprenant, la première les *expectorants* (violette, scabieuse) : la seconde certains *antispasmodiques* doués d'une action élective sur les éléments nerveux de l'arbre aérien (drosera, lyciet).

I. Béchiques émollients.

Pour obéir à la tradition nous placerons en tête des béchiques émollients la classique tisane improprement dite des *quatre fleurs*, car les plantes qui la composent sont au nombre de sept : bouillon blanc, tussilage, coquelicot, mauve, guimauve, violette et pied de chat.

Bouillon blanc (*Verbascum thapsus* L.). C'est le béchique le plus anciennement connu, celui que Dioscoride et Pline employaient avec la même confiance chez les hommes atteints d'asthme et chez les chevaux poussifs, le *Wull ...* que Sainte-Hildegarde prescrivait à ses moniales enrouées pour leur éclaircir la voix. S'il est incapable, comme le croyait Quinlan au siècle dernier, de guérir la tuberculose, il n'en rend pas moins de réels services comme adoucissant dans les catarrhes aigus ou chroniques du larynx, de la trachée et des bronches, surtout chez les enfants et chez les vieillards auxquels on prescrira l'infusion de ses fleurs à 10 % : recommander de passer soigneusement le liquide qui, faute de cette précaution, irriterait le gosier en véhiculant les poils rudes et piquants dont sont hérissées les étamines de la plante.

Tussilage (*Tussilago farfara* L.). Comme le bouillon blanc, le tussilage connut jadis des heures glorieuses ; Fuller en faisait un spécifique de la phtisie, Hufeland lui attribuait d'insignes vertus contre » le vice scrophuleux. » C'est, en réalité, un léger calmant qui peut être utile dans les catarrhes aigus des voies respiratoires, non à la période de début mais lorsque s'amorce la « fonte » des sécrétions : j'ai vu souvent des trachéites consécutives à la grippe améliorées soit par l'infusion théiforme de ses fleurs, soit par l'extrait fluide sous forme de sirop :

Extrait fluide de tussilage.............	5 gr.
Sirop d'érysinum composé...............	395 gr.

de 2 à 4 cuillerées à soupes par jour.

Coquelicot (*Papaver rhœas* L.). Malgré ses liens de parenté et son air de famille avec le pavot et bien qu'on ait prétendu jadis qu'il renfermait des traces de morphine, le coquelicot est le plus innocent des calmants, ce qui ne veut pas dire qu'il soit absolument inactif. Les pédiatres l'emploient chaque jour en prescrivant le sirop Desessart : son infusion (une pincée pour une tasse d'eau bouillante) peut également rendre des services pour combattre la toux dans la laryngite striduleuse, dans la coqueluche, à la période initiale des bronchites grippales.

Guimauve (*Althæa officinalis* L.) et Mauve (*Malva sylvestris* L.). C'est aux fortes proportions de mucilage pectosique contenues dans ces deux malvacées que la tisane des quatre fleurs doit la majeure partie de ses vertus émollientes : ce mucilage, en se gonflant dans l'eau, fournit un liquide onctueux qui forme à la surface des muqueuses enflammées de la gorge et du larynx une sorte d'enduit dont le rôle est de les soustraire au contact de l'air et de diluer, d' « émulsionner » leurs sécrétions, de les rendre ainsi moins irritantes. Guimauve et mauve sont douées, en outre, d'une action légèrement laxative : on sait que Cicéron dut à l'absorpton d'un ragoût de mauves une copieuse exonération abdominale : le Professeur Prou a reconnu à l'intrait de mauve la propriété de faciliter le glissement du bol fécal chez les atoniques. On pourra faire bénéficier les malades de cette double action, émolliente et eccoprotique, en leur conseillant l'infusion concentrée de fleurs de guimauve ou de mauve (une cuillerée à soupe par tasse d'eau bouillante, laisser infuser 15 minutes, passer avec expression).

Il nous resterait à étudier la violette et le pied de chat : mais la première trouvera sa place parmi les expectorants et je ne citerai que pour mémoire l'inodore, insipide et inerte pied de chat (*Gnaphalium dioicum* L.) végétal qu'on prendrait pour une fleur artificielle faite de coton et de papier et auquel il est impossible, quelque bonne volonté qu'on y mette, d'assigner la moindre vertu pharmacodynamique. Par contre, on ne peut passer sous silence une autre association, non plus de fleurs mais de fruits, la *tisane des quatre fruits*, qu'on prépare en faisant bouillir un quart d'heure dans un litre d'eau 100 gr. d'un mélange à parties égales de *figues*, de *dattes*, de *jujubes* et de *raisins de Corinthe* : d'un goût très agréable, cette décoction est particulièrement utile à la période de début des bronchites grippales.

Capillaire de Montpellier (*Adiantum capillus Veneris* L.). Sans posséder les insignes vertus que lui attribuaient les anciens qui la considéraient comme un véritable « or potable », cette fougère sert à préparer un sirop adoucissant qu'on peut utiliser avantageusement pour édulcorer les tisanes ; son infusion additionnée d'un quart de lait chaud et bien sucrée constitue un breuvage aussi sain que plaisant, l'antique bavaroise que nos aïeules avaient accoutumé de prendre le soir, avant de se mettre au lit, lorsqu'elles sentaient les titillements, signes avant-coureurs d'un rhume.

Poireau (*Allium prasum* L.). Du poireau on extrait par la cuisson suivie d'une énergique pression à travers un linge un mucilage qui. s'il ne se recommande pas par ses qualités organoleptiques, rend de grands services par l'action émolliente qu'il exerce sur la muquense pharyngienne qu'ont adultérée des processus d'inflammation aigus et chroniques : expectorant et détersif, il trouve ses principales indications dans les pharyngites, dans les trachéites et dans les bronchites (Saintignon).

Lichen (*Cetraria Islandica* L.). Le lichen renferme 70 % d'un hydrate de carbone, la *lichénine*, qui se dissout dans l'eau bouillante et se prend en gelée par refroidissement et 3 % d'une substance très amère le *cetraria*. C'est au premier de ces principes qu'il doit les effets émollients qui en font un béchique utile dans les inflammations aiguës des voies respiratoires. La tisane de lichen se prépare de la façon suivante : sur 10 gr. de la plante verser huit à dix fois son poids d'eau bouillante, laisser infuser une 1/2 heure et rejeter le liquide qui s'est chargé de tout le principe amer, laver à l'eau froide et faire bouillir avec quantité suffisante d'eau pour obtenir un litre de tisane : passer avec expression et sucrer.

II. Béchiques incisifs ou balsamiques.

Deux familles botaniques, les labiées et les crurifères, ont le privilège de fournir ce genre de simples : ceux de la première renferment des huiles essentielles, ceux de la seconde des essences sulfo-azotées qui exercent leurs effets pharmacodynamiques en s'éliminant par les bronches.

Marrube blanc (*Marrubium vulgare* L.). Cette plante, vantée dans l'antiquité par Hippocrate, célébrée au moyen âge en de retentissants hexamètres par Walafrid Strabus, a été de la part des modernes (Trousseau, H. Leclerc, Deguy) l'objet d'études qui ont démontré son efficacité dans tous les cas où il y a lieu d'agir sur les éléments anatomiques et sur la flore des excrétions bronchiques. Il renferme deux substances, une huile essentielle et un principe amer, la *marrubiline*, ayant pour rôle, l'une de fluidifier les sécrétions des bronches et de les aseptiser, l'autre de favoriser leur expulsion en activant les contractions des muscles de Reissessen. Sous l'influence de ce complexus chimique, ces sécrétions, de muco-purulentes deviennent franchement muqueuses et cessent d'adhérer aux parois, les germes qu'elles contiennent se raréfient : du fait qu'elles s'éliminent plus rapidement, on voit diminuer la stase bronchique et l'oppression et la toux dont elle est cause. Ainsi s'opère un salutaire balayage des voies respiratoires, un essorage des muqueuses d'autant plus appréciable qu'il se fait sans brutalité, sans entraîner de tannage trop brusque des revêtements épithéliaux et de leur glandes.

L'infusion de marrube n'étant pas buvable à cause de son excessive amertume, on utilisera l'extrait hydro-alcoolique à la dose de 0 gr. 60 à 1 gr. par jour, chez les enfants sous forme de sirop

Extrait hydro-alcoolique de marrube blanc	2 gr.
Sirop de fleurs d'oranger	100 gr.

de 2 à 3 cuillerées à dessert,
chez les adultes sous forme de pilules.

Extrait hydro-alcoolique de marrube blanc	0 gr. 10
Poudre de réglisse	0 gr. 05

pour 1 pilule : de 6 à 10 par jour.

Si nombreuses sont les labiées qui peuvent produire des effets analogues à ceux du marrube que je me contenterai de les mentionner brièvement : la plus communément employée est le lierre terrestre (*Glechoma Hederacea* L.) dont on utilise l'infusion théiforme et l'alcoolature xx gouttes avant chacun des trois repas) et qui est un bon adjuvant dans le traitement des bronchites fétides : on peut lui substituer la lavande (*Lavandula spica* L.) qui présente, en outre, l'avantage d'être un diurétique actif : on prescrira notamment au début des grippes, le mélange suivant :

Fleurs de lavande	P. E.
— de bourrache	
— de souci	
— de sureau	
— de mauve	

1 cuillerée à soupe pour 1 tasse d'eau bouillante, laisser infuser 10 minutes : trois tasses par jour.

Le Serpolet (*Thymus serpyllum* L.) fournit un breuvage des plus agréables qui, surtout chez les coquelucheux, facilite l'expectoration et calme la toux, sous forme d'infusion à 10 %. Il en est de même du Romarin (*Rosmarinus officinalis* L.) qui joint à son action incisive des vertus cholagogues manifestes, du Calament (*Calamintha officinalis* L.), de l'Hysope (*Hyssopus officinalis* L.) particulièrement indiquée dans les affections caractérisées par l'exagération et par la stase des sécrétions (infusion à 2 %, trois tasses, alcoolature XXX gouttes 2 à 3 fois par jour).

Diplotaxe (*Diplotaxis tenuifolia* L.). Le type des béchiques incisifs de la familles des Crucifères est la diplotaxe étudiée récemment par Ch. Pottiez qui en a isolé une essence formée de *sulfure d'allyle*, de *butylène* et d'un sulfure d'hydrocarbure, le *diplotaxylène* et par H. Leclerc qui a publié plusieurs observations prouvant que, sous l'influence de ce médicament, les sécrétions muco-purulentes, opaques et adhérentes, deviennent hydro-muqueuses, transparentes et fluides, modifications ayant pour résultat la cessation de l'encombrement des bronches, une fréquence et une intensité moindres de la toux. Le végétal empestant le graillon et le caoutchouc brûlé, on renoncera à employer l'infusion qu'on remplacera par l'alcoolature en l'aromatisant comme dans la formule suivante :

Alcoolature de diplotaxe	30 gr.
— de tanaisie	10 gr.
Essence d'anis vert	V gouttes.

de XL à L gouttes, 2 à 5 fois par jour, dans un peu d'eau sucrée.

Erysimum ou Herbe au chantre (*Sisymbrium officinale* Scop). Cette crucifère qui eut l'honneur d'être magnifiée par Racine, dans une lettre qu'il adressait à Boileau, jouit de vertus identiques à celles de la diplotaxe : elle trouve ses principales indications dans les laryngites et dans les trachéites où on la prescrit sous forme d'infusion à 6 % ou de sirop, le second servant à édulcorer la première (1 cuillerée à soupe par tasse) : avoir soin de spécifier *sirop composé* : car il existe un sirop simple d'une saveur répugnante de chou gâté.

Parmi les crucifères mentionnons encore le Radis noir (*Raphanus sativus* L.) vieux remède populaire de la coqueluche : on creuse un radis noir d'une cavité qu'on remplit de sucre candi de façon à obtenir un sirop dont on donne de 2 à 4 cuillerées à soupe par jour.

D'autres familles nous offrent des béchiques balsamiques d'un usage courant, les Conifères les bourgeons de pin (*Pinus sylvestris* L.) et de sapin (*Abies pectinata* D. C.) dont on prescrit l'infusion à 20 % (500 gr. par jour) et le sirop (100 à 300 gr., celle des Composés l'aunée (*Inula helenium* L.) qui renferme de l'*hélénine* préconisée par de Korab et par L. Rénon pour assécher les muqueuses et calmer la toux chez les tuberculeux : on emploie l'infusion de la racine à 5 % ou la teinture (2 à 5 gr.).

III. Béchiques expectorants.

Un des simples expectorants les plus actifs est la Saponaire (*Saponaria officinalis* L.) à laquelle j'ai déjà consa-

cré une étude dans ce journal : on peut lui substituer ou lui associer la violette, la primevère et la scabieuse.

Violette (*Viola odorata* L.). La violette doit à son principe actif, la *violine*, substance voisine de l'émétine, une action expectorante pouvant devenir émétique, à fortes doses. Les résultats les meilleurs seront obtenus non avec la fleur mais avec la racine dont la teneur en violine est beaucoup plus élevée. On prescrira sa décoction en formulant, par exemple :

Racine de violette	5 gr.
Eau	300 gr.

Faire bouillir jusqu'à réduction de moitié ; édulcorer avec :

Sirop de fleurs de violette	50 gr.

à prendre par cuillerée à soupe d'heure en heure.

C'est une préparation particulièrement utile aux âges extrêmes de la vie, chez les enfants qui ne savent pas encore et chez les vieillards qui ne peuvent plus cracher.

Primevère (*Primula officinalis Jacq*). De la primevère on utilise la racine qui, en plus de deux glucosides, la *primulavérine* et la *primalarine*, renferme de fortes proportions (8 à 10 %) de saponine auxquelles elle doit d'augmenter les sécrétions salivaires et bronchiques et d'intensifier l'expectoration. On prescrira soit la décoction à 2 % (trois tasses par jour), soit l'extrait mou (0 gr. 20 à 0 gr. 50), soit l'extrait fluide (1 à 2 gr.) :

Extrait mou de racine de primevère	0 gr. 05
— hydroalcoolique de Marrube	0 gr. 10

pour 1 pilule : 2 à 3 avant chacun des repas :

Extrait fluide de primevère	1 gr.
Sirop d'érysimum composé	60 gr.
Hydrolat de tilleul Q. s. pour	150 gr.

1 cuillerée à soupe toutes les 2 heures.

Scabieuse (*Scabiosa succisa* L.). J'ai publié récemment une observation prouvant que la racine de cette plante qui renferme un glucoside, la *scabiosine*, agit en fluidifiant les sécrétions et en stimulant les contractions des muscles lisses des bronches. On utilisera l'extrait fluide à la dose de 2 à 3 gr.

Extrait fluide de racine de scabieuse	2 gr.
Alcoolat de mélisse	5 gr.
Sirop de Tolu	50 gr.
Julep gommeux Q. s. pour	150 gr.

1 cuillerée à soupe toutes les 2 heures.

IV. Béchiques antispasmodiques.

Cette catégorie de béchiques comprend plusieurs médicaments tels que le Drosera, la Grassette et le Lyciet, dont l'action antispasmodique s'exerce exclusivement, par un mécanisme, d'ailleurs, assez imprécis, sur les terminaisons nerveuses de l'appareil respiratoire.

Drosera (*Drosera rotundifolia* L.). C'est surtout à la seconde période de la coqueluche qu'est indiqué le drosera qui agit en diminuant la fréquence et l'intensité des paroxymes, en combattant les spasmes glottiques et les vomissements. Toutefois plusieurs auteurs lui ont reconnu également un action sédative dans la toux émétisante des tuberculeux. La préparation la plus employée est la teinture qu'on ne peut mieux prescrire qu'en suivant les indications données par M. le prof. Lereboullet : compter 10 gouttes par année d'âge avec maximum initial de 100 gouttes, dose répétée trois fois par jour et en augmentant rapidement chaque jour de 2 à 5 gouttes chaque dose, jusqu'au triple de la dose initiale et même au delà. M. Lereboullet arrive ainsi rapidement, à des doses considérables, 400 à 600 gouttes par 24 heures. Aux nourrissons il commence par donner autant de gouttes que l'enfant a de mois, trois par jour, en augmentant chaque dose de 2 gouttes par jour, sans dépasser un total quotidien de 120 gouttes.

Grassette (*Pinguicula Vulgaris* L.). Très récemment utilisée, la grassette produit des effets comparables à ceux du drosera, mais exclusivement chez les très jeunes enfants auxquels on prescrit son extrait fluide à la dose de 10 à 20 gouttes par jour, par prises de 2 à 4 gouttes. On renforce son action en lui associant le lotier corniculé et le serpolet :

Extrait fluide de grassette	àà	10 gr.
— de lotier corniculé		
Essence de serpolet		X gouttes.

de XX à XL gouttes dans les 24 heures.

Lyciet (*Lycium barbarum* L.). Introduit récemment en thérapeutique par MM. R. Weitz et C. Lepagnole à qui des expériences physiologiques ont prouvé qu'il exerce une action paralysante sur le pneumogastrique, le lyciet a été reconnu par ces auteurs comme un bon sédatif des toux spasmodiques et de la coqueluche dont il peut atténuer la violence et abréger la durée. Ils administrent son alcoolature aux adultes à la dose de 1 gr. au maximum réparti en 3 ou 4 prises aux enfants de 2 à 10 ans à la dose de une goutte par prise et par année d'âge trois fois par jour.

ELECTROTHÉRAPIE

Le traitement des hémorroïdes par les courants de haute fréquence

Par Mathilde GRUNSPAN DE BRANCAS

Les hémorroïdes sont les varices des veines ano-rectales ; elles sont internes si elles siègent dans la cavité du rectum, et externes si elles sont placées en dehors de cette cavité.

On sait que la lésion initiale est constituée par une ampoule appendue à un ramuscule veineux : la tumeur hémorroïdaire est constituée par un paquet de ces veines dilatées, appendu à un ou plusieurs troncules veineux. Par leur réunion les différentes tumeurs hémorroïdaires arrivent à constituer un bourrelet annulaire siégeant audessus de l'orifice anal ; ce bourrelet constamment repoussé par le passage des matières fécales, tend grâce à la cavité de la couche celluleuse sous-jacente à se montrer à l'extérieur ; les hémorroïdes deviennent alors procidentes.

La réduction de la procidence est au début assez facile : mais à la longue les hémorroïdes entraînent la muqueuse et le prolapsus se manifeste à l'occasion du moindre effort, de la toux, de la marche et devient une véritable infirmité ; pendant les périodes de fluxion, les hémorroïdes provoquent des douleurs souvent vives ; suivies par voie réflexe de la contracture du sphincter ; la contracture étrangle la masse procidente et s'oppose de ce fait à sa réduction ; assez fréquemment l'hémorroïde se rompt sous l'influence de l'augmentation de pression, elle se vide et la réduction se fait ensuite facilement (Piquant).

Les hémorroïdes externes siègent au pourtour de l'anus et sont tantôt sous-muqueuses ou sous-cutanées, ou sous-

BIBLIOGRAPHIE

Les affections douloureuses de l'intestin terminal. Diagnostic. Traitement, par C. BONORINO-UDAONDO et LUCIO V. SANGUINETTI. In-8° de 26 pages avec figures dans le texte : 9 fr. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

L'éminent clinicien de la Faculté de médecine de Buenos-Ayres était spécialement désigné pour mettre au point cette revue d'ensemble des affections de l'intestin terminal. Le syndrome douleur lui servant de base pour faire le diagnostic de chacune des affections qu'il étudie, il résume magistralement, la thérapeutique spéciale qu'elle comporte.

Après un cour rappel de notions anatomo-pathologiques, l'auteur étudie, dans une première partie, les douleurs fonctionnelles du rectum (crises rectales du tabes, encéphalite épidémique, coccygodynie).

Dans la deuxième partie, les douleurs dans les affections organiques du rectum sont traitées en détail (hémorroïdes, fissures de l'anus, processus inflammatoire, tumeurs du rectum, abcès anaux et péri-anaux).

Prurits et prurigos, par Lucien HUDELO. In-8° de 40 pages, avec 10 figures hors texte : 15 fr. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Au cours de son étude, l'auteur s'est efforcé de clarifier, dans la mesure du possible, les obscurités de la question. Il a, dans l'étude symptomatique et diagnostique, procédé du simple au composé, passant des faits où le prurit seul est en jeu à ceux où il se complique de réactions cutanées, plus ou moins variées, plus ou moins complexes, en insistant, chemin faisant, sur les liens de passage qui unissent les diverses variétés.

L'étiologie a été minutieusement étudiée, et l'auteur a insisté sur l'habituelle complexité et la régulière indication des conditions associées dans la mise en jeu de ces réactions cutanées ; il a montré combien est délicate la tâche du clinicien dans chaque cas, s'il veut établir une médication réellement étiologique, destinée non seulement à guérir les accidents en cours, mais surtout à en prévenir les récidives si fréquentes en s'attaquant à l'état allergique qui les conditionne.

C'est dire que l'étude et la discussion des innombrables thérapeutiques qui ont été préconisées ont été l'objet d'un soin particulier : l'auteur a, dans de courts résumés, spécifié pour chaque variété chimique, les médications tant internes qu'externes qui lui ont fourni les résultat le plus régulièrement satisfaisants.

Atlas d'électrocardiographie pratique, par J. WALSER et L. DEGLAUDE. Préface de Ch. LAUBRY. 1 volume in-4 (28 × 21,5) tiré sur papier couché, de 92 pages avec reproduction de 38 électrocardiogrammes, cartonné : 90 fr.

L'électrocardiographie prend, chaque jour, en clinique cardiologique une importance plus grande ; il est donc du plus haut intérêt, pour tout praticien, de s'initier à la lecture des courbes électriques du cœur. Mais la plupart des ouvrages traitant, actuellement, de l'électrocardiographie, sont ou trop complexes ou trop simplifiés et partant inexacts. Aussi, l'Atlas de WALSER et DEGLAUDE vient-il combler une lacune, en substituant aux longues descriptions des traités classiques l'enseignement par l'image.

Trente-huit électrocardiogrammes, judicieusement choisis et soigneusement interprétés, font défiler, sous les yeux du lecteur, les principales anomalies rencontrées en clinique.

Après l'étude théorique et graphique des différentes variétés d'arythmies un intéressant chapitre est consacré aux déformations de la courbe électrique, au cours de l'insuffisance cardiaque.

Toutes les planches sont la reproduction fidèle, sans retouches, des tracés originaux.

L'Atlas de WALSER et DEGLAUDE permet d'interpréter, avec facilité, tous les électrocardiogrammes enregistrés couramment en clinique et il doit faire partie, désormais, de la bibliothèque du praticien.

Mémoires de Fléchier sur les grands Jours d'Auvergne en 1665. Préface et notes de Fernand Dauphin. 1 vol. de la Collection « Jadis et naguère ». Prix : 25 fr. Jonquières, éditeur, 21, rue Visconti, Paris.

Les *Mémoires* de Fléchier sont comme un raccourci de la *Comédie humaine* de ce temps là. Il faut savoir gré à M. Dauphin de nous les avoir fait mieux connaitre en agrémentant d'une substantielle préface un texte qui intéressera particulièrement le médecin.

cutanéo-muqueuses. D'ordinaire elles sont flasques, vidées, flétries. Quand elles s'enflamment, elles deviennent tendues, lisses d'un rouge violacé et douloureuses surtout pendant la marche et la station debout.

Quoique les hémorroïdes constituent une affection ordinairement bénigne, elles occasionnent quand même une gêne assez sérieuse ; par les douleurs qu'elles provoquent et les hémorragies dont elles peuvent être le siège elles affectent souvent à un certain degré l'état général du sujet.

On peut dans une certaine mesure éviter les accidents fâcheux qui compliquent l'évolution de la maladie hémorroïdaire par un ensemble de soins qui constituent l'hygiène du rectum.

En dehors des procédés médicaux le plus souvent insuffisants on possède dans les courants de haute fréquense un moyen très efficace pour guérir les hémorroïdes.

Cette méthode a été introduite dans la thérapeutique par Dounor de Lille.

Ayant constaté chez les malades qu'il soignait pour fissure sphinctéralgique et qui étaient en même temps porteur d'hémorroïdes, l'action favorable des applications de haute fréquence, il fut amener à traiter celles-ci également par la même méthode.

Le manuel opératoire est fort simple : le malade est mis dans le décubitus latéral, le tronc légèrement incliné en avant, le membre qui repose sur le lit est porté en extension complète, celui du côté opposé est fortement fléchi ; on introduit dans l'anus du patient la pointe d'une électrode condensatrice bien vaselinée, adaptée à un manche de Bissené garni d'un spritemètre permettant de règler les effluves, et réuni au résonateur de Oudin.

L'électrode est poussée avec douceur sous une légère pression de la main, mais il arrive que la contracture du sphincter rende impossible cette pénétration : il suffit alors de tenir l'électrode quelques instants appuyée sur la marge de l'anus en faisant passer le courant ; la contracture ne tarde pas à céder et l'instrument pénètre sans difficulté.

Certains auteurs préfèrent les électrodes métalliques à l'électrode condensatrice.

Doumer se servait d'une électrode métallique de forme conique à pointe mousse.

Delherm a fait construire ces dernières années une électrode établie sur les principes de celle de Oudin mais de forme conique qui permet une introduction facile dans l'anus et en même temps exerce une dilatation légère de l'orifice.

L'intensité utile est assez facile à déterminer lorsqu'on emploie l'électrode à manchon de verre ; on prend le manchon à pleine main et on règle le résonateur en partant de l'intensité minima jusqu'à ce que l'on aperçoit dans la partie vide de l'électrode une lueur violette qui ne doit donner naissance à aucune sensation désagréable. L'application ne détermine aucune douleur.

Le malade accuse une sensation de chaleur très supportable ; si elle devient pénible on doit arrêter le courant pendant quelques instants pour permettre au verre de se refroidir.

La durée de chaque séance est de cinq à dix minutes environ.

L'action sédative de la haute fréquence s'exerce rapidement sur les phénomènes douloureux : en général après un petit nombre de séances le malade voit disparaître les sensations de brûlure, de cuisson et de ténesme rectale qui rendaieut la marche et la station debout très pénibles

Les hémorragies sont un peu plus difficiles à combattre ; mais elles diminuent petit à petit et finissent par disparaître souvent d'une façon définitive ; il n'est pas rare de voir des malades, assez sérieusement anémiés par des pertes de sang quotidiennes, guérir après douze à quinze séances de leur infirmité et en même temps de leur anémie.

Quand il y a des paquets procidents il faut faire suivre l'application intrarectale d'une application soignée sur les hémorroïdes visibles (Delherm).

Dans les cas chroniques, on obtient des résultats satisfaisants dans les poussées aiguës, toutefois quand les parois veineuses des hémorroïdes sont envahies par le tissu fibreux, on ne peut plus guère compter sur leur disparition totale.

Bordier recommande de traiter les hémorroïdes internes par les courants de haute fréquence sous forme de diathermie.

La technique de ce procédé est également très simple ; elle consiste à introduire dans le rectum, une électrode active sous la forme d'une bougie de Hégar, d'un numéro tel que son introduction puisse se faire sans peine.

On place l'électrode indifférente soit sur l'abdomen, soit sur les fesses selon que le siège des hémorroïdes est prédominant en avant ou en arrière du rectum.

On introduit d'abord l'électrode rectale jusqu'au deux tiers de sa longueur et on amène progressivement le courant jusqu'à 1000 ou 1200 M. A., on laisse agir la chaleur pendant cinq à six minutes ; puis on abaisse l'intensité jusqu'à 500 M. A. et on retire lentement l'électrode jusqu'à son dernier tiers, de manière à ce que la densité du courant soit plus forte au niveau de la région variqueuse du rectum ; on augmente alors peu à peu l'intensité sans provoquer de sensation désagréable et on laisse durer la séance dans son ensemble de quinze à vingt minutes ; on fait une séance tous les deux jours. Les résultats sont excellents, les douleurs rectales s'améliorent vite et les hémorragies cessent après un temps plus ou moins long (Bordier).

Meyer préconise une technique spéciale, qui consiste à associer la diathermie transabdominale et les applications de haute fréquence rectale.

En période de crise aiguë, s'il est difficile d'introduire l'électrode rectale Meyer applique sur l'anus un tampon de coton imbibé d'eau salée.

Bordier traite les hémorroïdes externes par la diathermo-coagulation, c'est un traitement d'ordre chirurgical qui ne peut être pratiqué qu'après anesthésie de la région avec une technique tout à fait sûre.

CHRONIQUE

La maternité modèle de 1930

Le professeur COUVELAIRE vient de consacrer à « La Nouvelle Maternité Baudelocque, clinique obstétricale de la Faculté de médecine de l'Université de Paris » un intéressant volume (MASSON et Cie éd. 1930). Il y résume sa conception de l'hôpital obstétrical et se réclame hautement de son maître et prédécesseur PINARD « qui, dit-il, toute sa vie s'efforça de développer chez ses disciples le sens social. » La clinique Baudelocque fonctionne depuis 1890 ; depuis cette date, elle s'est developpé en bâtiments et en organisation, en matière et en esprit suivant deux doctrines parallèles, l'une morale, de générosité, et l'autre intellectuelle, de clarté.

La première clinique Baudelocque avait été établie en 1890 dans des locaux provisoires lors de la création d'une deuxième chaire de clinique obstétricale à Paris ; elle a été transformée totalement en un hôpital modèle au cours des dernières années, C'est cet état actuel qu'expose le professeur COUVELAIRE qui, architecte principal de son service, a vu grand et a su, en même temps, perfectionner le détail.

« Une maternité dit Couvelaire, ne doit pas être seulement une « Maison d'accouchement », au sens étroit du mot, c'est-à dire un établissement autonome ou annexé à un service de gynécologie, destiné à recevoir et à soigner des parturientes sui-

vant la formule du vieil Office des accouchées de l'Hôtel-Dieu ou suivant la formule de certaines FrauenKlinik. Elle doit être un Centre d'assis'ance médico sociale et de travail scientifique consacré à la fonction de reproduction. Son champ d'action s'étend de la procréation au sevrage de l'enfant.

« C'est la conception dont nous devons poursuivre la réalisation dans nos Maternités françaises, groupant autour du Service d'accouchement à l'ancienne mode des services de Gynécologie et de Puériculture. L'organisation de la nouvelle Maternité Baudelocque, Maternité de l'Assistance Publique et Clinique universitaire, tend à faire de cette conception une réalité. »

Le professeur Couvelaire s'est préoccupé de perfectionner, grâce à tout dispositif nouveau intéressant les conditions matérielles du fonctionnement de son service.

***

Il a donné aux services de POLICLINIQUE un développement considérable.

A côté de la consultation obstétricale permanente pour femmes enceintes telle qu'elle avait été instituée par Adolphe Pinard, à côté de la consultation gynécologique complétée par l'adjonction d'une consultation pour infécondité, il a ouvert une consultation pour mères nourrices et nourrissons, suivant la formule d'Alphonse Hergott et de Pierre Budin, un dispensaire antisyphilitique fonctionnant sous le nom de « Dispensaire pour les maladies héréditaires », et un Centre obstétrical réservé aux tuberculeuses et cette année même une Consultation prénuptiale.

La consultation de nourrissons, en particulier, peut être donnée comme modèle.

Les services de policlinique et les services d'hospitalisation ont été, depuis 19.2, dotés d'un Service social, branche de l'organisation générale du « Service social à l'hôpital ».

Enfin, en ce qui concerne le service d'enseignement et de recherches, la nouvelle Clinique Baudelocque possède aujourd'hui des laboratoires convenablement aménagés et outillés pour la bactériologie, la sérologie, la chimie et l'anatomie pathologique.

Elle jouit du privilège d'avoir dans ses bâtiments le laboratoire central d'électrologie et de radiologie obstétricales de l'Assistance publique.

De précieuses collections anatomiques ont été réunies dans un musée qui est actuellement parmi les plus riches et qui est consacré à la mémoire d'Henri Varnier.

***

SERVICES D'HOSPITALISATION. — Les services d'hospitalisation comprennent les services obstétricaux et les services gynécologiques.

Les SERVICES OBSTÉTRICAUX sont commandés par un service de réception avec salle d'examen et salle de toilette avec baindouche. *Une* salle d'observation est annexée a ce service pour éviter, soit l'admission prématurée dans le service d'accouchement, soit l'admission dans le service des femmes enceintes, au milieu de femmes dont le repos doit être protégé contre les allées et venues inutiles. (1)

Les locaux affectés à l'hospitalisation sont répartis en deux groupes distincts : un Service aseptique et un Service septique ; chacun de ces groupes jouissent d'une complète autonomie, non seulement au point de vue architectural, mais au point de vue personnel soignant.

Les accouchements s'effectuent dans des chambres séparées, strictement individuelles, réforme dont l'importance médicale et morale est considérable, et qui est la condamnation de la salle de travail où un plus ou moins grand nombre de parturientes réunies ont sous les yeux, pendant de longues heures, le spectacle de leurs sœurs en souffrance, et assistent angoissées à tous les incidents parfois dramatiques de la parturition de leurs campagnes. Ces chambres sont au nombre de 11, réparties dans les deux départements aseptique et septique.

Dans l'installation de la clinique Baudelocque telle qu'elle était avant la reconstitution COUVELAIRE avait déjà réalisé le remplacement de la salle d'accouchement par les chambres d'accouchement. On ne saurait trop louer de ce progrès médical et moral.

Les salles d'opérations sont au nombre de trois, l'une réservée aux opérations obstétricales par les voies naturelles, la seconde à la chirurgie aseptique obstétricale ou gynécologique, la troisième aux opérations septiques. Elles sont pourvues de lampes scialytiques.

(1) Il faut que l'accouchée dorme ; on ne répètera jamais assez cet axiome.

L'hospitalisation des femmes et des enfants a été conçue suivant le principe des petits dortoirs et chambres séparées.

En principe, les enfants restent dans les mêmes salles que leurs mères. Il est mauvais, du point de vue psychologique, d'imposer sans motifs impérieux la séparation de la mère et de l'enfant au cours de leur séjour dans les maternités. Il est bon que la mère participe dans une certaine mesure à la surveillance de son nouveau-né.

En ce qui concerne les enfants prématurés, C. a substitué depuis longtemps aux couveuses les chambres à température constante : dans son œuvre actuelle, il les a perfectionné par l'installation de soufflerie d'air filtré réchauffé ou refroidi suivant le système de Jules Renault.

LE SERVICE GYNÉCOLOGIQUE comprend trois petits dortoirs, trois chambres d'opérées et un service opératoire qui lui est commun avec le service obstétrical.

MATERNITÉ POUR TUBERCULEUSES. — Le service de Maternité pour tuberculeuses a été créé en 192[illegible].

Il ne s'occupe pas seulement des mères tuberculeuses, mais des mères saines dont l'enfant risquerait d'être contaminé par le père tuberculeux.

La Policlinique obstétricale et le Dispensaire antituberculeux s'associent dans le but de résoudre, avec le maximum de précision, tous les problèmes que pose la coexistence de la *gestation* et de la tuberculose pulmonaire.

C'est d'abord et avant tout le diagnostic, car du diagnostic précis découle la ligne de conduite thérapeutique à adopter et la détermination, si lourde de conséquence, des cas où la séparation de l'enfant — même vacciné suivant la méthode de A. Calmette — s'imposera de façon absolue dès la naissance, au moins pendant le premier mois et devra être sentimentalement et matériellement préparée avant l'heure de la naissance.

L'accouchement des tuberculeuses est réalisé dans un Pavillon *spécial*, car l'hospitalisation des femmes tuberculeuses doit être réalisée sans que cette hospitalisation fasse courir le moindre risque aux mères saines. Les tuberculeuses sont hospitalisées dans un service indépendant, à elles seules strictement réservé, le Pavillon Tarnier, qui comprend 8 chambres, indépendantes, pourvues chacune de deux fenêtres donnant sur les jardins du Port-Royal. Chaque malade dispose d'une chambre strictement personnelle, chambre dans laquelle elle peut accoucher et passer après l'accouchement le temps nécessaire à sa convalescense obstétricale. Un certain nombre d'entre elles, antérieurement hospitalisées dans des sanatoria ou service de tuberculeuses, y entrent vers la fin de leur gestation. Les traitements en cours (pneumothorax artificiels) y sont continués sous la direction des médecins qui les avaient institués.

Après la convalescence obstétricale, si cette convalescence n'a pas été contrariée par une poussée évolutive mortelle, les malades rentrent, soit chez elles, soit au sanatorium, soit à l'hôpital. De toutes façons, elles restent ou entrent dans le champ d'action de l'Office public d'Hygiène sociale.

Les nouveaux-nés séparés dès la naissance sont placés dans une crèche spéciale organisée dans les bâtiments du service général de la Maternité Baudelocque.

A cette crèche sont affectées 3 nourrices qui permettent d'avoir du lait de femme pour nourrir, au moins partiellement, les petits séparés privés de l'allaitement maternel. Après 2 à 3 semaines d'allaitement mixte, l'allaitement artificiel est institué à la crèche avant le départ de l'enfant.

Lorsque l'enfant, habitué au lait de vache, est en bonne voie de développement et en bon état de santé, il quitte le service, en principe pour un centre rural.

***

Dans le temps où je recevais le beau livre, le très beaux livre qui résume l'effort soutenu de COUVELAIRE, le hasard me mettait sous les yeux l'éloge funèbre que RIST, à la *Société médicale des hôpitaux*, prononçait sur VARIOT. « Un problème, dit RIST, le hantait, celui de l'excessive mortalité des enfants dans des hôpitaux vétustes, mal aménagés, où rien n'était tenté pour combattre la diffusion des maladies contagieuses. »

Ce problème se pose encore dans les maternités. Le livre de COUVELAIRE, l'exemple de Baudelocque nous montrent la solution.

Henri VIGNES.

Lait de renne. — Lait extrêmement gras (187 pour 1000), très albumineux (111) et très minéralisé (12 0/00 de cendres). Les enfants nourris avec ce lait souffrent de soif. (YLPPO *Zeits f. Kind.*, mars 1727, p. 255). H. V.

Les sports d'hiver au Mont Genèvre au-dessus de Briançon

Les pentes du Mont Genèvre au-dessus de Briançon, à 1.850 mètres d'altitude, sont particulièrement favorables aux skieurs.
Pour en faciliter l'accès, un service combiné (automobile d'Oulx à Clavières, traineau de Clavières au Mont Genèvre) est mis en marche à dater du 20 décembre, les samedi, dimanche, fêtes et veilles de fêtes.
Ce service est en correspondance à Oulx avec les meilleurs rains en provenance ou en direction de Paris et de Lyon.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 décembre 1931

L'insuffisante activité de sérum antidiphtérique. — *M. J. Lignières,* résumant sa communication à la présente séance et une communication faite par lui à la séance précédente fait remarquer :

1° Que la culture employée dans tous les laboratoires du monde pour faire le sérum antidiphtérique et l'anatoxine, est entretenue artificiellement depuis 36 ans, et que sa qualité pathogène doit en être affectée. Il y a donc lieu de penser à la remplacer, et d'employer comme antigène des mélanges de toxines bien choisies ;

2° Que le bacille diphtérique est à la fois toxigène et pathogène, c'est-à-dire qu'il peut envahir l'organisme de telle sorte, qu'on doit alors lui opposer un sérum bactéricide ;

3° Que le sérum de l'Institut Pasteur gagnerait beaucoup à être concentré, afin d'élever considérablement son activité sous un plus petit volume ;

4° Que la loi de 1905 devrait prévoir le contrôle officiel des sérum les plus importants, notamment l'antidiphtérique et l'antitétanique.

Le traitement chimique des farines et le point de vue primordial de l'hygiène. — *M. Paul Bruyère,* directeur du Laboratoire de chimie alimentaire de l'Intendance aux Invalides, expose les raisons d'ordre biologique et physico-chimique pour lesquelles le traitement chimique des farines est contraire aux règles de prudence d'une sage hygiène de l'alimentation.

On doit en effet redouter par ces pratiques les manifestations cutanées par photo-sensibilisation ainsi que les accidents nerveux à retardement du type des légumino-toxi-infections.

D'autre part, aucune garantie sérieuse ne peut exister pour l'ultradispersion régulière des poudres dites améliorantes, à la minoterie et surtout à la boulangerie.

Ce ne sont point nos blés indigènes considérés dans leur ensemble qu'il y a lieu de critiquer mais le perfectionnement des procédés de mouture qui permet le déséquilibre de la composition des farines par la chute de deux de leurs éléments primordiaux au point de vue de la levée de la pâte et de la valeur nutritive : les protides qui fournissent le gluten et les sels minéraux.

Or, ce déséquilibre s'exagère à mesure que l'on abaisse le taux d'extraction (c'est-à-dire le rendement en toutes farines panifiables) au-dessous du poids à l'hectolitre du blé nettoyé.

Dans l'armée, où les approvisionnements sont constitués en farines intégrales (c'est-à-dire sans soustraction des gruaux) la panification est obtenue à partir de blés indigènes sans addition de blés exotiques et de produits chimiques.

Le problème à résoudre est une question qui relève surtout de la génétique, c'est-à-dire de la sélection de nos blés indigènes pour la culture et non de traitements chimiques, surtout dans un pays comme la France où le pain joue un rôle capital dans l'alimentation générale.

Sensibilité comparée de 32 souches de colibacilles urinaires à la sérothérapie et à la bactériophagie spécifiques. — *Mlle Irène Angelo* a consacré ses recherches à l'Institut Pasteur, à préciser les conditions expérimentales d'une sérothérapie anticolibacillaire efficace.

Les souches infectantes ne peuvent être détruites que par un sérum homologue ; les souches résistantes peuvent être annihilées par une injection précoce de bactériophages ; 48 heures après l'inoculation l'échec est de règle.

L'anémie pernicieuse de Biermer envisagée comme maladie par carence en tryptophane et histidine. Traitement des anémies par supplémentation de l'organisme en ces acides aminés. — *MM. Fontès* et *Thivolle* rapportent une note dans laquelle le tryptophane et l'histidine sont considérés respectivement comme les précurseurs essentiels de l'hématine et de la globine constitutives du chromoprotéide sanguin.

L'injection séparée de ces deux acides aminés à l'animal normal fait augmenter le nombre des hématies et leur teneur en hémoglobine.

Des résultats encore plus nets sont observés lorsque l'injection est faite simultanément dans les proportions équilibrées que le calcul permet de déduire de la formule de l'hémoglobine. En même temps le poids augmente — pour une ration constante — et d'importantes rétention d'azote sont observées. Par contre, la suppression alimentaire de ces deux protides entraîne d'importantes manifestations d'anémie.

Chez l'homme, l'anémie de Biermer peut s'expliquer par une carence en tryptophane et en histidine, carence due à un fonctionnement défectueux des diastases digestives et à la pullulation des microbes dans le tube digestif du biermérien. La supplémentation de l'organisme d'un tel anémique par le mélange équilibré des deux acides aminés hématogènes permet de rapides augmentations des valeurs hématologiques et du poids. Toutes les formes d'anémie sont nettement améliorées par une telle thérapeutique.

Contre-indication du chlorure de magnésium. — *M. Fodéré* relate deux observations de sujets atteints de néphrite qui ont présenté des accidents urémiques à la suite d'absorption de chlorure de magnésium.

MM. Armand-Delille, Lestocquoy et *Vibert.* — De l'importance de l'examen bactériologique du contenu gastrique pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire de l'adulte (paraîtra *in extenso* dans un prochain numéro).

M. Karl Héden. — D'un extrait lécithinique du bacille tuberculeux donnant des réactions allergiques analogues à celles de la tuberculine.

M. Hirsch. — Recherche sur l'étiologie cancéreuse et essai de thérapie.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 5 janvier 1931

Le sort des bacilles de Koch contenu dans le lait après séparation du beurre et du caséum. — *M. A. Lumière et Mme A. Dubois,* contaminent expérimentalement du lait en versant dans celui-ci une culture homogène de bacille de Koch, à raison de 1 cmc de culture pour un demi litre de lait. Après mélange intime préparant le beurre, soit en laissant lever la crème pendant 24 h. à la température de la glacière, le

petit lait étant ensuite éliminé par expansion de la matière grasse, soit en centrifugeant pendant 5 minutes le lait contaminé, ce qui fournit une crème épaisse qu'il suffit de battre quelques minutes pour en séparer le beurre.

Dans l'un comme dans l'autre cas, les auteurs n'ont pu mettre en évidence le bacille de Koch soit dans le beurre soit dans le petit lait.

Par contre le caséum isolé, soit en portant le lait crémé à l'étuve pendant 24 h. ; soit en ajoutant de la présure au lait écrémé, s'est montré riche en bacilles de Koch, qui se sont localisés dans le caséum au moment de la floculation de la coséine, englobés par celle-ci mécaniquenent et d'une manière analogue à celui qui est utilisé dans le collage des vins.

De sorte que, s'il coutait quelque risque de contamination par les produits dérivés du lait tuberculeux, ce serait le fromage frais qui présenterait le maximum de dangers.

Action préventive du bismuth liposoluble dans la syphilis expérimentale du Chimpanzé. — ***MM. C. Levaditi et P. Lépine***, expérimentent l'action du bismuth liposoluble sur des chimpanzé qu'ils soumettent à l'infection syphilitique, arrivent aux conclusions suivantes : à la condition de maintenir l'organisme du Chimpanzé sous une « pression » metallique suffisamment élevée, le bismuth liposoluble, administré à la dose de 0 gr. 004 par kilogramme, confère une immunité antisyphilitique totale, quelle que soit la fréquence des inoculations nfectantes et malgré la haute virulence du virus inoculé.

Séance du 12 février 1931

Sensibilité du renard au spirochète marocain. Le renard réservoir du virus de ce spirochète. — ***M. P. Delausé*** montre que le renard est sensible au spirochète marocain. Son rôle comme réservoir de virus est indéniable car les jeune renards du Maroc sont fréquemment infectés par le spirochète, les renards adultes pouvant manifester une immunité acquise des plus solide.

Dans les pays comme l'Espagne, où le porc-épic est très rare, le rôle du renard doit être fortement soupçonné et des recherches doivent être entreprises. De même, dans la zone internationale de Tanger, où la fièvre récurrente peut être contractée, l'exploration systématique des terriers des renards s'impose ainsi que des recherches sur les renards eux mêmes.

Section XI. Académie des Sciences. *Médecine et Chirurgie* : ARSONVAL (J. *Arsène* d') ; RICHET (Robert-*Charles*) ; QUÉNU (*Edouard*-André-Victor-Alfred) ; BAZY (*Pierre*-Jean-Baptiste) ; VINCENT (Jean-*Hyacinthe*) ; ACHARD (Emile-*Charles*).

M. PHISALIX.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 janvier 1931

Colibacillose urinaire et cures alcalines. — ***M. R. Glénard.*** — La cure de Vichy est contre-indiquée chez les véritables infectés urinaires, avec prostatite ou rétention vésicale marquée. La cure rend souvent service dans la cystite ou la pyélonéphrite chronique colibacillaire. Elle représente le traitement de choix de la colibacillose urinaire chronique avec retentissement hépato-vésiculaire.

M. Goiffon pense que si l'hypoacidité des urines produit la pullulation du colibacille, les quantités modérés d'eau de Vichy actuellement en usage, n'augmentent que très peu le pH. D'ailleurs, très souvent, à la fin de la cure, l'acidité qui avait fléchi, se relève malgré la continuation des mêmes doses d'eau ingérée.

M René Martial présente son *Traité de l'immigration et de la greffe inter raciale* dans lequel il met en relief l'historique de double problème ; immigration de main d'œuvre étrangère et son intégration, sa greffe dans le pays récepteur. La greffe inter-raciale est la theorie constructive de l'auteur, basée ellemême sur l histoire, l'ethographie et l'observation.

M. Fildermann présente un cas de *cryptorchidie* dans lequel

la migration de la glande a été déclenchée, à l'âge de 18 ans, après échec d'autres méthodes, par hémocrinothérapie.

A propos du traitement médical de l'appendicite. — *M. Petit de la Villéon* attaque une fois de plus cette thèse. Avant le mal, le traitement médical préventif peut avoir une valeur, mais le mal declaré, seule l'opération peut guérir le malade,

A propos de traumatismes vertébraux. — *M. Rœderer* revient sur la question des séquelles traumatismes rachidiens. Un de ces cas semble etre une fracture méconnue, un autre, un Kummel-Verneuil. Dans un troisième cas, à la suite d'un effort, la radio de profil montre la calcification d'un nucléus pulposus déplacé en avant.

Dans un autre traumatisme récent, chez un adolescent, l'auteur a pu faire la preuve qu'il s'agissait d'une anomalie préexistante, probablement de nature congénitale.

M. Rœderer insiste sur la forme de Kummel-Verneuil larvée, sans étapes classiques, avec, du point de vue radiologique, un simple engainement des vertèbres, celles-ci n'étant pas déformées.

Il se demande également si, chez l'adolescent, le traumatisme ne pourrait pas être inscrit parfois à l'étiologie de la cyphose essentielle par suite de la réaction des disques.

Hyperpnée et épilepsie. — *M. P. Hartenberg.* — L'hyperpnée ou respiration forcée qui consiste à répéter 15 à 20 fois par minute des inspirations profondes suivies d'expirations prolongées, a pour curieux effets de provoquer au bout de quelques instants un accès de tétanie artificielle. On attribue actuellement cette tétanie à une hyperexcitabilité du système nerveux, et en particulier du synapse neuro-musculaire de la plaque motrice, due à l'hyperalcalose et à la carence en ions calcium, consécutives à une élimination excessive de C O par la respiration intensive. L'hypernée provoque quelquefois des manifestations épileptiformes chez les comitiaux. Mais celte action épileptogène ne saurait être considérée comme spécifique. Elle est simplement la conséquence de l'hyperexcitabilité du système nerveux et ne représente qu'une cause provocatrice banale, au même titre que quantités d'autres causes provocatrices des paroxysmes comitiaux.

P. Prost.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 9 janvier 1931

Technique de la rachianesthésie à la percaïne d'après plus de 500 cas. — *M. G. Luquet* fait un rapport sur ce travail du prof. *Quarelia* (de Turin). Quand la technique est correctement suivie on obtient une anesthésie de longue durée (3 h.), non schockante, absolument complète, donnant un silence abdominal et une résolution insoupçonnée jusqu'alors, sans suites sérieuses et facilitant les opérations abdominales les plus difficiles. L'expérience de ce procédé est basée sur 570 cas, sans accidents, auxquels M. Luquet joint 70 nouveaux cas semblant, point par point, confirmer les conclusions de M. Quarella.

Fibro kystique pédiculé du col de l'utérus. — *M. Muller* (de Belfort). — Il s'agit d'une femme de 47 ans présentant, après ses règles de petites hémorragies hebdomadaires, opérée dix ans auparavant d'un polype cervical. Au toucher, on perçoit une masse du volume d'une noix ayant l'aspect d'un polype qu'on enlève par torsion. Il s'écoule un liquide visqueux, soluble dans la potasse, indifférent au ferro-cyanure de potassium. L'examen histologique montre une cavité kystique creusée dans du tissu fibreux, contenant un caillot fibrineux, ancien et des cellules épithéliales, allongées, nombreuses, rendant la tumeur suspecte. La guérison s'est maintenue.

Ostéomyélite aiguë au tiers inférieur du fémur. Incision de l'abcès superficielle sans trépanation osseuse. Guérison. — *M. Hautefort* fait un rapport sur cette observation de *M. Meuge* (de Paris).

Blocage sous-arachnoïdien (anesthésie spinale) pour les opérations sur le foie et les voies biliaires. — *M. Gaston Labat* (de New-York) décrit dans tous ses détails, la technique qu'il emploie. Il insiste sur la nécessité de placer la malade en position de Trendelenburg immédiatement après l'injection et de maintenir cette position pendant l'opération et les trois heures qui la suivent. Par sa technique, l'auteur n'observe plus aucune complication. D'après lui le blocage sous-arachnoïdien constitue l'anesthésie de choix pour les opérations

sur le foie et les voies biliaires, sauf quelques contre-indications, en particulier l'ictère.

Un cas d'iléus biliaire. — *M. René Bonamy* présente un calcul biliaire qu'il a enlevé par enterotomie chez une femme de 78 ans et qui avait causé une crise grave d'occlusion intestinale. Ce calcul était constitué, pour la plus grande partie de cholestérine. Il n'avait jusque'à ce moment donné lieu à aucun symptôme.

Pneumo-méninge traumatique.— *M. Petit de la Villéon* revient sur cette affection rare qu'on peut appeler aussi la » pneumatocèle intracranienne » et qui consiste en une insufflation aérienne des espaces sous-arachnoïdiens au niveau de l'étage antérieur de la base du crâne. L'auteur insiste sur la nécessité qu'il peut y avoir d'opérer ces malades. Dans un cas personnel, le blessé était dans le coma, et n'a dû sa guérison qu'à une trépanation décompressive frontale, pratiquée par l'auteur sans l'aide même d'anesthésie,

Projectile cardio-pulmonaire. — *M. Petit de la Villéon* présente un cas de projectile cardio-pulmonaire opéré avec simplicité par sa méthode de la boutonnière, à la pince, sous écran.

Fracture pathologique du col du fémur. — *M. Brodier* présente avec les radiographies, une fracture du col du fémur survenue après un mouvement insignifiant chez une tabétique.

Le lait de vache et le lait de femme diffèrent par la nature de leurs acides aminés et par leur teneur en sels : certains sels sont plus abondants chez la femme et d'autres, chez la vache. Vouloir faire un lait maternisé est une chimère. Heureusement le lait de vache *non dilué* est un aliment de substitution qui réussit à beaucoup d'enfants. Le coupage est dangereux. Il expose à l'inanition et, par son intermédiaire, aux otites aux bronchopneumonies et aux pyélites. (LÉONARD FINDLAY. *The practitioner*, juillet 1930, p. 5.)

H. V.

ACTUALITÉS

A propos de cardiologie (1)

Le livre que vient de faire paraître le Professeur Clerc dans la collection des « Précis de pathologie interne » est plus qu'un précis. C'est un petit traité très complet, très étudié, très personnel, très original sur la pathologie du cœur et et vaisseaux, toujours si captivante et il faut le dire si différentes. Les maladies y sont étudiées dans tous leurs détails, anatomiques, cliniques et thérapeutiques.

A chaque page, on trouve des incursions utiles dans le domaine de la physiologie pathologique qui apporte aux symptômes une clarté nouvelle et aux médications une explication logique.

Qu'il s'agisse des troubles du rythme de l'insuffisance cardiaque ou du bruit de galop de lésions acquises ou congénitales, de localisations orificielles ou de myocardites la description est claire, la pathogénie est simple, le pronostic est approfondi. L'ensemble porte bien la marque de l'auteur érudit des « arythmies en clinique ».

La dernière partie du volume a été traitée en collaboration avec P. Noël Deschamps qui a déjà publié avec son maître tant de travaux intéressants. Elle complète heureusement un livre qui fait le plus grand honneur à la cardiologie française. Les médecins et les étudiants y trouveront un guide sûr et parfait une mise au point très scrupuleuse et le succès n'en est pas douteux.

M. LOEPER.

(1) *Maladies du cœur et des vaisseaux*, par A. CLERC et N. DESCHAMPS. Collection des Précis médicaux, Masson 1931.

Echos et Glanures

Deux médecins de la Commune. — Adrienne Cambry vient de faire revivre, dans un article du *Journal des Débats* (29 décembre 1930) deux curieuses figures de médecins mêlés aux événements de la Commune, morts l'un devant le poteau d'exécution et l'autre seulement en 1914.

« La dernière exécution qui eut lieu dans le Jardin fut celle d'un médecin, Tony-Moilin, établi dans le sixième arrondissement, et qui, dès la proclamation de la Commune, s'était empressé de chasser le maire, M. Hérold, et de s'installer à sa place. Un médecin n'oublie jamais qu'il est médecin : en cette qualité, Tony-Moilin s'était donné mission d'organiser le service médical des bataillons de marche de la garde nationale. A cette fin, il pourchassait tous ses confrères, dans le but de les enrôler, et il surveillait spécialement les hôpitaux organisés déjà dans le sixième arrondissement, durant le récent siège de Paris par les Allemands.

La plus importante formation était celle du Luxembourg qui comptait trois ambulances : celle du Palais, dite Ambulance du Sénat ; des baraquements dans le Jardin et dans l'ancienne Pépinière : l'ambulance municipale du sixième arrondissement, réservée aux blessés et malades de cet arrondissement.

Le nouveau maire y rencontrait fréquemment le docteur de Ranse, dont le nom n'est pas encore oublié du corps médical, car il dirigea pendant longtemps avec autorité des feuilles importantes de sa corporation. Il est mort en 1914, après avoir donné ses services à un hôpital auxiliaire de son pays.

Dès le 18 mars 1871, la situation se fit délicate pour M. de Ranse. Le médecin scrupuleux ne devait pas prolonger le séjour à l'hôpital des blessés de l'armée régulière au delà de la nécessité; mais les évacuer, c'était les livrer à l'autorité révolutionnaire ; d'autre part, il s'était donné de veil et scrupuleusement à garder ses blessés de guerre de tout contact avec les insurgés introduits dans les salles, afin d'éviter les enrôlements de soldats redevenus valides.

Tony Moilin exerçait une surveillance soutenue sur son confrère, qui avait toujours refusé de se laisser enrôler dans les bataillons de marche. Le docteur de Ranse arguait à cet égard de cette raison qu'il ne pouvait abandonner le poste et les hommes à lui confiés pendant la guerre franco-allemande par l'autorité militaire régulière, dans la formation sanitaire du Luxembourg. D'ailleurs il avait déclaré très nettement qu'il donnerait ses soins aux blessés fédérés comme aux autres.

Tony Moilin ne put jamais prendre en défaut son confrère de Ranse. Un jour même, alors que les actions militaires plus intenses demandaient un redoublement d'activité auprès des combattants fédérés sur la ligne de feu, Tony Moilin fit une rafle de médecins dans les salles, comptant bien prendre le docteur de Ranse dans son filet. Mais il se trouva que celui-ci était occupé à pratiquer une opération urgente et délicate sur un garde national. « Voyez, confrère, dit le docteur de Ranse, je donne mes soins, comme je le dois, à tous ceux qui en ont besoin ». Le patient était précisément un ami du maire improvisé du sixième arrondissement. Depuis ce temps, il ne fut plus question d'envoyer le docteur Ranse dans un bataillon de marche, bien que Tony Moilin ne manquât pas de souligner encore que le docteur de Ranse, chef de service dans deux hôpitaux pendant la guerre franco-allemande, allât alors sur la ligne de feu relever des blessés, à chaque sortie. Il justifiait sans doute le mot d'Homère : « Un médecin équivaut à plusieurs hommes ». car, tout en restant médecin, il était, un révolutionnaire consommé, devenu inquisiteur et tyrannique.

Un retour en arrière sur la vie de Tony Moilin ne sera pas inutile. Ce médecin, qui voulait acquérir une grande renommée, ne craignait pas, pour y parvenir, d'employer des moyens plus charlatanesques que scientifiques. Sa sévérité pour M. de Ranse avait son origine dans un incident vieux de trois ans, alors que, directeur de la *Gazette médicale*, il avait reçu la visite de Tony Moilin lui apportant un travail de thérapeutique, sollicitant son insertion ; à la demande de la composition du médicament préconisé, Tony Moilin avait répondu que c'était son secret ; sur quoi le manuscrit lui fut rendu.

Le ressentiment engendré chez l'auteur ainsi évincé ne fut d'ailleurs point dissimulé par le nouvel officier de l'état civil du

gouvernement insurrectionnel, dans le premier colloque qu'il eut avec son confrère, dès son entrée en ses fonctions administratives, car lui-même engageait la conversation par un rappel amer de cet incident de la *Gazette médicale*, ce qui eut au moins l'avantage de révéler ses dispositions à l'égard du chef de service de l'ambulance du Luxembourg.

Tony Moilin ne craignait d'ailleurs pas, pour se faire connaître, d'employer des moyens extra-médicaux. Vers la fin du second Empire, on rencontrait fréquemment dans Paris des gens portant très sérieusement, collés sur le visage, des constellations se développant autour des yeux et formées de petites mouches aux formes géométriques, de couleurs et de figures variées. Les passants regardaient, riaient, flairant une facétie ; mais les curieux, voulant savoir, apprenaient que ces faces bariolées appartenaient à des clients du docteur Tony Moilin. Celui-ci soignait pour diverses maladies et suivant les règles communes de l'art ; mais, quelle que fût l'affection dont il souffraient, il imposait à ses malades, pendant toute la durée du traitement, le port de ces petites mouches, carrées, rondes, hexagonales, multicolores, dont il combinait lui-même l'assemblage, affirmant qu'elles avaient une vertu certaine, infaillible. Il recommandait aux porteurs de sortir beaucoup, la promenade étant un adjuvant nécessaire au traitement. Les malades sortaient donc, indifférents ou ridicules : n'espéraient-ils pas guérir ? Tony Moilin ne fut-il pas ainsi le précurseur de la publicité déambulante ? Du moins la sienne était-elle gratuite.

Revenons à la Commune. Quand l'issue de la lutte ne fut plus douteuse, Tony Moilin devina le sort qui l'attendait et s'y résigna ; néanmoins, il essaya tout d'abord de le conjurer en demandant asile à un confrère que ses relations devaient mettre à l'abri des perquisitions de l'armée de Versailles entrant dans Paris. Mais à peine celui-ci l'avait-il accueilli, que parut un ordre aux termes duquel tout citoyen recelant un fédéré serait puni de mort. « On n'est pas tous des héros ! » Le confrère conta la chose à son hôte, qui comprit et rentra chez lui. Dénoncé par son concierge, Tony Moilin fut arrêté une demi heure plus tard, conduit au poste du Luxembourg, amené devant la cour martiale qui siégeait en permanence, jugé et condamné.

Tony Moilin avait un fils naturel, auquel il pensa en cette heure suprême. Il obtint de le légitimer en épousant la mère cette nuit même. Il fut marié par ce même Hérold qu'il avait chassé, déjà réintégré à la mairie du sixième arrondissement.

Au petit jour, ce médecin fantaisiste, dont des évènements tragiques avaient fait un insurgé, était passé par les armes sous les tendres frondaisons du Luxembourg, et la fusillade, sans doute fit tressaillir les oiselets dans leurs nids.

Puisque nous avons mis en scène des médecins, rappelons-nous avec reconnaissance pour le corps médical que c'est à sa vigilance que l'on doit la conservation du Palais et du musée du Luxembourg de l'Hôtel du président du Sénat et de Notre-Dame elle-même, tous ces monuments ayant été voués à l'incendie par l'insurrection. Au Luxembourg, le docteur de Ranse et ses confrères des services d'ambulances exigèrent qu'on enlevât les fûts de pétrole entassés dans les cours, invoquant le danger couru par les blessés insurgés hospitalisés dans les ambulances.

La mortalité aux Etats-Unis. — Si l'on s'en rapporte aux statistiques des compagnies d'assurances sur la vie, jamais les conditions de la santé n'ont été meilleures en Amérique. Le taux de la mortalité a diminué cette année de 10 % comparativement à 1921.

L'influenza a fait beaucoup moins de ravages que les années précédentes, et, pour la première fois depuis 1924, il y a eu un fléchissement dans la mortalité des diabétiques. Par contre, les suicides n'ont jamais été aussi fréquents : ils sont la conséquence des krachs du Stock Exchange et de la mauvaise situation financière. (*Journal des Débats.*)

Le régime de l'opium en Turquie. — Certains journaux étrangers, notamment la presse égyptienne, ayant parlé ces derniers temps de la contrebande des stupéfiants en Turquie, l'agence Anatolie a publié hier une note à ce sujet :

Si la Turquie dit elle a refusé d'adhérer à la convention internationale de l'opium de 1925, c'est que cette convention lui paraît de nature à limiter la culture de ce produit qui a, pour elle, une importance économique.

Au point de vue humanitaire, bien que libre de tout engagement contractuel, la Turquie a édicté une loi réglementant la fabrication de ces produits, leur emploi à l'intérieur et leur exportation. Ainsi, le consulat du pays destinataire est avisé du genre et de la quantité des produits envoyés, afin de permettre au pays destinataire de prendre les mesures qu'il jugera opportunes.

Enfin, il convient de souligner que la Turquie a participé à toutes les conférences de l'opium et qu'elle participera aussi à la prochaine conférence de Genève. La Turquie ne s'abstient pas d'adhérer à la convention de l'opium, mais elle considère qu'il est injuste qu'un nombre restreint de pays européens, ne produisant point ou très peu d'opium, cherchent à détenir le monopole de la fabrication des produits à base d'opium. La Turquie, productrice d'opium, demande qu'on lui reconnaisse une part équitable dans cette fabrication. Si cette proposition était acceptée, un grand pas serait fait vers une solution internationale de la question.

La pléthore médicale en Suisse. — En 1889, il y avait en Suisse, pour 2.900.000 habitants, 1.530 médecins seulement.

En 1908, la population s'était élevée à 3.650.000 habitants ; les médecins s'étaient élevés à un chiffre de 2.230.

En 1926, pour 3.900.000 habitants, il y avait 3.100 médecins.

L'Association suisse des médecins vient de signaler par des articles de presse, cette disproportion du nombre des médecins avec le chiffre de la population suisse.

Médecins et clients dans le Nouveau savoir-vivre de Paul Reboux. — *M. Paul Reboux n'a pas oublié les médecins dans son* Nouveau savoir-vivre, *quelques extraits du chapitre consacré aux rapports du malade avec son médecin donneront une idée de la « manière » de M. Paul Reboux :*

« ... Le médecin, après vous avoir accordé quelques minutes d'attention, comme il se doit, ne tarde pas, si vous êtes excessivement prolixe, à laisser vagabonder sa pensée. Il songera à sa petite amie ou à la manière dont il pourra frauder le fisc... »

« ... Autre recommandation essentielle, ne cherchez à faire expliquer ni les raisons de votre mal ni celles du traitement. Vous mettriez alors le médecin dans l'obligation ou d'avouer son ignorance, ou d'imaginer des fantaisies. Dans votre propre intérêt, conservez-lui son prestige. »

« ... Le médecin qui vous a rendu visite vous enverra après quelques semaines la note de ses honoraires. Payez par chèque aussitôt, en joignant au chèque un mot de remerciement... »

« ... Pour un médecin, si beau garçon qu'il puisse être, la cliente ne correspond qu'à une fiche et à une occasion de bénéfices. Qu'elle ne se flatte pas d'autre chose... »

« ... Quand un médecin vous invite à dîner, vous pouvez lui parler de maladies, sauf des vôtres, cela va de soi. Il est l'hôte. Il se doit de vous plaire et de traiter les sujets qui vous intéressent. Quand un médecin est reçu chez vous, ne lui parlez jamais de médecine. Vous êtes l'hôte. Vous vous devez de plaire à vos invités en les distrayant de leurs occupations et de leurs préoccupations habituelles. »

Une page du *Nouveau savoir-vivre* est consacrée à l'examen prénuptial. « Il est élégant de la part du fiancé, dit M. Paul Reboux, de prévoir cette sollicitation, et de faire la proposition lui-même. C'est là une règle de savoir-vivre dont les baronnes de l'étiquette ne se soucient pas assez. »

La léproserie de Meursault. — Le Syndicat d'Initiative de Meursault vient de décider de remettre en état la léproserie de Meursault (Côte-d'Or).

Cette maladrerie, fondée en 1180, par Hugues de Bourgogne, servit d'hôpital pour les lépreux. En 1221, elle fut pourvue, par la libéralité d'Anceau de Montréal, d'un important domaine de terres et de prés. En 1245, Pierre Arnaux testa en sa faveur.

Après la disparition de la lèpre, les bâtiments furent utilisés comme hôpital. Il y avait six lits desservis par deux religieuses infirmières. En 1760, Louis XV, malgré la réclamation écrite des habitants, décréta la fermeture de la Maison-Dieu de Meursault, et ordonna son transfert à Beaune. Il y mit cependant une condition, celle que la commune de Meursault aurait à perpétuité droit à six lits à l'hôpital de Beaune.

Par la suite, la Maladrerie de Meursault fut transformée en bâtiment de ferme, état dans lequel elle se trouve encore aujourd'hui.

Si l'intérieur a forcément perdu son caractère, il n'en est pas de même du portail en style roman donnant sur la route nationale n° 74 (de Dijon à Beaune). Enfoui en partie dans le sol, recouvert d'un enduit en décrépitude, les pierres de taille cachées, il se présente dans de très mauvaises conditions aux nombreux touristes qui passent chaque jour devant lui. Et cependant ce portail, depuis 1926, est classé comme monument historique...

Une plaque de marbre, apposée au mur, dira en quelques mots l'origine et la destination de cette léproserie.

Le Syndicat d'Initiative a ouvert une souscription pour la remise en état de la léproserie de Meursault.

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMP. THIRON ET CIE. — R. C. 4264

FONDÉ EN 1873. — N° 6 LE NUMÉRO : 1 FRANC avec son SUPPLÉMENT (ILLUSTRÉ) 7 FÉVRIER 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V^e^)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230 790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Étudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Étranger 1re zone	70 fr.
Étranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOTE DE THÉRAPEUTIQU

La NÉVROSTHÉNINE doit régulièrement prescrite à tous sujets soumis à une **cure de sintoxication** ou **d'amaigris ment** par un régime aliment restreint.

L'état de mieux-être, la sen d'énergie ainsi procurée permett de faire suivre le traitement d tique tout le temps voulu po obtenir les résultats qu'il doit d

NOUVELLES

Assistance publique. — *Concours pour quatre places [illegible] chirurgiens des hôpitaux.* — Jury : MM. les Docteurs Basset, Houdard, Mauclaire, Schwartz, Lardennois. MM. les Professeurs : Gosset, Cu[illegible]

Censeurs : MM. [illegible] Docteurs : Charrier, Métivet, d'Allaines, Bloch (Jacques).

Sont admis à prendre part au concours qui doit s'ouvrir le lundi 9 février 1931 pour la nomination aux places de chirurgiens des hôpitaux les 26 candidats dont les noms suivent:

MM. les Docteurs Fèvre (Marcel-Paul), Thaleimer (Marcel-Simon), Leibovici (Raymond), Bernard (Raymond-André-Michel), Diamant-Berger (Lucien), Reinhold (Paul), Chastang (Lucien-Jean), Garnier (Charles), Menegaux (Georges-Henri), Aurousseau (Léon-Clément-André), Welti (Henri-Louis), Meillère (Jean-Louis-André), Armingeat (Jean-Louis-Alfred), Iselin (Marc-Henri), Huard (Pierre-Paul-Serge), Brouet (Louis-Guillaume-Nicolas), Chevalier (Henri-Charles), Banzet (Paul), Marchant (Pierre-Jacques-Joseph), Gueullette (Roger-Jacques), Seille (Guy), Chabrut (Robert-Armand), Sauvage (René), Redon (Henri-Jean-Gaspard), Galtier (Marcel-Cyprien), Merle d'Aubigné (Robert-Aimé).

Sont dispensés des épreuves d'admissibilité du présent concours, aux termes de l'article 225 du règlement, les quatre candidats dont les noms suivent, titulaires de deux admissibilités, MM. les Docteurs Thalheimer (Marcel-Simon), Leibovici (Raymond), Bernard (Raymond-André-Michel), Reinhold (Paul).

Concours de nomination d'électro-radiologie. — Jury : MM. les Docteurs Chicotot, Mme de Brancas, Aubourg, Duhem, M. le Professeur Guillain, MM. les Docteurs Mauclaire, Gernez.

L'épidémie de grippe à l'étranger. — L'épidémie de grippe qui sévit actuellement à l'étranger, en Amérique, comme en Europe, cause de grands ravages. En Angleterre, 242 personnes sont mortes, la semaine dernière. On en compte 47 à Londres et 68 à Liverpool. A Hambourg, on a enregistré 70 décès en vingt-quatre heures seulement. En Espagne, la grippe fait également de nombreuses victimes: 120 à Madrid, en une semaine, 100 à Barcelone et 40 à Valence. A Athènes, le nombre des députés atteints de la grippe est tellement important que la Chambre a décidé de s'ajourner à huitaine. A New-York, les personnes atteintes de la même maladie qu'en Europe deviennent de plus en plus nombreuses. Hier, on enregistrait 31 décès; et, depuis le début de janvier, on évalue à 384 les victimes de la grippe.

Une plaque à la mémoire du docteur Fournier a été inaugurée à l'hôpital Cochin. — Le 26 janvier a été apposée dans le hall d'entrée du pavillon Hardy, à l'hôpital Cochin, une plaque commémorative rap[illegible] Fournier, qui mourut il y a un an à l'âge de 62 ans. Médecin des hôpitaux depuis 1902, le docteur Fournier mit au point dans son laboratoire de l'hôpital, ses importantes recherches sur la syphilis.

M. Steeg, président du Conseil, beau-fr[illegible] nier, assistait à la cérémonie. Un grand nombre de personnalités médicales étaient présentes.

Faculté de médecine. — *Thèses.* — 3 février. — M. Bourrier. Etudes sur la transmission de l'infection tuberculeuse. — M. Fraisse. Hémorragies de la région ombilicale par diverticule de Meckel.

4 février. — M. Vincent. De certaines réactions du rein à nos vins régionaux. — M. Kong-Han-Mei. Diagnostic et traitement de l'appendicite aiguë. — M. Avramesco. Quelques cas de sinusite maxillaire guéris par la vaccinothérapie locale.

Thèses vétérinaires. — M. Pasquini. La maladie du jeune âge chez le chien.

5 février. — M. Desbuquois. Les modifications du sang au cours des états de choc. — M. Braun. La réaction du benjoin colloïdal chez les paralytiques généraux avant et après la malariathérapie.

Thèses vétérinaires. — M. Audebert. Anesthésie générale du cheval par le chloroforme.

Ecole du Service de santé militaire. — Par décret en date du 21 janvier :

Les élèves admis à l'école du Service de santé militaire, à partir du concours de 1931, rejoindront cette école à Lyon pour y poursuivre intégralement leur scolarité auprès de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

Les dispositions du décret du 19 septembre 1919, concernant les élèves de l'école du Service de santé militaire détachés dans les villes de faculté restent applicables aux élèves actuellement détachés.

Légion d'Honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Marine. — *Au grade d'officier.* — MM. les médecins principaux Pénaud, Dalger, Lutaud, Pierre.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de 1re classe Condé, Buffet, Barbin, Maubouguet, Delom et Espieux.

Société nationale de chirurgie. — Prix décernés en 1930 :

Prix Dubreuil. — Le prix est décerné à M. le docteur Henri Fischer (de Bordeaux) pour son travail : « Les dysmorphies congénitales cranio-faciales et leurs syndromes cliniques. »

Prix Chupin. — Le prix est décerné à M. le docteur J. Bercher, chirurgien des hôpitaux militaires, pour son travail : « Propos sur les fractures du maxillaire inférieur. »

Prix Duval-Marjolin. — Le prix est décerné à M. le docteur Jean-Paul Grinda, pour son travail : « Les chordomes sacro-coccygiens. »

Prix Le Dentu. — Le prix est décerné à M. Jean Patel, interne, médaille d'or de chirurgie en 1930.

Ecoles de médecine navale. — Des concours pour l'obtention du titre de professeur agrégé des écoles de médecine navale auront lieu à Toulon, au mois de juin 1931, à des dates qui seront fixées ultérieurement, en vue de la nomination d'un titulaire pour chacune des catégories suivantes :

a) Physiologie, médecine ;
b) Anatomie, chirurgie (section de chirurgie générale) ;
c) Bactériologie, hygiène.

Le Comité consultatif de santé. — La composition, pour l'année 1931, du Comité consultatif de santé, est fixée comme suit :

1° Président : le médecin général inspecteur Lanne, inspecteur permanent des écoles du service de santé militaire ;

2° Membres titulaires : MM. Baron, médecin général inspecteur, directeur du service de santé de la 15e région ; Cadiot, médecin général inspecteur, directeur du service de santé de la région de Paris ; Sacquépée, médecin général inspecteur, directeur du laboratoire central de recherches bactériologiques et de sérologie de l'armée, inspecteur des services d'hygiène et d'épidémiologie de l'armée ; Savornin, médecin général, directeur du service de santé de la 14e région ; Rouvillois, médecin général, directeur de l'École d'application du service de santé militaire, inspecteur des services chirurgicaux de l'armée, membre de l'Académie de médecine ; Lévy, médecin général, directeur de l'École du service de santé militaire ; Boye, médecin général des troupes coloniales, de l'inspection générale du service de santé des colonies ; Bouffard, médecin général des troupes coloniales, adjoint au directeur du service de santé du commandant supérieur des troupes coloniales dans la métropole ; Breteau, pharmacien général, membre de l'Académie de médecine ;

3° Membres consultants :

a) Membres civils : MM. Roger, ex-doyen de la Faculté de médecine de Paris, médecin honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine ; Quenu, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien honoraire des hôpitaux, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine ; Walther, ancien professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine ; Bezançon, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine ;

b) Membres militaires : MM. Lahaussois, médecin général, directeur du service de santé de la 6e région ; Rubenthaler, médecin général, directeur du service de santé de la 7e région ; Plisson, médecin colonel, médecin chef de l'hôpital militaire d'instruction Percy ; Pilod, médecin lieutenant-colonel, professeur agrégé du Val-de-Grâce à l'Ecole d'application du service de santé militaire ; Chaput, pharmacien colonel, gestionnaire de la pharmacie centrale de l'armée.

Faculté de Marseille. — Au cours de l'assemblée générale tenue le 21 janvier, l'Association a nommé son bureau pour 1931. Ont été élus : Président : Dr André Tristant ; secrétaire : Dr Jean Chosson ; trésorier, : Dr Ed. Giraud-Costa. Les chefs de clinique ont décidé d'organiser en avril un cycle de conférences analogue à celui qui, en septembre 1929 avait connu un si brillant succès.

Voyages médicaux. — Le prochain voyage d'études organisé par notre Association pour les médecins et étudiants, aura lieu du 25 mars au 9 avril 1931 en Tunisie, en autocar de luxe. En voici le programme :

Mercredi 25 mars : 10 heures, embarquement sur le *Gouverneur Général Grévy* à Marseille ; jeudi 26, 18 heures, arrivée à Tunis ; vendredi 27, visite de Tunis, Le Bardo, Carthage ; samedi 28, Kairouan, la Grande Mosquée, les Mosquées du Sabre, du Barbier, etc. ; dimanche 29, Sousse (les Catacombes), El Djem, son superbe amphithéâtre, Sfax ; lundi 30, visite de Sfax le matin, Gabès ; mardi 31, visite de l'oasis de Gabès ; mercredi 1er avril, de Gabès à Tozeur en traversant le chott Djerid ; jeudi 2, visite des oasis de Nefta et de Tozeur ; vendredi 3, retour de Tozeur à Gabès ; samedi 4, Gabès à Sfax ; dimanche 5, Sfax à Tunis par Thuburbo Majus ; mardi 7, embarquement ; jeudi 9, arrivée à Marseille.

Prix, tous frais compris en deuxième classe sur le bateau, circuit en autocar de luxe : médecins, 2.850 fr. ; étudiants, 2.650 francs ; étudiants membres de notre Association, 2.500 fr.

Le nombre des places est limité à vingt-deux personnes.

S'inscrire avant le 8 mars en versant 1.000 fr. chez le docteur Henri Netter, 104, boulevard Saint-Germain, Paris, après 18 heures (compte chèque-postal n° 895.22).

Croisière d'été en Norvège, au Spitzberg et à la Banquise organisée par le « Bruxelles-Médical ». — Un grand nombre de médecins ayant fait savoir que leurs occupations professionnelles ne leur permettaient pas de s'absenter pendant les vacances de Pâques, *Bruxelles-Médical*, répondant au désir exprimé par eux, a décidé l'organisation sous ses auspices, au mois de juillet prochain, d'une grande croisière sur les Côtes de Norvège (avec visite de quelques-uns des plus jolis fjords) aux Lofoden, au Cap Nord, en Laponie, au Spitzberg où les campements d'Andrée, d'Amundsen et de Nobile pourront être atteints) et à la Banquise, avec retour par Jan Mayen, les Feroë et l'Ecosse. Cette croisière qui ne comprendra pas moins de 22 escales et dont l'itinéraire, d'un tracé pas encore réalisé jusqu'à ce jour, a été très scientifiquement établi par une per-

sonnalité dont les expéditions polaires sont universellement célèbres, personnalité qui prendra d'ailleurs part au voyage s'effectuera à bord du paquebot de grand luxe *Foucauld* (15.000 tonnes, 152 mètres), mis en service l'an dernier et spécialement affrété pour la croisière. Le *Foucauld* est, sans aucun doute, une des plus belles unités de la flotte française actuelle.

Le départ aura lieu de Dunkerque le 11 juillet, de Zeebrugge, le 12 juillet, et le retour le 6 août dans les mêmes ports.

Prix médical : applicable uniquement aux docteurs en médecine, à leurs femmes et enfants mineurs célibataires en 1re classe : depuis 4.500 francs français par personne ; en 2e classe : depuis 1.975 francs français par personne.

Les personnes étrangères au corps médical seront admises, sur recommandation écrite de leur médecin de famille, à un tarif légèrement supérieur.

Des excursions, facultatives, seront organisées en Norvège et en Ecosse. Prix forfaitaire global : 895 francs français.

En raison des conditions particulièrement avantageuses dans lesquelles s'effectuera le voyage, les médecins qui ont l'intention d'y prendre part, sont priés de se faire connaître le plus tôt possible. Il sera tenu compte, pour l'attribution des places, de l'ordre d'arrivée des demandes.

Pour tous renseignements et les inscriptions, écrire à la Section des voyages de *Bruxelles médical*, 29, boulevard Adolphe Max, Bruxelles. Adresse télégraphique : Belgfranav, qui enverra gratuitement sur demande la brochure contenant la carte géographique du voyage.

Nécrologie. — Dr Fernand Boivin, de Tours. — Dr Henri Bureau, de Vermenton (Yonne). — Dr Coze, ancien médecin militaire. — Dr Georges Fontanel, de Bois-Colombes. — Dr Nieppe, de Cambrai. — Dr Joseph Simon, de Fontenay-sous-Bois. — Dr Jean Raulin-Piat, de Saint-Julien-en-Quiberon. — Dr Bogodan, professeur de médecine légale à l'Université de Jassy, décédé à l'âge de 72 ans. — Dr A. Gouin, de Vieille-Vigne (Loire-Inférieure). — Dr Maurice Bourcart, de Genève. — Dr Casimir Dlusky, phtisiologue polonais. — Dr Portalier, de Paris, 217, rue Saint-Honoré.

TRAVAUX ORIGINAUX

Albuminurie orthostatique et puerpéralité

Par le Dr **P. BALARD**
Accoucheur des hôpitaux de Bordeaux

Tandis que les cliniciens se sont de tout temps préoccupés de l'action de la gestation sur les néphrites, ils semblent, par contre, s'être très peu inquiétés jusqu'ici de l'influence de la grossesse sur l'albuminurie orthostatique.

De toutes les albuminuries fonctionnelles, celle-ci en effet paraît bien représenter un type spécial, tout à fait en dehors des causes toxiques ou infectieuses qui conditionnent la grande majorité des néphrites. De là vient, sans doute, l'influence totalement différente qu'exerce la grossesse sur cette méiopragie fonctionnelle de l'appareil rénal.

La gestation, on le sait, est capable de créer l'albuminurie de toutes pièces, sous l'influence de certaines causes mal établies déterminant ainsi un des aspects du syndrome dit d'auto-intoxication gravidique. Cliniquement, ces albuminuries gravidiques sont les unes transitoires, procédant par poussées fugaces, sans provoquer d'hypertension, et avec un minimum de troubles subjectifs : d'autres sont, au contraire permanentes s'accompagnant d'une hypertension d'alarme, se prolongeant jusqu'au moment de l'accouchement et se traduisant par un syndrome de gravité croissante caractérisé au début par de l'albuminurie, ainsi que par des troubles divers comparables à ceux du petit brightisme, ensuite par des accidents graves analogues à ceux de l'urémie confirmée, dont le terme ultime est fréquemment des convulsions, le coma et souvent la mort (1). Il est possible du reste qu'entre les albuminuries transitoires et les albuminuries permanentes, il n'y ait au fond qu'une différence de degré et surtout de durée dans la cause déterminante de ces accidents.

On sait également que la grossesse provoque fréquemment le réveil de lésions rénales anciennes et qu'une atteinte rénale antérieure confère souvent un aspect clinique tout spécial à ces formes cliniques d'albuminurie gravidique en raison de la ténacité avec laquelle elle persiste après l'accouchement et du retard que met à se déclencher la débâcle urinaire ainsi que la chute de la tension artérielle durant les suites de couches.

La grossesse enfin aggrave singulièrement le mal de Bright. Aussi constate-t-on chez de telles malades que les accidents d'azotémie et d'insuffisance rénale apparaissent avec une précocité et une gravité croissante avec chaque grossesse et que l'état rénal est aggravé entre chaque gestation (2).

Par une apparente contradiction, la gestation au lieu d'aggraver l'albuminurie orthostatique la fait disparaître d'une façon temporaire parfois même la supprime d'une façon définitive.

A l'occasion d'une observation personnelle que nous allons rapporter, nous avons fait rechercher par notre élève Beaumont (3), un certain nombre d'observations de ce genre éparses dans la littérature. Ce sont elles qui nous ont permis de baser l'affirmation que nous venons de porter et qui permettent en outre quelques déductions intéressantes sur la pathogénie des albuminuries orthostatiques.

(1) P. BALARD — Sur quelques cas d'albuminurie gravidique (leçon clinique). *La Puériculture*, avril-mai 1925 — Les données oscillométriques dans l'albuminurie gravidique et l'éclampsie. *Revue française de Gynécologie et d'obstétrique*, mai 1921

(2) P. BALARD. — Accidents gravido-toxiques à répétition et à gravité croissante chez une femme atteinte de néphrite chronique. Soc. obst. et gyn. de Bordeaux, 28 mars 1922. *Bulletin Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1922. — P. BALARD et R. BOURSIER. Eclampsisme à répétition chez une femme atteinte de néphrite chronique. *Ibidem*.

(3) A. BEAUMONT. — De l'influence de la puerpéralité sur l'albuminurie orthostatique. *Thèse de Bordeaux*, 1928.

OBSERVATION. — (BALARD et MURATET). — Mme B., 26 ans. Dans l'enfance, une rougeole et une varicelle sans gravité ; réglée à 11 ans régulièrement sans douleurs.

Peu de temps après la puberté, s'installe une très grande faiblesse accompagnée de céphalées fort pénibles, si bien que la jeune malade doit interrompre ses études ; elle n'est cependant ni anémique, ni chlorotique et elle a conservé son appétit. Elle est examinée à ce moment par différents médecins, lesquels en dehors d'une fatigue extrême, ne trouvent qu'une faible quantité d'albumine dans les urines, quelques centigrammes par litre ; le taux de l'urée sanguine est normal. La jeune malade, soumise au régime lacto-végétarien, garde le lit, pendant douze jours et voit de ce fait disparaître l'albumine. Elle se lève et dès le sixième jour de la convalescence, l'albumine réapparaît. Celle-ci persistera par la suite en dépit d'une diététique assez sévère et malgré, le conseil, d'ailleurs assez mal suivi de faire de la chaise longue. Le diagnostic d'albuminurie orthostatique est envisagé et confirmé par certains faits cliniques.

A l'âge de 16 ans, la malade fait un séjour de six mois à Arcachon sans en tirer aucun profit. Un an plus tard, on lui découvre une dilatation de l'estomac ; on lui ordonne le port d'une ceinture et on la soumet à un régime alimentaire des plus sévères, si bien qu'après six mois de ce régime, elle ne pèse que 38 kgr. Peu de temps après, elle va consulter le docteur Muratet : elle présente à ce moment une ptose abdominale pour laquelle le port d'une sangle de Glénart est prescrit. Les urines sont à nouveau examinées et contiennent encore 0,08 d'albumine par litre soit 0 gr. 12 par 24 heures.

On soumet la malade à un régime alimentaire assez substantiel, on lui conseille à nouveau de faire de la chaise longue et au bout de six mois, l'état général s'est nettement amélioré. Elle reprend de l'embonpoint, mais conserve toujours son albumine ainsi que l'attestent les nombreux examens pratiqués à intervalles rapprochés.

Elle se marie à l'âge de 21 ans, tombe enceinte peu après. L'urine est examinée un mois et demi après le début de la grossesse : *elle ne renferme plus la moindre trace d'albumine* ; malgré cela, la jeune femme éprouve un peu de lassitude, elle est pâle et présente des troubles sympathiques assez accentués : on prescrit de l'adrénaline et du phosphate de chaux. Pendant toute la grossesse, les urines sont examinées avec soin et à aucun moment, on ne trouve trace d'albumine.

L'accouchement se fait spontanément à 8 mois 1/2 ; l'enfant ne pèse que 2 kgr. 650, et il donne quelque mal pour lui faire prendre le sein. La mère l'allaite pendant les trois premiers mois, puis a recours à l'allaitement mixte jusqu'à 7 mois. Dans le deuxième mois, qui a suivi l'accouchement, on a trouvé quelques traces d'albumine dans les urines, mais les analyses ultérieures ont toujours été négatives. L'état de la jeune femme est excellent, elle pèse 53 kilos.

Trois ans après, grossesse gémellaire normale qui évolue *sans albumine* ; accouchement normal à terme. La malade suivie pendant deux ans après sa seconde grossesse ne présente pas d'albumine. Elle a légèrement engraissé et a fait les frais sans la moindre fatigue de l'allaitement mixte de ses deux enfants.

Dans toutes les observations relevées par Beaumont, un fait domine l'évolution de l'albuminurie orthostatique au cours de la puerpéralité : c'est sa *constante disparition dès le début de la gestation*. Ces constatations ont leur importance, car elles témoignent de l'influence heureuse que la puerpéralité imprime à cette affection en même temps qu'elle entraîne dans l'organisme des modifications heureuses d'ordre plus général.

De ceci, nous devons tirer un enseignement précis : à côté des albuminuries organiques toujours graves pour la mère et le fœtus, il existe des albuminuries fonctionnelles, dont l'évolution peut être considérée comme des plus favorables, ces dernières n'exerçant aucune influence fâcheuse sur la marche de la grossesse ; aussi importe-t-il pour le médecin en présence d'un cas d'albuminurie d'en préciser la variété, par un examen chimique et cytologique des urines, par un dosage de l'urée sanguine, par les épreuves habituelles établissant la valeur fonctionnelle des reins, ainsi que par celles mettant en évidence le rôle prépondérant de l'orthostatisme dans l'apparition de ces albuminuries.

Dans l'albuminurie orthostatique, il n'y a donc pas lieu de déconseiller le mariage ni de redouter la grossesse : mais en pareil cas, il faudra se garder de soumettre ces malades au régime habituel des albuminuriques ; seule une alimentation saine et reconstituante dont on éliminera néanmoins tout ce qui pourrait irriter le rein donnera quelques résultats heureux. Il conviendra de prescrire quelques préparations arsénicales ou phosphatées, tout en se montrant assez sobres de médicaments. L'opothérapie surrénalienne et hypophysaire a été tentée avec quelque succès. On conseillera le séjour à la cam-

◆◆

pagne, les exercices modérés, les frictions sèches au gant de crin. Lorsqu'il y a de la ptose, on fera porter une sangle abdominale et la lordose sera avantageusement combattue par le repos allongé pendant une heure ou deux après le repas.

La disparition de l'albuminurie orthostatique au cours de la gestation soulève des problèmes pathogéniques du plus haut intérêt et permet de préciser l'origine de ce trouble du fonctionnement rénal.

L'évolution clinique des faits permet d'abord d'écarter sans conteste une albuminurie tenant à des lésions rénales plus ou moins légères car nous savons que l'action de la gestation sur un rein déjà touché ne peut être que néfaste.

La théorie mécanique invoquée par certains ne satisfait pas davantage. S'il était vrai que l'albuminurie orthostatique relève d'une ptose rénale on s'expliquerait difficilement sa disparition rapide dans les premiers mois de la grossesse, à une période où l'utérus à peine distendu par la présence de l'œuf n'a acquis qu'une faible augmentation de volume et ne peut pas utilement remonter les organes.

Il en sera de même de la conception de Jehle qui explique l'albuminurie orthostatique par l'exagération intermittente d'une lordose lombaire amenant un trouble circulatoire. Loin d'apporter une modification à cette attitude vicieuse, la grossesse ne fera que l'exagérer au moins dans les derniers mois. Ainsi, jusqu'au cinquième mois, si la lordose existait auparavant, elle ne se trouve nullement corrigée par la gestation et pourtant il n'y a plus d'albumine. Au fur et à mesure que la grossesse approche du terme la lordose se trouve considérablement augmentée sans qu'on puisse à aucun moment déceler la moindre trace d'albumine.

Par contre, la disparition de l'albuminurie orthostatique au cours de la grossesse semble devoir être attribuée au *développement complet que le rein insuffisamment évolue jusque-là acquiert pendant la gestation*. Les travaux de Bar ont, en effet établi d'une façon incontestable que la gestation réalise une symbiose harmonique homogène et que la mère tire profit de sa gestation. L'albumine n'est d'ailleurs pas la seule substance retenue par l'organisme maternel ; il se fait également une rétention de phosphore et de soufre. Ces éléments, en particulier l'albumine, viendront se fixer au niveau de tous les tissus de l'organisme maternel, aidant à leur accroissement et à leur maturation. Le rein acquiert son complet développement au même titre que les autres organes, on comprend dès lors le bénéfice que peut tirer de sa gestation une femme atteinte d'albuminurie orthostatique.

La disparition de cette albuminurie peut être encore rapportée à une *activité particulière des glandes endocrines* dont les fonctions se trouvent généralement exaltées au cours de la grossesse.

Il paraît donc rationnel de faire dépendre l'albuminurie orthostatique d'une évolution encore incomplète de l'appareil glomérulaire (Teissier) ou d'un trouble humoral (Hutinel), l'orthostatisme constituant néanmoins une condition nécessaire à la production de cette variété d'albuminurie.

Maladie de Reclus. — Les injections prolongées de folliculine déterminent chez la souris des lésions mammaires analogues à celles de la maladie de Reclus. Mais si la folliculine permet, dans les conditions normales, de modifier la glande mammaire, c'est au corps jaune qu'appartient le rôle cinétique principal. Oui, mais pour les auteurs, les injections de folliculine prolongent la vie du corps jaune. Dans ces conditions expérimentales, avec des injections quotidiennes pendant plusieurs mois, on observe des néoformations d'acini et des dilatations ampullaires. Puis les acini se transforment en adénomes. Les adénomes et les dilatations ampullaires n'existent pas chez la souris castrée, où il y a, seulement, distension des acini : c'est que chez elles, la folliculine agit sans hormone lutéinique. (Goormaghtigh et Amerlinck. Réalisation expérimentale de la maladie de Reclus de la mammelle. (*Bull. de l'Assoc. fr. pour l'étude du cancer*, juillet 1930, p. 527.)

Prématurés. — Hill (de New-York) préconise pour la nourriture des prématurés un mélange de trois parties de lait maternel et une partie de lait réduit par évaporation. (*Amer. Journ. of diseases of Children*, juillet 1930, p. 59.) H. V.

Les possibilités actuelles de la césarienne

Par P. BRAULT, de Rennes

N'en déplaise à certains esprits chagrins, l'obstétrique a depuis quelques années, considérablement évolué. Quelque convaincus que doivent être les accoucheurs vraiment dignes de ce nom, que l'accouchement par les voies naturelles doit toujours être préféré quand il est possible, nous devons cependant reconnaître et même proclamer que c'est par l'extension de plus en plus importante de la voie haute que les plus grands progrès sont actuellement accomplis.

Il y a longtemps que les succès de la chirurgie abdominale ont tenté nombre d'accoucheurs et que l'on a cherché à substituer la césarienne, non seulement aux opérations mutilatrices pour le fœtus, mais même à ces accouchements hyperdystociques si pénibles et si gros de conséquences fâcheuses pour l'enfant comme pour la mère.

On avait cependant en partie échoué. La césarienne haute, corporéale était devenue une opération bénigne toutes les fois que le cas était « *pur* », c'est-à-dire, que la femme n'était pas en travail, que la poche des eaux était intacte, qu'aucun toucher n'avait été pratiqué : quand une ou plusieurs de ces conditions n'étaient pas remplies, le cas était « *impur* » et comme l'avait dit trop justement un de nos maîtres « *on jouait la vie de la femme sur un coup de dé* ». Nombreux ont été les accidents qu'ont subi les chirurgiens ou les accoucheurs qui ont voulu s'écarter de cette règle. Aussi, à la suite de Bar, la grosse majorité des médecins ne considéraient la césarienne comme possible qu'avant tout début de travail.

Actuellement encore la plupart des praticiens songent parfois (pas assez souvent d'ailleurs) à la césarienne quand ils voient la femme pendant la grossesse, mais une fois le travail commencé, ils ne considèrent plus comme possibles que les interventions par voie basse. Sur 35 césariennes basses faites depuis 1926, nous avons pu calculer que 25 multipares avaient eu avant leur césarienne, 54 accouchements avec seulement 8 enfants vivants, voilà évidemment des cas où le praticien n'a pas songé à la possibilité d'une césarienne.

Et pourtant actuellement tout cela est radicalement changé. L'emploi de la césarienne basse, supra-symphysaire, segmentaire introduite en France par le regretté Professeur Schickelé et généralisée par Brindeau qui en a si bien fixé la technique, a véritablement révolutionné les indications de la césarienne. On peut, en effet, désormais opérer sinon les cas très infectés, pour lesquels, il sera toujours prudent de faire l'hystérectomie, mais du moins les cas impurs, ceux dans lesquels la cavité ovulaire contient de germes et n'est plus rigoureusement aseptique.

La raison en est simple et facile à comprendre : dans la césarienne haute, ce n'est pas en général au moment de l'intervention que le péritoine s'infecte. Avec l'extériorisation de l'utérus généralement employée, il est facile de s'isoler de la cavité péritonéale jusqu'au moment où la suture terminée on réintègre l'utérus : c'est secondairement que la suture utérine en liberté dans le ventre détermine une péritonite si elle s'infecte de l'intérieur vers l'extérieur et cela d'autant plus facilement que les fils placés en plein tissu musculaire sont soumis du fait des contractions de la matrice à des efforts de traction énormes et se relâchent souvent, pouvant même couper ou lâcher complètement.

Dans la césarienne basse, rien de tout cela n'est à craindre, bien qu'on n'extériorise pas l'utérus, on opère dans un creux facile à isoler de la grande cavité péritonéale, souvent l'opération se termine sans qu'on ait aperçu une seule anse intestinale, la suture utérine portant sur le segment inférieur non contractile est parfaite et les fils ne sont soumis à aucun tiraillement. Enfin, et surtout cette suture utérine est recouverte d'une double lame de péritoine ; si elle s'infecte, il y a beau-

temps à ce moment que le péritoine est soudé et l'infection évolue vers le vagin ; nous voyons dans ces cas impurs, certaines femmes rendre du pus par la vulve sans avoir présenté le moindre incident péritonéal.

Nous passons volontairement sous silence d'autres avantages de la césarienne basse, nous indiquerons seulement que la presque totalité des femmes guérissent parfaitement en 15 jours et sont moins malades qu'après un accouchement dystocique.

Le seul inconvénient de cette intervention est sa technique sensiblement plus compliquée et plus difficile que la haute : alors que celle-ci peut être faite par n'importe qui, celle-là demande un opérateur suffisamment habile et entraîné ; mais, Dieu merci, il n'en manque pas actuellement en France !

La conclusion pratique de cette comparaison se dégage d'elle-même : toutes les fois que le praticien se trouvera en présence d'une femme qu'il ne croira pas pouvoir accoucher facilement par les voies naturelles, même si elle est en travail depuis longtemps, même si sa poche des eaux est rompue, même si la matrone l'a touchée, il se rappellera que grâce à la césarienne basse, il est encore peut être possible de sauver à la fois l'enfant et la mère.

Il évitera assurément de diminuer les chances de succès en faisant des touchers répétés ou malpropres, il s'abstiendra surtout de toute tentative d'extraction ou de manœuvres intra-utérines ; il ne fera que le toucher nécessaire pour asseoir son diagnostic et le fera aussi aseptiquement que possible et il conduira la femme au plus proche hôpital ou à la plus proche clinique ; car la césarienne basse, opération compliquée, ne peut guère être faite à domicile.

En terminant nous voudrions également appeler l'attention des praticiens sur les succès que donne souvent la césarienne basse dans le *placenta prœvia* : la césarienne haute avait donné surtout des déboires, car, la zone de décollement contenant toujours des germes, comme l'ont montré le professeur Couvelaire et ses élèves, tout placenta prœvia doit *a priori* être considéré comme « *impur* ». Là encore la césarienne basse trouve une indication formelle et donne de beaux succès pour la mère comme pour l'enfant. Chez la primipare surtout, elle est sans conteste, à condition de ne pas attendre trop longtemps à la pratiquer, très supérieure à toutes les autres méthodes thérapeutiques.

En résumé, grâce à la césarienne basse, nous pouvons actuellement opérer même les cas impurs et sauver nombre d'enfants, tout en faisant courir à la mère un minimum de risques. Ceux-ci ne sont pas plus considérables que ceux d'un accouchement très dystocique ; ils le sont certes beaucoup moins que ceux des interventions habituellement pratiquées dans les cas de *placenta prœvia* : ceci a déjà été dit. Nous avons cependant pensé qu'il était utile de le redire au praticien de 1931.

Menstruation. — Naoki Matsuyama (Statistical studies on menstruation of the Japanese Girls students. *Japan Medical World*, 15 octobre 1930, p. 76) a étudié la puberté chez 3.475 étudiantes japonaises de 16 à 20 ans. 4,17 pour cent n'étaient pas encore réglées. La plus jeune avait été réglée à 11 ans et trois mois, la moins précoce à 17 ans et un mois, la moyenne étant de 14 ans et deux mois. Le mois le plus fréquent de la première menstruation était août, puis avril, puis janvier, le moins fréquent était février. Les filles d'intellectuelles ont été réglées en moyenne à 13 ans et 11 mois, les filles de fermiers et de pêcheurs, à 14 ans et six mois. La durée des règles varie de trois à sept jours avec un chiffre habituel de six jours. Pour les intervalles, les chiffres ont été les suivants : 32 % à trente jours, 16 % à vingt-huit jours, 15 % à vingt-neuf jours, 5 % à trente-cinq jours, puis vingt-sept, quarante et vingt-cinq.

Quinine. — Le docteur Biss (de Sidi-bel-Abbès) rapporte un cas d'« urticaire par la quinine » même aux plus petites doses. Par contre, la malade supporte le quinquina qui permet d'espacer les crises de paludisme. (*Journal des Praticiens*, 25 octobre 1930, p. 704.)

H. V.

A propos de la stérilisation après section césarienne

Par P. BURGER,
Médecin-adjoint à la Maternité de Strasbourg.

Au dernier Congrès de Bruxelles, il a été question de la stérilisation de la femme et des différents procédés à y employer. Entre outre, on a parlé de la stérilisation après section césarienne pour bassin rétréci et tout comme pour la stérilisation en général, les avis des différents auteurs étaient loin d'être uniformes. Actuellement, la stérilisation préventive pour bassin rétréci a certainement complètement disparu de la pratique médicale. Mais bien des auteurs préconisent et exécutent la stérilisation avec la première césarienne pour éviter à la femme toute opération itérative. D'autres, au contraire, rejettent toute idée de stérilisation et exigent que la femme se fasse réopérer autant de fois qu'elle devient enceinte. A cet exemple, Kouwer cite le cas d'une femme sur laquelle il avait déjà exécuté la section césarienne, encore corporéale, à six reprises sans inconvénient. Entre ces extrémistes se rangent ceux qui stérilisent soit après la deuxième ou la troisième, ou même la quatrième section césarienne, en faisant souvent dépendre leur décision de telle ou autre condition. Ainsi nous avons exposé le point de vue de l'Ecole de Strasbourg, qui préconise de stériliser les femmes après la deuxième section césarienne à condition que les deux enfants soient vivants et les deux époux consentant. Ce consentement doit être déposé par écrit et signé par les deux époux pour mettre l'opérateur à l'abri de toute poursuite judiciaire ultérieure, car nul n'est mieux placé que le médecin pour connaître l'instabilité des sentiments et désirs des êtres humains. Nous tenons naturellement autant que possible à condition que les deux enfants soient vivants, car il est très pénible de stériliser une femme d'ailleurs bien portante, n'ayant qu'un seul enfant. Les raisons qui nous guident à stériliser après la deuxième section césarienne sont en partie d'ordre humanitaire, mais aussi en partie d'ordre social.

Il nous semble que la femme qui s'est fait laparotomiser à deux reprises pour grossesse a, par ce fait, couru suffisamment de risques pour avoir droit à la quiétude ultérieure de ce côté-là. Car il faut bien se rendre compte que ces risques correspondent à ceux de trente accouchements par voie naturelle. (Mortalité de la S. césarienne 4-5 %, des accouchements 0,3 %).

Si nous prétendons que nos raisons pour la stérilisation sont en partie d'ordre social, cela peut paraître paradoxal, et on nous objectera que notre façon de voir et d'agir est plutôt à qualifier d'antisociale, car elle supprime la faculté de procréation chez des femmes qui ultérieurement pourraient encore donner des enfants. Or, le bien-fondé de cette objection n'est qu'apparent, car en pratique, cette question se présente tout autrement. On a depuis longtemps été frappé de l'énorme pourcentage de stérilité consécutive à la section césarienne. Kouwer, au Congrès de Bruxelles, a fait savoir qu'il avait pour ses cas une stérilité de 30 %, chiffre élevé, mais malgré cela excessivement favorable si on le compare à de grandes statistiques allemandes, celle de la Charité par exemple, où la stérilité dépasse même légèrement les 50 %. Ce fait extraordinaire demanda une explication, et on a tout naturellement cherché d'abord à la trouver dans les conséquences de l'opération elle-même. En tout premier lieu, on a pensé aux adhérences. Or, s'il est vrai que l'on rencontre souvent des adhérences après césarienne lors d'une rélaparotomie, il est tout aussi vrai que dans un grand nombre de cas, elles font complètement défaut. Nous avons déjà maintes fois été étonné de constater lors d'une césarienne itérative combien peu de traces la première avait laissées dans l'abdomen. Et même lorsqu'il y a de fortes et de nombreuses adhérences, il est excessivement rare de les rencontrer au niveau des annexes, et ce n'est, en somme que là que l'on pourrait leur attribuer un rôle stérilisateur. Ainsi, il

nous est arrivé d'avoir des adhérences très intenses entre paroi abdominale antérieure et paroi utérine, de sorte que la césarienne itérative a pu se faire complètement extrapéritonéalement sans aucune technique particulière, tout simplement par approfondissement de couche en couche de l'incision primitive de la peau. Et pour exécuter la stérilisation après suture du muscle utérin ce barrage très épais d'adhérences dut être traversé et les régions annexielles furent trouvées complètement normales sans la moindre trace d'adhérences. On a donc reconnu qu'il n'est certainement pas admissible de mettre les adhérences post-opératoires en cause pour la stérilité. L'attention s'est alors portée sur la cicatrice utérine et on s'est demandé si celle-ci ne pouvait pas constituer un facteur empêchant la nidation de l'œuf. Or, si cette hypothèse pouvait encore avoir une certaine chance de possibilité pour la section césarienne classique, elle ne l'a certainement pas pour la section césarienne basse, qui dans les derniers 20 ans s'est pourtant substituée dans une très forte proportion à la classique, mais sans changer les résultats au point de vue stérilité. Cette question de cicatrice ne peut effectivement pas se poser pour la césarienne basse, car elle se trouve à un endroit, où la nidation ne se fait pas. Et même pour la classique, il serait difficile de reconnaître à la cicatrice une influence aussi importante, car en général la cicatrisation se fait d'une façon parfaite et celui qui a l'occasion de pratiquer des césariennes itératives a souvent dû constater l'impossibilité de reconnaître l'ancienne cicatrice. Nous avons même déjà soumis des parties musculaires autrefois touchées par l'incision à l'examen microscopique et ainsi pu voir que l'ancienne cicatrice n'était pas du tout ou à peine reconnaissable. D'autres auteurs ont encore émis l'opinion que des restes du matériel de suture pourraient éventuellement jouer un rôle au point de vue stérilité en créant des troubles de nidation. Afin de se rendre compte si vraiment ces différents facteurs pourraient entrer en cause pour la stérilité après section césarienne, WILLE, de Berlin, a fait des expériences sur la bête. Après avoir délivré dix rats par section césarienne et suturé l'utérus, il a pu constater de nouvelles fécondations chez huit bêtes. Chez les deux autres, il a trouvé des pyomètres qui, naturellement expliquent l'échec de fécondation. Tout en reconnaissant lui-même qu'il est en général difficile de conclure de ces expériences sur la bête à l'homme, WILLE croit pourtant devoir interpréter ces résultats uniquement en faveur de la stérilisation volontaire chez l'homme, seul facteur pouvant être exclu avec certitude chez la bête. Si la fécondité après césarienne chez la bête est, on peut dire de 100 %, car il faut faire abstraction des pyomètres, phénomènes qui, chez l'homme ne peuvent pas entrer en ligne de compte, il n'y a pas de motifs d'admettre qu'il en soit autrement chez l'homme, au moins pour tout ce qui concerne l'opération comme telle. Et actuellement, la plupart de ceux qui se sont occupés de la question sont d'accord pour voir dans cette stérilité après césarienne uniquement une stérilité voulue. Il arrive très fréquemment qu'une femme une fois césarisée vienne nous trouver après une aménorrhée de 6-8 semaines, et lorsqu'on lui confirme après examen le diagnostic de grossesse, qu'elle avait supposé, elle supplie de la débarrasser de cette grossesse qui la conduira de nouveau vers la section césarienne, car malgré tout, les femmes de l'espèce de celle, dont parlait KOUWER avec ses 6 césariennes, sont assez clairsemées. Et c'est, à ce moment-là que notre façon d'agir, c'est-à-dire de stériliser après la deuxième opération, prend toute son importance. Car en faisant entrevoir à la femme que cette grossesse sera la dernière et qu'à la suite, elle n'aura plus rien à redouter de ce côté-là, et sera, par ce fait, débarrassée d'un énorme souci qui lui pèse constamment, il est excessivement rare de la voir se refuser de mener sa grossesse à terme. Si, au contraire, la femme n'a pas cette perspective, si elle est obligée de se dire qu'après la césarienne qui la menace, elle risque encore une grossesse avec nouvelle césarienne et ainsi de suite, elle fera tout son possible pour se faire délivrer de la présente grossesse. Et partout, elle rencontrera cette âme charitable, qui pour une poignée de billets plus ou moins fortement chiffrés, agira selon ses désirs. Et voilà, comment notre procédé, peut être considéré comme étant d'intérêt social, en permettant la mise au monde de bien des êtres, qui sans lui deviendraient la proie des avorteurs. Et, en plus, nous croyons qu'il sauve également la vie à plus d'une mère qui, l'une ou l'autre fois deviendrait la victime de l'infection assez fréquemment consécutive à ces avortements clandestins. Il nous semble que c'est ainsi qu'il faut considérer la question de la stérilisation après section césarienne et le fait que beaucoup d'opérateurs, sinon la plupart agissent d'après les mêmes principes, montre une fois de plus qu'il est toujours bon de suivre le juste milieu entre les extrêmes.

En ce qui concerne la technique pour l'exécution de la stérilisation, les procédés sont encore bien plus nombreux et plus différents que les avis au point de vue stérilisation. Notre procédé consiste à extirper les trompes dans leur totalité en ayant avant tout soin d'enlever leur partie interstitielle par excision complète de la corne utérine. Car les cas de grossesses survenues après extirpation simple des trompes (nous connaissons deux cas personnels après opération pour annexite chronique) sont certainement dus à la persistance du trajet interstitiel de la trompe redevenu perméable après résorption de la ligature angulaire. La plaie utérine est fermée de chaque côté par deux ou trois points de suture dont l'un doit parfois prendre un vaisseau angulaire donnant un peu plus fortement. Pour éviter cette petite hémorragie, on peut avant d'exciser la corne utérine, agripper une pince de Kocher au-dessous de la trompe dans la paroi utérine et la ligaturer ensuite. En suivant ce procédé, on peut être à peu près certain de ne pas avoir à enregistrer d'insuccès au point de vue stérilisation.

Imperforations congénitales de l'œsophage et hérédo-syphilis

Considérations cliniques, anatomiques et pathogéniques

Par

Lucien CORNIL
Professeur d'anatomie pathologique et pathologie expérimentale à la Faculté de médecine de Marseille

et

Henri VERMELIN
Professeur agrégé d'obstétrique à la Faculté de médecine de Nancy

Les anomalies congénitales de l'œsophage ont été minutieusement relatées depuis un siècle, et, c'est en particulier le cas classique d'imperforation congénitale, dû à Cruveilhier, qui mérite d'abord d'être retenu, ayant le premier été l'objet d'une description précise.

D'assez nombreuses publications françaises ou étrangères ont signalé depuis des observations identiques.

C'est ainsi que Tarnier, dans son traité, en rapporte plusieurs cas, à propos desquels il décrit les différents types anatomiques.

La plupart des manuels classiques d'anatomie pathologique signalent d'ailleurs l'intérêt de cette question et l'on trouve en particulier dans l'ouvrage de Ziegler, dans celui plus récent d'Aschoff, des reproductions iconographiques particulièrement descriptives de malformations œsophagiennes.

Dans l'article de son « Antenatal pathology and hygiene » Ballantyne donne en 1904 une excellente mise au point, tant anatomique que clinique, et de même, on trouve de précieuses indications, dans l'article plus récent encore de Rhenter, paru dans le traité de Brindeau.

Notre intention n'est pas de reprendre la description détaillée de tous ces faits, mais tout d'abord, tenant compte des documents que nous avons consultés, nous pensons que l'on peut ainsi classer les types anatomo-pathologiques décrits par les divers auteurs :

I.) Les *agénésies* œsophagiennes *pures*, totales ou partielles.

II.) Les *dysgénésies* avec ou sans agénésie partielle, parmi lesquelles nous noterons :

a) *Les imperforations de l'œsophage dans son tiers supér*


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS

avec abouchement dans la trachée de l'extrémité supérieure du segment œsophagien restant ;

b) *La présence de fistule trachéo-œsophagienne*, avec conservation de la lumière du conduit œsophagien.

c) *La présence de diverticules œsophagiens ;*

d) *La duplicité œsophagienne.*

Il s'agit dans l'ensemble de malformations exceptionnelles pour la plupart. Toutefois, c'est sans contredit la dysgénésie avec imperforation du tiers supérieur et abouchement trachéal du segment inférieur, à laquelle nous limiterons cette étude, qui paraît, de beaucoup, la plus fréquente.

Elle peut d'ailleurs ne pas exister à l'état isolé, concordant soit avec une imperforation anale (Davis), une fistule recto-urétrale, l'absence de radius (Polaillon), soit la transposition des viscères (de Bary), soit avec l'ouverture du foramen ovale et du canal artériel (Ward), soit avec la pseudencéphalie. Enfin, fait plus intéressant pour le cas que nous aurons à analyser cliniquement et anatomiquement, l'imperforation congénitale de l'œsophage peut-être associée à l'hydramnios avec ou sans surcharge graisseuse du placenta (Périer, Boisvert).

La fréquence de cette malformation est d'ailleurs toute relative, puisque, depuis 1900, sur 30.000 accouchements dont les observations ont été consignées dans les archives de la maternité de Nancy, nous n'en avons retrouvé aucun cas.

Opérée d'appendicite à 22 ans.

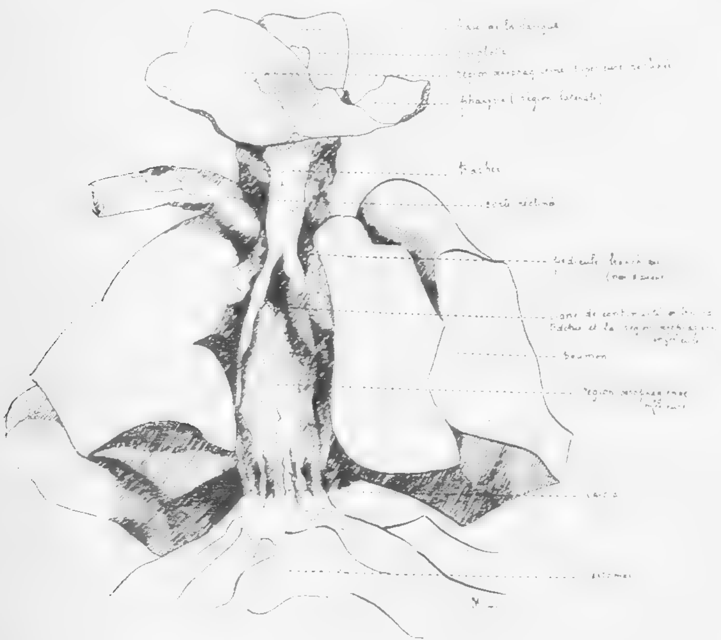
Réglée régulièrement depuis l'âge de 15 ans sans aucune interruption autre que celle des gestations :

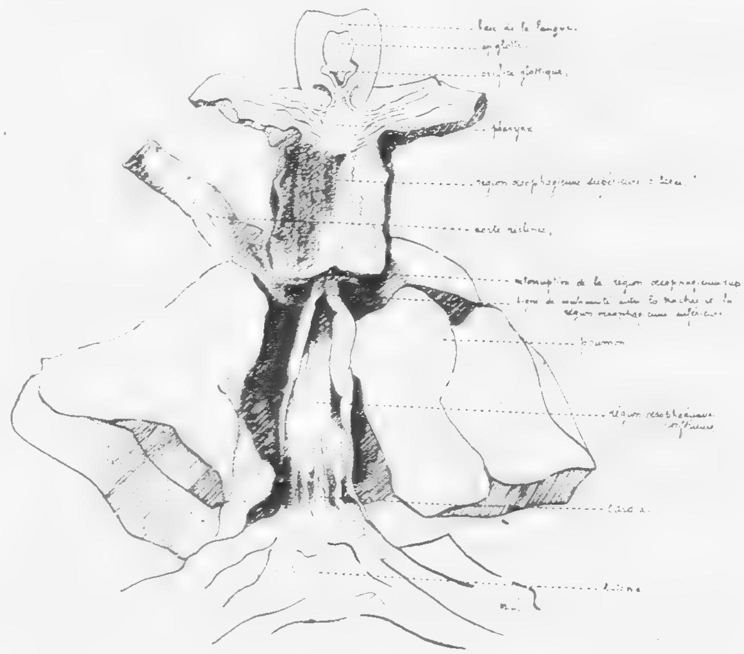
Mariée à 23 ans, à un homme vigoureux d'apparence, sans antécédents pathologiques personnels avérés et sur les antécédents héréditaires duquel nous reviendrons.

La première gestation en 1926 est marquée au début par de l'insuffisance hépatique (vomissements, décoloration des selles et amaigrissement, avec hypotension artérielle à 9 1/2-6). Ces différents symptômes s'amendent sous l'influence d'un traitement hépatique et surrénalien prudent, vers le milieu de la gestation qui aboutit au terme. L'accouchement s'effectue sans incident, le placenta est normal. L'enfant est une fille de 3.020 gr. nourri au sein par sa mère et qui s'élève dans de bonnes conditions, bien que chétif.

La deuxième gestation en 1929 est marquée par une albuminurie légère transitoire, l'accouchement à terme est normal, le placenta ne présente aucun aspect particulier. L'enfant est un garçon de 3.630 grammes nourri au sein avec succès par sa mère.

A l'occasion de la troisième gestation, commencée en fin de 1929 et troublée au début par des manifestations passagères d'insuffisance hépatique et d'albuminurie transitoire, on note que les deux enfants précédents ont un aspect particulier : crâne épais, à bosses frontales saillantes, retard dans la croissance du second enfant qui, à 8 mois, ne s'assied pas, reste mou et pâle. Il existe en outre chez la mère un certain degré d'hydramnios.





Peut-être y a-t-il lieu à ce sujet de signaler que cette rareté semble plus apparente que réelle. Les imperforations de l'œsophage sont, en effet, d'un diagnostic particulièrement difficile à établir. L'enfant succombe généralement très vite à ces crises de suffocations avec cyanose, si particulières qu'elles ne peuvent plus tromper l'observateur qui en a été une seule fois le témoin. Elles peuvent cependant dans le cas contraire faire errer le diagnostic dont la certitude ne sera jamais établie en l'absence du contrôle nécropsique.

A l'occasion d'un cas récemment observé, nous voudrions insister à nouveau sur les difficultés de ce diagnostic et reprendre les différentes théories qui ont été émises sur l'origine de ces malformations.

Qu'il nous soit permis auparavant de remercier notre Maître, le professeur Fruhinsholz qui a bien voulu nous donner tous les renseignements personnels qu'il possédait sur les antécédents de la jeune femme dont voici l'observation résumée aux traits principaux.

Madame X..., âgée de 24 ans, de santé délicate, a présenté en dehors de manifestations rachitiques larvées dans la première enfance, des manifestations entéritiques aiguës dans sa seconde enfance, s'accompagnant d'insuffisance hépatique franche avec sensibilisations alimentaires au polymorphorisme étendu : migraines ophtalmiques avec équivalences paresthésiques, urticaire, etc.

Vers cette même époque, on constate fortuitement que la réaction de Wassermann est partiellement positive chez le mari et l'on prescrit à la future mère des suppositoires de Gambéol. L'accouchement s'effectue le 8 août 1930, rapidement et sans aucun incident. Dès l'expulsion fœtale, il s'écoule une notable quantité de liquide amniotique. La délivrance est normale, le placenta pèse 600 grammes sans altération.

L'enfant est un garçon de 3.150 gr., en apparence bien constitué qui crie aussitôt, puis se calme.

Un quart d'heure après sa naissance, l'enfant se cyanose, respire mal et évacue par le nez des mucosités en abondance. L'aspiration faite au niveau des voies respiratoires supérieures par l'intermédiaire du tube de Ribemont-Dessaigne ne donne aucun résultat. Le cœur bat régulièrement, il n'y a pas de souffle à l'auscultation. Après un bain chaud prolongé, la cyanose se dissipe, la respiration se rétablit. Dès ce moment, on fait respirer à l'enfant de l'oxygène par intermittence.

Une nouvelle crise de cyanose plus intense survient le 9 août à 4 heures du matin : crise qui, comme la précédente cède aux soins empressés prodigués par une garde attentive et éclairée.

Dans la matinée, l'enfant dont la respiration est redevenue normale, rejette par le nez des mucosités épaisses.

Mis au sein, il tète avec avidité, mais après quelques mouvements de déglutition, il est pris d'une crise de suffocation particulièrement violente. Au bout de quelques minutes, il rejette par le nez un peu de liquide mélangé à des mucosités épaisses. La suffocation se reproduit à chaque tétée dans des conditions identiques et ne se dissipe qu'après le rejet par le nez du liquide dégluti.

Le 10 août, l'enfant est altéré, cherche le sein ; on lui donne à la

cuiller quelques gouttes de lait qu'il rejette assez rapidement par le nez. A l'examen du cou, on ne note rien d'anormal, aucun gonflement ne se produit après déglutination. Il n'y a pas de signes auscultatoires de compression médiastinale.

Le méconium est expulsé normalement, l'enfant urine bien. On pense alors à un état de spasmophilie dont on essaie le traitement : compresses chaudes sur la région gastrique, belladone en suppositoires, frictions mercurielles, rayons ultra-violets, à petites doses. Aucun résultat n'est acquis : les crises de cyanose se multiplient, l'alimentation reste impossible.

Un cathétérisme œsophagien est pratiqué, la sonde de Nélaton employée après quelques tâtonnements descend dans l'estomac dans lequel on introduit 20 grammes environ d'eau teintée de lait. Environ dix minutes après cette opération, survient une crise de suffocation intense, l'enfant ne respire plus et n'est ramené à la vie qu'après une grande demi-heure de soins et le rejet par le nez de toute la quantité du liquide introduit dans l'estomac.

Le cathétérisme œsophagien est néanmoins repris dans la soirée et le lendemain à plusieurs reprises, sans succès, cette fois, la sonde est arrêtée à 7 ou 8 centimètres du maxillaire.

Chaque tentative est accompagnée d'accidents de suffocation particulièrement pénibles.

L'enfant continue à expulser par le rectum du méconium et quelques glaires jaunâtres, les urines sont peu abondantes.

L'alimentation est effectuée par lavements et injections répétées de sérum glucosé sous cutané.

Tout essai d'alimentation par la bouche est suivi d'accidents de suffocation et de cyanose plus ou moins graves et disparaissent après le rejet par le nez, rarement par la bouche, du liquide absorbé.

Dans les premiers jours, l'enfant cherche à téter, mais son amaigrissement est rapide, ses forces déclinent et quelques troubles pulmonaires apparaissent caractérisés par des râles fins en pluie aux deux bases.

L'état d'inanition augmente de jour en jour, les urines sont rares, les selles absentes, les crises de cyanose s'espacent, l'enfant meurt le 15 août sans qu'un diagnostic précis ait pu être porté, après avoir envisagé en définitive les hypothèses de spasmophilie et de malformations de voies digestives supérieures.

L'autopsie qui a pu être réalisée partiellement (encéphale excepté), a donné lieu aux constatations suivantes :

A l'ouverture du thorax, présence de liquide séreux en faible quantité dans les culs-de-sac pleuraux, prédominant à gauche. Pas d'épanchement abdominal.

Le *thymus* ne dépasse pas le rebord sternal.

L'*aorte* est normale. Pas de malformations des gros vaisseaux de la base.

L'*œsophage* présente une dilatation avec début d'hypertrophie de la musculeuse dans le tiers supérieur du conduit œsophagien. Il existe à la hauteur des pédicules bronchiques une terminaison en cul-de-sac, solution de continuité portant sur la muqueuse et la musculeuse ainsi que le montre l'examen histologique.

En partant du cardia, on retrouve un tube œsophagien de calibre normal qui se continue à l'union du tiers supérieur directement avec la trachée. L'extrémité d'une sonde cannelée introduite dans ce tube, réapparaît dans l'orifice glottique. (V. fig. 1 et 2 page précédente dues à l'obligeance du Dr Madeleine Lacourt, préparateur d'anatomie pathologique à la Faculté de Nancy que nous remercions de sa vive obligeance).

L'*estomac* est normal. Pas d'hypertrophie cardiaque ou pylorique.

Les *poumons* offrent un aspect congestif des bases avec sommets moins vascularisés sur la coupe, mais n'affectant pas le type pneumonie blanche ; la consistance paraît augmentée à la base. Pas de lésions broncho-pneumoniques macroscopiques ; quelques bouchons de muco-pus dans les bronches. L'examen microscopique ne montre aucune altération spécifique.

Cœur. Léger exsudat de péricardite séro-fibrineuse, les placards fibrineux prédominent au niveau du pédicule cardiaque et du cul-de-sac de Haller.

Le *myocarde* est augmenté de volume au niveau du ventricule droit. Pas d'anomalie des gros vaisseaux, ni des orifices.

Le *foie* est congestif, de volume et consistance sensiblement normaux. Bile sécrétée de caractères habituels. Pas d'aspect foie silex.

Rate, reins, dimensions, aspects normaux. Pas de lésions histologiques.

Surrénales volumineuses, normales à la coupe.

Intestin normal, peu de ganglions mésentériques.

Vessie, ouraque normaux. Pas de malformation des organes génitaux.

Pancréas normal.

En résumé, imperforation de l'œsophage à sa partie supérieure et communication de la partie inférieure de l'œsophage avec la trachée au voisinage de la bifurcation bronchique.

L'examen histologique qui a porté sur les principaux viscères ne décèle actuellement aucune lésion caractéristique d'une évolution spécifique, en particulier, au niveau du poumon et du foie.

Devant ces constatations, un nouvel examen des antécédents héréditaires des deux conjoints est repris avec minutie.

Antécédents maternels. — Mère en excellente santé. Les grands-parents âgés respectivement de 85 ans et de 78 ans vivent encore sans invalidité. Le père est mort aux environs de la cinquantaine après avoir présenté des accidents nerveux assez difficiles à déterminer, mais qui à cette époque ont entraîné un traitement spécifique.

Les réactions sérologiques pratiquées chez la jeune mère sont négatives.

Antécédents paternels. — A côté de parents et de grands-parents vigoureux, il apparaît que le grand-père de la lignée maternelle a été traité pour des accidents spécifiques.

Un nouvel examen pratiqué chez le père de notre petit patient a donné les résultats suivants (Dr Vérain) :

Réaction de fixation de l'alexine :

1° Réaction au sérum non chauffé, type Bauer-Hecht : négative ;

2° Réaction au sérum chauffé, type Calmette-Massol : positive. Le sérum fixe 5 unités.

3° Réaction avec fixation à la glacière, type Jacobsthal : négative.

Réaction d'opacification, Meinicke : positive faible.

***

En résumé, notre observation correspond au type anatomo-pathologique le plus fréquent des malformations œsophagiennes : *L'imperforation congénitale de l'œsophage par terminaison en cul-de-sac du bout supérieur distendu et abouchement du bout inférieur dans la trachée au niveau de la bifurcation bronchique.*

Après avoir été frappé de l'hydramnios moyen, des réactions de déviation du complément, partiellement positives à deux reprises chez le père, des troubles de l'ossification chez la sœur et le frère de notre nouveau-né, nous avons noté, au jour le jour, chez ce dernier, les crises de cyanose et les crises de suffocation particulières, coïncidant avec l'impossibilité de toute alimentation, l'évacuation normale du méconium suivie de la raréfaction des selles, le rejet par le nez des liquides consécutifs à l'essai d'absorption après observation de mouvements réguliers de déglutition, puis l'amaigrissement extrême avec apparition en dernier lieu de quelques phénomènes pulmonaires.

Cette symptomatologie, à la vérité, s'apparente à celle de plusieurs états pathologiques du nouveau-né, et, en particulier à la spasmophilie. Aucun de ces symptômes n'est pathognomonique et leur ensemble ne constitue pas un système bien défini.

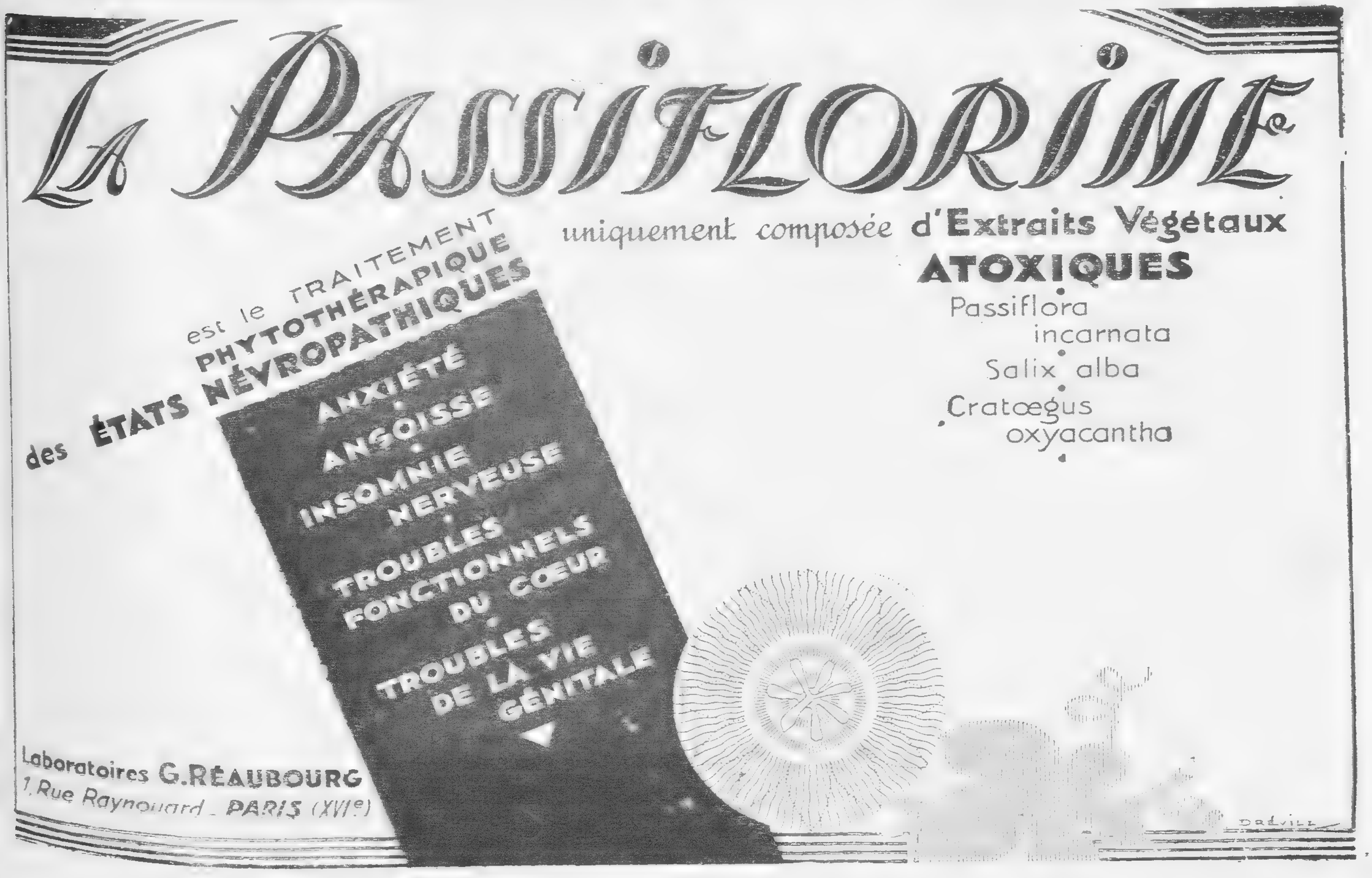
Le diagnostic de la malformation que nous avons observé est donc très délicat, affaire d'expérience et de flair clinique bien plus que résultante d'un examen régulièrement conduit.

On a donné comme procédé de diagnostic le *cathétérisme œsophagien*, son impossibilité devant obligatoirement faire conclure à l'imperfection : moyen en réalité peu sûr, puisque nous avons pu arriver à l'estomac par l'orifice de communication trachéo-œsophagienne, communication qui existe dans 70 % des cas signalés. Pourtant, nous ne dénions pas à ce procédé toute efficacité et nous l'utiliserions encore à nouveau dans des conditions semblables, à condition de l'allier à la radioscopie, soit en utilisant une sonde imprégnée de substance opaque, soit en faisant auparavant déglutir à l'enfant un peu de bouillie barytée.

Nous avons été surtout frappés de certaines particularités sur lesquelles nous croyons pouvoir insister et notamment du rejet par le nez des liquides déglutis ainsi que de l'apparition des crises de suffocation en dehors même de tout essai d'absorption de liquide.

Le *rejet systématique par le nez* sans paralysie apparente du voile du palais et, *a fortiori*, d'une malformation pharyngienne, accompagné rarement du rejet par la bouche, nous paraît devoir retenir l'attention en faveur de l'hypothèse de malformation, sans cependant que nous puissions en donner


PANSEMENT GASTRIQUE
GÉLOGASTRINE
GÉLOSE
GÉLATINE
KAOLIN PURIFIÉ
ULCÈRES
BRULURES
HYPERCHLORHYDRIE
Lab. LICARDY
38, Bd Bourdon, NEUILLY


LA PASSIFLORINE
uniquement composée d'Extraits Végétaux
ATOXIQUES
Passiflora incarnata
Salix alba
Cratœgus oxyacantha
est le TRAITEMENT
PHYTOTHÉRAPIQUE
des ÉTATS NÉVROPATHIQUES
ANXIÉTÉ
ANGOISSE
INSOMNIE NERVEUSE
TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR
TROUBLES DE LA VIE GÉNITALE
Laboratoires G. RÉAUBOURG
1, Rue Raynouard - PARIS (XVIe)

d'explication pathogénique certaine. Il y a toutefois lieu de retenir la possibilité des troubles de l'automatisme pharyngien en rapport avec l'imperforation œsophagienne.

Nous donnons une importance sémiologique plus grande encore à l'*apparition des crises de suffocation*, soit après une déglutition prolongée, soit même en dehors de tout mouvement de déglutition. Celles-ci s'expliquent, en effet, par le rejet dans les voies aériennes supérieures suivant l'orifice œsophago-trachéal de sécrétions glandulaires accumulées dans l'estomac, et parfois même des débris du lait que le cathétérisme a permis d'y introduire.

Tels sont les éléments cliniques qui doivent à notre avis être particulièrement retenus. Mais, si le diagnostic clinique des imperforations œsophagiennes rencontre des difficultés considérables, leur interprétation pathogénique se réduit à des hypothèses que rien encore n'a permis de vérifier avec certitude.

Sans reprendre ici les discussions doctrinales sur la tératogénèse, il nous est permis d'affirmer que l'on a fait, d'une manière générale et un peu abusive, résulter les malformations d'un trouble banal de développement d'origine blastémérique ou autre, survenu aux périodes embryonnaires ou fœtales. Pareille interprétation nous apparaît difficilement acceptable en ce qui concerne la malformation de l'œsophage à laquelle nous avons limité cette étude.

On sait que l'embryologie de l'œsophage est encore assez mal connue et Carl Happich qui l'a étudiée sur des embryons humains de 4 mm. a donné les résultats de ses recherches dans sa thèse en 1905.

Suivant son opinion devenue classique, l'œsophage, né de l'intestin antérieur, se dédouble pour former la trachée, dès les premiers stades du développement.

Si donc, on suppose un arrêt à une certaine hauteur, dans la formation de la cloison de dédoublement, on a l'explication de la fistule trachéo-œsophagienne.

Quant à l'oblitération de l'œsophage à son extrémité supérieure, on est bien forcé d'admettre une inflammation fœtale ; le développement embryonnaire ne pouvant la faire comprendre.

A cette première hypothèse pathogénique, Carl Happich en ajoute une autre basée sur la compression possible de l'œsophage en voie de développement par les organes voisins dont la résultante est l'apparition de troubles circulatoires importants.

Dans son tiers supérieur, depuis le pharynx jusqu'à la bifurcation de la trachée, l'artère pharyngienne peut être rétrécie comprimée et ischémier cette portion de l'œsophage ; dans le tiers inférieur au contraire, les ramifications œsophagiennes, provenant de l'aorte thoracique, n'ayant pas à souffrir d'un rétrécissement de la voie aortique peuvent être normales. Il n'y a donc pas de leur fait ischémie de l'œsophage et par conséquent elles n'entraînent pas son oblitération.

Cette seconde hypothèse rend compte évidemment de l'oblitération du bout supérieur de l'œsophage, mais laisse dans l'ombre le mécanisme de l'abouchement trachéo-œsophagien.

L'imperforation œsophagienne et la communication trachéo-œsophagienne sont-elles donc deux malformations différentes, autonomes.

L'une est-elle la dépendance de l'autre, ou bien ont-elles une cause conjuguée ?

A notre avis, la rencontre simultanée si fréquente de deux malformations plaide en faveur de leur commune origine. Et cette commune origine nous la trouvons dans les troubles si divers qu'apporte avec elle l'hérédo-syphilis qui crée un foyer inflammatoire local primitif ou secondaire à l'oblitération terminale des artères pharyngiennes. Hypothèse encore dira-t-on? Mais hypothèse qui rend compte de la simultanéité des faits observés.

Les régions cervicale et médiastinale sont riches en tissus mésenchymateux, tissus particulièrement actifs chez le fœtus et au niveau desquels, il est vraisemblable d'admettre la localisation des réactions inflammatoires.

L'inflammation fœtale avec artérite pharyngienne associée et la sclérose consécutive, en atteignant la première un épithélium à potentiel encore double (trachéal et œsophagien), la seconde, les tissus interstitiels d'origine mésenchymateuse expliqueraient à la fois la communication œsophagotrachéale et l'obturation du bout supérieur.

L'un et l'autre des éléments du processus inflammatoire ayant entraîné une déviation de l'orthogénèse normale aboutissent aux deux malformations conjuguées. Quant à la nature de l'inflammation initiale, l'hérédo-syphilis que nous avons notée, avec son cortège de manifestations cliniques et sérologiques, prend un valeur particulière, et nous n'hésitons pas pour notre part à lui faire jouer le rôle étiologique décisif.

Hérédo-syphilis réfractaire. Les postérités « maudites »

Par le Professeur A. FRUHINSHOLZ (Nancy)

L'hérédo-syphilis nous est de mieux en mieux connue, ce qui n'implique pas toutefois que nous puissions dès maintenant nous targuer de la connaître dans toutes ses modalités, dans toutes ses répercussions, dans toute son extension, dans toute sa nuisance.

Il semble pourtant, à mesure qu'on l'étudie davantage qu'on doive déchanter ; après s'être bercé de l'illusion qu'il suffisait que l'hérédo-syphilis fût éventée pour qu'on en devint le maître, à la faveur d'un traitement judicieux et rigoureusement appliqué, on doit aujourd'hui admettre des limites à cette toute puissance présumée. Fournier et Pinard se faisaient forts naguère, d'assurer, aux syphilitiques, qu'ils fussent directement ou indirectement, c'est-à-dire, héréditairement infectés, une postérité vivante et indemne ; il suffisait, pensaient-ils, que les procréateurs fissent une sorte de retraite thérapeutique préalable à la fécondation, et, après celle-ci appliquassent un traitement loyal, pour que le « mauvais sort » fût sûrement conjuré. Depuis, on a dû en rabattre : on s'est avisé en effet, que si le traitement méthodique et de loisir avait pour effet, dans la plupart des cas, de faire naître des enfants vivants, il n'arrivait pas toujours ni nécessairement à débarrasser l'œuf ou son produit de tout stigmate ; certaines marques assez « voyantes » et assez révélatrices, telles que, par exemple l'hydramnios modérée, l'excès de volume de l'enfant et du placenta se rencontrent même dans des cas où le traitement stérilisant a été scrupuleusement suivi et semblent attester que l'efficacité de celui-ci trouve un seuil. Tout récemment Couvelaire, à la Société de prophylaxie sanitaire et morale, apportait des statistiques très éloquentes d'après lesquelles la syphilis récente et traitée donne de 2 à 3 % de mortalité fœtale, tandis que la syphilis qui, « a pris de la bouteille », du fait de son ancienneté ou de son caractère héréditaire, alors même qu'elle est correctement traitée se heurte encore a un coefficient de mortalité fœtale de 10 %.

Tels sont les faits qui sont venus apporter un correctif à la règle d'abord admise de l'universalité d'action du traitement. En même temps, qu'on s'en avisait, on observait aussi qu'en ce qui touche la *progéniture* des hérédo-syphilitiques, tous les traitements n'étaient pas pareillement efficaces, que les traitements par les arsénobenzènes et le bismuth, associés parfois à un traitement ioduré, se montraient plus sûrs, tandis que les traitements mercuriels, ne venaient qu'au second rang.

Je m'empresse de dire que ces « retouches » à une doctrine classique ne doivent pas ébranler la valeur de celle-ci, ni des règles qu'elle a promulguées, et d'après lesquelles non seulement le traitement bien suivi porte ses fruits dans la grande majorité des cas, mais encore est de nature, par ses succès, à produire dans des cas douteux, une preuve détournée de l'existence de la syphilis, alors que des preuves strictement documentaires, commémoratives ou sérologiques font défaut. Il n'y a pas longtemps que le professeur Gougerot dans la *Presse*

médicale insistait sur des cas de ce genre, rappelant très judicieusement à ce propos que « des grossesses malheureuses doivent faire systématiquement rechercher la syphilis, que la syphilis peut être en cause même lorsque les signes cliniques manquent, même lorsque le B. W. d'emblée ou après réactivation est négatif, y compris le Desmoulière... ».

L'observation que nous rapportons rompt en visière aux règles que nous venons de rappeler. Elle nous offre un cas de syphilis héréditaire, cliniquement, sérologiquement et anatomiquement, aussi bien établie qu'elle peut l'être et où les efforts concertés, méthodiques et persévérants d'une part d'un couple intelligent, docile au traitement, obstiné dans la conquête d'un enfant vivant, d'autre part d'un accoucheur et d'un syphiligraphe, ont, à trois reprises, lamentablement échoué. Rien cependant n'avait été abandonné au hasard. Il n'est pas rare, en effet que les échecs qui font le 10 % de la statistique de Couvelaire soient attribuables aux contingences (traitement insuffisant qualitativement ou quantitativement, traitement unilatéral, etc.). Or, ici les traitements ont été variés ; ils ont été institués avant l'état de gestation, ils ont été continués pendant celle-ci avec toute la compétence et la méthode désirables ; l'expérience peut-on dire, car le caractère de rigueur n'en était pas absent, a été renouvelée trois fois et non seulement, trois fois l'enfant est mort, mais les choses se sont passées « comme si » l'affection mortelle se renforçait, malgré l'usure que le temps, à défaut du traitement, aurait dû lui infliger. Il est bien entendu que le médecin en général, le syphiligraphe et l'accoucheur en particulier ne se résignent pas volontiers devant la « Fatalité » ; s'ils peuvent garder quelques doutes sur l'héroïcité de certaines thérapeutiques à prétention curative, ils s'accordent en général sur l'efficacité des cures préventives. Or, ici rien n'y a fait et c'est la raison découragée pour laquelle, sans inclination mystique cependant, je suis amené devant un tel cas à évoquer la mémoire de certaines « postérités maudites » ..... Voici d'ailleurs le fait :

Observation (1). — Mme X., 42 ans (en 1930). A encore ses parents, lesquels s'étaient mariés cousins germains. Un grand-père maternel a présenté à l'âge de 50 ans, une affection de la moelle. L'unique sœur de la malade est bien portante ; elle est mère d'un enfant qui a toujours été chétif et est resté sujet à l'entérite. Le mari de la malade a toujours été bien portant ; il nie formellement toute syphilis acquise ; chez lui, les réactions de Wassermann et de Hecht sont négatives.

La malade a eu une enfance et une adolescence tout à fait normales. Mariée à 20 ans, elle devient enceinte aussitôt.

Une première gestation à l'âge de 21 ans s'est terminée par l'extraction au forceps d'un gros enfant qui est mort à 13 ans de pneumonie.

Une deuxième gestation est marquée par un accouchement avant terme avec hydramnios, d'un enfant de 3.500 gr. qui succombe dans la nuit qui suit la naissance.

Une troisième gestation en 1925, aboutit à l'expulsion à terme avec hydramnios d'un fœtus de 4.000 gr. environ, qui meurt à 13 jours ayant de l'ictère, de la sensibilité hépatique et des signes d'hémorragies internes.

Une quatrième grossesse en 1926 est marquée par une albuminurie légère. On traite régulièrement la malade à l'acétylarsan, mal supporté, puis au bismuth, puis à l'hectargyre. Malgré cela, hydramnios. Accouchement le 2 octobre 1926 d'un fœtus mort-né de 10 livres. Dystocie aux épaules. Un mois après, crise hépatique douloureuse avec décoloration des selles.

Un examen complet, médical, de la malade est fait à la suite de ce nouvel échec. L'état général est excellent et même florissant. Aucun organe, à part le foie qui est sensible, ne trahit de lésion apparente. La malade ne révèle aucun signe de dégénérescence ; elle est grande, bien constituée, sans stigmate visible. En mars 1927, les examens de laboratoire donnent les résultats suivants (Dr Vérain) :

Réaction d'opacification de Meinicke — négative :
Réaction Bauer-Hecht (antigène normal +; antigène cholestériné +;
Réaction Calmette Massol (antigène normal — fixe 5 unités ; antigène cholestériné — fixe 5 unités ;
Réaction Jacobsthal (antigène normal + ; antigène cholest. +.
Au total : réaction + avec sérum pauvre en anticorps.
Des examens répétés d'urines montrent l'*absence de sucre* et de tout autre élément anormal.
Constante uréo-sécrétoire d'Ambard : 0,084.

(1) Cette observation a été publiée à l'état fragmentaire dans le *Bul. de la Soc. franç. de dermat. et de syphiligr.* (avec Watrin et Vermelin 1929

Indice de sécrétion uréique	70,2 %
Urée au titre de sérum	0 gr. 33
Acide urique	0,041
Cholestérine	1 gr. 28

Tension artérielle (Pachon) Mx-14 ; Mn-7.

Urines :

Coefficient d'acidose de Lanzenberg	9,24 %
Coefficient d'ammoniurie	6,64 %
Azote total	9,06 gr.
Urée	15 gr. 53
Acide urique	0 gr. 78
Rapport azoturique	79,91 %
Coefficient de Maillard	7,68 %

On institue alors délibérément, préalablement à toute gestation un traitement régulier appliqué par le Dr Watrin lui-même et qui comprend 9 injections de Rhodarsan, dont 5 doses de 0,75 et une série de 12 injections de Quinby.

En novembre 1927, la réaction de Wassermann est devenue totalement négative. On continue le traitement. En février 1928, cinquième grossesse : on pratique une réaction de Wassermann qui est toujours négative. Une nouvelle cure arsénicale (novarsénobenzol) est commencée suivie d'une série d'injections bismuthées ; en septembre-octobre, un traitement mercuriel associé au traitement arsénical est très bien supporté. La grossesse se passe normalement ; on ne constate cliniquement que de l'hydramnios avec traces d'albumine.

Jusqu'au 10 novembre, c'est-à-dire à trois semaines du terme, tout va bien. Le 14, on ne perçoit plus de battements fœtaux ; le 19, la femme est prise brusquement de coliques et expulse en deux heures un fœtus macéré de 4.500 gr. ; dystocie aux épaules ; le placenta est pâle, œdémateux, « chair de saucisse », friable pesant 900 gr. ; les vaisseaux ont leur paroi épaissie et leur lumière oblitérée en certains points ; le cordon est volumineux et œdémateux lui aussi, présentant en un point une sorte d'hématome.

La recherche du tréponème au niveau de ces deux organes est absolument négative ; elle l'est également au niveau du foie et de la rate du fœtus. Bref, malgré l'aspect macroscopique franchement syphilitique de ces différents organes, il est impossible de retrouver l'agent causal. Ce qui domine, ce sont surtout les lésions de sclérose vasculaire, de périartérite et de périphlébite, du placenta et du cordon.

En mai 1929, la R. W. est négative totale. La malade a pris plusieurs flacons d'Elixir Déret.

En 1929, la malade redevient enceinte pour la sixième fois. Dernières règles, 15-18 juin 1929. Dès le début, elle prend 10 tubes de stovarsol ; elle subit chez le docteur Watrin, une série de piqûres arsénicales (8 injections de Rhodarsan dont 4 de 75 centigr.). Prend en plus de l'Elixir Déret et de l'iodure ; traitement au Muthanol. Traces d'albumine. L'utérus est volumineux.

Le 31 janvier 1930 (courant du 8e mois), expulsion prématurée, en front, d'un fœtus trop gros pour l'âge (3.300 gr. environ), cyanosé avec un ventre ascitique et une grosse rate, qui succombe très vite ; il est atteint d'un œdème dur généralisé. Légères crises hépatiques dans le post-partum (suites de couches normales). Placenta de 1.950 grammes.

Autopsie du fœtus (Dr Vermelin et Dr Florentin). — Ascite considérable (1 litre 1/2) ; foie dur, semble sclérosé. Coloration gris-[illegible]tre. Tube digestif atrophique. Rate très grosse, le double environ d'une rate normale. Poids 42 gr.

Rein fœtal bosselé, semble normal. Surrénales normales. Corps thyroïde nettement hypertrophié. Le thymus semble normal. L'hypophyse semble grosse, émergeant fortement de la selle turcique.

Examen histologique. — *Foie* normal. En pleine hématopoïèse. Pas de sclérose visible, ni d'atteinte marquée du système endothélial. Aucun foyer inflammatoire périvasculaire, mais légère sclérose [illegible] niveau des espaces porto-biliaires.

Rate normale. Les follicules lymphoïdes ne sont pas encore développés au niveau des artérioles. Aucune sclérose, pas de foyer inflammatoire.

Thyroïde. Le parenchyme thyroïdien est très différent du parenchyme normal (la comparaison a été faite avec le corps thyroïde d'un fœtus jeune). Pas de colloïde véritable dans les follicules, mais présence dans ces follicules d'un liquide séreux, granuleux ; nombreux follicules vides. Les vésicules sont anfractueuses, ratatinées et ressemblent beaucoup à celles que l'on rencontre dans les adénomes [illegible] type Basedow. Pas de foyers inflammatoires.

Hypophyse. Glande bien développée. On note des flaques à colloïde au niveau de la pars intermedia (ce qui est très rare chez le fœtus et l'enfant). Le type cellulaire prédominant est représenté par la cellule principale très claire et la cellule épuisée, très grosse et chr[illegible]


CHLORO-CALCION
SOLUTION STABILISÉE, RIGOUREUSEMENT DOSÉE, DE CHLORURE DE CALCIUM CHIMIQUEMENT PUR
80 gouttes ou ½ cuiller à café = 1gr. Ca Cl²
Recalcifiant
Hémostatique
Déchlorurant
DIRECTEMENT
ASSIMILABLE
Littér. Echant. LABORATOIRE MICHELS
9, Rue Castex, — PARIS (IVe)

phobe. Peu de cellules éosinophiles et de cellules cyanophiles (basophiles). Lobe nerveux réduit.

En résumé, il semble qu'il y ait principalement des lésions des glandes à sécrétion interne, et particulièrement de la *thyroïde* et de l'*hypophyse*. Pas de foyers inflammatoires hépatiques ou spléniques.

Telle est cette observation navrante, navrante si on réfléchit qu'à partir de la troisième gestation et jusqu'à la sixième, cette femme, qui avait perdu le seul enfant, l'aîné, qu'elle eût eu viable, s'était soumise rigoureusement aux traitements spécifiques qui lui avaient été conseillés. On objectera peut-être que les traitements mis en œuvre ne furent pas les plus efficaces de tous. Il n'en reste pas moins que, pour les deux dernières tentatives, ils ont été appliqués par un syphiligraphe averti qui en a constamment, aussi bien entre les gestations que pendant celles-ci, assumé toute l'initiative et gardé le contrôle ininterrompu.

Cependant avant de proclamer la faillite de la thérapeutique antisyphilitique en l'occurrence, il importe encore de se demander s'il s'agissait bien ici d'hérédosyphilis. Or, tout l'indique, si on admet que la clinique garde quelque valeur ; il est à remarquer que cette femme, *issue de cousins germains*, avait un grand-père maternel qui à 30 ans présentait une affection médullaire. Il est vrai qu'elle n'a jamais trahi dans sa personne le moindre indice capable de donner l'éveil. Toutefois, elle est sérologiquement positive et le premier traitement institué a pour effet de la rendre négative. D'autre part, toute son histoire obstétricale sans exception, est marquée au coin de l'hérédo-syphilis (hydramnios, gros enfants, placentas énormes, ictères). Les lésions anatomo-pathologiques elles-mêmes de deux enfants dont on a pu faire l'autopsie sont révélatrices à des titres divers : une fois, il s'agissait surtout de lésions à prédominance vasculaire (scléroses péri-artérielles et périveineuses au niveau du cordon et du placenta) ; une autre fois, il s'agissait de lésions de dégénérescence des glandes endocrines, l'hypophyse et la thyroïde particulièrement, celle-ci paraissant avoir eu pour effet de déterminer une sorte de « myxœdème fœtal ». Seul le spirochète s'est dérobé aux différentes recherches qui ont été tentées. Je crois cependant qu'on peut conclure, au cas particulier, à de la syphilis caractérisée ; il faudrait, si celle-ci n'est pas admise, supposer l'existence d'une maladie qui lui ressemble comme une sœur et que les cliniciens n'auraient pas encore identifiée...

— S'il s'agit bien de syphilis, on pourrait nous objecter qu'avant de conclure à l'échec de la thérapeutique admise, il faudrait fournir la preuve que cette thérapeutique eût été parfaite, au cas particulier. Celle-ci a du moins été méthodique, continue et variée, recourant successivement pour les deux dernières gestations, aux sels de bismuth et aux novarsénobenzènes. En admettant même que le traitement ait été critiquable et n'ait pas fourni le maximum de ce que l'on pouvait en attendre, il n'en resterait pas moins frappant de constater le caractère nettement progressif d'un cas à l'autre de la maladie ovulaire. C'est l'aîné des enfants qui a été le moins atteint ; il était gros à la naissance, mais il devait rester fragile et mourir à [illegible] ans de broncho-pneumonie. Le 2e et le 3e enfants porteurs de stigmates, ne sont morts que secondairement, le lendemain et le 13e jour, après la naissance. Or, à partir du moment où on a institué des traitements variés (4e, 5e et 6e gest.), il n'y a plus eu que des mort-nés et le dernier, le plus prématuré de tous, paraît également avoir été le plus touché.

Voilà bien ce qu'il y a de troublant et de particulièrement inquiétant dans cette observation : elle nous accule au dilemne : ou ce n'est pas de la syphilis — ou si c'en est, c'est une sorte de syphilis qui, non seulement se joue des traitements, mais paraît au contact de ceux-ci acquérir des forces nouvelles. C'est cela qui confère un caractère fatal et comme désespéré, on peut bien dire « *maudit* », à une telle postérité.

Et ceci nous amène en fin de compte à envisager l'hérédité de graine, c'est-à-dire la possibilité d'une contamination originelle de l'ovule.

On se demande en effet, devant une femme apparemment aussi florissante, si elle n'héberge pas dans ses ovaires et dans ses ovaires seuls des formes de spirochètes sporulées ou fragmentées, formes filtrantes apparentées peut-être aux ultra-virus, capables aussi de contaminer directement l'ovule... C'est là une hypothèse qui n'a rien d'invraisemblable, qu'Hutinel d'ailleurs avait déjà suscitée, que Péhu et Brochier, Paucot, dans des articles récents tendent à adopter et à laquelle des constatations directes de Manouélian ne sont pas sans conférer une apparence de vérité.

Une dernière question est celle qui m'a été posée par ce couple accablé, qui serait capable de tenter encore une fois le diable pour peu qu'on l'y encourageât. J'avoue que, pour la première fois, en pareille circonstance, j'ai manqué de conviction et que je me suis senti une âme de vaincu ; je ne pouvais oublier que c'était sur mes instigations et sur la foi de mes promesses que les deux dernières gestations avaient été délibérément et méthodiquement affrontées ; je me trouvais disqualifié pour entraîner ces malheureux vers de nouveaux mirages... Et cependant, j'ai présent à l'esprit le cas d'une autre multipare, à Wassermann positif qui, ayant eu 9 enfants successivement, morts à la naissance ou sitôt après, n'obtint un premier enfant vivant, après traitement, qu'à l'occasion de sa 11e gestation. Mais les circonstances n'étaient pas les mêmes ; il s'agissait d'une femme indifférente et négligente qui s'était toujours dérobée à un traitement systématique ; son cas n'avait rien de commun avec celui de notre ménage intelligent, appliqué, méthodique, persévérant et touchant, aveuglément confiant dans sa direction médicale.

Je termine donc en mode mineur sur le sentiment très net et un peu déprimant que nous ne possédons pas la clef du traitement de certaines hérédo-syphilis à caractère réfractaire exceptionnel.

J'ajoute que des observations comme la nôtre, rares heureusement, n'infirment en rien les règles générales et classiques qui gouvernent la transmission héréditaire de la syphilis et qui, bien connues et méthodiquement appliquées mettent aux mains du médecin les pouvoirs d'un demi-dieu. S'il paraît momentanément impossible d'atteindre efficacement certaines syphilis héréditaires, ressortiseant peut-être à des formes de spirochètes sporulées, à localisation ovarienne, il n'en reste pas moins que la grande majorité de ces syphilis reculent devant un traitement bien mené et aboutissent à la naissance d'enfants vivants. Malgré tout, la cure de l'hérédo-syphilis reste en général plus aléatoire que la cure de la syphilis acquise, et Marcel Pinard a bien raison lorsqu'il dit que la seule prophylaxie efficace réside dans la stérilisation des porteurs de germes le plus tôt possible après la contamination initiale.

Quand la révision de la cavité utérine immédiatement après l'accouchement est-elle indiquée ?

Par R. KELLER,
Chargé de cours à la Faculté de Strasbourg,
Directeur de l'École départementale d'accouchement du Bas-Rhin.

Il n'y a pas longtemps que la révision de la cavité utérine faite systématiquement après chaque accouchement a été préconisée par GEORGHIU. D'après les constatations cliniques, elle a donné à la Clinique de Bucarest de très bons résultats. Alors que nous tous, nous étions jusqu'à présent élevés dans l'idée de toucher aussi peu que possible aux organes génitaux pendant et après l'accouchement, d'éviter en d'autres termes autant que possible d'introduire les germes des parties basses de la filière pelvigénitale dans les parties hautes — pour réduire à un minimum la fièvre puerpérale — voilà que nous apprenons que cette révision systématique avait fait baisser — à l'encontre de toute prévision — le pourcentage de l'infection. Faite en clinique, dans les conditions optima, cette révision prati-

quée après l'accouchement en déblayant la cavité de tous les restes de sang, de membranes de caduque, etc., peut évidemment donner de bons résultats ; mais en dehors, il serait imprudent de recommander cette façon d'agir au praticien obligé de faire ses accouchements dans un milieu beaucoup moins favorable.

Tout en n'allant pas à cet extrême de faire cette révision systématiquement, nous n'avons néanmoins pas hésité dans les dernières années d'étendre l'application de la révision de la cavité utérine et de la faire dans des cas où dans le temps nous hésitions à la faire. Nous avons remarqué que nos résultats — desquels nous donnerons bientôt ailleurs le résumé — étaient tout à fait encourageants et par ces faits nous avons persévéré dans cette voie.

C'est l'avis de tout le monde que la révision de la cavité utérine s'impose dans tous les cas, où après l'expulsion de l'enfant et du placenta, nous sommes surpris par une hémorragie importante. Que cette hémorragie soit due à un cotylédon resté attaché dans l'utérus et en partie détaché, ou à une inertie du muscle utérin, ou bien à une lésion grave au col, il est toujours de rigueur de s'orienter par le palper. La main introduite dans la cavité utérine reconnaîtra le mieux la cause, pourra enlever le cotylédon ou constater l'atonie et nous serons de cette façon fixés sur la conduite à tenir ultérieurement. Il serait évidemment complètement faux de vouloir faire un tamponnement pour cause d'hémorragie utérine, sans avoir fait cette révision et avoir exclu avec certitude, la présence d'un cotylédon dans la cavité utérine. De même, cette révision de la cavité doit nous orienter sur la possibilité d'une lésion plus grave, déchirure du segment ou autre, qui nécessitent une toute autre intervention qu'un simple tamponnement. Nous intervenons ainsi systématiquement dans tous les cas, où manifestement le placenta est incomplet. Si un gros lambeau est resté dans la cavité utérine, ou bien si un placenta supplémentaire est resté en place, comme nous pouvons le constater d'après la section nette des vaisseaux placentaires au bord de la rupture des membranes — il n'y a qu'un procédé à appliquer qui consiste dans l'intervention immédiate et la recherche de ce cotylédon.

Je crois qu'avec notre façon d'agir dans ces deux points nous sommes d'accord avec tous les accoucheurs, mais la question ne se pose pas toujours si simplement : admettons le cas fréquent, où le placenta expulsé ou exprimé présente une surface maternelle déchiquetée, irrégulière ; nous nous efforçons lors de l'inspection du placenta de ramener les différents lambeaux, de les réunir et de nous convaincre de l'intégrité de cette surface ; mais nous n'y arrivons pas toujours et qui pourrait affirmer avec certitude que tel ou tel placenta, soit réellement complet et qu'il ne manque pas le cotylédon qui, pendant les suites des couches formera le point de départ de toutes les complications désastreuses connues ? Même l'accoucheur le plus avisé se trouve dans certains cas en peine de donner un avis précis lui dictant l'intervention qui mettra sa conscience à l'abri. Nous savons que, dans des cas de ce genre, la femme ne saigne pas toujours, ou du moins pas tout de suite après l'accouchement et pourtant la décision immédiate à prendre est grave. Voilà donc une catégorie de cas dans lesquels nous faisons maintenant systématiquement la révision de la cavité utérine, pratiquée immédiatement après l'accouchement pour éviter les suites fâcheuses de cette rétention. Dans beaucoup de cas nous ne trouvons rien dans la cavité utérine, quelquefois des caillots de sang tout au plus, pas de restes placentaires ; mais, dans d'autres cas, nous étions étonnés de voir sortir un gros lambeau de placenta, plus gros qu'il ne pouvait, au moins d'apparence, correspondre à la partie que nous avions suspecté lors de l'inspection du placenta. Voilà les cas, où cette façon d'agir rend de grands services. Et, d'un autre côté, nous n'avons jamais vu d'inconvénients : généralement des suites de couches afébriles, rarement de petites élévations de température, jamais des complications graves. Si nous nous plaçons à un autre point de vue, celui que nous avions dans le temps, de n'intervenir après l'accouchement pour aller à la recherche d'un cotylédon, seulement quand nous étions sûrs qu'il était resté dans la cavité utérine, nous nous exposons à ne pas reconnaître à temps le cotylédon retenu qui ne fait pas de symptômes au début, et de voir survenir par ce fait, toutes sortes de complications. Le danger de l'intervention immédiate n'est vraiment pas très grand pour ne pas vouloir risquer une révision de la cavité utérine faite dans de bonnes conditions immédiatement après l'accouchement, même si lors de cette révision nous trouvons quelquefois la cavité vide. Le but est la certitude dans les cas suspects, et ce n'est que par cette révision que nous pouvons l'obtenir. Il est de même recommandable de faire cette révision de la cavité utérine si, après l'accouchement nous voyons persister une légère hémorragie, peu importante, mais continue et si nous pouvons exclure comme cause de cette hémorragie toute lésion au niveau de la vulve ou du vagin. Il est plus sûr dans ces cas de s'orienter sur l'état de la cavité utérine et d'être certain qu'elle est vide et qu'il n'y a pas de lésion qui pourrait échapper à notre diagnostic.

Il y a des auteurs qui demandent cette même révision de la cavité utérine dans les cas où il y a manifestement rétention des membranes ou au moins d'une partie importante. Les avis sont différents à ce sujet. D'après nos constatations nous avons toujours vu que ces rétentions de membranes n'avaient aucune suite fâcheuse sur l'évolution du post-partum et nous n'avons jamais eu de complications infectieuses sérieuses à enregistrer dues à cette rétention. C'est pour cela que nous nous abstenons systématiquement d'intervenir pour rétention simple de membranes, à une condition qu'il n'y ait pas d'hémorragie ; c'est ceci la seule cause qui nous obligerait d'intervenir.

Nous jugeons par contre nécessaire de faire la révision de la cavité utérine ainsi que toute la filière pelvi-génitale dans tous les cas où nous avons été amenés à faire une version difficile, où l'on ne peut pas garantir l'intégrité des tissus. Cette révision nous fera reconnaître à temps une déchirure du segment inférieur ou autre, car nous savons bien qu'il y a des déchirures du segment qui, au moment même ne font aucun symptôme, pas de douleurs, pas d'hémorragie, pas d'hématome. Les symptômes ne viennent que tardivement quand l'infection s'en mêle et quand le phlegmon rétropéritonéal ou la péritonite se sont installés à ce moment, il est généralement trop tard pour une thérapeutique efficace.

Reconnu par contre au moment même, on peut avec beaucoup plus de chance de réussite parer à ces complications infectieuses, en faisant de suite l'intervention qui s'impose.

Cette même prudence est nécessaire dans les cas où pour évacuer rapidement l'utérus de son contenu, nous avons fait une rachianesthésie à un moment où le col ne présentait pas encore de dilatation, appelé méthode de Delmas. Les éclatements du col après application de cette méthode sont assez fréquents, nous en avons vu nous-même et la littérature en contient plusieurs observations. Il est de toute importance de constater la possibilité de l'existence de ces dégâts immédiatement après l'accouchement.

Ces lésions du col, et si elles sont plus importantes du segment inférieur, sont d'après notre avis beaucoup plus fréquentes aussi après des accouchements complètement normaux et nous sommes persuadés que certaines paramétrites ne doivent leur origine qu'à l'infection d'un de ces hématomes paracervicaux dus à une lésion du tissu cervical. Si l'hématome à la suite d'une lésion d'un vaisseau cervical ne se fait que très lentement, nous n'aurions cliniquement aucun symptôme immédiatement après l'accouchement et ce ne sera qu'un certain degré d'empâtement et de sensibilité survenant dans les premiers jours après l'accouchement qui viendra nous rendre attentifs à ce qui s'est passé au moment de l'accouchement même.

Si nous devons donc résumer notre point de vue dans la question de la révision de la cavité utérine immédiatement après l'accouchement, nous préciserons en quelques mots quand la révision s'impose :

1° Dans tous les cas où immédiatement après l'expulsion de l'enfant et du placenta une forte hémorragie surgit ;

2° Toujours là où le placenta est reconnu étant manifestement incomplet ;

3° Dans les cas où le placenta est suspect quant à son intégrité, même si la femme ne saigne pas ;

4° De même quand après l'accouchement, il persiste un léger suintement sanguin et que nous avons pu exclure comme cause de ces pertes toute lésion à l'entrée de vagin :

5° Toujours quand nous avons été obligés de faire une version difficile, de même après l'extraction à travers un col qui a été rapidement dilaté en rachianesthésie, pour constater s'il n'y a pas de déchirure du col ou rupture utérine ;

6° Jamais par contre la rétention des membranes n'a été pour nous une indication de faire la révision de la cavité utérine et nous avons toujours vu survenir l'expulsion spontanée de ces membranes pendant les suites de couches, sans aucune complication fâcheuse.

ACTUALITÉS

Le mouvement gynécologique et obstétrical pendant le premier semestre 1930

Par Pierre DUHAIL

Les articles originaux parus dans *Gynécologie et obstétrique* reflètent souvent les sujets de discussions des Sociétés de Paris ou de province. C'est ainsi qu'à la suite de diverses communications faites à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris sur les *sarcomes de l'utérus*, la question a été traitée de façon très approfondie en trois articles.

Moulonguet et Dobkevitch, d'après les documents du laboratoire de Lecène, classent les sarcomes de l'utérus, en quatre types histologiques distincts : sarcome, indifférencié, lymphadénome, léiomyome malin, adéno-sarcome du col.

Le microscope est toujours indispensable pour le diagnostic, car il est seul capable de déceler, dans un fibrome d'apparence normale, un début de dégénérescence sarcomateuse. Il ne semble pas qu'il faille distinguer un pronostic propre à chacune des variétés histologiques. Le fait capital, aussi bien pour le pronostic que pour le traitement propre à chacune des variétés histologiques, est la notion de néoplasie encore encapsulée ou ayant déjà rompu sa coque. Dans le premier cas une hystérectomie totale enlève la tumeur en vase clos ; dans le second cas, au contraire, il y a déjà des adhérences, souvent des métastases, l'opération est toujours très grave et le succès douteux. En conséquence, il vaut mieux renoncer à l'exérèse chirurgicale et faire un traitement radiothérapique.

Müller et Obeling rapportent deux cas de sarcome utérin. Dans l'un, il s'agissait d'un léiomyome malin, mais l'opération a pu être faite prématurément et la tumeur enlevée, en vase clos, on peut donc espérer un bon résultat éloigné. Dans l'autre cas, au contraire, c'était un sarcome à forme polypeuse opéré par curettage : la malade revue deux mois après pour des hémorragies utérines importantes n'était plus opérable.

Béclère traitant de la rœntgenthérapie des sarcomes utérins conclut qu'elle « peut avec avantage être conseillée après l'intervention chirurgicale, à titre prophylactique contre une récidive toujours à craindre. »

« La radiothérapie est incontestablement indiquée, à titre curatif ou surtout palliatif : *a*) Dans tous les cas jugés inopérables ; *b*) dans tous les cas où, pour quelque raison que ce soit, l'opération est médicalement contre-indiquée ou refusée par les malades ; *c*) dans tous les cas de récidives ; *d*) dans tous les cas de métastases, quel qu'en soit le siège. »

Babès et Mme Pantz-Lazarescu étudient *la tumeur Krükenberg de l'ovaire.* Dans cette néoplasie la disposition des cellules ressemble à celle qu'on trouve dans le sarcome, la tumeur provoquant une infiltration diffuse de l'ovaire avec des cellules néoplasiques isolées. Par contre, un bon nombre de ces cellules affectent la forme de cellules en bagues. Enfin, le polymorphisme des cellules néoplasiques est extrême. Il ne s'agit donc pas d'un sarcome et les auteurs croient pouvoir parler d'un carcinome diffus polymorphe mucipare.

On sait que, dans cette néoplasie, outre la tumeur ovarienne, il existe toujours des lésions néoplasiques sur divers autres organes et l'on se demande si la tumeur ovarienne doit être considérée comme primitive ou secondaire : les cas de tumeur Krükenberg véritable sont encore trop rares pour qu'on puisse avoir une opinion certaine ; les auteurs cependant penchent pour l'hypothèse d'une tumeur ovarienne secondaire, la lésion primitive paraissant être vraisemblablement digestive ou péritonéale.

Une curieuse observation d'*endométriome de la région crurale* est rapportée par Laroyenne, Martin, Michon et Meyssonnier. On n'ignore pas que ces tumeurs sont d'ordinaire localisées au pelvis, plus rarement, elles sont extra-pelviennes, mais jamais il n'en avait été signalé dans la région crurale. La pathogénie en tous cas en est extrêmement obscure : congénitale, disent les uns, et d'origine wolfienne ou mullérienne ; acquise, prétendent les autres. Dans le cas présent, il semble qu'il s'agisse d'une tumeur acquise et les auteurs pencheraient pour la théorie de l'hétérotopie épithéliale inflammatoire bénigne.

Les lésions conjonctives de l'endomètre, en particulier du grillage collagène, dans les cas de ménorragies et de métrorragies fonctionnelles, font l'objet d'un important travail de Kreis et Mlle Rigaut. Ces lésions ne dépendent pas d'une cause ovarienne, mais d'une pathologie propre de la muqueuse qui se manifeste à l'occasion de la fonction de l'ovaire. Dans ces muqueuses on observe, indépendamment du cycle menstruel, des plages de nécrose et de régénérations tardives des cellules du stroma et des fibres collagènes. Lorsque vient la poussée congestive ou la menstruation, la desquamation est gênée dans son mécanisme par l'hémorragie interstitielle qui se fait prématurément aux endroits des nécroses ou de la régénération.

Dans un grand nombre de cas de semblables métrorragies, les antécédents et les anomalies menstruelles s'ajoutant à d'autres signes font penser à un terrain hérédo-syphilitique. Et de fait, les auteurs ont guéri des métrorragies de cet ordre par un traitement antisyphilitique.

Assereto s'est attaché à étudier par l'enzymoréaction, les relations chronologiques entre *le cycle menstruel, le cycle ovarien et les fonctions de certaines glandes à sécrétion interne.*

D'après les résultats obtenus le cycle menstruel semble être influencé par deux groupes glandulaires qui entrent en corrélation de fonctions pour la préparation et la production des règles.

D'un côté la thyroïde, la surrénale et le corps jaune montrent une accentuation de leur fonction en correspondance avec la période menstruelle : d'un autre côté l'hypophyse et le liquide folliculaire diminuent la leur pendant la même période. Dès lors, l'administration par voie gastrique de corps jaune joint à la thyroïde et à la surrénale devrait activer la fonction menstruelle, tandis que le liquide folliculaire joint à l'hypophyse devrait l'inhiber.

Au cours de cette année on a publié dans diverses sociétés plusieurs cas de *volvulus des annexes saines*, alors que cette lésion était jusqu'alors considérée comme rarissime. A propos de cinq cas personnels Michon étudie, la pathogénie de cette affection : il pense que l'état anatomique congénital de l'annexe joue un rôle de premier plan, ainsi les trompes très longues et flexueuses à méso court seront prédisposées à se tordre. Les adhérences localisées doivent aussi avoir une importance. Enfin, peut-être faut-il également incriminer l'état de l'appareil nerveux sympathique qui engendre les mouvements péristaltiques et antipéristaltiques de la trompe.

Le diagnostic précoce de la salpingite tuberculeuse est très difficile à poser et cependant il est d'une importance capitale, car

c'est d'une façon précoce qu'il faut opérer une salpingite bacillaire. Mais que de difficultés cliniques pour poser avec certitude ce diagnostic au début de l'évolution. C'est pourquoi Douay et Mlle Iépuréano ont utilisé *la réaction de fixation à l'antigène de Besredka*. Certes à elle seule, elle ne peut donner la clef du diagnostic, cependant lorsqu'elle est positive, c'est un argument de grande valeur en faveur d'une bacillose en évolution, et même négative, elle n'exclut pas toujours la tuberculose.

Zamkoff a utilisé *l'urine de femme enceinte dans le traitement de certains troubles gynécologiques*. Cette urine en effet, contient une certaine quantité d'hormone de lobe antérieur d'hypophyse capable de réveiller des glandes endocrines déficientes, spécialement les glandes génitales. Ces injections d'urine faites à des doses minimes sont inoffensives pour l'organisme.

Elles ont donné des résultats appréciables, soit dans l'hypofonctionnement ovarien survenu à la suite d'un curettage ou après un accouchement suivi d'un allaitement prolongé, soit dans des cas de troubles graves de la ménopause. Le nombre des injections et la dose d'unité souris à injecter dans chaque cas est variable. Sur 21 femmes traitées, l'auteur a vu les règles réapparaître dans 19 cas.

Dans tous ces cas, les femmes ont été très soulagées, il s'est produit une augmentation de l'activité de la fonction ovarienne avec tous les phénomènes secondaires qui en découlent.

Dans le domaine de la chirurgie gynécologique plusieurs travaux sont à signaler.

Markoff étudie *l'implantation des trompes dans l'utérus* comme traitement de la stérilité. Cette opération est justifiée dans le cas d'oblitération ou de section tubaire juxta-utérine, mais elle ne doit pas être tentée s'il existe un hydrosalpinx. Pour obtenir un bon résultat, il faut opérer sur une trompe saine dont le moignon à implanter aura au moins 4 centimètres avec un pavillon intact. Les procédés opératoires n'ont que peu d'importance à condition de conserver, intacte la vascularisation, de faire une hémostase soignée et de ne pas traumatiser l'organe à implanter. Pour ménager au niveau de l'implantation un orifice tubaire perméable on fera bien d'inciser l'extrémité de la trompe en deux valves qui seront suturées séparément à la paroi antérieure et postérieure de la cavité utérine. Markoff a fait quatre implantations tubaires, une des opérées est devenue enceinte dans l'année qui a suivi l'opération et est accouchée normalement.

Les lésions de la vessie dans les laparotomies (Daniel et Mavrodin) peuvent être déterminées soit par un traumatisme, soit par une nécrose de la paroi vésicale. Constatée au cours de l'opération, la plaie doit être immédiatement suturée ; une lésion vésicale, même abandonnée à elle-même, peut cependant guérir spontanément si elle est petite. Mais de toutes les lésions, celles de la face extra-péritonéale antéro-inférieure sont les plus graves. En effet, méconnues, elles peuvent déterminer une infiltration d'urine ou un phlegmon de la cavité de Retzius.

Enfin Vikoulof a observé un cas d'*hématométrie avec jonctions de l'utérus et de l'intestin grêle*. La malade n'avait jamais eu d'écoulement menstruel, mais chaque mois, elle avait de vives douleurs abdominales suivies de mélœna. Au cours de l'opération, on constate une communication entre le grêle et l'utérus. Ces deux organes sont libérés, mais l'hématométrie persiste et il faut deux dilatations pour que le col devienne perméable et que les règles s'établissent régulièrement.

Dans le domaine de la physiologie obstétricale, nous avons étudié le rôle du *système réticulo-endothélial dans la gestation* à l'aide de trois épreuves fonctionnelles : celle du rouge congo, celle de la phénolphtaléine tétrachlorée, celle de l'urobiline. On constate que le système d'Aschoff est profondément troublé au point de vue fonctionnel dans la seconde moitié de la grossesse et surtout pendant le travail. Les modifications sont particulièrement intenses dans les toxémies gravidiques, en particulier dans l'éclampsie. Le retour à la normale du système réticulo-endothélial se fait avant la fin des suites de couches.

Le rôle de ce système est lié au pouvoir phagocytaire de ses cellules propres, les histiocytes et à leur propriété de former des anticorps. Transportant dans le domaine pratique, ces notions générales, on a essayé d'utiliser les fonctions du système réticulo-endothélial pour lutter contre l'infection puerpérale. Jusqu'à présent, les résultats obtenus avec les lipoïdes, le charbon et certains métaux colloïdaux pour intéressants qu'ils soient ne semblent pas cependant être concluants.

Etudiant l'action de *la rachianesthésie sur la contractilité utérine* à l'aide de constatations hystérographiques et expérimentales, Mahon montre que l'anesthésie rachidienne détermine une rétraction utérine accrue dans son intensité avec des intervalles de relâchement très rares et très courts et que les contractions sont plus ou moins supprimées, jamais augmentées.

On pourra donc utiliser ce mode d'anesthésie lorsqu'on recherchera l'atonie du col ou lorsqu'on voudra assurer l'hémostase par une rétractilité très marquée de l'utérus.

Reeb a essayé de faire le *diagnostic de la grossesse par une injection intraveineuse d'extrait hypophysaire postérieur* (méthode de Lorrinez). Certes c'est là un procédé à n'employer que dans des cas particuliers où l'on ne peut affirmer s'il s'agit ou non d'un utérus gravide ou encore s'il n'y a pas autre chose près de cet utérus. Pour cela on fait une injection intraveineuse d'une faible quantité de lobe postérieur d'hypophyse et au bout de 20 à 40 secondes, on perçoit une contraction qui bientôt rend l'utérus dur et le rapproche de la paroi abdominale antérieure. Cet effet, ne dure que quelques minutes et la contraction n'est pas douloureuse. Par contre, l'injection s'accompagne parfois de pâleur ou d'oppression ; aussi quoi qu'on n'ait observé aucun incident à la suite de cette épreuve ni chez la mère, ni chez l'enfant, c'est une méthode qui ne doit être utilisée qu'avec une grande circonspection.

La chorée de la grossesse étudiée par Selitzky, doit être considérée comme une toxémie grave, car elle se complique souvent d'autres phénomènes d'auto-intoxication. Elle se rencontre surtout chez des primipares d'âge jeune, apparaît tantôt brusquement, tantôt précédée de prodromes ; c'est, en général, une chorée du type bilatéral. Son pronostic est grave pour la mère en raison de la déficience de tout le système endocrinien : il est encore plus grave pour le fœtus.

Le même auteur étudie les *dermatoses, les toxidermies, les mélanodermies de la grossesse*, il en fournit une classification très complète, mais il serait souhaitable que la clinique arrive à élucider les rapports qui existent entre ces dermatoses et les toxémies gravidiques.

Hubner et Morel publient une observation très instructive de *grossesse interstitielle* qui s'est rompue au 4e mois, deux jours après que la malade ait été opérée pour un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite. A l'opération, l'appendice était sain, il y avait épanché dans le ventre, une notable quantité de sang dont il était impossible de connaître l'origine, l'utérus était absolument régulier mais le fond avait une hauteur anormale par rapport à l'insertion des trompes.

Goussakoff envisage *le choix de la méthode de l'opération césarienne* et fait un vibrant plaidoyer pour la césarienne basse qu'il considère comme l'opération de choix : il étend même les indications de cette méthode aux cas suspects et aux cas de *placenta prævia*. La césarienne supra-symphysaire doit être préférée à la césarienne classique par ce qu'elle présente moins de risques d'infection et d'adhérences, parce que la solidité de la cicatrice assure la bonne marche des grossesses ultérieures.

Kouwer recherche quel est *l'avenir des femmes après l'opération césarienne classique* : il conclut que cette opération est dangereuse, pleine de conséquences fâcheuses pour les malades. C'est aux obstétriciens de prescrire la conduite à suivre dans chaque cas particulier, de se garder de proclamer la césarienne comme un traitement universel dans tous les cas de dystocie. C'est à eux de choisir « entre l'accouchement prématuré artificiel, la symphisiotomie, la césarienne haute ou basse, la version podalique, l'application haute du forceps, l'accouchement spontané ». La césarienne haute expose, on le sait, aux dangers de rupture de la cicatrice et aux dangers d'infection dans le péritoine. Mais seul l'avenir nous dira si la césarienne basse expose à moins de risques : d'abord l'incision dite cervicale intéresse dans un grand nombre d'obser-

tions, la partie inférieure du corps utérin, région qui, dans un accouchement ultérieur, est particulièrement exposée à la distension ; d'autre part, en milieu suspect l'infection du péritoine est peu à craindre, mais en est-il de même du tissu cellulaire sous-péritonéal ?

La pelvitomie chez les primipares (Aburel), n'est pas plus périlleuse que chez les multipares, mais il faut s'en tenir à des indications et à des techniques très rigoureuses.

Voici quelles sont les indications de ce procédé opératoire : 1° rétention de la tête dernière au détroit supérieur ; 2° rétention irréductible des épaules au même niveau ; 3° présentation enclavée du front ou de la face ; 4° tête profondément engagée dans un bassin en entonnoir et fortement retenue au détroit inférieur ; 5° légère disproportion tête-bassin résistant à l'épreuve du travail avec tête amorcée. Ces diverses éventualités ne se rencontrent guère que dans 1 à 3 % des accouchements.

Au point de vue technique, l'opération sera sous-cutanée, de préférence intra-capsulaire à la Zaratte, l'écartement des surfaces d'incision doit se faire très lentement et ne pas dépasser 2-3 cm. Puis on s'efforcera de laisser l'accouchement se terminer spontanément en faisant s'il est nécessaire une injection d'hypophyse. Une épisiotomie ou des incisions postéro-latérales du vagin préviendront une déchirure imminente de la paroi vaginale antérieure. Par prudence, il sera bon de laisser une sonde vésicale à demeure pendant quelques jours.

Les hémorragies tardives des suites de couches ont été l'objet depuis plus d'un an de communications et de discussions nombreuses. Eparvier apporte 29 observations nouvelles dont il tire les constatations suivantes : « la rétention favorise l'hémorragie et l'infection ; dans 26 cas, le curage a donné de bons résultats ou tout au moins n'a pas entraîné de conséquences désastreuses ; dans trois cas, l'intervention a déclenché une infection puerpérale mortelle ».

Il faut, dès lors, éviter à tout prix la rétention et faire une délivrance complète. Mieux vaut une délivrance artificielle bien faite qu'une délivrance brutale douteuse. Si l'on a des doutes, on pratiquera une révision immédiate aseptique avec des gants stériles.

L'exploration utérine tardive au contraire est dangereuse C'est pourquoi, il y a lieu de différer le plus possible le curage et d'essayer d'abord les procédés médicaux pour arrêter l'hémorragie.

Malgré cela l'hémorragie persiste, mais l'état général est bon, la température est basse ou l'élévation thermique date de peu, le pouls est lent, l'utérus est de consistance normale ; on pratiquera un curage avec la plus grande douceur en enlevant les cotylédons pédiculés sans malaxer l'organe. Puis on donnera une injection intra-utérine.

Si, au contraire l'état infectieux est sévère, l'utérus mou, infecté de consistance carton mouillé, ou si l'hémorragie se reproduit après un curage l'hystérectomie s'impose. De toute façon l'éventualité est grave et la décision difficile à prendre, car il n'y a pas d'éléments capables de permettre un pronostic d'où peut résulter une indication thérapeutique.

Il nous reste pour terminer à signaler un chapitre de pathologie du nouveau-né à propos des *hémorragies intra-craniennes sous-dure-mériennes mortelles, d'origine non traumatique.* Voron et Pigeaud y voient une variété fréquente des grands syndromes hémorragipares. Ces épanchements sanguins sous-dure-mériens s'accompagnent souvent d'hémorragies à distance hépatiques, rénales ou péri-rénales. Il faut en chercher la cause dans les intoxications, les infections aiguës ou chroniques et avant tout chez le nouveau-né dans l'hérédo-syphilis.

Foie et inanition. — VAUDIN et JAVILLIER, étudiant le foie d'un animal inanitié, ont vu que le poids de l'organe était diminué de 27,2 %, les cendres étaient diminuées de 9 %, les glucides (glycogène + glycose) étaient très diminués (74,8 %), l'extrait lipoïdique était diminué de 32 % et les substances azotées de 18 %. (Etude chimique du foie dans l'inanition. *Bull. de la Soc. de chim. biol.*, 1930, p. 894.)

H. V.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 janvier 1931

Le Président fait part du décès de *M. Fontan*, membre correspondant de la Société.

M. Lenormant prend la place de *M. Gosset* au fauteuil présidentiel.

Ascite traitée par omentopexie. — Le malade de *M. Fiolle* était atteint d'une ascite grave, qu'il a traitée par omentopexie (procédé du pont séreux) Ponctions pendant 6 mois, puis résorption spontanée progressive, coïncidant avec l'apparition de grosses veines cutanées abdominales.

Fractures du tibia avec luxation péronière. — *M. Dujarier* a observé quelques fois des subluxations de l'extrémité supérieure du péroné, mais jamais de luxations vraies.

Synovectomie pour arthrite du genou. — *M. Sorrel* demande au sujet de la communication de M. Alglave, s'il a la preuve bactériologique de la nature tuberculeuse de l'arthrite de son malade. M. Sorrel en effet ne croit pas à l'efficacité de la synovectomie dans la tuberculose, car les formes synoviales n'existent pratiquement pas.

M. Alglave dit que cliniquement et opératoirement, la lésion était tuberculeuse.

Invagination intestinale, du nourrisson. — *M. Ombrédanne* fait un rapport sur 6 observations nouvelles de *M. Fuchaud & Peignaux* qui ouvrent de nouveau le débat sur l'opportunité du lavement opaque dans l'invagination. Leur statistique totale comprend à l'heure actuelle 14 cas après une mort. Mais le rapporteur fait remarquer que M. Fèvre a rapporté à la Société une statistique de 14 opérations sans lavements opaques avec aussi une seule mort.

Il montre de plus combien les statistiques sont différentes d'après le nombre d'heures écoulées depuis le début, d'après l'aspect anatomique : c'est ainsi que le invaginations iléo-coliques et iléo-iliales ne sont pas réductibles par lavement. En prenant plusieurs statistiques et en les comparant, on arrive à avoir ces contradictions flagrantes.

A son avis, on ne peut absolument rien conclure.

Le rapporteur fait plusieurs objections au lavement ; la principale parait être le doute qui persiste souvent quand les images radioscopiques ne sont pas caractéristiques.

M. Mathieu croit la méthode du lavement fort dangereuse ; technique difficile, interprétation souvent délicate. Elle peut être indiqué dans les cas de diagnostic douteux.

M. Veau insiste sur le fait que le lavement opaque doit être fait par le chirurgien, à coté d'une salle d'opération.

Chirurgie chez les diabétiques. — *M. de Fourmestraux* veut insister sur certains points. Il est certain que l'emploi de l'insuline a transformé le pronostic des interventions chez les diabétiques.

S'il s'agit d'une opération faite d'urgence, le pronostic est très grave; mais l'insuline n'est pas indiqué d'une façon immédiate. Il faut avant tout lutter contre l'acidose, et on peut le faire par une injection intraveineuse de bicarbonate de soude.

En dehors de toute urgence, le malade gras doit être traité par l'insuline et par le régime des fruits pour le faire maigrir. L'amaigrissement rapide du malade est très bien supporté. Pratiquement, la dose doit être de 20 unités par jour en augmentant jusqu'à 1 unité par kgr.

L'auteur insiste ensuite sur l'azotémie de tels malades. Une azotémie faible n'est pas une contradiction absolue.

Les diabétiques azotémiques sont d'autre part très souvent hypochlorurémiques : le sérum hypertonique peut être indiqué.

Malheureusement, il y a des cas où existe une véritable insulino-résistance.

M. Sauvé insiste sur les bienfaits de l'insulinothérapie.

Ulcère peptique du jéjunum. — *M. Braine* présente une malade opérée il y a un an et demi d'une gastro entéros-

tomie, puis secondairement d'une résection gastrique. Il l'a traitée par une large résection gastro-jéjuno-colique.

Abcès appendiculaire mésocœliaque. — *M. Braine* présente une malade qu'il a opérée et guérie.

Infarctus massif de l'utérus et des deux annexes. — *M. Braine* montre la pièce opératoire. La malade est morte.

Tumeur du foie. — *M. Soupault* a enlevé cette tumeur pesant 350 grammes. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un adénome trabéculaire, en transformation maligne en certains points.

Fracture du corps vertébral de la 10e vertèbre sans signes médullaires. — *M. Sorrel* présente de belles radiographies.

G. MENEGAUX.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 janvier 1931

Traitement du cancer par le chlorure de magnésium et la pyoformine. — *M. Henri Dufour* présente une malade de 43 ans à laquelle en 1920 on a enlevé le sein gauche pour un cancer. En avril 1928, six mois après l'opération, apparut au niveau du sein droit, un deuxième noyau cancéreux qui augmenta rapidement de volume. La malade refusa une deuxième intervention. La tumeur envahit la glande mammaire, le mamelon devint croûteux et la peau adhérente, en pelure d'orange.

En août 1929 : douleurs dans la cavité abdominale, gastralgies, coliques, vomissements, diarrhées, douleurs lombaires. En même temps qu'un gros amaigrissement, l'ascite envahissait la cavité abdominale.

Admise à l'hôpital Broussais le 13 novembre 1929, la malade se trouvait dans un état lamentable, mais sans fièvre. Bientôt apparut un épanchement dans la plèvre gauche.

On notait les symptômes indiqués plus haut auxquels il faut ajouter la présence de ganglions dans l'aisselle droite, de ganglions au plis de l'aine, surtout developpés à gauche et une dissémination de grains carcinomateux, plus ou moins gros sous la peau du thorax et de l'abdomen. Le diagnostic n'est pas douteux ; cancer du sein avec généralisation.

Un prélèvement d'un ganglion inguinal gauche est examiné histologiquement. Voici le résultat fourni par la Faculté de médecine : « envahissement par des amas épithéliaux sous forme de tabès glanduliformes très régalièrement bordés de cellules cylindriques et de traînées diffuses atypiques ; il existe d'assez nombreuses mitoses, les amas métastatiques qui siègent au niveau de la corticale du ganglion se distinguent assez difficilement.

Dans le première ponction d'ascite, on trouva des cellules cancéreuses, l'inoculation du liquide au cobaye ne l'a pas tuberculisé.

L'ascite dut être évacuée sept fois de novembre 1929 à mai 1930. On retira chaque fois sept litres. De mai 1930 à janvier 1931, une seule ponction a été pratiquée en septembre. Au niveau des plèvres existait un épanchement qui a diminué (constation radiographique).

Les ganglions inguinaux sont en régression. La tumeur du sein droit est recouverte d'une peau normale, sans tendance à l'ulcération. La carcinose cutanée ne se développe plus. L'état général est satisfaisant, la malade s'alimente bien.

Le 10 mai 1930, l'hématologie était la suivante :

Globules rouges : 2.950.000.
Globules blancs : 9.700.
Eosinophiles : 14 %.
Le 7 janvier 1931 :
Globules rouges , 4.700.000.
Globules blancs : 8.200.
Eosinophiles : 3 %.

Avec quelques variantes au début, le traitement a consisté à donner chaque jour deux grammes de chlorure de magnésium et à faire depuis quatorze mois une piqûre quotidienne d'une ampoule de pyoformine dans la fesse.

Il faut évidemment compter avec la lenteur d'évolution de certains cancers, mais il y a en plus ici une involution dont témoignent des signes objectifs non douteux (diminution de l'ascite par exemple).

Deux autres malades ont été soumis au même traitement ; 1° une femme atteinte d'un cancer du col de l'utérus traitée en janvier 1928 par le radium. Elle est entrée à l'hôpital au début de 1930 avec une infiltration vésicale et des œdèmes des deux jambes par compression des veines du bassin. Après neuf mois de traitement, l'œdème de la jambe droite a disparu, celui de la jambe gauche a diminué des trois quarts. Elle a succombé à des hémorragies vésicales par perforation de la paroi et à l'infection. A l'autopsie il n'y avait aucune métastase viscérale ni ganglionnaire. Une masse névrotique siégeait à la partie supérieure de la vessie. Un seul ganglion gros comme une noisette fut trouvé cancéreux dans la fosse iliaque gauche.

2° Un homme de 64 ans encore vivant et porteur depuis avril 1929 d'une tumeur bourgeonnante et sténosante du rectum, encore soumis au traitement qui a commencé il y a six mois ; la masse cancéreuse est entrée en régression malgré une infiltration descendante de la paroi rectale. Le foie est gros et douloureux. Cependant les progrès de la maladie se font avec une lenteur qui a déçu tous les pronostics.

Tels sont les faits qui nous ont engagé à présenter cette communication. Il s'agit d'une méthode thérapeutique dont l'application doit durer des mois, peut-être des années et dont les doses médicamenteuses pourront être intensifiées.

Le traitement des algies chez les tuberculeux. — *M. Jean Paraf.* — Les algies, sciatiques ou cervico-brachiales sont fréquentes chez les tuberculeux pulmonaires.

Dans la plupart des cas, ces algies se présentent avec les mêmes caractères que celles survenant chez des non tuberculeux et ne paraissent en aucune façon liées à la tuberculose évoluant chez ces malades.

Elles sont justiciables des mêmes traitements, en particulier, des injections locales lipiodolées qui sont parfaitement tolérées.

Cancer primitif du poumon à marche aiguë et à début pseudo-pneumonique. — *MM. P.-M. Deschamps* et *S. Vialard* rapportent l'observation d'un malade de 35 ans, dont l'affection débuta brutalement comme une pneumopathie aiguë et évolua en sept mois vers la mort, sans qu'à aucun moment soient apparues de métastases. Histologiquement, il s'agissait d'un épithélioma atypique, bien que cliniquement on eut pu croire à un sarcome.

Un cas de leucémie myélogène avec tumeurs cutanées terminée en leucémie aiguë. — *MM. P.-Emile Weil* et *Isch-Wall* apportent le cas d'un malade atteint de leucémie myéloïde typique, chez qui l'apparition de tumeurs cutanées thoraciques annonça la transformation en leucémie aiguë : le malade mourut un mois et demi après, avec une proportion croissante de cellules souches dans le sang. Ils rapprochent ce cas de ceux déjà étudiés où l'apparition de tumeurs ganglionnaires, ou osseuses annoncent la transformation clinique et hématologique de la maladie chronique.

Paralysies périphériques observées chez deux hommes ayant subi une même intoxication par l'oxyde de carbone. — *MM. Georges Guillain, R. Thurel* et *H. Desoille* présentent deux malades qui, à la suite d'une même intoxication par l'oxyde de carbone, ont été atteints de troubles paralytiques périphériques, le premier d'une paralysie d'un membre supérieur, le second d'une paralysie d'un membre inférieur. Ces deux hommes, avec un autre de leurs camarades, s'étaient endormis dans une chambre chauffée par un feu de charbon de terre dans le foyer de la cheminée ; le lendemain ils furent découverts tous trois étendus par terre, l'un était mort, les deux autres dans le coma. Les deux survivants eurent consécutivement des troubles nerveux pour lesquels ils sont venus à la Salpêtrière. Chez le premier on constata après l'accident un gonflement œdémateux avec suffusions sanguines de la région sus-claviculaire droite et une paralysie amyotrophique des muscles de la racine du membre avec modifications des réactions électriques, troubles de la sensibilité dans le territoire du plexus cervical et du circonflexe. Le second malade a présenté une tuméfaction œdémateuse avec suffusions hémorragiques de la cuisse droite et une paralysie amyotrophique des muscles de la cuisse et de la jambe avec modifications des réactions électriques et troubles de la sensibilité dans le territoire du crural, de l'obturateur et du fémoro-cutané.

Les paralysies du type périphérique à la suite des intoxications oxycarbonées sont souvent dissociées, atteignant un membre ou un segment de membre, elles sont très fréquemment associées a des troubles vaso-moteurs accentués (œdèmes, ecchymoses, purpura). Ces paralysies ont un pronostic favora-


AROMATISÉE
agréable au goût
ZOMINE
DU PROFESSEUR RICHET
POIDS
refait du muscle
ZOMINE
Plasma musculaire de bœuf
cru, pur, sec et total
ANÉMIE
2 à 4 cuillerées à café par jour
TUBERCULOSE
2 cuillerées à bouche par jour
La ZOMINE se prend dans le potage
ou avec tout autre aliment tiède.
Aliment-Médicament
riche en vitamines
et en nucléo-albumines
LABORATOIRES LONGUET 34, RUE SEDAINE PARIS

ble qui s'oppose à celui des paralysies d'origine cérébrale ou médullaire qui est beaucoup plus sérieux.

L'origine névropathique des paralysies oxycarbonées soutenue jadis ne peut être prise en considération. Il ne s'agit pas non plus de polynévrites assimilables aux polynévrites toxiques. Ces paralysies sont déterminées par des foyers hémorragiques comprimant les nerfs ou par des hémorragies dans les gaines nerveuses. H. Claude a justement insisté sur ces faits dont on trouve des exemples nombreux dans la littérature. Les deux cas rapportés dans cette communication sont un exemple de ces névrites par compression ou de névrites apoplectiformes. Il est à remarquer que les paralysies du type central sont déterminées par des lésions hémorragiques ou par des troubles vaso-moteurs semblables.

Antisepsie profonde dans les processus infectieux par le complexe savonneux d'acridine. — *M. Maurice Renaud* expose que les complexes savonneux des substances organiques antiseptiques qui possèdent des propriétés si particulières grâce auxquelles l'accroissement de l'action spécifique et la diminution de la nocivité de leur composant permettent de traiter systématiquement et avec succès tous les états infectieux d'origine bactérien.

Le plus efficace et en tout cas le plus étudié de ces complexes est le savon d'acridine dont une très importante expérimentation clinique a établi d'une façon qui paraît indiscutable à l'auteur l'efficacité dans les conditions les plus diverses.

Dans les affections à lésions visibles, plaies infectées, phlegmons, furoncles, adénopathies, chancres mous, cancers ulcérés, l'amélioration est généralement immédiate et la guérison certaine dans des délais singulièrement courts. La suppuration peut dans la plupart des cas être évitée quand l'injection de savon est faite en temps opportun.

Dans les maladies à déterminations profondes, pneumonies, péritonites, appendicites, etc. la chute brusque de la température est le témoin de l'efficacité de la thérapeutique. On jugule ou tout au moins raccourcit la maladie et on évite les complications.

Dans les formes graves des maladies infectieuses : états typhoïdes, septicémies puerpérales, endocardites, l'action favorable du savon d'acridine a été mise hors de doute dans des observations nombreuses dont certaines sont particulièrement impressionnantes.

M. Maurice Renaud conclut de son expérimentation clinique que le savon d'acridine permet de réaliser sans risques et d'une façon absolument courante la cure des processus infectieux par cette antisepsie profonde qui n'était jusqu'ici qu'une méthode d'exception, peu sûre et toujours grosse de dangers.

Sur un cas d'ictère spirochétosique. — *MM. Loygue* et *Lemoine* (d'Amiens) rapportent un cas d'ictère spirochétosique survenu après quatre jours d'incubation et traité par la gonacrine. Le cas est intéressant du fait qu'après la première injection, il fut impossible à transmettre la maladie au cobaye.

Epilepsie bravais-jacksonnienne précédant le ramollissement cérébral. — *M. Sorel* (Toulouse) rapporte trois cas d'epilepsie bravais-jacksonnienne ayant précédé le ramollissement cérébral de 8 à 15 jours et tire de ces observations des déductions intéressantes.

Le diagnostic radiologique de l'appendicite chronique. — *MM. Paul Jacquet* et *Léon Gally*. — Si la présence d'un point douloureux au bord interne du cœcum représente un signe de première importance, la certitude ne peut être affirmée que s'il existe un syndrome radiologique associé qui traduit l'état de souffrance du carrefour inférieur constant dans l'appendicite et révèle la participation au processus réactionnel du colon droit lui-même et de la zone sphinctérienne iléo-cœcale.

Six heures après le repas opaque, chez l'appendiculaire, la baryte stagne encore en majeure partie dans l'iléon alors que chez le sujet sain elle s'est déversée en totalité dans le cœco-ascendant. L'iléon à l'écran est en péristaltisme avec fragmentation de l'image sous forme de taches séparées, distension gazeuse de certaines anses sous forme de bulles, effacement permanent ou intermittent de l'iléon dans ses derniers centimètres.

Le cœcum dans l'appendicite est constamment rétracté, donnant des images anormales par leur forme et par leur petitesse. Conique le plus souvent et rectiligne par son bord interne. il présente sur son bord externe une profonde incisure en regard exactement du point douloureux. Le cœco-ascendant est spasmé en masse, contrastant fréquemment avec l'aspect détendn du reste du gros intestin.

D'origine purement spasmodique et liées à l'appendicite ces déformations existent au repos et s'amplifient par la pression, douloureuse ou non, exercée sur la zone appendiculaire. Elles disparaissent par la distension réalisée par le lavement baryté donné sous moyenne pression et par l'anesthésie générale au moment de l'intervention, qui fait céder les spasmes.

Traduisant la participation réactionnelle du carrefour inférieur qui fait partie intégrante de l'appendicite chronique et associées au point douloureux du bord interne du cœcum, ces déformations sont très caractéristiques et permettent d'affirmer, même en l'absence de visibilité de l'appendice qui n'est nullement nécessaire, la lésion de cet organe.

M. Apert demande quelles modifications radiologiques on a pu observer chez les malades opérées.

M. Jacquet répond que quelques mois après l'intervention, il a pu en général constater sous l'écran la persistance de la stase iliale et du péristaltisme, mais qu'il n'a plus retrouvé l'encoche céphalée sur le bord du cœcum. Dans un certain nombre de cas, il n'existe plus aucune altération radiologique.

M. Chabrol pense que les images dont parle M. Jacquet pourraient bien être interprétées comme des images dues à la périviscérite.

M. Jacquet insiste à nouveau sur le caractère nettement spasmodique des déformations observées, et croit que l'on pose en pathologie digestive beaucoup trop aisément le diagnostic d'adhérences et de périviscérite en présence d'images semblables.

M. Cain croit pouvoir avancer qu'aucun des signes apportés par l'auteur de la précédente communication n'est caractéristique de l'appendicite chronique. On observe le retard du transit, les images spasmodiques de l'iléon, les déformations en encoche du cœcum dans les colites simples, et dans la tuberculose même dans ses manifestations les plus larvées.

M. Jacquet insiste sur la nécessité pour poser le diagnostic d'appendicite chronique de constater la triade symptomatique suivante : retard modéré de l'évacuation iléale (ne dépassant jamais 8 à 10 heures), péristaltisme de l'iléon, et modification du cœcum qui est conique avec son bord interne rectiligne et son bord externe déformé par une encoche en regard du point douloureux.

M. Gutmann fait remarquer qu'il faut en matière de radiologie distinguer les signes directs qui sont l'athopromonique et les signes indirects qui sont toujours suspects. Ces signes apportés par M. Jacquet sont des signes indirects qui ne permettent pas de conclure, car d'autres lésions de la même région donnent des images identiques. Du reste l'encoche spasmodique du bord externe du cœcum, mais il est difficile d'apprécier la localisation du spasme en regard de l'appendice dans cas où celui-ci n'est pas visible à l'écran.

MM. R.-A. Marquézy et *Pierre Flandrin* rapportent les observations de *deux cas d'anémies pernicieuses aplastique aiguë fébrile chez l'enfant.*

Le premier concerne un enfant de 4 ans. L'anémie de oscille autour de 800.000. Le nombre des globules blancs autour de 7 à 10.000 avec 23 % de polynucléaires neutrophiles, 129.000 plaquettes. Evolution fébrile hémorragique en quelques semaines toute thérapeutique étant restée inefficace (transfusion, ingestion et injection d'extrait hépatique, injection d'insuline).

Le second cas a trait à un enfant de 14 ans, entré dans le service du Dr Papillon dans la coma avec 39° et réaction méningée. Le nombre des globules rouges est de 562.000, celui des globules blancs de 2.600. Une transfusion de 200 cc. amène une véritable résurrection mais l'affection reprend vite son évolution grave sans rémissions. La mort survient en quelques jours. A l'autopsie, toute espèce de substance médullaire faisait défaut au niveau des côtes.

La seconde de ces observations est indiscutablement un cas d'anémie pernicieuse aplastique. La première présentait quelques particularités. L'absence de leucopénie, la persistance des éosinophites. Il existait en outre une très légère myéloïde. Il semble cependant que l'absence de toute déformation globulaire, la chute marquée des granulocytes, la gravité de l'évolution, l'inefficacité de toute thérapeutique autorisent à le classer dans le cadre des anémies aplastiques.

Aucune étiologie n'a pu être précisée. Toute thérapeutique est restée inopérante.

Séance du 23 janvier 1931

La cirrhose résiduelle à la suite des sténoses prolongées du cholédoque. — *MM. Noël Fiessinger* et *Guy Albot* ont observé deux faits d'ictère par obstruction prolongée des

grandes voies : le premier, ictère fébrile de deux ans, semblant attribuable à une lithiase, le second, ictère apyrétique de trois ans, par compression par un cysto-adénome d upancréas. Ces deux ictères guérirent et laissèrent persister une cirrhose hypertrophique avec grosse rate sans ascite. Dans ces deux cas l'exploration fonctionnelle biliaire, chromagogue, sucrée, ne permit de déceler aucun signe important d'insuffisance hépatique. La mort étant survenue dans le second cas par suite d'une tuberculose aiguë, les auteurs montrent que cette cirrhose étoilée et diffuse ne contient aucune trace d'angiocholite chronique. Rien, dans l'étude histologique ne permet d'attribuer cette cirrhose à une cause biliaire.

Cette cirrhose peut être obtenue chez le lapin quand la survie, à la suite d'une ligature aseptique, atteint six mois. **Noël Fiessinger** et **Roudowska** ont autrefois observé de cette façon des cirrhoses annulaires et, si les auteurs allemands ont échoué, c'est que les conditions de leurs expériences ne leur ont pas permis une aussi longue survie.

Cette cirrhose chez l'homme a comme caractéristique de ne pas s'accompagner d'ictère quand la cause d'obstruction cesse et de pouvoir rester figée sans aucun signe d'insuffisance hépatique. La comparant à certaines néphrites, les auteurs proposent de la nommer : cirrhose résiduelle.

Hémiplégie et épilepsie survenues à la suite d'intoxication par l'oxyde de carbone. — *M. Comby*.

Traitement des algies par injections locales de lipiodol. — *M. Coste*.

Abcès amibien du foie évacué dans les bronches et guéri par injection intra-veineuse d'émétine — *M. Petzetakis*.

Volumineux anévrysme aortique ayant simulé une néoplasie pulmonaire. — A l'occasion de la précédente communication de MM. P. Noël Deschamps et Mourrut, ***MM. A. Clerc, Mourrut*** et ***J. Schwob*** rapportent l'observation d'un homme de 41 ans, qui fut envoyé dans leur service hospitalier avec le diagnostic de cancer du poumon. Cet homme, ancien syphilitique, avait maigri considérablement et présentait de violentes douleurs dans la partie gauche du thorax, intolérables en raison de leur continuité. L'examen clinique révélait une zone étendue de matité avec silence respiratoire, tandis que, sous l'écran, se montrait une ombre volumineuse, à contours extérieurs arrondis et réguliers ; toutefois, au-dessous de la masse principale, en apparaissait une autre, moins volumineuse et assez grossièrement triangulaire. La radiothérapie calma les douleurs et les traitements spécifiques répétés, furent suivis du rétablissement des forces et d'une augmentation de poids qui passa de 48 à 63 kgr. Un an après cependant l'amaigrissement reparut, l'expectoration devint purulente, contenant de nombreux bacilles de Koch et le malade mourut comme un cachectique tuberculeux. A l'autopsie il existait une volumineuse ectasie de la crosse aortique, au début de la partie descendante, ayant refoulé le poumon en avant et comblée par une masse fibrineuse. Dans le lobe inférieur du poumon gauche existait une vaste caverne, entourée d'une zone d'infiltration tuberculeuse. Cette observation souligne une fois de plus, les difficultés et même les erreurs de diagnostic auxquelles peut prêter l'existence de certaines ectasies aortiques, profondes, quand la poche se trouve comblée et ne bat plus.

Un nouveau cas de tétanos grave guéri par la méthode de Dufour. — ***MM. Maurice Villaret, Haguenau, R. Wallich*** et ***Bernal*** présentent un nouveau cas de tétanos généralisé, guéri par la méthode préconisée par Dufour depuis 1925. Il s'agit d'une malade tardivement traitée, six jours après l'apparition du trimus et qui malgré une sérothérapie intense sous-cutanée, intra-musculaire et même intra-rachidienne fit au dixième jour des accidents bulbaires qui cédèrent lorsqu'on surajouta l'anesthésie chloroformique aux thérapeutiques précédentes. Les auteurs signalent par ailleurs que la malade présenta des accidents sériques graves avec érythèmes purpuriques et phénomènes d'insuffisance hépatique vraisemblablement liée à une intoxication chloroformique qui fut traitée avec succès par des injections quotidiennes d'extrait hépatique à hautes doses (1 gr. 50, correspondant à 150 grammes de foie de veau frais).

La poliomyélite en Grèce. — ***M. Petzetakis*** insiste sur les bons effets du sérum de convalescent employé à titre curatif.

Méningite à Friedlander. — ***MM. Comte*** et ***Lévy-Brutel*** rapportent un cas de méningite avec septicémie due au bacille de Friedlander. A l'autopsie, on trouva une méningite suppurée mais aucun foyer pyohémique viscéral ne peut être décelé. Les auteurs soulignent que le germe présentait quelques caractères aberrants : en particulier, il ne faisait pas virer la gélose lactosée tournesolée.

Les déséquilibrés de la circulation de retour. — ***MM. Ch. Laubry*** et ***Tzanck***. — Pour ***Laubry*** et ***Tzanck***, le système autonome de circulation de retour qu'ils ont individualisé constitue le véritable siège de l'automatisme régulateur réglant le débit du cœur lui-même.

Cet automatisme sujet à des variations physiologiques incessantes, peut se déséquilibrer dans les deux sens de la carence ou de l'excès de fonctionnement.

Sens aller à l'arrêt total (qui donne lieu à la syncope) la circulation de retour peut présenter un syndrome d'*hypotonie* ou « collapsus ». Ce syndrome, qui se retrouve avec ses constituantes cliniques dans des états morbides très divers (fièvre typhoïde à forme syncopale, choléra, péritonites, choc anaphylactique, etc.) est souvent mis sur le compte de manifestations purement toxiques.

Au contraire l'*hypertonie* de la circulation de retour semble jouer un rôle de tout premier ordre dans le syndrome d'œdème aigu du poumon et dans les manifestations hypertensives surtout paroxystiques. Elle explique les résultats si remarquables de la médication aujourd'hui classique de l'œdème aigu du poumon : saignée massive et injections de morphine : médication héroïque de l'hypertonie de la circulation de retour puisqu'elle agit à la fois sur la masse sanguine qu'elle diminue et sur la contraction des vaso-moteurs qu'elle inhibe.

Un nouveau cas d'anémie Biermérienne hépato-résistante. — ***MM. M. Labbé, R. Boulin*** et ***Soulié*** rapportent l'observation d'un homme de 62 ans atteint d'anémie grave : 3.340.000 globules rouge avec réaction mégaloblastique, et accompagné d'achylie gastrique. Le malade prit 1 kgr. 420 de foie sous des formes variées (foie cru, cuit, sec et extraits. Le résultat fut nul et la mort survint par déglobulisation progressive. A l'autopsie, on ne trouva aucune lésion viscérale susceptible d'expliquer l'anémie qui rentre dans le cadre des anémies de Biermer hépato-résistantes.

Septicémie à fièvre intermittente guérie par le novarsénobenzol. — *MM. Chabrol, Etchegoin* et *Waitz*.

L'épreuve sucrée amphogyre. — ***MM. Noël Fiessinger Joseph Dieryck*** étudient chez l'homme le mode de traversée organique pour des mélanges de sucres ne donnant pas de déviation au polarimètre. Comme sucres dextrogyres, ils ont utilisé le glucose et le galactose, comme sucre lévogyre, le lévulose. Ces mélanges amphogyres, glucose-lévulose, lévulose-galactose, à la dose globale de 100 gr., provoquent chez les sujets atteints d'affections hépatiques une élévation et un allongement de la courbe glycémique, dont l'anomalie est en proportion régulière avec les autres signes d'insuffisance hépatique. C'est ainsi que dans les cirrhoses avec grande insuffisance hépatique, dans les ictères d'hépatites aiguës, l'altération de la courbe glycémique est beaucoup plus marquée que dans les cirrhoses non évolutives et dans les ictères rétentionnels. On arrive donc à cette notion que la courbe glycémique est la même avec les sucres doubles qu'avec les sucres simples.

La courbe d'élimination urinaire est par contre tout à fait intéressante : si on étudie cette courbe dans les 24 heures qui suivent l'absorption des sucres, on observe plusieurs phénomènes intéressants :

1° L'élimination constante des sucres même à l'état normal dont la dose dans les 24 heures dépasse rarement le gramme.

2° La sélection de l'organisme pour les sucres, sélection d'autant plus marquée qu'il y a plus de signes d'insuffisance hépatique, l'urine donnant nettement la déviation à gauche après prise du mélange glucose-lévulose, et la déviation à droite après prise du mélange lévulose-galactose ;

3° Un rapport assez étroit entre les signes d'insuffisance hépatique et d'une part le taux total d'élimination des sucres et la déviation polarimétrique par sélection d'autre part.

De ces recherches les auteurs concluent que le pouvoir d'utilisation des sucres se classe dans l'ordre suivant : glucose, lévulose et galoctose. Le sucre le plus diffusible, celui qui ayant accompli sa traversée hépatique a le moins de chance d'être arrêté dans sa traversée tissulaire est le *galactose*.

Fièvre paratyphoïde B avec pyélocystite. — ***MM. M. Loeper*** et ***A. Lemaire*** rapportent un cas de paratyphoïde compliquée de pyélocystite dans lequel le bacille paratyphique B put être décelé dans le sang et dans les urines.

M. VALENTIN.

NÉCROLOGIE

Le Doyen Georges WEISS

De Strasbourg nous apprenons la mort du Dr Georges Weiss, ancien Doyen de la Faculté de médecine de cette ville. C'est pour nous un devoir de rappeler la belle existence scientifique, les importants services patriotiques et sociaux de cet Alsacien au cœur si chaudement, si vaillamment français.

G. Weiss, né à Bischwiller, le 26 août 1859, fit ses études secondaires au collège de sa petite ville natale, aux lycées de Strasbourg, où il entra en 1867, de Nancy, puis à Condorcet. Le jeune homme qui, selon son dire, aurait dans son enfance été un mauvais écolier (1) était devenu un brillant élève de mathématiques spéciales. Reçu à Polytechnique en 1879, il en sortit dans « la botte » et devint ingénieur des Ponts et Chaussées. Il vint à la médecine, plus tard, à la suite d'un dîner, avec le Prof. Tillaux, chez son beau-frère, Dr Schwartz.

Ses études antérieures le conduisirent naturellement à la Physique médicale. Licencié ès sciences physiques, docteur en médecine en 1889, il devint, la même année, agrégé de physique médicale à la Faculté de médecine de Paris. Chef des travaux, chargé de conférences, chargé de cours d'ophtalmométrie à la clinique de l'Hôtel-Dieu, il fut, en 1911, nommé professeur de Physique médicale, sixième titulaire de la chaire depuis sa création, le 4 décembre 1794, successeur de Pinel, Desgenettes, Pierre Pelletan, des deux Polytechniciens Gavarret (1844) et Gariel (1886). De nombreux travaux portant sur toutes les branches de la Physique médicale, cinq ouvrages didactiques, devenus rapidement classiques, traduisirent une activité scientifique des plus considérables, servie par un savoir aussi profond qu'étendu et par un esprit critique des plus sûrs. Membre de nombreuses sociétés savantes, il fut de l'Académie de médecine en 1907.

La guerre vint, le médecin s'effaça devant l'ingénieur. Il contribua à doter notre infanterie, reprenant les traditions du Maréchal de Saxe, de l'Empereur Napoléon, de l'admirable canon d'accompagnement de 37, notre artillerie du puissant canon Fillioux, du 155 G. P. F., dont grâce à sa patriotique activité, 8 groupes de 8 pièces étaient entrés en service en juin 1917, dix mois à peine après l'adoption du modèle. Inlassable, il prenait une part capitale aux recherches faites à l'Institut Marey en vue du repérage des batteries par le son.

La victoire venue, il accepta la lourde tâche de réorganiser la Faculté de médecine de Strasbourg, œuvre délicate entre toutes. Le fils de Bischwiller, la vaillante et française parmi les plus françaises des villes d'Alsace, quitta Paris et la brillante situation qu'il s'y était faite, et, avec une patiente et patriotique obstination, il s'efforça de rendre tout l'éclat d'avant l'Année Terrible à la chère Faculté dont il était le Doyen. Attirée par la flamme ravivée par son souffle, par l'enseignement de maîtres formés en terre d'Alsace ou venus à son appel des divers centres scientifiques de France, la jeunesse de France et de tous les pays est accourue s'instruire à Strasbourg. Jamais la Faculté ne fut si prospère, jamais ses bancs si remplis. L'ouvrage est solide et harmonieux, le Doyen Weiss a montré la voie, ses collègues, ses successeurs, la suivent dans le sen-

(1) G. Weiss. — Les mémoires d'un cancre, Alsace Française, 1923.

timent de culte passionné pour le pays et la science.

Lorsque vint l'heure de la retraite, le Dr G. Weiss eut pu avec satisfaction accepter le repos. Il semblait que les honneurs, que l'étoile de commandeur de la Légion d'honneur dont l'éclatant ruban rouge était venu en 1924, souligner le caractère énergique et fin de sa belle figure, lui assignaient de nouveaux devoirs. Médecin et Français de la frontière, connaissant les résultats désastreux des lois d'assurances sociales, tant en Alsace et en Lorraine que par delà le Rhin, il voulut écarter le danger de son pays et le signala, le 3 décembre 1929, du haut de la Tribune de l'Académie de médecine.

Toujours prêt à servir, à seconder ses confrères, ses jeunes, des conseils de sa longue et prudente expérience, lorsque la retraite lui eut fait des loisirs, il reprit avec joie ses recherches scientifiques, et seule la maladie a pu l'arracher à son labeur fécond.

Modeste et ennemi d'une bruyante renommée, il n'a pas voulu de funérailles solennelles, de discours et de fleurs, de cortège et de cérémonie. Il a voulu que, seuls ses proches et ses amis les plus chers le conduisent, au champ du repos, au pied des Vosges, près de sa petite ville de Barr. Sur sa tombe il a voulu seulement les sombres et odorantes branches de sapins de sa terre de Mittelberchkheim. Qu'il repose sous leur épais manteau au parfum prenant, des pensées iront retrouver fidèles ce fils d'Alsace, qui travailla de tout son cœur ardent et de son clair esprit pour la France tant aimée.

F.

La plupart de nos renseignements sont empruntés à l'article de Gelma à propos de sa croix de commandeur. *Strasbourg Médical*. 2 février 1926, pp. 22-23, avec un portrait.

Voir aussi : G. Weiss. — La formation du médecin. *Strasbourg Médical*, numéro des étudiants, 20 octobre 1928, pp. 417-424.

Une lettre du professeur Weiss à propos des Assurances sociales. *Presse Médicale*, 14 décembre 1929, n° 100, p. 1633.

LES LIVRES NOUVEAUX

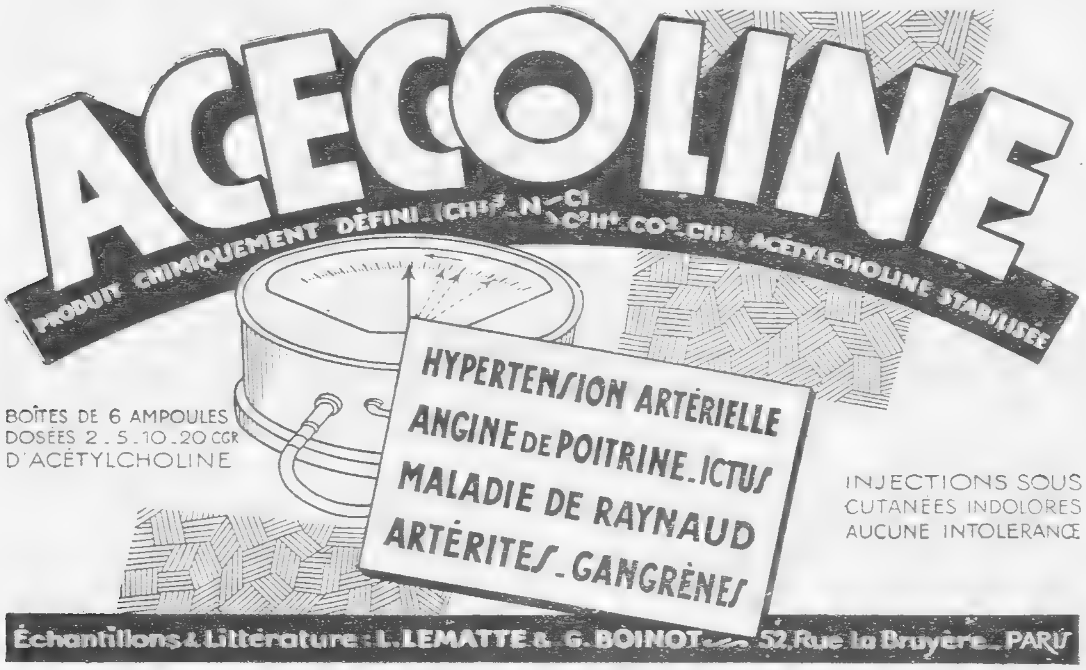
Une Histoire de la Médecine [1]

L'histoire de la médecine, un peu délaissée après la guerre, a trouvé un regain de faveur.

L'histoire de la médecine a toujours eu des adeptes fervents. On a pu observer particulièrement dans ces dernières années une floraison pleine de promesses dans ce champ d'études. Il manquait cependant un ouvrage moderne et complet recueillant les résultats des plus vastes recherches et mettant en juste lumière la part prépondérante à faire à la science latine dans l'évolution de la pensée médicale. Le professeur Castiglioni, de l'Université de Padoue, bien connu aussi du monde médical en France par ses études historiques très appréciées, a heureusement comblé cette lacune. Son *Histoire de la Médecine* offre dans une forme littéraire très brillante et très accessible au grand public, une source de culture médicale de tout premier ordre.

Le professeur Castiglioni étudie le problème de l'évolution de la science médicale à travers les siècles avec un plan très original et fort intéressant. Il considère dans son ouvrage la médecine comme une branche de la civilisation, examinant à chaque époque de l'histoire l'influence que la philosophie, l'art, les évènements politiques et sociaux eurent sur l'évolution médicale. Ainsi, chaque chapitre de ce livre présente un tableau dans lequel nous retrouvons les personnalités les plus intéressantes de l'époque et leurs ouvrages étudiés du point de vue de leur relation avec la

(1) A. Castiglioni, professeur d'Histoire de la médecine à l'Université de Padoue : Histoire de la médecine. Traduction par J. Bertrand, agrégé de l'Université et F. Gidon, professeur à l'école de médecine de Caen. In-8. 279 gravures. Prix : 120 fr. Payot, éditeur, 106, boulevard St-Germain, Paris.


ACECOLINE
PRODUIT CHIMIQUEMENT DÉFINI
ACÉTYLCHOLINE STABILISÉE
BOÎTES DE 6 AMPOULES
DOSÉES 2 . 5 . 10 . 20 CGR
D'ACÉTYLCHOLINE
HYPERTENSION ARTÉRIELLE
ANGINE DE POITRINE . ICTUS
MALADIE DE RAYNAUD
ARTÉRITES . GANGRÈNES
INJECTIONS SOUS CUTANÉES INDOLORES
AUCUNE INTOLÉRANCE
Échantillons & Littérature : L. LEMATTE & G. BOINOT 52, Rue la Bruyère, PARIS


la DYSMÉNASE
du Docteur MENDEL
Spécifique de la Dysménorrhée de la Jeune fille
POSOLOGIE
Deux comprimés par jour; à 10 heures et 5 heures, absorbés en nature ou dissous dans un peu d'eau.
Littérature et Échantillons : Laboratoire de la LACHÉSINE, 2, rue Demours, PARIS-17e

SUR LA ROUTE D'HIVER DES ALPES EN AUTOCARS P. L. M.

Jusqu'au 21 mars, les cars P. L. M. de la Route d'hiver des Alpes vont de Nice à Aix-les-Bains et d'Aix-les-Bains à Nice en trois étapes d'une journée chacune : Nice-Digne : Digne-Grenoble : Grenoble-Aix.

A partir du 1er avril, les deux étapes Digne-Grenoble et Grenoble-Aix, n'en font plus qu'une d'un seul jour

Départ jusqu'au 28 février, de Nice les lundi et vendredi ; d'Aix-les-Bains les lundi et jeudi.

Départs tous les jours, dans les deux sens du 1er mars au 20 mai.

médecine. C'est ainsi que les mages et les législateurs, les philosophes et les alchimistes, les écrivains de la Grèce et de Rome, les grands penseurs du monde islamique et les artistes de la Renaissance trouvent leur place dans cette œuvre où Dante et Pétrarque, Galilée et Descartes, Voltaire et Rousseau voisinent à côté des grands médecins de leur temps. L'auteur a apporté des soins tout particuliers à l'étude des grandes périodes historiques : la médecine hippocratique et romaine, la grande école laïque de Salerne et celle de Montpellier, la renaissance de l'anatomie dans le XVe siècle, la grande œuvre des maîtres italiens et français du XVIe siècle sont le thème de quelques chapitres fort remarquables qui seront lus avec le plus grand plaisir par quiconque désire s'informer sur l'histoire de la civilisation européenne.

Signalons le beau chapitre dans lequel est traitée l'histoire des sciences médicales pendant le XVIe siècle avec quelques considérations très intéressantes sur l'action de l'école philosophique française sur les systèmes de la recherche médicale. Ce qui constitue une partie non moins importante de l'œuvre du professeur Castiglioni et qui sera apprécié par les lecteurs français, ce sont les deux derniers chapitres, consacrés à l'histoire de la médecine du commencement du XIXe siècle jusqu'à nos jours. C'est avec satisfaction que nous y trouvons, très bien marquée, l'importance que l'école des grands cliniciens français, essentiellement hippocratique, eut sur le développement de la médecine moderne. L'Auteur trace distinctement les notes caractéristiques de la mentalité médicale néolatine, comparée à celle anglo-saxonne durant les périodes des grandes découvertes de la microbiologie, faisant large part à l'œuvre de Pasteur et de Villemin. Il termine son ample étude en démontrant le retour de la médecine, dans l'après-guerre, à une conception hippocratique, c'est-à-dire à cette tendance des recherches cliniques basées sur l'étude de l'individualité du malade, qui trouva ses premiers et plus éminents maîtres et précurseurs parmi les cliniciens français et italiens de la première moitié du dernier siècle. En résumant rapidement cette œuvre, nous n'avons pu qu'essayer de donner une idée générale des études que le professeur Castiglioni a accomplies et qui sont fondées sur une exacte documentation historique. Ce livre, qui a eu en Italie un très grand succès et qui a été l'objet des quelques études critiques très larges, non seulement dans les revues médicales, mais encore dans les grands quotidiens, trouvera aussi parmi les médecins et le grand public de France un accueil très sympathique. Il démontre chez son auteur des qualités qui dénotent un historien avisé et le classent parmi les grands écrivains médicaux de notre époque.

Echos et Glanures

La science dans sa lutte contre la mort. — Tel est le titre d'un article que A. Kouliabko vient de publier dans la *Revue générale des Sciences* (15 décembre 1930) et voici l'analyse que M. Henri de Varigny en donne dans le *Journal des Débats* :

« Un physiologiste russe bien connu, à qui sont dus des travaux de grand intérêt propose de fonder une association ou un comité international pour l'étude des phénomènes de la mort. Il juge que la mort mérite d'être étudiée de plus près au point de vue scientifique, et il a raison, quand ce ne serait que pour découvrir un signe certain et pratique de la réalité de la mort, pour éviter les inhumations prématurées. La proposition de M. A. A. Kouliabko a été adressée à un confrère de la Havane, le Dr Hernandez, qui a déclaré, en 1922, au Congrès médical de l'Amérique latine, que « la muerte es, en principio, evitable ». Proposition qui sent un peu le paradoxe, déclare Kouliabko, mais qui sait ?

Ce qui, dans l'affaire, intéresse le physiologiste russe, c'est avant tout l'analyse du phénomène de la mort, la connaissance

exacte des étapes de celle-ci. Car la mort est un phénomène graduel, qui se montre à l'occasion réversible. C'est-à-dire qu'il est possible de faire une partie seulement du trajet et de rebrousser chemin ensuite. La mort apparente est un phénomène connu, mais qu'il faudrait connaître davantage, de façon plus exacte. Et il conviendrait de chercher jusqu'où peut aller la mort sans devenir définitive.

Comme le dit Kouliabko dans son étude remarquablement intéressante, c'est un fait familier au physiologiste qu'à ce qu'on appelle le moment de la mort, « rien n'est mort ». Quelques fonctions se sont ralenties et sommeillent ; voilà tout. Mais elles peuvent être réveillées et souvent elles le sont ; chaque jour, on rappelle à la vie des noyés, des asphyxiés, des électrocutés, qui, si on ne s'en occupait pas, entreraient dans la mort définitive. Rien n'est mort chez eux, malgré les apparences, malgré l'immobilité, l'arrêt de la respiration, la cessation des battements cardiaques, et il y a des organes et des tissus qui présentent encore la vie plusieurs jours après la mort générale commençant au dernier soupir. Le fait est très amplement démontré chez les animaux et chez l'homme. Et tel organe essentiel, comme le cœur, est devenu immobile, peut reprendre son activité. Ainsi Hédon et Gilis, en 1892, ont vu le cœur d'un guillotiné battre à nouveau quand ils injectèrent du sang artificiel dans les artères coronaires.

D'autres physiologistes ont amené à battre de nouveau un cœur arrêté depuis plus de deux heures, et Kouliabko lui-même, par ses expériences, a reculé cette limite ; il a vu l'activité du cœur reprendre chez le lapin après des jours entiers d'immobilité. Il s'agissait là de cœurs pris à des animaux tués en pleine santé, de cœurs isolés de ceux-ci et conservés en conditions favorables dans le laboratoire. Mais en irait il de même de cœurs d'animaux morts de maladie ? Kouliabko a tenu fort naturellement à se renseigner sur ce point. Et il a constaté que le cœur d'un lapin mort depuis 12 heures, séparé du cadavre et soumis à la circulation artificielle se remet parfaitement à battre. Et il reste capable de ce faire deux heures après.

Le cœur humain ferait-il de même ? L'expérience fut faite sur le cœur d'un enfant mort de pneumonie double depuis 20 heures. Et le cœur marcha... Cela se passait en 1902. Depuis, divers expérimentateurs ont vérifié le fait et une des conséquences de leurs recherches a été de suggérer l'application du massage au cœur inhibé : la méthode s'est révélée fort intéressante pour la réanimation du sujet en état de mort apparente : syncopés, noyés, etc...

Mais le fait que le cœur du sujet mort de maladie, retiré du corps 20 heures après sa mort, et soumis à la circulation artificielle, se remet à battre, ne prouve pas que l'on pourrait remettre en marche le cœur resté en place. L'expérience, jusqu'ici, montre que non : au moins avec un sérum artificiel. Mais avec du sang ? C'est là une autre question. Et elle se complique de ce fait évident que si l'on veut réanimer l'organisme, il ne suffit pas de remettre en marche le cœur, il faut que le système nerveux puisse reprendre son activité. Or, de façon générale, les éléments nerveux paraissent être de ceux qui meurent le plus vite, et encore le sérum artificiel ne paraît pas entretenir leur vie. Alors, serait-il besoin d'une transfusion sanguine générale ? Cela ne serait guère pratique chez l'homme, à la vérité. Et pourtant, à en juger par ce qui se passe chez l'animal, cette transfusion serait excellente pour le système nerveux. C'est ce qui ressort d'une expérience sensationnelle qui fut faite récemment en Russie par S. Brukhonenko et Tchetchouline, sur le chien, par la méthode de la « heart-lungs preparation » du très distingué physiologiste anglais Starling. L'expérience consiste en ce cas à isoler la tête d'un chien par décapitation, mais en laissant intacte la connexion avec les poumons et le cœur. La tête continue à vivre, irriguée par le sang propre de l'animal qui s'aère dans ses poumons propres un mécanisme assurant le mouvement rythmique de ceux-ci. Conditions bien artificielles, évidemment. Mais la tête vit : cela n'est pas douteux, et elle vit même quand un intervalle d'une heure s'écoule entre la décapitation et la mise en train de l'expérience. Preuve que le système nerveux, comme le cœur, peut rester un certain temps en mort apparente, en état de vie suspendue. L'expérience a été faite par E. A. Hernandez aussi, avec le même résultat. Démontre-t-elle que l'on pourrait espérer réanimer un sujet mort de maladie ? C'est ce que l'on cherchera sans doute, bien qu'à vrai dire, il semble que ce devra être peine perdue en beaucoup de cas, en raison de modifications graves et nombreuses effectuées par les maladies dans l'ensemble de l'organisme et qui manquent chez le noyé, l'électrocuté ou l'asphyxié que l'on réussit couramment à réanimer.

Evidemment, l'intérêt du travail de Kouliabko est considéra-

ble. Car il montre que la mort ne devient un état irréversible qu'après un délai plus considérable qu'on ne pensait. La mort définitive met des heures, des jours peut-être à s'établir et la vie suspendue ou ralentie peut, en certains cas, durer des semaines. La mort appelle des recherches nouvelles qui certainement se feront.

Une lettre du Dr Calmette au Sénat de Lübeck. — La *Germania* publie le texte d'une lettre adressée au Sénat de Lubeck par le Dr Calmette, dans laquelle ce dernier prie les autorités de Lubeck de continuer à accorder leur confiance aux professeurs Deicke et Altstaedt, déclarés responsables de la catastrophe infantile à la suite de la vaccination contre la tuberculose avec des cultures de B. C. G. et de les réintégrer dans leurs fonctions. Le Dr Calmette estime qu'il serait injuste de reprocher à ces deux savants d'avoir fait profiter leurs concitoyens de la méthode de la vaccination B. C. G., attendue qu'elle a été reconnue inoffensive par une commission d'experts de la section d'hygiène de la Société des Nations, dont faisait partie le professeur Neufeldn, président de l'Institut Robert Koch, à Berlin, et qu'elle a été appliquée avec succès par de nombreux pays et notamment e Berlin et à Breslau.

Le Dr Calmette fait, en outre, remarquer que l'erreur commise à Lubeck vient notamment du fait que l'hôpital de Lubeck ne possède pas les instruments nécessaires à la préparation des cultures du B. C. G. et que le personnel technique à la disposition du médecin-chef n'était pas à la hauteur de sa tâche.

A propos de la vocation médicale. — *La Revue de France (15 janvier 1931) vient de publier un article de M. le professeur Sergent sur la Pléthore médicale, article destiné au grand public et dont voici un extrait :*

« ... Tout d'abord peut-on admettre que l'étudiant qui vient prendre sa première inscription dans une Faculté ou une Ecole de médecine a réellement la « vocation » ? Combien de médecins ont pu se laisser aller, après quelques années d'études ou d'exercice professionnel, à regretter d'avoir écouté les voix intérieures et bien indistinctes qui les appelaient vers la médecine ! Peut-on vraiment avoir la « vocation », c'est-à-dire se sentir irrésistiblement attiré vers une carrière, vers une profession, vers un apostolat... si on n'en connaît pas les obligations, les satisfactions, les déceptions, les responsabilités ?

Et comment avoir cette connaissance si on ne l'a pas acquise par l'exemple d'un aïeul, par la vie en commun avec le père médecin ? Ils étaient nombreux, naguère encore, les fils de médecins, devenus médecins eux-mêmes. Nombreuses étaient les familles « médicales », dans lesquelles, de père en fils, les générations de médecins se succédaient. Ces exemples deviennent plus rares.

Peut-être faut-il chercher la cause de cette raréfaction dans les difficultés de plus en plus grandes qui périssent. L'exercice de la profession médicale la font moins « libérale », la rendent moins indépendante et plus administrative, en même temps peut-être, que moins lucrative que tant d'autres professions qui n'exigent pas de si longues études ?

Je crois bien que bon nombre de fils d'honnêtes praticiens, qui, depuis leur petite enfance, ont été les témoins du labeur incessant de leur père, qui ont assisté à ses heures de lassitude et de découragement, qui ont compris que sa peine ne recevait pas la récompense matérielle qu'elle méritait, ne se sont point poussés par le désir de mener la même existence de galérien !

Et cette constatation est fort pénible, car elle tend à nous montrer que si l'encombrement de la profession médicale va s'accentuant chaque année, nous n'avons plus la garantie ni la consolation d'y trouver les éléments réconfortants de la « famille médicale ».

Si les fils de médecins s'écartent de la carrière médicale, les fils de fonctionnaires s'y précipitent. Ils ont connu les budgets étriqués, la liberté d'action écrasée sous le joug des règlements, ils aspirent à une situation plus dorée et à une indépendance plus large ; ils s'imaginent qu'ils vont trouver la réalisation de ce double espoir dans la profession médicale ; car ils entendent parler de quelques « grands chirurgiens », de quelques « grands médecins » dont la situation les éblouit ; mais ils ne savent pas que ceux-ci sont l'exception et qu'à côté d'eux, nombre de médecins — moins bien servis par la chance — gagnent péniblement leur vie et celle de leur famille... »

Quelles sont les raisons qui amènent tant de jeunes gens à embrasser la carrière médicale ? Les uns, sont des fils d'universitaires, par qui la carrière médicale « a sur la carrière professorale d'un scientifique ou d'un littéraire, l'avantage d'ajouter au traitement universitaire les « bénéfices » de l'exercice professionnel ».

D'autres « ont durant leur année de philosophie, lu Claude

Bernard ; ils ont aimé les sciences « naturelles » ; ils rêvent de s'attarder aux études biologiques ». D'autres — peu nombreux — rêvent de se consacrer à un véritable apostolat « ils comprendront trop tard, hélas ! écrit M. le professeur Sergent, qu'ils auraient mieux fait de se faire prêtres ou pasteurs ».

Le bouleversement des situations familiales a accéléré la pléthore médicale.

Les jeunes filles, « les fils de famille », qui avant la guerre, n'auraient pu envisager l'idée d'exercer une profession ou, tout au moins, de consentir à embrasser une autre carrière que celle de l'armée ou de la diplomatie, ne rougissent plus de « se faire médecins », car « il faut vivre ». « A l'opposé de ce contingent se dresse une catégorie plus nombreuse, plus envahissante, celle des enfants de « nouveaux riches » qui ne « s imposent pas plus à nos suffrages », écrit M. Sergent, que tous ceux des autres catégories ; je ne crains pas d'ajouter qu'ils n'ont peut-être pas toujours reçu la formation ancestrale qui, tout de même, n'est pas constamment négligeable ». L'appât des fonctions que l'évolution de plus en plus « sociale » de la médecine va offrir aux futurs médecins est une autre cause d'encombrement de la profession médicale.

« Contre l'état pléthorique nos grands-pères recouraient à la saignée : contre l'encombrement pléthorique de la profession médicale, dit M. le professeur Sergent, nous devons nous inspirer de cet enseignement du passé : armons-nous de la lancette libératrice. »

M. le professeur Sergent termine par quelques réflexions sur la répartition de cette pléthore et sur le rôle freinateur que pourrait jouer l'institution de l'Ordre des médecins. « On peut se demander si en ce temps de « fonctionnarisation » de la médecine professionnelle, il ne serait pas possible de créer dans les campagnes, des postes comportant un traitement fixe, avec logement assuré par les soins de la commune... ». «... Pour ce qui est du rôle freinateur que pourrait être appelé à jouer l'Ordre des médecins, je n'y crois guère écrit M. le professeur Sergent ».

Le coût des assurances sociales par tête d'habitant. — M. Pierre Laval, ministre du travail, vient de recevoir du Bureau international du travail (section des assurances sociales), un rapport concernant les charges des assurances sociales, calculées par assuré et par habitant, dans les pays où elles fonctionnent.

En Allemagne, la charge moyenne, par *assuré-ouvrier*, est évaluée à 144 marks.

Quant au calcul de ces charges par *tête d'habitant*, il s'effectue sur les bases suivantes : en 1927, chaque Allemand supportait à ce titre, une charge de 70 marks 09 (424 francs papier 97).

En 1928, cette charge a été portée à 82 marks 61 soit 502 francs papier 96).

En Angleterre, la charge moyenne, par tête d'habitant n'atteint, tout compte fait réparation des accidents du travail ; assurances maladie, maternité, invalidité ; assurances vieillesse, décès ; assurances chômage) que 3 livres 48, soit 87 francs-or 83, soit 432 francs 99... (*L'Œuvre*).

Rapprochement entre un passage de Montaigne et la pièce de M. Jules Romains : « Knock ou le triomphe de la médecine ». — M. Jacques Patin reproduit dans *Figaro* (10 janvier 1931) le texte d'un passage de Montaigne, extrait de l'essai intitulé : *De la ressemblance des enfants aux pères* (livre II, chap. XXXVII) et se demande si M. Jules Romains s'en est inspiré pour écrire Knock. « C'est peut-être s'avancer beaucoup, dit M. Jacques Patin que prétendre avoir trouvé dans les « Essais » l'origine d'une pièce aussi moderne que : *Knock ou le Triomphe de la médecine* ». Voici ce passage dont le texte est emprunté à l'édition du Dr Armaingaud. On ne retiendra que les lignes imprimées en italique :

Le baron de Caupene en Chalosse (1) et moy avons en commun le droict de patronage d'un bénéfice qui est de grande estendue, au pied de nos montaignes, qui se nomme Lahontan. Il est des habitans de ce coin, ce qu'on dit de ceux de la vallée d'Angrougne : ils avoient une vie à part, les façons, les vestemens et les meurs à part ; régis et gouvernez par certaines polices et coustumes particulières, receuës de père en fils, ausquelles ils s'obligeoient sans autre contrainte que de la reverence (2) de leur usage. Ce petit estat s'estoit continué de toute ancienneté en une condition si heureuse que aucun juge voisin n'avoit esté en peine de s'informer de leur affaire, aucun advocat employé à leur donner advis, ny estranger appelé pour esteindre leurs querelles, et n'avoit on jamais veu aucun de ce destroict (3) à l'aumosne. Ils fuyoient les alliances et le com-

(1) Petit pays de Gascogne, dont la ville principale est Aire-sur-l'Adour.
(2) Respect.
(3) District.

merce de l'autre monde, pour n'altérer la pureté de leur police : jusques à ce, comme ils recitent, que l'un d'entre eux, de la memoire de leurs pères, ayant l'âme espoinçonnée d'une noble ambition, s'alla adviser, pour mettre son nom en credit et reputation, de faire l'un de ses enfants maistre Jean ou maistre Pierre ; et, l'ayant faict instruire à escrire en quelque ville voisine, en rendit en fin un beau notaire de village. Cettuy-cy, devenu [grand], commença à desdaigner leurs anciennes coustumes et à leur mettre en teste la pompe des regions de deça. Le premier de ses comperes à qui on escorna une chevre, il luy conseilla d'en demander raison aux juges royaux d'autour de la, et de [cettuicy] à un autre, jusques à ce qu'il eust tout abastardy. *A la suite de cette corruption, ils disent qu'il y en survint incontinent un autre de pire consequence, par le moyen d'un medecin à qui il print envie d'espouser une de leurs filles et de s'habituer parmy eux. Cettuy-ci commença à leur apprendre premierement le nom des fiebvres, des reumes et des apostumes, la situation du cœur, du foye et des intestins, qui estoit une science jusques lors tres-esloignée de leur connoissance ; et au lieu de l'ail, dequoy ils avoyent appris à chasser toutes sortes de maux, pour aspres et extremes qu'ils fussent il les accoustuma, pour une tous ou pour un morfondement, à prendre les mixtions estrangeres, et commença à faire trafique, non de leur santé seulement, mais aussi de leur mort. Ils jurent que depuis lors seulement ils ont aperçeu que le serain leur appesantissoit la teste, que le boyre, ayant chaut, apportoit nuissance, et que les vents de l'automne estoyent plus griefs que ceux du printemps ; que, depuis l'usage de cette médecine, ils se trouvent accablez d'une legion de maladies inaccoustumées, et qu'ils apperçoivent un general deschet en leur ancienne vigueur, et leurs vies de moitié raccourcies. Voyla le premier de mes contes.*

M. Jacques Patin rappelle que M. Louis Batcave, a publié en 1901, dans la *Revue des Etudes Historiques*, un article sur ce passage de Montaigne.

« Après avoir fait l'historique du village de Lahontan, dans la région d'Orthez, l'auteur y explique comment Montaigne était devenu copatron de Notre-Dame de Lahontan. Il en avait reçu le titre de son oncle, Pierre Eyquem, seigneur de Gaujac, avocat en la cour du Parlement de Bordeaux et homme d'Eglise, titulaire de diverses cures en Périgord et en Agenais, chanoine de Saint-André et Saint-Séverin de Bordeaux, en outre curé de Lahontan, « dont la cure était à la nomination de famille ».

« Le souvenir de Montaigne, ajoute M. Batcave, n'était pas perdu à Lahontan et dans la contrée avoisinante, où, sous forme de locution proverbiale, on disait malicieusement en béarnais : « Notaire de Lahontan, médecin de Lahontan », pour désigner les notaires et les médecins dont les soins ou les actes sont de nature à plus agréablement satisfaire leur bourse que leur client. »

Emile Faguet (Seizième siècle, Etudes littéraires) a cru voir dans ce passage des *Essais* une critique de l'utilité de l'instruction.

D'après M. Louis Batcave « si Lahontan avait eu son homme de loi, s'il avait eu aussi son médecin, c'est qu'à peu de distance de ce village, à Orthez, Jeanne d'Albret venait de fonder une université florissante où enseignaient des professeurs réputés et où le droit et la médecine avaient obtenu des chaires.

« La véritable patronne de Knock serait donc, en définitive, Jeanne d'Albret, fille d'Henri II de Navarre et mère de Henri IV. »

Inefficacité de la persuasion individuelle dans la lutte contre la restriction natalitaire. — De M. Ludovic Naudau dans l'*Illustration* (17 janvier 1931) :

« ... Mon point est qu'on fera fausse route aussi longtemps qu'on exhortera l'individu, les individus pour obtenir d'eux qu'ils effectuent, en ordre dispersé, une réforme des mœurs qui les ramènerait à la fécondité. Celle-ci ne sera jamais réalisée que par une transformation globale du corps social. Compter sur la persuasion individuelle en cette difficulté, c'est dérision pure... ».

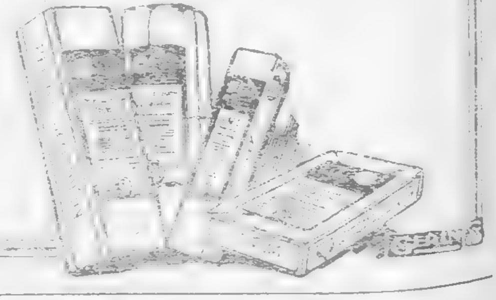
. . . .

Ayons la franchise de le reconnaître, l'individu, en tant qu'individu, *n'a pas besoin* de se donner plusieurs enfants. Lui seul est juge du parti qu'il entend adopter à cet égard. Tant que la société l'abandonnera à lui-même, l'individu, s'il a ce malheur de ne point être soutenu par une absolue confiance dans la miséricorde divine, se sentira trop faible pour entretenir une grande famille ». En un mot, MM. les législateurs, il faut aux foyers *nombreux une protection...* ».

Désastreuse pour l'Etat, la restriction natalitaire est au contraire considérée comme avantageuse pour l'individu. Il est donc déraisonnable de vouloir persuader à l'individu de s'obérer en accomplissant un devoir dont l'Etat persiste à se désintéresser. L'Etat s'en désintéresse quand, en fait, c'est avant tout, à lui que la procréation est nécessaire. Qu'il fasse enfin son devoir vis-à-vis de lui-même en prenant des dispositions stimulatrices de la natalité... ».

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMP. THIRON ET CIE. — R. C. 4264





Bureau P. L. M. de Grasse, avenue Thiers

Dans ce bureau de ville, tout nouvellement créé, les voyageurs trouvent tous renseignements concernant les voyages en chemin de fer et en autocars.

Ils peuvent s'y procurer des billets de chemin de fer au départ de Grasse et faire enregistrer leurs bagages pour la destination définitive.

Ce bureau délivre également des billets d'autobus pour le service « Grasse-Cannes ».

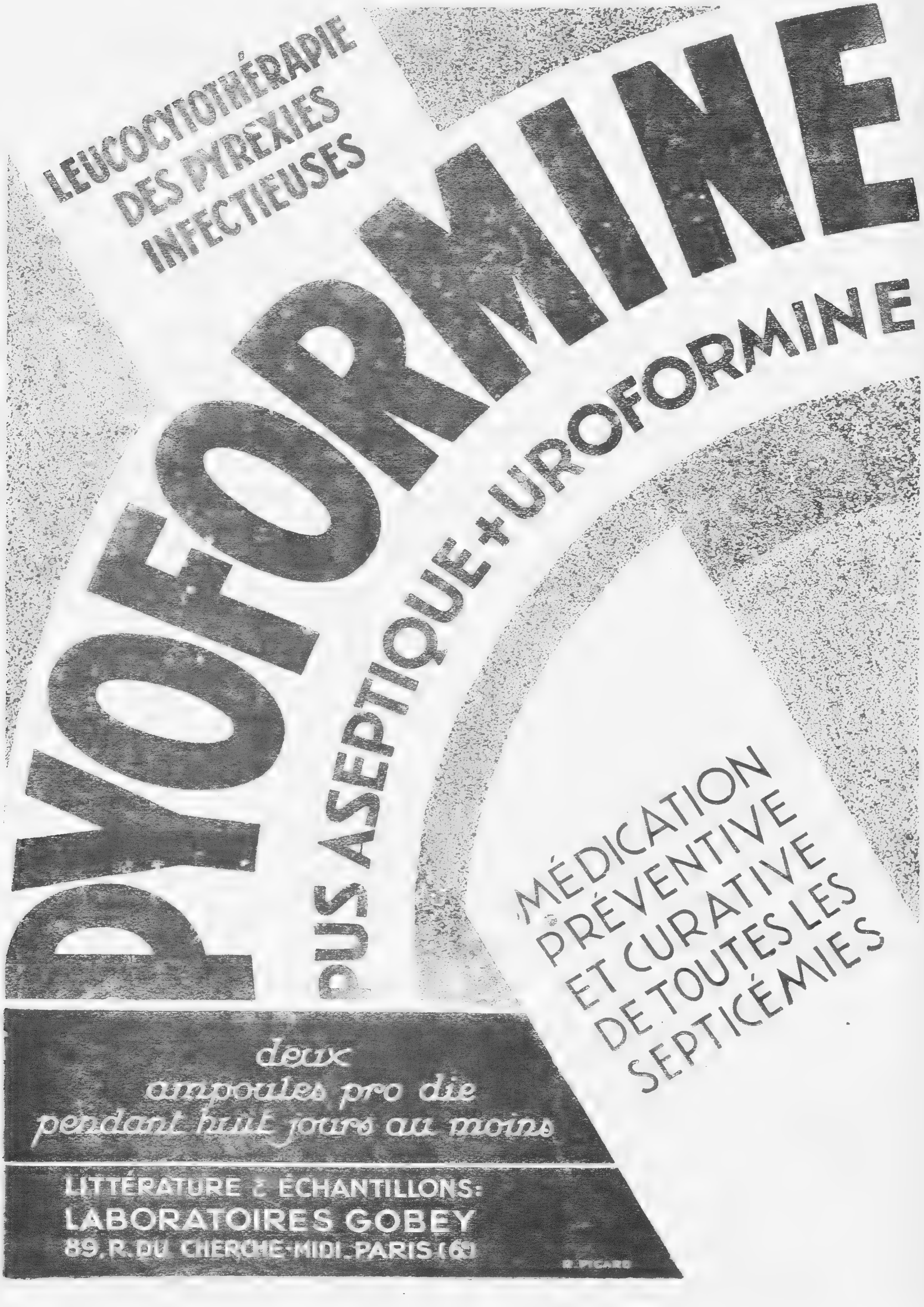
Il assure la location des places dans les trains au départ de Cannes.

N° 7 — LE NUMÉRO : 50 Centimes — 14 FÉVRIER 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE


LEUCOCYTOTHÉRAPIE
DES PYREXIES
INFECTIEUSES
PYOFORMINE
PUS ASEPTIQUE + UROFORMINE
MÉDICATION
PRÉVENTIVE
ET CURATIVE
DE TOUTES LES
SEPTICÉMIES
deux
ampoules pro die
pendant huit jours au moins
LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS:
LABORATOIRES GOBEY
89, R. DU CHERCHE-MIDI, PARIS (6)

NOUVELLES

Concours pour quatre places de chirurgien des hôpitaux. — *Jury après acceptation.* — Sept chirurgiens : MM. Basset, Gosset, Houdard, Mauclaire, Schwartz, Lardennois, Cunéo ; quatre censeurs : MM. Huet, Gouverneur, Bergeret, Bloch (Jacques).

Jury de nomination du concours d'électro-radiologiste après acceptation. — MM. Chicoto, Mme de Brancas, MM. Aubourg, Duhem, Guillain, Mauclair, Gernez.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Bichon (de Blain), Bosredon (de Bordeaux), Boulonnier (de Paris), Buisson (de Mortain), Chevalier (de Versailles), Gaudin (de Marennes), Girod (de Chambéry), Janicot (de Saint-Marc à-Loubaud), Kerambrun (d'Hédé), Laden (de Paris), Méloche (de Saint-Nazaire), Peigney (de Dinard), Tacquet (d'Abbeville).

M. Varenne, pharmacien colonel (de l'hôpital militaire Bégin.)

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Antonin (de Marseille), le médecin capitaine Bergeret : Fetous (de Saint-Pierre-du-Mont), Bouyer (de Saint-Egrève), Brahy (de Mirecourt), le médecin commandant Brugeas ; Carrière (de Malaucère), Chardon (d'Annœuillin), Culot (de Maubeuge), Descombins (de Montceau-les-Mines), Dieuzeide (de Dijon), Georgeot (de Monthureux-sur-Saône), Grorichard (de Dôle), Grumbach (du Péage-de-Roussillon), Guri (d'Urmatt), Hudelo (de Paris), Leriche (de Joigny), Louart (de Wattignies), Leuct (de Beauvais), le médecin commandant Lubet : Monnot (d'Alger), Reygasse (de Cugnaux), Rudler (d'Auxerre), Sautier (de Cluses), Soum (de Carcassonne), Lomé (de Togo), Vignoli (de Salon).

A la mémoire de Marcel Lermoyez. — Les amis, les collègues et les élèves du docteur Marcel Lermoyez, désireux de perpétuer son souvenir, ont décidé de demander au sculpteur Desruelles de graver son effigie en médaille.

Tout souscripteur d'une somme de 100 francs recevra un exemplaire de la médaille.

Les souscriptions doivent être envoyées à M. Georges Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

L'Association professionnelle des journalistes médicaux français et la Caisse mutuelle de retraite des journalistes médicaux français tiendront leur assemblée générale ordinaire le jeudi 19 février 1931, à 17 h., dans la salle du Conseil de l'Association générale des médecins de France, 95, rue du Cherche-Midi ((VIe).

Hôpital et dispensaire français de Londres. — Une vacance de médecin-résident à cet hôpital se produira le 1er mars 1931.

Les nominations sont faites par concours sur titres. Les principales conditions à remplir sont les suivantes : être âgés de moins de trente ans, docteur en médecine, célibataire, parler français, signer un engagement d'au moins un an.

Les foncions sont à peu près celles des internes des hôpitaux français. Traitement en espèces (100 livres sterling par an), logement, éclairage, nourriture. Il y a deux (ou trois) médecins-résidents prenant la garde à tour de rôle.

Pour tous renseignements écrire au docteur Robert Pierre (95, avenue Kléber, Paris).

Asiles d'aliénés. — Un concours pour l'emploi de médecin du cadre des asiles publics d'aliénés s'ouvrira à Paris, au ministère de la santé publique, le lundi 27 avril 1931.

Le nombre des postes mis au concours est fixé à 10.

Les candidats qui désirent participer au concours devront adresser au ministre une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leur diplôme de docteur en médecine, des pièces établissant l'accomplissement de leurs obligations militaires, des pièces justificatives de leurs états de service et de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux et du dépôt de leurs publications.

Les candidatures seront reçues au ministère de la santé publique jusqu'au vendredi 27 mars inclus.

Syndicat professionnel de la presse scientifique. — L'Assemblée générale du Syndicat professionnel, de la Presse scientifique aura lieu le mercredi 25 février 1931 à 18 h. 1/2, dans les Salons du restaurant du Journal, 100, rue Richelieu (2e).

L'Assemblée générale, sera suivie à 20 h. d'un banquet présidé par M. Boussel, directeur de la Mutualité au ministère du Travail et de la Prévoyance sociale. Le prix du couvert est de 45 francs (service compris). Envoyer les adhésions avant le 21 février.

Croisière de Pâques en Grèce. — L'Association Guillaume Budé organise en Grèce et en Turquie une deuxième croisière qui aura lieu du 27 mars au 19 avril prochain.

ITINÉRAIRE :

27 mars, vendredi. — Départ de Marseille, vers 15 h. 30.

28 mars, samedi ; 29 mars, dimanche ; 30 mars, lundi. — En mer. Le long des côtes de la Corse, le détroit de Bonifacio, les côtes de la Sardaigne, les Iles Lipari (le Stromboli), le détroit de Messine (Messine et Reggio).

31 mars, mardi. — Arrivée à Corinthe le matin de très bonne heure. Débarquement et départ en auto pour la visite de la ville . Corinthe antique, l'Acrocorinthe et Mycènes. Retour le soir à Corinthe. Embarquement et départ à 19 heures pour Mytilène.

1er avril, mercredi. — Arrivée à Mytilène, à 12 heures. Débarquement et visite de la ville en auto. Excursion au golfe de Geras. Retour en ville. Embarquement et départ vers 18 h. 30 pour Constantinople.

2 avril, jeudi. — Arrivée à Constantinople vers midi. Débarquement après le déjeuner et excursion en bateau sur le Bosphore. Retour à bord pour dîner.

3 avril, vendredi. — Séjour à Constantinople. Visite de la ville et des environs.

4 avril, samedi. — Visite de Scutari. L'après-midi libre. Départ le soir très tard pour Mondania.

5 avril, dimanche. — Arrivée de bonne heure à Moudania. Débarquement et départ en auto pour la visite de Brousse. Retour le soir à bord et départ pour l'Ile de Thassos et le Mont Athos.

6 avril, lundi. — Passage des Dardanelles le matin. L'Association Guillaume Budé rendra hommage aux marins et soldats

français morts aux Dardanelles. Arrivée à Thassos l'après-midi. Débarquement et visite de la ville. Départ dans la nuit pour le Mont Athos.

7 avril, mardi. — Arrivée à l'aube au Mont Athos. Débarquement et visite de deux monastères. Programme spécial pour les dames. Départ le soir pour Volo.

8 avril, mercredi. — Arrivée de bonne heure à Volo. Débarquement et départ par train spécial pour les Météores. Visite des monastères et retour le soir à Volo. Embarquement et départ pour Skyros.

9 avril, jeudi. — Arrivée de bonne heure à Skyros. Si l'état de la mer le permet, le débarquement aura lieu près du port de Skyros. Dans le cas contraire, au port de Linaria, sur la côte Est de l'île. Départ en auto pour la visite de l'île : réception, danses, visite de l'exposition de broderies et départ le soir pour Delos.

10 avril, vendredi. — Arrivée de bonne heure à Delos. Débarquement si le temps le permet pour la visite des ruines. Déjeuner à bord et départ vers 11 heures pour Syra. Débarquement et réception officielle. Visite de la ville. Embarquement et retour en ville le soir, pour assister à la procession des fêtes orthodoxes du Vendredi Saint. Départ de Syra pour Le Phalère dans la nuit.

11 avril, samedi. — Arrivée au Phalère vers 9 heures. Débarquement et départ en auto pour Athènes. Visite de l'Acropole. Déjeuner libre. L'après-midi, visite en auto des monuments antiques, byzantins et modernes. Dîner libre. A minuit, l'Association assistera aux cérémonies grandioses de la Pâque grecque à la cathédrale d'Athènes.

12 avril, dimanche. — Le matin, visite des musées. Déjeuner libre. L'après-midi, visite des casernes, où auront lieu des fêtes populaires : danses, chants, à l'occasion des fêtes de Pâques.

13 avril, mardi. — Le matin, départ en auto pour une excursion au Cap Sunium. Déjeuner en plein air à Sunium. Après midi, départ pour Athènes et Pirée et départ dans la nuit pour Itea.

15 avril, mercredi. — Arrivée à Itea de bonne heure. Débarquement et départ en auto pour Delphes. Retour à bord le soir et départ pour Marseille.

16 avril, jeudi ; 17 avril, vendredi ; 18 avril, samedi. — En mer.

19 avril, dimanche. — Arrivée à Marseille le matin. Fin de la croisière.

Pour tous renseignements, prière de s'adresser au siège social de l'Association, 95, boulevard Raspail, Paris, VIe.

Foire de Lyon 1931 du 2 au 15 mars prochain. — Les visiteurs de la Foire de Lyon trouveront au premier étage du Palais l'importante participation organisée, comme chaque année, par l'Office commercial pharmaceutique (71, rue du Temple, Paris, 3e) avec le concours des fabricants de spécialités pharmaceutiques et hygiéniques.

Peu à peu, cette Section technique consacrée à l'Art médical est devenue une manifestation professionnelle d'un grand intérêt et constitue un centre de documentation très apprécié.

A côté des galeries réservées au Corps médical, le grand salon de vulgarisation, situé au-dessus de l'Atrium, remporte tous les ans, auprès du grand public, un très vif succès. On y voit tout ce qui a trait à la médecine et à l'hygiène. Ses stands attrayants sont une vivante démonstration des immenses progrès réalisés depuis quelques années dans ce domaine.

Un salon de repos et de correspondance avec une ligne téléphonique sera mis à la disposition des membres du Corps médical et pharmaceutique qui sont cordialement invités à honorer de leur visite la Section d'art médical et d'hygiène à la prochaine Foire de Lyon.

On peut demander des cartes d'entrée (cartes d'acheteur) à O. C. P., service publicité, 71, rue du Temple, Paris, 3e.

Dispensaires antituberculeux. — Un concours est ouvert pour la nomination d'un médecin spécialisé, ne faisant pas de clientèle, pour les dispensaires antituberculeux de Troyes et Romilly (Aube).

Ce concours aura lieu dans la première quinzaine de mars.

Un concours sur épreuves et sur titres sera ouvert en avril prochain, à la Faculté de médecine de Lyon, pour la nomination d'un médecin spécialisé, ne faisant pas de clientèle, et chargé de la gestion des dispensaires du département, à l'exclusion du dispensaire d'Avignon.

Pour les demandes de renseignements et l'envoi des dossiers, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (6e).

Nécrologie. — Dr Frédéric PICHENOT, de Châlon-sur-Saône, médecin aliéniste. — Dr Jean ODIN, de Saint-Galmier, ancien conseiller général de la Loire, décédé à l'âge de 64 ans. — Ferdinand VIGIER, ancien président de la Société de pharmacie de Paris, maire-adjoint honoraire du Xe arrondissement. — Dr Isidore LEHMANN, de Paris.

« J'ignore les sentiments qu'éprouvent certains médecins, je vous avoue, que lorsque je me trouve en présence d'un malheureux organisme se débattant au milieu des affres d'une de ces graves septicémies contre lesquelles la science ne nous a pas suffisamment armés, je vous avoue, dis-je, qu'une véritable angoisse m'étreint à la pensée que je vais être obligé, peut-être, de prescrire. Quels effets ira produire le corps chimique que je vais formuler au sein de ce protoplasma qui réagit au cours d'une fièvre typhoïde, quand je sais qu'une parcelle de quinine arrête, *in vitro*, l'action du bactériophage bienfaisant de d'Hérelle, quand Miller et Whitaker m'ont appris que si certaines doses de produits chimiques augmentent le pouvoir bactéricide du sang en tuant le microbe, certaines doses, au contraire, diminuent ce pouvoir parce qu'elles tuent le leucocyte chargé de fabriquer les anticorps ? Alors, hésitant et perplexe, la plume aux doigts, devant ma feuille blanche, je demeure comme éperdu, car je me produis l'effet d'un halluciné, dans la main de qui on aurait placé une épée.

Voilà la médecine ! Que connaissons-nous, que savons-nous, et sommes-nous vraiment plus avancés que ne l'était Paracelse lorsqu'il déduisait l'action des médicaments d'après les influences astrologiques, ou Porta attribuant des vertus thérapeutiques aux plantes parce qu'elles possédaient quelques ressemblances avec les organes viciés, ou même que ne l'étaient ces sorcières antiques qui guérissaient les maladies par l'absorption de miroirs pilés et pulvérisés ? »

(Professeur Victor AUDIBERT, leçon inaugurale de clinique médicale, *Gazette des hôpitaux*, 31 janvier 1931.)

BIBLIOGRAPHIE

La sciatique. Clinique et thérapeutique, par J.-A. CHAVANY. In-8e de 50 pages, avec figures dans le texte et hors texte : 18 fr. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

L'auteur montre toutes les difficultés d'un diagnostic précis qui parait simple au premier abord alors qu'en réalité il est relativement compliqué. *La sciatique-maladie*, la plus fréquente en pratique courante, est minutieusement analysée, l'auteur individualisant le plus nettement possible chacune des formes anatomiques. Nous voyons ensuite défiler toutes les *sciatiques-symptômes* en une série de tableaux cliniques qui constituent comme un raccourci de la pathologie médullo-rachidienne inférieure. La première partie de l'ouvrage se termine sur une étude très détaillée des *pseudo-sciatiques*.

Dans la seconde partie, l'auteur envisage le traitement de la sciatique-maladie dont il admet, faute de mieux, l'étiologie rhumatismale. A la fois neurologiste et physiothérapeute, il montre tout le parti qu'on peut tirer suivant les cas de l'emploi des injections calmantes ou de l'utilisation des divers agents physiques. Voulant avant tout faire œuvre pratique, il ne craint pas d'entrer dans le menu détail de la technique des différentes méthodes. Les résultats qu'on ne peut escompter sont exposés impartialement et sans idées préconçues ; leur énoncé est simplement le fruit de l'expérience de l'auteur.

Cette étude sur la sciatique est agréablement illustrée ; un certain nombre de radiographies bien venues rehaussent la partie clinique du texte : plusieurs schémas éclairent et objectivent les données thérapeutiques.

Faisceau oratoire, par le Docteur DARTIGUES, présentation par le Docteur MOLINÉRY. Doin, éditeur, Paris, 1930.

Sous ce nom, le Docteur Dartigues a eu l'idée de réunir une partie de son « œuvre parlée ». Ce livre est le premier volume d'une sorte de triptyque ou de trilogie qui comprendra encore : le *Faisceau* [illegible] et le *Faisceau Scientifique* ; ainsi paraîtra sous peu, dans son ensemble, l'œuvre multiple de l'auteur. Dans le *Faisceau Oratoire*, le Docteur Dartigues publie un chapitre fort intéressant et très original sur l'éloquence. On y trouvera aussi les discours qu'il a prononcés à l'occasion de ses diverses présidences scientifiques et tous ceux qui jalonnent, en quelque sorte, l'histoire et l'évolution de l'[illegible].

Livre à lire, curieux et exposé d'une façon très nouvelle ; chaque discours ou allocution étant précédé de quelques lignes essentielles qui représentent le thème du discours avec les idées maîtresses, très substantielles et revêtues d'une forme verbale qui le guident.

Le Sommeil, par le Dr J. LHERMITTE. Un volume in-16. Collection Armand Colin, 103, Boulevard Saint-Michel, Paris 5e. Broché : 10 fr. 50.

Un biologiste éminent a écrit : *La définition du sommeil est le calvaire de la biologie*. Cette remarque pouvait être encore faite il y a une dizaine d'années, car, malgré le nombre des savants qui ont essayé de percer son mystère, le sommeil demeurait jusqu'à ces derniers temps l'un des plus irritants problèmes biologiques.

Les chercheurs n'envisageaient que le côté physiologique de ce problème et il fallait, pour le résoudre, en aborder le côté psychologique. Depuis qu'elles sont entrées dans cette voie féconde, parce que rationnelle, les recherches cliniques et expérimentales ont jeté sur la question du sommeil et du rêve des lumières surprenantes.

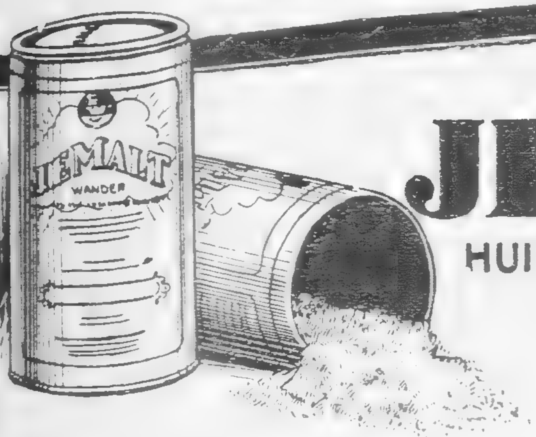
Ce sont ces connaissances nouvelles, qui comptent parmi les plus précieuses acquisitions de la biologie, que le Dr Lhermitte nous expose, avec la double autorité d'un physioloque éminent et d'un physiologue des plus avertis. Son remarquable et curieux ouvrage, qui synthétise et met en pleine lumière les découvertes des savants, est de nature à intéresser non seulement les spécialistes, mais aussi tous ceux qui, dans le grand public, s'intéressent à ce mystère obsédant du sommeil et, d'une façon générale, aux progrès de nos sciences.

Médecins et clients par Henri SAUBEVAL. Un volume in-18 jésus. Prix : 12 francs. Ernest Flammarion, éditeur, 26, rue Racine, Paris.

Henri Saubeval, campe des figures, toutes pittoresques, toutes curieuses, de médecins et de malades. Par sa documentation, par l'intelligence avec laquelle l'auteur a su exploiter ses observations, par l'excellence et l'abondance des types qu'il a créés, par l'heureuse façon dont il réussit à passer du général au particulier, et la philosophie discrète et sûre qu'il sait tirer de ses anecdotes, voici un livre d'une originalité tout à fait authentique.

Revue d'Histoire littéraire de la France. Sommaire du numéro de juillet-septembre 1930 : Cornelis Krammer : Lamartine et André Chénier : « La chute d'un ange ». — G. Thouvenin : Le Dervicle des « Orientales » : Les sources de Victor Hugo. — M. Serval : Autour de Balzac : « César Birotteau » (suite). — M. A. Ruff : Sur l'architecture des « Fleurs du mal » (suite et fin). Mélanges. — Comptes rendus. — Chronique.

Abt : France : un an : 50 fr. Librairie Armand Colin, 103, boulevard St-Michel, Paris.



SUR LA ROUTE D'HIVER DES ALPES EN AUTOCARS P. L. M.

Jusqu'au 21 mars, les cars P. L. M. de la Route d'hiver des Alpes vont de Nice à Aix-les-Bains et d'Aix-les-Bains à Nice en trois étapes d'une journée chacune : Nice-Digne ; Digne-Grenoble ; Grenoble-Aix.

A partir du 1er avril, les deux étapes Digne-Grenoble et Grenoble-Aix, n'en font plus qu'une d'un seul jour

Départ jusqu'au 28 février, de Nice les lundi et vendredi ; d'Aix-les-Bains les lundi et jeudi.

Départs tous les jours, dans les deux sens du 1er mars au 20 mai.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le rôle du terrain en dermatologie

Hypothèses concernant les différentes formes de la prédisposition morbide individuelle

Par A. DESAUX,
Ancien assistant de Consultation à l'Hôpital St-Louis

J'ai exposé ailleurs une conception de la réaction cutanée (1); j'ai essayé de préciser les différentes phases et formes de la réaction inflammatoire ou inflammation du tégument normal (2). J'envisage ici l'étude de la prédisposition morbide individuelle et le rôle du terrain en dermatologie.

> La réaction cutanée « est l'image même de vie, le reflet à la peau de la constitution et des dispositions du moment de l'individu ». (L. BROCQ.)

Certains individus sont prédisposés aux dermatoses par la constitution de leur organisme, par les qualités mêmes de leurs téguments, du terrain cutané.

Les qualités du terrain cutané varient suivant les moments : suivant les moments, la même excitation pathogène détermine une réaction tégumentaire différente.

I

La réceptivité morbide

A) Conditions favorisant la pénétration des agents pathogènes à travers les assises superficielles cornées et précornées normalement protectrices

Les couches profondes épidermiques vivantes, germinative et malpighienne, seules capables de réaction, sont normalement protégées par les strates superficielles dégénérées et mortes, cornées et précornées, pigmentées, enduites de sueur et de sébum. Ces assises superficielles forment normalement une cloison acide (mauvais milieu de culture), solide et résistante au traumatisme, imperméable aux liquides et tamisant les rayons lumineux. Elles se renouvellent sans cesse : les cellules kératinisées mortes se détachent et entraînent dans leur chute les substances chimiques ou les microorganismes qui souillent la surface cutanée.

Les microbes peuvent se réfugier dans le collet du follicule « défaut de la cuirasse » (Sabouraud) tégumentaire ; mais là encore leur développement est entravé : le sébum normal est vraisemblablement un mauvais milieu de culture.

Toute altération structurale des assises cornées et précornées résultant d'un traumatisme (3) ou d'un trouble du métabolisme des cellules malpighiennes et germinatives, le ralentissement de la croissance épidermique et de la desquamation, la pauvreté en pigments, l'arrêt ou la viciation des sécrétions sudorale ou sébacée, etc., favorisent l'accès à la peau des agents pathogènes, prédisposent à la dermatose traumatique, actinique, chimique, parasitaire et microbienne.

Certaines peaux très grasses absorbent facilement les substances chimiques dont les corps gras favorisent le passage à travers le stratum corneum. Parmi ces corps chimiques, Hg, chloroforme, alcaloïdes, sesquisulfure de phosphore, (« Phosphorides cutanées », Nicolas, Gaté, Rousset *Ann. Derm.*, sept. 1929.)

B) Conditions favorisant la pénétration des agents pathogènes, issus du milieu intestinal, à travers l'organisme jusqu'au tégument

1o *L'agent pathogène traverse la muqueuse intestinale* qui normalement doit l'arrêter.

Le milieu intestinal est normalement toxique. Le côlon normal contient une dose mortelle d'histamine (Koessler). La maladie cutanée n'est pas toujours le résultat de l'intervention d'agents intestinaux anormaux ou hyperactifs, elle est souvent la conséquence d'un amoindrissement de la défense de la muqueuse intestinale.

« L'intégrité de la barrière formée par la muqueuse intestinale paraît plus importante que l'aseptisité du contenu : forte toxicité et bonne muqueuse semblent préférables à faible toxicité et muqueuse détériorée. » (Le Play « Les poisons intestinaux », 1906).

En présence d'une dermatose déterminée par un poison intestinal, penser avant tout à rétablir l'intégrité de la muqueuse qui ne devra pas être irritée par des purgatifs intempestifs.

Lortat-Jacob (« Méfaits de la purgation dans le traitement de l'urticaire », *La Médecine*, novembre 1925), contre indique la purgation irritante, fait laver l'intestin à l'eau physiologique tiède et prescrit du charbon à petite dose.

2o *L'agent pathogène traverse le foie* qui normalement doit l'arrêter (Fonctions pexique et antitoxique hépatiques). Dujardin et Decamps ont insisté sur le rôle de l'insuffisance hépatique (suppression ou diminution de la fonction pexique) dans la pathogénie de certaines dermatoses.

Il est de notion courante que l'insuffisance hépatique prédispose à l'intoxication d'origine intestinale.

3o *L'agent pathogène n'est pas détruit*, comme il devrait l'être normalement, *par les glandes endocrines*. On sait que certaines glandes endocrines ont une action antitoxique : l'exercent-elles dans le sang ? dans la peau ? fixent-elles, pour les détruire, les poisons au niveau de leurs éléments anatomiques ? La parathyroïde neutraliserait certaines substances gastro-intestinales, la cortico-surrénale des produits toxiques exogènes ou formés au cours du métabolisme, en particulier les poisons musculaires, ceux de la fatigue, etc., etc.

L'insuffisance de certaines glandes endocrines favorisent l'accès à la peau des agents pathogènes.

4o *L'agent pathogène n'est point ou est insuffisamment éliminé par le rein* (rôle de l'insuffisance rénale).

5o Arrivé dans les capillaires dermiques, *il traverse facilement la paroi vasculaire*, si le courant circulatoire et la vitesse sanguine sont ralentis, la pression capillaire augmentée, la perméabilité endothéliale exagérée.

L'excès de la perméabilité de la paroi capillaire qui peut résulter d'une altération structurale est dans certains cas la conséquence d'une modification des qualités du tissu conjonctif périvasculaire.

Une expérience de Hoff et Leuber est très démonstrative : ces auteurs introduisent en plusieurs points de la peau quelques centimètres cubes de solutions salines hyper ou hypotoniques ; puis, ils font une injection intraveineuse d'une matière colorante (rouge indigo). Seules les zones cutanées, lieux des intra-dermo injections salines, se colorent en rouge : le colorant n'a dialysé hors des capillaires qu'aux endroits où le milieu dermique a été modifié à la suite des injections salines (rupture d'équilibre au contact d'une membrane).

N'est-ce point là une des causes du « locus minoris resistantiœ » de L. Brocq ? L'altération actuelle du milieu dermique prépare la dermatose future.

C) Conditions favorisant la fixation des agents pathogènes au niveau de la peau

Elles varient avec chacun d'eux.

a) Le tégument fixe des rayons du spectre visible ordi-

(1) A. DESAUX. — « Conception de la réaction cutanée ». *Progrès médical*, no 23 du 7 juin 1930.

(2) A. DESAUX. — « Hypothèses concernant les principales réactions [illegible] simples de la peau normale à l'excitation d'un agent [illegible] ». *Progrès médical*, no 28 du 12 juillet 1930.

(3) [illegible] son rapport sur l'eczéma OPPENHEIM a insisté sur les altérations de l'épiderme corné prédisposant à la dermatose professionnelle.

nairement transgressants, non absorbés, inactifs. J'emprunte ce qui va suivre aux travaux de A.-C. Guillaume, sur la PHOTOSENSIBILITÉ et la PHOTOSENSIBILISATION.

La peau de certains individus, exposée à une radiation lumineuse inoffensive pour la plupart des hommes, réagit morbidement : elle est sensibilisée à la lumière ou photosensibilisée.

« En réalité, d'ailleurs, ce ne sont pas, comme je l'ai démontré expérimentalement, les radiations ultra-violettes qui interviennent dans la production de ces accidents de photosensibilisation, mais ce sont des radiations appartenant au spectre visible, et auxquelles le phénomène de la photosensibilisation confère des propriétés biologiques identiques à celles qui sont l'apanage des ultra-violets. Des radiations habituellement transgressantes (ou seulement faiblement absorbées par les tissus de la peau) sont absorbées en totalité par les cellules du corps muqueux de Malpighi, et, parce qu'elles sont absorbées, altèrent les cellules. » (A.-C. GUILLAUME) (1).

Les cellules malpighiennes fixent les radiations parce qu'elles contiennent des corps photosensibilisateurs ou photointégrateurs

Suivant la nature de ces corps, les radiations absorbées varient : tantôt ce sont les radiations violettes, tantôt les radiations vertes, etc., qui sont retenues par le tégument et agissent.

« Point n'est besoin, pour que les accidents de photosensibilisation se produisent que le patient ait été exposé à l'irradiation d'une source lumineuse riche en ultra-violets ; mais il suffit qu'il ait reçu, sur les parties découvertes des téguments le faisceau lumineux d'une lumière riche en radiations visibles et riche, principalement dans ces radiations monochromatiques visibles qui sont absorbées par la substance photosensibilisatrice. » (A. C. Guillaume.)

Les photosensibilisateurs sont des *substances fluorescentes*. Ils peuvent être :

D'origine *exogène*, alimentaire (maïs : état de pellagre et de pseudo-pellagre d'origine alimentaire), médicamenteuse (certaines substances, teintures employées en thérapeutique antiinfectieuse ; états de photosensibilité morbide dus à l'injection d'acridine), professionnelle (manipulation industrielle de la houille et de ses dérivés ; intoxication par les colorants industriels.)

D'origine *endogène*. On a mis en évidence « le rôle photosensibilisateur éventuel de certains produits contenus en excès dans les humeurs qui baignent les cellules du corps muqueux de Malpighi ; ces produits photosensibilisateurs endogènes sont, avant tout, des *dérivés de pigments hémobiliaires*, et, au premier rang des états de *photosensibilité morbide endogène* il faut placer la *photosensibilité des ictériques* et la *photosensibilité des états hématoporphyrinuriques*. » (A.-C. Guillaume.)

L'hématoporphyrine, produit intermédiaire à l'hémoglobine et à la bilirubine, se trouve normalement à l'état de traces dans le sang, dans les urines. Elle augmente dans certains cas et paraît sensibiliser les tissus à la lumière. Cette augmentation peut-être congénitale (comme dans l'hydroa vacciniforme) ou acquise et alors d'origine intestinale. Ajoutons qu'elle n'est pas constante dans tous les cas de photosensibilisation, et qu'elle peut exister sans créer de photosensibilité.

3° Les *photosensibilisateurs indirects*. Certains corps, comme le sulfonal ou les corps qui lui sont chimiquement voisins, non photosensibilisateurs provoquent dans l'organisme la formation de subtances photosensibilisatrices (hématoporphyrine dans le cas des sulfonals).

Le cholestérol intégrateur de lumière semble jouer un grand rôle dans certains cas de photosensibilité non expliquée par la théorie classique de la photosensibilisation. (Foveau de Courmelles).

Les accidents à la photosensibilisation morbide sont en tous points identiques aux accidents observés à la suite de l'exposition prolongée à une source lumineuse ultra-violette.

b) Certaines cellules du tégument fixent, plus volontiers que les autres, ***une substance chimique donnée*** ou ***un antigène de nature déterminée. Affinités chimique antigénique***.

(1) Les phénomènes de photosensibilisation. JAUSION, RICHERT, DUFRÉNOY et GUILLAUME.

c) Pour se fixer, se développer dans le tissu cutané, pulluler et acquérir la vitalité qui lui confère l'activité pathogène, le ***microorganisme*** (***champignon, microbe***, etc.) doit vraisemblablement trouver dans la zone tégumentaire qui l'abrite un ***milieu de culture favorable, de composition chimique et de réaction ionique convenables*** (1).

Certaine auteurs (Voir en particulier la thèse de Delore sur le facteur acide-base et la tuberculose pulmonaire) supposent l'existence d'une relation entre la réaction ionique du tissu infecté et la vie du microorganisme infectant : « Y a-t-il *in vivo*, se demande Delore, une relation entre la réaction acide-base locale, tissulaire, et le développement du bacille tuberculeux et des lésions qu'il provoque ? Quelle est la réaction organique optima pour l'évolution du processus tuberculeux ? »

Comme toutes les cellules vivantes, les microorganismes subissent l'influence de la réaction acide, neutre ou alcaline du milieu ambiant ; leur développement est subordonné à cette réaction : certains microorganismes préfèrent une réaction acide, d'autres une réaction neutre ou alcaline. La détermination de la concentration en ions H peut seule donner la vraie réaction d'un milieu de culture : cette réaction change, du reste, au cours du développement microbien.

Le microbe cultive entre deux valeurs limites du pH : en deçà et au delà, il perd toute vitalité. Pour un pH déterminé, la vitalité est optima (pH optimum). Les pH limites ou d'arrêt, le pH optimum varient pour chaque microbe. C'est ainsi que, d'après certains auteurs, les pH limites (d'arrêt) du développement du bacille tuberculeux sont 5 et 7,8 ; la marge est étroite, beaucoup plus étroite que celle des pH limites du staphylocoque blanc qui sont 4,4 et 12,20 (Sierakowski et Milykowska) ; peut-être est-ce là la cause du développement facile du staphylocoque rencontré à chaque instant par le dermatologiste.

La limite de l'alcalinité du bacille tuberculeux est basse ; ce microbe paraît plus sensible à l'alcalinisation qu'à l'acidification du milieu, et préfère une réaction acide pour son développement. Il en est de même des champignons, ceux-ci cultivent aisément dans les plis acidifiés par les sueurs.

On a établi l'influence du facteur acide-base sur l'activité des toxines microbiennes, sur les fonctions leucocytaires de défense, sur l'activité des globules blancs, sur la phagocytose.

De la réaction ionique du tissu infecté dépendent, semble-t-il, non seulement la vitalité, la vigueur d'attaque du microorganisme infectant mais encore la puissance de la défense du tissu infecté.

Aussi devrait-on attacher une certaine importance à la composition chimique et à la réaction ionique des sécrétions cutanées qui baignent et imbibent les couches cornées. Il n'est pas impossible que certaine réaction ionique de la sueur favorise la culture des dermatophytes, que certaine composition du sébum exalte la vitalité, la virulence du staphylocoque inoffensif, hôte habituel du collet folliculaire et jusqu'alors peu vivace.

Ne peut-on expliquer par la réaction ionique du milieu certains cas du *biotropisme de Milian* ? (2).

Tropisme est un terme assez mal délimité. Mot à mot, il signifie faculté de se tourner vers, orientation qui se fait sous l'influence d'agents physiques, chimiques ou mécaniques.

Le « biotropisme » est l'orientation vers la vie ; le « nécrotropisme » est l'orientation vers la mort.

Les substances « biotropes » orientent les parasites vers la vie, exaltent leur vitalité, leur virulence : elles sont dites bioparasitotropes ; elles exercent sur l'élément une action biotropique.

D'autres substances diminuent la vitalité et sont « nécrotropes ».

De nombreuses substances chimiques, des phénomènes physiques, des substances vivantes (microbes et leurs toxines) sont biotropes,

(1) Je rappelle que les couches cornées et précornées sont normalement acides (pH égal à 3,98) et constituent une mauvais milieu de culture, même pour le staphylocoque dont les pH limites sont 4,4 et 12,20.

(2) MILIAN. — Le biotropisme, 1929.

Mécanisme de certaines oliguries-anuries après prostatectomie

Par le Docteur L. GROLLET

Si l'anurie est une complication relativement rare de la prostatectomie, une certaine oligurie post-opératoire est une conséquence fréquente de cette intervention : tous les chirurgiens urinaires savent en effet, qu'après la prostatectomie le malade pendant quelques heures urine peu. C'est un fait banal. On sait qu'il peut exister des causes nombreuses et variées d'oligurie-anurie ; nous n'avons pas à les rappeler (1).

Nous nous proposons ici de décrire le mécanisme par lequel chez les hypertendus solitaires, ayant un fonctionnement rénal aussi satisfaisant que possible, tel qu'il apparaît après les différentes épreuves que nous avons coutume de faire, en Urologie, va se déclencher, après la Prostatectomie, une oligurie, voire une anurie. Puis, nous montrerons comment on peut essayer d'éviter ces accidents.

* * *

D'après les recherches bibliographiques que nous avons faites, il ressort très nettement que c'est à notre maître HEITZ-BOYER que revient la paternité de la théorie que nous décrirons tout à l'heure, et qui nous paraît expliquer ces phénomènes d'oligurie-anurie après prostatectomie.

La première observation de ce genre de fait date de 1925. Elle est rapportée tout au long, avec tous les documents dans notre thèse (2). C'est dans une leçon clinique faite en 1923 à l'Hôtel-Dieu, que, pour la première fois, M. Heitz Boyer a décrit la possibilité d'un processus essentiellement *mécanique* et d'origine *circulatoire* dont la notion entraîne des déductions cliniques et thérapeutiques très intéressantes. En effet, à côté des oliguries-anuries bien connues, provenant d'une déficience brusque du parenchyme rénal, plus ou moins malade auparavant ou présentant une fragilité spéciale (LEGUEU), déficience qui peut être provoquée par le shock opératoire, l'infection ou un agent toxique tel que la morphine, il nous semble qu'il faille faire une place à des oliguries-anuries, résultant d'une chute brusque de la tension artérielle après la prostatectomie, conséquence d'une opération aussi hémorragipare, pratiquée chez des hypertendus.

Nous n'envisageons donc que le cas où les phénomènes circulatoires, presque uniquement mécaniques, dominent la scène ou l'occupent seuls, l'opéré ayant présenté avant l'intervention, à tous les examens de la fonction rénale, des chiffres normaux ou presque normaux. « Après une prostatectomie, on peut mourir anurique avec des reins présentant un parenchyme semblant bon, c'est-à-dire sans cylindre, avec une urée sanguine normale et une constante d'Ambard au-dessous de 100 » (Heitz-Boyer).

Quand on assiste à de tel cas malheureux, on est découragé; on voit la faillite complète des tests fonctionnels sur lesquels on est habitué à fonder un pronostic opératoire. Mais si l'on admet la notion : chute de la tension artérielle due à l'hémorragie, entraînant un trouble de l'hydraulique circulatoire et déterminant un arrêt de la sécrétion urinaire, on conçoit facilement que, même si tous les examens fonctionnels sont favorables, le malade peut devenir anurique après la prostatectomie. Cette notion est extrêmement importante, elle permet en effet par une diététique bien comprise d'essayer d'éviter, après la prostatectomie, la formation de ces accidents.

Ici, nous avons uniquement en vue des prostatiques, hypertendus solitaires, ayant des reins semblant fonctionner normalement. En effet, l'azotémie, la constante, la phénolsulfonephtaléine indiquent un malade ayant des reins paraissant marcher très bien. La clinique confirme : aucune lésion organique contre-indiquant l'intervention, sans doute, il y a une hypertension, mais une hypertension solitaire. Est-on en droit d'opérer ?

Dans une observation que nous rapportons dans notre thèse et concernant un malade de 72 ans, deux chirurgiens avaient refusé d'intervenir. Le malade avait une hypertension très élevée (29-12 au Vaquez). Quand il est arrivé dans le service de notre maître HEITZ-BOYER, à St-Louis, tous les examens fonctionnels ayant montré qu'il n'y avait pas de lésions rénales, on l'a préparé à l'opération qui a du reste parfaitement réussi, puisqu'à aucun moment il n'y a eu de menace de ralentissement, ni d'arrêt de la sécrétion urinaire.

C'est qu'en effet, estimant qu'il s'agit de phénomènes mécaniques d'hydraulique, que la chute de tension brutale due à la prostatectomie, opération hémorragipare est seule responsable de diminuer ou d'arrêter la sécrétion urinaire, HEITZ-BOYER pense qu'en habituant le malade aux chutes brusques de la tension artérielle on peut peut-être éviter ces accidents.

A notre malade de 72 ans, gros hypertendu, prostatectomisé et qui, actuellement, est en excellente santé, nous avons fait des saignées et l'avons purgé à différentes reprises.

Voici l'observation résumée :

Entré à St-Louis le 4 janvier 1930 :

Grosse prostate, urines troubles.

Appareil respiratoire, normal.

Appareil circulatoire : pouls plein, tendu, vibrant, régulier, dur, les artères sont flexueuses, rigides, dures.

La tension artérielle = au Vaquez 29,12.

Le cœur : la pointe est abaissée : elle bat à trois travers de doigt au-dessous et en dehors du mamelon ; les bruits sont claqués et durs ; il y a une ébauche de galop.

L'état général est satisfaisant.

Du 4 janvier au 7 mars, le malade est en observation, on désinfecte la vessie par des lavages et on pratique des saignées.

17 janvier : saignée de 100 cmc.
22 janvier : saignée de 60 cmc.
27 janvier : saignée de 300 cmc.
17 février : saignée de 150 cmc.
19 février : saignée de 125 cmc.

En même temps on fait des dosages d'urée et on établit des constantes d'Ambard :

16 janvier 1930 :

Urines recueillies en une heure..........	192 cmc.
Teneur des urines en urée, par litre......	7 gr. 63
Teneur des urines en urée par 24 heures..	35 gr. 15
Teneur du sang en urée..................	0 gr. 42

K = 0,092

14 février 1930 :

Urines recueillies en 1 h. 10..............	160 cmc.
Teneur des urines en urée, par litre.......	8 gr. 68
Teneur des urines en urée par 24 heures...	28 gr. 47
Teneur du sang en urée..................	0 gr. 51

K = 0,122

(1) Louis GROLLET. — Les oliguries. Anuries après prostatectomie. (Thèse de doctorat, Paris 1930.)
(2) *Loc.cit.*

17 février 1930 :

Urines recueillies en 1 h. 10	316 cmc.
Teneur des urines en urée, par litre	2 gr. 10
Teneur des urines en urée, par 24 h	13 gr. 65
Teneur du sang en urée	0 gr. 29

K = 0,145

3 mars 1930 :

Urines recueillies en une heure	143 cmc.
Teneur des urines en urée, par litre	5 gr. 10
Teneur des urines en urée, par 24 heures	17 gr. 50
Teneur du sang en urée	0 gr. 30

K = 0,106

5 mars 1930 :

La tension au Vaquez est de 23-10.

7 mars 1930 :

Prostatectomie (Freyer), très grosse prostate.
Le 8 mars : La tension artérielle est à 23 1/2,12.
Le 9 mars, la tension artérielle est à 23,12.
Le 29 mars, le malade quitte le service guéri.
Du 7 au 29 mars, la diurèse a toujours été satisfaisante ; variant de 1000 à 1.500 cmc. jamais elle n'a été inférieure à 1. 000.

Il ne semble donc pas douteux que les saignées assez souvent répétées, de même que les purgations qui lui ont été administrées, ont contribué pour une part à habituer l'organisme de notre prostatique, du fait de ces chutes de tension à une nouvelle hydraulique. Si bien qu'une fois la prostate enlevée, malgré une saignée plus abondante que toutes celles faites dans la préparation, ce malade qui nous semble avoir été habitué à ces chutes de tension, n'a jamais fait la moindre menace d'oligurie. Toujours sa diurèse a été satisfaisante, ne descendant jamais au-dessous du litre ; (un jour sa tension artérielle a atteint le chiffre de 32 au Pachon).

Saignées et purgations ont entraîné notre malade à supporter facilement une intervention aussi hémorragipare que la prostatectomie.

Voilà donc le fait exposé. Un gros hypertendu solitaire que deux chirurgiens avaient refusé d'opérer, du seul fait de son hypertension artérielle, entre à St-Louis, est opéré et guérit dans les conditions les plus normales. Est-il nécessaire de rappeler que chez ce genre de malade, fragile, il est bon néanmoins de prendre certaines précautions :

1° N'avoir pas recours à l'anesthésie générale. L'anesthésie régionale, association de l'anesthésie épidurale et de l'anesthésie des trous sacrés, quoique difficile à réaliser, semble être la meilleure, mais il faut la combiner à une anesthésie locale par infiltation de la paroi abdominale antérieure. Il semble indiqué de faire 20 ou 40 minutes avant l'opération une injection calmante, dont la meilleure parait être le sédol. Il est en effet remarquable de constater que la morphine ou le pantopon pris antérieurement à l'opération ne paraissent pas avoir d'action sur la sécrétion urinaire ;

2° Veiller au tamponnement de la loge prostatique sur lequel nous n'insisterons pas ici.

3° Proscrire la morphine ou le pantopon dans les heures qui suivent l'intervention (1).

* * *

Que faire pour prévenir les phénomènes d'oliguries-anuries chez des hypertendus prostatectomisés, oligurie-anurie relevant du mécanisme que nous venons de rappeler ? On est obligé parfois de recourir à des moyens indirects : en effet, les médications hypotensives statiques sont encore discutées par la majorité des médecins que ce soit les nitrites, les iodures ou les hypotenseurs accessoires (gui, ail), benzoate de benzile. Cependant, on doit essayer au moins ceux qui semblent agir et avoir une action durable.

Le nitrite de soude : en solution à la dose de quinze à vingt centigrammes par jour. On peut formuler :

Nitrite de soude	2 gr.
Sirop de limon	60 gr.
Eau distillée q. s. pour	300 cmc.

Par période de 10 jours, faire prendre 2 cuillerées à soupe par jour.

Les Allemands (Nagy, Lepechne, 1924) ont montré qu'en injections sous-cutanées ou intra-veineuses l'abaissement de tension artérielle était supérieur. On se sert alors d'une solution à 2 % dont on injecte chaque jour 1 à 2 cmc. (soit 0,02 à 0,04) ou tous les deux jours pendant deux ou trois semaines.

Les iodures alcalins : Si physiologiquement leur action est mal définie, on sait qu'ils font baisser la tension. Ce sont des vaso-dilateurs.

On ne doit prescrire les iodures (chimiquement purs) que dans les hypertensions simples, quand les fonctions rénales sont intactes (Martinet), (donc chez le genre de malades qui nous occupent).

On les emploie à doses faibles (0,50 à 1 gramme au maximum par jour) fractionnées et continuées avec intermittences.

La solution aqueuse paraît être la meilleure, au trentième au quinzième ou au cinquième.

Le benzoate de benzyle. Introduit par Macht (de Baltimore). C'est un médicament synthétique, semblant agir directement sur les fibres musculaires lisses. Relâchant la musculature des artères du type musculaire, il entraine une vaso-dilatation bientôt suivie d'une baisse de la tension artérielle. Il « joue un rôle considérable dans les hypertensions sans lésions cardiaques ou rénales ».

On peut l'employer en solution alcoolique, titrée à 20 % suivant la formule même de Macht :

Benzoate de benzyle	5 gr.
Alcool à 90°	20 gr.
Teinture de badiane	XXX gouttes.

XX à XXX gouttes 3 à 4 fois par 24 heures dans de l'eau sucrée ou du lait.

Restent les nouveaux médicaments proposés récemment, c'est-à-dire l'acécholine mise en lumière par Villaret et Justin Besançon (1) et l'angioxyl qu'on doit à Pierre Gley et à Kisthinios (2), etc. Ces agents semblent avoir donné des résultats probants, ils constitueront probablement une grande ressource pour de tels cas.

En attendant que leur action spécifique se manifeste au cours d'une expérience prolongée, on doit recourir chez tous les hypertendus à un régime de vie très sévère pendant plusieurs semaines avant l'opération : il y a le plus souvent chez ces hypertendus solitaires ne relevant pas de la classification de Widal, un état d'éréthisme cardio-vascu-

(1) Cf. La thèse : les oliguries-anuries après prostatectomie, p. 95.

(1) On l'utilise sous forme de chlorure. Le pancréas en contient ainsi que la thyroïde et le poumon.
En 1906, Hunt et Taveau ont signalé le pouvoir hypotenseur de l'acétylcholine. Après injection, il n'y a pas de poussées hypertensives compensatrices.

(2) P. Gley et Kisthinios (Comm. Soc. de Bid., 15 décembre 1928 et 13 avril 1929).
Expérimentalement et cliniquement, ces auteurs ont démontré qu'il existe dans les extraits pancréatiques une substance indépendante de l'insuline possédant la propriété de neutraliser l'action hypertensive de l'adrénaline, d'abaisser la tension artérielle.
L'angioxyl a été étudié par Chabanier et Truchot (Soc. d'urologie, juillet 1929). Kervarec et Enachesco (*Progrès Médical*, 1er février 1930). Ces auteurs ont obtenu d'excellents résutats dans le traitement des hypertensions.


ANGIOXYL
DU Dr ROUSSEL
MÉDICATION SPÉCIFIQUE
PAR ACTION TROPHIQUE SUR LES VAISSEAUX
dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ARTÉRITES DE TOUTE NATURE
LES TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE
AMPOULES: 1 à 3 par jour en injection intra-musculaire.
SIROP: 3 cuillérées à café par jour
AUCUNE CONTRE-INDICATION
Angioxyl
Angioxyl A sirop
ÉCHANTILLONS : J. B. FIALIP PHAcien
97, RUE DE VAUGIRARD - PARIS (6e)
r.c. 18.000
Roger Dacosta. Edit.

laire qui se trouvera très amélioré par une véritable *retraite* : on recourera également pendant toute cette période à des purgations répétées et à des saignées. Or, depuis longtemps on a montré que ces saignées n'avaient qu'une action tout à fait temporaire sur les tensions élevées, et si HEITZ-BOYER en a préconisé l'emploi répété, c'était dans un autre but, partant d'une idée, d'ailleurs très simpliste et purement empirique. Il essaie, en effet, en provoquant des chutes brusques de la tension, d'abord atténuées, puis de plus en plus prononcées, d'habituer en quelque sorte le régime circulatoire de l'hypertendu qui sera prostatectomisé, au régime qui lui sera imposé dans les heures suivantes. Cette technique employée dans deux observations (1), a donné des résultats intéressants ; dans une première observation (de 1925) où elle avait été utilisée, elle n'a pas pu empêcher une oligurie mais qui n'est pas allée jusqu'à l'anurie et dont l'opéré a triomphé aisément. Au contraire dans la seconde observation, chez un hypertendu que deux chirurgiens, nous tenons à le répéter, avaient refusé d'opérer, vu le chiffre de tension formidable: 27, 28, HEITZ-BOYER a pu, par une préparation ayant duré plus d'un mois, avec cinq saignées, faire la prostatectomie sans le moindre accident post-opératoire : ce malade s'est rétabli dans les conditions les plus simples et il jouit maintenant d'une santé parfaite (2).

* * *

Nous nous croyons donc autorisés à conclure que chez les hypertendus solitaires, avec des parenchymes excellents, une azotémie de 0 gr. 30 à 0 gr. 40 et une constante d'Ambard se rapprochant de la normale, les oliguries-anuries après prostatectomie relèvent d'un processus essentiellement *mécanique* d'origine souvent circulatoire.

L'arrêt de la sécrétion se produit alors par des phénomènes presque uniquement d'ordre hydraulique le glomérule étant habitué à fonctionner sous hyperpression, un équilibre nouveau s'installe que vient brusquement troubler la chute de tension, consécutive à l'hémorragie abondante et inévitable dans l'opération de Freyer.

Ce mécanisme précisé, une indication thérapeutique, purement empirique, est donc d'habituer les jours précédant l'opération, les parenchymes rénaux à cette chute brutale de la tension en pratiquant une série de saignées (faites uniquement dans ce but mécanique). L'efficacité de ce moyen simpliste nous semble être démontrée par deux observations rapportées dans notre thèse (3) : il doit être naturellement associé à un régime très sévère et au repos le plus absolu.

La connaissance de cette variété possible d'oligurie-anurie après prostatectomie, permettra d'éviter ces accidents pouvant être mortels, et qui déroutaient jusqu'ici le chirurgien attentif, puisqu'ils se produisaient chez des opérés dont tous les examens fonctionnels classiques avaient été satisfaisants : elle reculera d'autre part les limites de l'opérabilité pour des malades qui semblaient jusqu'alors, du fait de leur hypertension élevée, ne pas être capables de supporter une opération aussi shockante.

(1) Cf. Louis GROLLET. — Les oliguries-anuries après prostatectomie 1930.

(2) Enfin, on pourra dans les jours précédant l'opération, avoir recours à l'autohémothérapie Cette thérapeutique n'a d'autre but que d'éviter ces hémorragies considérables. Nous savons que cette pratique de l'autohémothérapie donne à M. FLANDRIN d'excellents résultats. Nous n'insistons pas sur la question, M. FLANDRIN devant publier, sous peu, un mémoire.

(3) *Loc. cit.*

Des extraits de corps jaune, administrés *per os*, ont été actifs dans les expériences de MACHT. (*Amer. Journ. of Physiol.* 1er juin 1930,, tome 113, p. 671.) H. V.

L'infarctus du myocarde

Par le Dr L. KERVAREC

Lauréat de l'Académie de médecine
Médecin de l'hôpital Notre-Dame-du-Perpétuel-Secours

L'infarctus du myocarde comprend l'ensemble des accidents cardiaques conditionnés par la présence, au sein des parois du cœur d'un véritable séquestre musculaire dont l'existence est liée à l'oblitération habituellement rapide d'une artère coronaire, créant l'ischémie dans un territoire donné. Son histoire se rattache donc à celle de la coronarite chronique et constitue l'épisode souvent terminal de la sclérose artérielle généralisée.

Les travaux de nos devanciers nous permettent d'étudier les constituantes anatomo-cliniques de cette affection. L'infarctus était bien connu des anatomo-pathologiste, considérée par eux comme une rareté et une trouvaille d'autopsie : les travaux de Letulle (1887), de Wecquit, Ziegler mettaient en relief le rôle capital de l'oblitération coronarienne. René Marie (1897) dans sa thèse apporte à la question une importante contribution personnelle.

A cette période anatomique succède une période clinique Letulle (1910) reprend l'étude des coronarites chroniques. Dans l'après-guerre, Gallavardin et Gravier, Lian et Pollet Weissefnbach, Clerc s'attachent à la discrimination clinique de l'infarctus. A l'étranger, on s'intéresse surtout aux parties expérimentale et électrocardiographique. Citons les beaux travaux de Lewis, Gibson, Goodal et Weiss, en Angleterre, de Gorham Libman, Smith, Wearn aux Etats-Unis, de Krause en Allemagne, de Pezzi en Italie. Le nombre important d'observations complètes et le recul du temps nous permettent aujourd'hui d'avancer des conclusions étayées sur des faits de quelque valeur.

Au point de vue étiologique, une donnée est capitale. L'infarctus, exceptionnel dans les cardiopathies valvulaires et les aortites syphilitiques évolue le plus souvent chez des cardio-rénaux. Chez ces derniers, un long passé d'intoxications ou d'infections, ou une hérédité vasculaire amène l'artérite chronique généralisée avec hypertension et sclérose rénale. Chez les jeunes, on peut observer une coronarite syphilitique, d'ailleurs exceptionnelle. La coronarite aiguë infectieuse est d'une telle rareté qu'on ne la cite que pour mémoire. Chez l'enfant, l'infarctus est inconnu encore que quelques auteurs, dont Guido Berghinz, Allen Braines, Lévy-Franckel aient signalé de l'athérome coronarien et même de l'athérome ventriculaire paraissant secondaire à une nutrition défectueuse du myocarde : mais il n'y avait pas à proprement parler d'infarctus.

Au point de vue pathogénique, on sait que la nutrition du myocarde est dévolue aux coronaires. Celles-ci au nombre de deux naissent de l'aorte au-dessous des sigmoïdes. La droite irrigue l'auricule, l'oreillette, le ventricule droits, une partie de la cloison interauriculaire et le faisceau de His par une branche relativement volumineuse. La gauche, plus petite que son homonyme assure la nutrition des parois du ventricule gauche, l'auricule et l'oreillette gauches. Ces artères et leurs branches sont rarement anastomoseés à l'état normal, bien que Mouchet, Brocq aient décrits des anastomoses capillaires anatomiques. Il semble par contre, qu'à l'état pathologique puisse s'établir une circulation collatérale suffisante pour assurer la nutrition du myocarde. Quoi qu'il en soit, le mécanisme le plus fréquent de production de l'infarctus est l'artérite. L'embolie est exceptionnelle : la disproportion entre le calibre des artères coronaires et celui de l'aorte, la facilité d'accès d'autres voies pour l'embolus en expliquent la rareté.

L'anatomie pathologique en apportant la preuve de la variabilité des lésions en étendue et en localisation nous permet de comprendre la diversité des aspects cliniques de l'affection. Il peut y avoir coronarite scléreuse sans infarctus (Hamman, Gross), parce qu'il se développe un réseau anasto-

◆◆◆

motique suffisant ; mais il n'y a pas d'infarctus sans coronarite : seulement le séquestre musculaire doit permettre une survie suffisante par son volume relativement restreint, ce qui revient à dire que la thrombose ne doit pas atteindre un tronc trop important, sinon les lésions ne peuvent se constituer.

La coronaire gauche et ses branches ventriculaires, surtout le rameau interventriculaire antérieur sont les plus fréquemment lésés. L'oblitération artérielle amorcée par la panartérite scléreuse se réalise par l'adjonction d'un coagulum fibrino-leucocytique. Les foyers de nécrose ont un volume et une localisation variables. Par ordre de fréquence décroissante, on les trouve sur la partie inférieure de la cloison interventriculaire, et de la face antérieure du ventricule gauche, sur la partie postérieure du ventricule gauche, et le pilier postérieur de la mitrale, sur le ventricule droit. L'aspect en varie avec le stade évolutif. D'abord, le foyer est jaune, ferme, non succulent : le centre est fait de fibres musculaires nécrosées, à double striation bien nette ; à la périphérie, on trouve des dilatations capillaires, des infiltrations leucocytaires, de la dégénérescence graisseuse et pigmentaire des fibres. Plus tard, l'état alvéolaire de R. Marie se réalise : foyer roux, de forme irrégulière, de consistance molle ; la trame conjonctive, infiltrée de cellules migratrices, et œdématiée, limite des alvéoles dont le contenu, la fibre myocardique, a disparu : à sa place on trouve un liquide clair, pigmentaire, des gouttelettes graisseuses et des leucocytes chargés de débris nécrosés.

Si le sang fait irruption dans ces foyers, on a l'aspect en bois de palissandre de Cruveilher : les fibres musculaires, dissociées, tranchent par leur pâleur sur les traînées noires formées par le coagulum sanguin.

Plus tard enfin apparaît la sclérose molle. Les alvéoles ont disparu, étouffées par la polifération d'un tissu conjonctif riche en cellules qui va s'organiser, se condenser par addition des fibres élastiques : la plaque est déprimée, de teinte bleu nacré, et à son niveau, le péricarde présente souvent des opacités et des adhérences. Cette plaque de sclérose dure va persister ou aboutir à l'anévrysme du cœur ; celui-ci siège habituellement à la pointe : c'est une dépression cupuliforme creusée dans l'épaisseur même du myocarde, ou bien une masse appendue au ventricule, remplie de gros caillots. Son aboutissant plus ou moins lointain sera la rupture du cœur sous forme d'une fissure linéaire dont l'orifice interne est caché par les piliers. Il y a naturellement hémopéricarde.

L'expérimentation devait évidemment apporter son utile contribution à l'étude de cette affection. Le problème semblait résolu après les travaux de von Bezold et Erichsen (1842), de Rochefontaine et Roussy (1881), de Samuelson et Grünagen. La ligature d'une coronaire gauche amène le ralentissement du ventricule gauche, puis du ventricule droit, enfin l'arrêt en diastole des deux ventricules. Dominici, reprenant ces expériences chez le chien et ligaturant les coronaires antérieures ne vit se produire aucun trouble cardio-pulmonaire et cependant l'autopsie montra l'existence de foyers discrets de nécrose disséminée. Il fut amené à nier toute valeur à la méthode. Aujourd'hui, mieux informés, nous connaissons les zones neutres du myocarde, et par le procédé des infections (Cross, Oberhelmann et Lecourt) nous savons la possibilité de développement d'une circulation de voisinage sur des cœurs pathologiques à vascularisation troublée.

Vint l'électrocardiographie. Lewis, Donzelot ont vu que la ligature de la coronaire droite était suivie de paroxysmes tachycardiques. Herrick, Camby, Robinson et Hermann ont noté l'apparition ultérieure possible de fibrillation. Smith, chez le chien, a étudié les anomalies électro-cardiographiques : tachycardie ventriculaire, altérations du complexe, et surtout modifications de l'onde T. Celle-ci est fortement positive dans les premières heures qui suivent la ligature du vaisseau, puis elle devient fortement négative au bout de 24 heures pour trois ou quatre jours, enfin faiblement positive, on isoélectrique, ceci peu de temps avant la mort. Ces variations de l'onde T paraissent en rapport avec le calibre de la coronaire oblitérée, la coronaire droite est infiniment moins sensible que la gauche et la ligature du tronc lui-même est indispensable pour obtenir de grosses altérations.

Il est séduisant d'essayer d'établir entre les signes cliniques et la forme anatomo-pathologique une correspondance logique. Mais ceci est actuellement impossible. Tout au plus la richesse et la variété des constatations nécropsiques laisse-t-elle prévoir le polymorphisme clinique. Le tableau morbide variera suivant l'importance du vaisseau thrombosé, le volume de la zone nécrosée, l'efficacité des suppléances anastomotiques ; il n'est pas jusqu'au mode de constitution de l'infarctus qui n'ait son influence, qu'il soit brutal, ou progressif, ou constitué par la coalescence lente de plaques de myocardite atrophique (Gallavardin). Pensons encore au terrain : des vicariances circulatoires considérables existent à l'état pathologique sur des cœurs lésés qu'on ne rencontre pas sur le cœur des sujets jeunes.

Si l'histoire clinique est variable, le groupement des symptômes permet dans certains cas d'identifier avec certitude l'infarctus du myocarde. Certes, il est des formes cataclysmiques où la mort est foudroyante : il en est d'autres à l'opposé, silencieuses, où l'autopsie seule fait le diagnostic plus ou moins tardif. Par contre, il est un syndrome auquel l'aspect particulier, l'intensité des signes, la brutalité d'apparition assignent une place de choix : c'est la forme angineuse (Lian et Pollet, Weissenbach et Kaplan Donzelot).

Le malade, âgé, scléreux, hypertendu a eu ou non le redoutable avertissement d'une crise angineuse. Il est brutalement terrassé à l'occasion d'un effort souvent minime par un paroxysme angineux d'une effrayante intensité dont les ondes douloureuses irradient dans la tête, le thorax et la partie sus-ombilicale de l'abdomen. Le malade ignore les accalmies d'un supplice permanent, mais non des exacerbations qui dépassent toute tolérance, et ceci pendant des jours, six à huit, habituellement. La médication calmante la plus énergique se montre inefficace. Les douleurs excruciantes expliquent l'état de choc du malade : traits tirés, teint plombé, gémissements incessants. Un tel tableau doit évoquer l'idée de l'infarctus. L'examen du malade en décèlera d'autres signes majeurs ; les bruits du cœur sont lointains, entrecoupés d'extrasystoles ou de paroxysmes tachycardiques ; le rythme de galop est assez fréquent. Il faut chercher, car sa découverte est capitale, bien que sa présence soit inconstante, le frottement péricardique, d'intensité légère, de nature transitoire ; s'il est dûment identifié, c'est un excellent appoint pour le diagnostic ; son absence n'est pas infirmative. Car il est la traduction auditive de l'existence d'un infarctus pariétal et on comprend qu'il puisse manquer dans tous les cas où la localisation existe ailleurs que dans la paroi antérieure du ventricule gauche. Parkinson et Bedford, dans 83 autopsies d'infarctus notent 11 fois seulement une réaction péricardique.

Si l'on poursuit l'examen du malade, on note que la tension artérielle est basse. La connaissance antérieure de la tension permet de constater que cette baisse a été un effondrement véritable, atteignant le plus souvent les deux chiffres, mais amenant parfois un véritable écrasement de la pression différentielle. Cette baisse est brutale et durable : son intensité présente une grande valeur pronostique.

Un tel ébranlement circulatoire retentit sur l'organisme tout entier. Insistons sur la valeur de la fièvre. Celle-ci apparaît 24 à 48 heures après l'infarctus : elle est constante (Wearn, Lian et Pollet, Weissenbach, Gallavardin), habituellement modérée : elle s'éteint le plus souvent au bout de quelques jours, mais persiste parfois plusieurs semaines (Hamman). Sa valeur diagnostique est considérable.

Il n'est pas jusqu'à l'appareil gastro-intestinal qui ne traduise sa souffrance sous forme de vomissements, ou tout au moins de nausées ; ces signes joints à l'état de choc, à la contracture des muscles de l'abdomen, au pouls misérable, à la fièvre peuvent en imposer pour un syndrome péritonéal, impression dont on peut avoir quelque peine à se défaire.

La terminaison habituelle d'un tel état est, on le devine, la mort. Celle-ci est rapide ou se produit au bout de deux à trois semaines par syncope on achève l'évolution d'une insuffisance cardiaque irréductible. Des cas de guérison clinique peuvent cependant s'observer. Hamman, Parkinson et Bedford, Donzelot, Lian et Puech, Léchelle, Bergenstein et Boucom...

en ont cité des exemples. Une récidive est toujours possible au cours de laquelle l'excitus est quasi-constant.

Il s'en faut de loin que cette forme angineuse corresponde à la généralité des cas. Il en est une autre qui, par sa fréquence, doit s'imposer à l'attention du clinicien ; c'est celle décrite par Gallavardin sous le nom de forme cardioplégique. Il s'agit de sujets âgés, frappés brusquement d'un syndrome angineux, ou d'œdème aigu du poumon chez lesquels évolue alors une insuffisance ventriculaire gauche sévère et progressive qui les conduira fatalement au tombeau. Le bruit de galop, l'insuffisance mitrale fonctionnelle, les récidives d'œdème subaigu du poumon sont les constituantes du tableau symptomatique. L'état général décline si rapidement qu'on a pu décrire une cachexie particulière.

Pour Gallavardin, un type souvent observé serait aussi celui qu'il a appelé type à début masqué. L'asystolie gauche brûle les étapes et le traitement agit à peine ; la tension est très basse malgré l'hypertrophie du ventricule gauche, le bruit de galop est particulièrement intense. On conçoit combien dans ces cas l'erreur de diagnostic étiologique est excusable.

Citons encore pour mémoire la forme embolique (Gallavardin, Gravier, et Lesbros) où des embolies apparaissent dans le domaine de la grande circulation ; la forme arythmique où l'apparition subite et isolée d'un trouble du rythme constitue le tableau clinique ; la forme pulmonaire (Wearn) où une dyspnée tenace et intense, avec signes d'encombrement pulmonaire retient seule l'attention du clinicien.

Disons pour conclure que si le diagnostic peut être posé avec probabilité et vraisemblance dans la forme hyperalgique, et à la rigueur dans le type cardioplégique, il n'en saurait être de même dans les autres alternatives. Le laboratoire apporte peu de renseignements complémentaires : la leucocytose sanguine avec polynucléose n'apparaît que dans les infarctus volumineux et sa valeur est faible. L'étude électrocardiographique n'apporte pas non plus une contribution justifiant l'enthousiasme des premiers observateurs : les tracés électriques n'indiquent que la souffrance myocradique. Suivant la localisation et l'extension des lésions, on a un bloc de branche ou un bloc d'arborisation. Une lésion localisée à la pointe ou à une partie neutre du myocarde ne donnera aucune traduction électrique. Evidemment, on note en plus les modifications caractéristiques de l'onde T observées dans les thrombroses coronariennes (Herrick, Robinson et Hermann). Pardec, peu de temps après l'apparition de signes cliniques de thrombose coronarienne a noté l'existence d'une onde T si surélevée qu'elle débutait près du sommet de R et faisait corps avec elle.

Le diagnostic de l'infarctus est donc clinique. La forme hyperalgique doit être distinguée de l'angor aigu coronarien fébrile décrit par Lian et Puech et rattaché par eux à une poussée d'artérite aiguë coronarienne amenant une grande ischémie myocardique sans nécrose vraie. Il faut faire la distinction certes, mais les moyens nous manquent : les deux tableaux, se ressemblent d'une façon étrange : la mort est fréquente mais il semble que la guérison survienne un peu plus fréquemment que dans l'infarctus vrai.

Quant à savoir si une insuffisance cardiaque a pour substratum anatomique l'infarctus, il faut y renoncer si l'on cherche une certitude clinique. Si l'évolution est rapide, si la chute tensionnelle est profonde, si la médication tonicardiaque la plus énergique est inefficace, on doit soupçonner, sans plus, l'infarctus.

Si l'on reprend chaque symptôme en particulier, la discrimination est encore possible. La crise angineuse banale n'a ni cette intensité effrayante ni cette durée insolite. Le frottement d'une péricardite est durable ; le sujet a des raisons de faire une péricardite et les douleurs sont très rarement atroces.

Le pronostic de l'infarctus est redoutable. Le mort est habituellement rapide par syncope, ou un peu plus tardive si l'insuffisance cardiaque les conditionne. Cependant la guérison clinique existe. Hamman cite une survie de 4 ans, Parkinson et Bedford de 11 ans, Donzelot en rapporte trois cas datant de 3 mois, 11 mois , 2 ans. Léchelle, Bergenstein et Boucomont, Lian et Puech en ont également rapporté des exemples. Sur quels signes se baser pour établir le pronostic ? Les Américains tracent un parallèle entre l'état de choc et l'importance du vaisseau thrombosé, plus celui-ci est volumineux, plus est sombre l'avenir immédiat de ces malades. A l'opposé, la courte durée du mouvement fébrile, le bon état antérieur du myocarde sont de bon augure pour Ch. Fiessinger. Enfin, une bonne tenue de la pression artérielle, l'amélioration rapide du syndrome angineux sont naturellement des éléments favorables ; mais de toute façon, la guérison clinique s'observe au prix d'importantes lésions myocardiques parmi lesquelles il faut citer les plaques fibreuses et l'anévrysme du cœur. Dans un avenir plus ou moins lointain, ces lésions peuvent aboutir à la rupture du cœur dont on connaît le pronostic fatal.

Avouons, au point de vue thérapeutique, notre impuissance actuelle. Rétablir la circulation dans une portion étendue du myocarde est au-dessus de nos moyens. La prescription d'urgence, c'est la morphine largement administrée, qui a seule le pouvoir d'atténuer un long martyre. La vessie de glace en permanence sur la région précordiale est également à conseiller. Il ne faut pas non plus négliger d'instituer le repos absolu au lit et de maintenir longtemps cette prescription, afin d'éviter la possibilité d'une syncope. Donzelot recommande , en outre, l'adrénaline en injections. Faut-il prescrire des tonicardiaques ? Certains recommandent l'ouabaïne en injections intra-veineuses. D'autres les proscrivent et s'en tiennent à de petites doses de toni-cardiaques. Il semble que cette prudence soit recommandable. Les résultats sont à peu près égaux avec les deux méthodes : il pourrait être dangereux d'exciter violemment la contractilité d'un cœur dont une partie souvent importante est fonctionnellement détruite, ou en tous les cas grandement fragilisée.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Maladies professionnelles et Assurances sociales

L'histoire des tentatives, plus ou moins audacieuses et heureuses, dans le domaine législatif, montre combien toute innovation trouve des obstacles qui ralentissent, voire même paralysent, l'effort des promoteurs. Malgré une argumentation et une logique, d'apparence pourtant impeccables, les cartons parlementaires s'entassent de propositions, de rapports, d'avis et de tant d'autres documents que l'on pourrait appeler pièces à conviction, qui sont, sans doute, instructifs, mais qui ne peuvent guère remplacer la loi qui sanctionne et couronne l'œuvre, entreprise avec ténacité, en faveur d'une réforme.

Si nous prenons l'exemple des maladies professionnelles nous voyons qu'elles aussi ne découragent pas les législateurs qui espèrent aboutir à un résultat dont le but, dans certains pays, est d'assimiler les accidents du travail aux maladies professionnelles. La distinction principale et en même temps la ressemblance entre les accidents du travail et les maladies professionnelles, si elles paraissent simples et claires aux uns, sont assez incompréhensibles pour les autres. Dans un exposé, lu au Congrès national des Accidents du Travail et des Assurances Sociales, en 1900, M. Georges Paulet, directeur au Ministère du Commerce, nous donne la précision nécessaire. Il qualifie la maladie professionnelle comme conséquence lointaine des fatigues et des insalubrités du métier. M. Paulet ne prétend pas que cette conséquence soit indirecte, mais seulement qu'elle se manifeste lentement. La maladie professionnelle est directement, sinon immédiatement, occasionnée par l'exercice

du métier ; elle est même bien plus directement la conséquence du travail que l'accident qui n'est dû parfois qu'à l'imprudence ou à la maladresse de l'ouvrier ; en plus, la maladie professionnelle est souvent totalement indépendante de l'ouvrier qui, malgré tous les soins et toutes les précautions prises, ne peut pas s'en garantir.

M. Paul Pic, professeur de la législation industrielle et ouvrière à la Faculté de droit de Lyon, fait, dans son Traité, ressortir la base commune de l'accident du travail et de la maladie acquise à la suite du même emploi. M. Pic condamne sévèrement l'exclusion de la maladie professionnelle, motivée par des considérations pratiques. A son avis, elle est injuste et illogique : injuste, attendu que la maladie professionnelle ayant, comme l'accident, son origine dans le fonctionnement de l'industrie, constituant un véritable risque de la profession, devrait en bonne justice offrir, au profit de celui qu'elle atteint, souvent mortellement, un droit égal à réparation ; illogique, car il n'y a, au fond, aucune différence de nature entre un empoisonnement accidentel dû à un brusque dégagement de gaz délétères et l'empoisonnement lent et insidieux, par les mêmes gaz, de l'organisme du travailleur.

Les adeptes de la proposition de loi du 27 octobre 1921 sur l'extension aux maladies professionnelles de la loi sur les accidents (9 avril 1898) sont encore plus affirmatifs que M. Pic. Ils donnent une opinion synthétisante qui doit frapper par la logique de la pensée. Les députés disent :

« Ainsi donc, lorsqu'un ouvrier est blessé dans une usine où toutes les précautions sont méticuleusement prises, où tous les règlements sont soigneusement observés, même si l'accident résulte d'une cause toute fortuite impossible à prévoir, même s'il provient de la propre imprudence de la victime, le patron est obligé par la loi de donner à son ouvrier une indemnité d'ailleurs très légitime.

« Et lorsque au contraire, un patron empoisonne volontairement et sciemment un des ouvriers, en négligeant de prendre les précautions les plus élémentaires, en refusant d'observer la loi et les règlements d'administration publique relatifs à l'hygiène des travailleurs, lorsque, comme un odieux tortionnaire, il tue petit à petit ses travailleurs, lorsqu'il est, par suite, absolument responsable d'un empoisonnement qu'il aurait pu enrayer, d'une infirmité qu'il ne tenait qu'à lui d'éviter, d'une mort qu'il pouvait empêcher par quelques sacrifices insignifiants, il ne doit rien à sa victime dont la loi se désintéresse.

« Peut-on vraiment concevoir plus étrange contradiction, plus indéfendable anomalie, plus monstrueuse ineffabilité devant la maladie et l'infirmité ? »

Au cours des longues années, pendant lesquelles les diverses propositions étaient soumises à une étude approfondie, les considérations des partisans de la réforme législative ont paru plus ou moins persuasives.

A cette occasion, rappelons que, le 28 décembre 1888, M. Camille Raspail a porté, pour la première fois à la tribune du Parlement français, la question du rapprochement à faire entre les accidents du travail et les maladies professionnelles. Grâce à MM. J.-L. Breton, A. Briand, J. Jaurès, A. Millerand, etc., quinze ans plus tard, le problème discuté est devenu l'objet d'une proposition de loi qui visait l'extension aux maladies professionnelles de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents de travail. Il a fallu ensuite plus de vingt ans pour que la loi fut votée (loi du 25 octobre 1919). Depuis, des dispositions nouvelles sont venues s'ajouter et le 1er janvier dernier une modification importante a été encore promulguée.

* *

Dans le mouvement en faveur de l'extension de la loi sur les maladies porfessionnelles, le corps médical occupe, cela va de soi, une place de premier plan. Et puisque les assurances sociales sont à l'ordre du jour, des médecins peuvent se demander s'il y a lieu de continuer l'effort commencé. A quoi bon, diront peut-être des praticiens, de s'occuper spécialement des maladies professionnelles, puisque les caisses d'assurances indemnisent les malades sans chercher la cause.

M. Balthazard (1) le doyen de la Faculté de médecine de Paris met en garde contre une opinion simpliste pour les deux raisons suivantes :

1° La loi sur les maladies professionnelles doit accorder aux ouvriers des avantages supérieurs à ceux, conférés par les assurances sociales. C'est ainsi qu'en France les assurances sociales limitent à six mois la période pendant laquelle l'assuré a droit aux prestations en argent, aux soins médicaux (loi du 5 avril 1928) ; il n'y a pas de limite de durée pour l'incapacité temporaire dans les maladies professionnelles (loi du 25 octobre 1919). De même, l'assuré n'a droit à une rente pour incapacité permanente et partielle que si l'incapacité restante est inférieure au tiers de la capacité normale, et alors la rente est fixe, l'assuré fut-il atteint d'une incapacité totale de travail ; la rente est au contraire due pour toute incapacité permanente, si faible soit-elle, dans les maladies professionnelles, étant entendu que cette rente est proportionnelle au taux de l'incapacité.

2° La loi sur les maladies professionnelles ne poursuit pas seulement l'indemnisation des ouvriers qui ont plus ou moins compromis leur santé par leur travail ; elle a une portée sociale et hygiénique considérable, car elle doit inciter les industriels à améliorer les conditions de travail de leurs ouvriers et à prendre toutes dispositions pour diminuer l'insalubrité de leurs industries, partant leurs responsabilités pécuniaires.

Les arguments cités suffisent pour entraîner notre conviction et l'on sera d'accord avec les conclusions suivantes du distingué doyen :

1° Il importe de maintenir et même de développer la législation sur les maladies professionnelles, alors même que les assurances sociales assureraient des prestations pour toutes les maladies.

2° La législation sur les maladies professionnelles doit comporter l'indemnisation aussi automatique que possible de ces maladies, de façon à éviter les procès, qui inciteraient les ouvriers à réclamer en toutes circonstances leurs prestations aux caisses d'assurances sociales.

3° Des dispositions législatives doivent permettre aux caisses de récupérer sur les industriels les prestations qu'elles auraient versées à des ouvriers pour des maladies professionnelles indemnisables.

G. Ichok.

(1) Balthazard. — Maladies professionnelles et assurances sociales. *Paris Médical*, t. XX, n° 46, 1930, p. 429.

« La vérité est que les époques, auxquelles le nombre des étudiants en médecine a augmenté, ont toujours correspondu à des crises économiques. On n'a qu'à se reporter, pour s'en convaincre, au règne de Louis-Philippe. Le nombre des étudiants a doublé quand est survenue une crise industrielle ou commerciale : on désertait le commerce ou l'industrie pour se précipiter vers les professions libérales. »

(Brouardel, 1894.)

Biologie du cerveau. — Heikichi Saito, partant du fait que l'ingestion de thyroïde diminue le glycogène hépatique et du fait que l'ingestion concomitante de graisse neutralise cette action de la thyroïde, a employé du tissu cérébral riche en graisse pensant obtenir le même effet ; or, il a eu un résultat négatif. Les phosphatides (céphaline, lécithine, etc.) ont une action préventive (*Japan med. World*, 15 octobre 1930, p. 78). L'auteur conclut à une différence de nature entre les lipoïdes du cerveau et les autres lipoïdes.

H. V.

BIBLIOGRAPHIE

Les États d'angoisse nerveux et leur traitement, par Dr STEKEL, de Vienne. Avant-propos et traduction française du Dr Lucien Hahn, bibliothécaire en chef de la Faculté de médecine de Paris (d'après la 4e édition allemande augmentée et corrigée). Un vol. in-8 de 704 pages de la *Bibliothèque Médicale* ; 65 fr. Payot, 106, Boulevard Saint-Germain, Paris

« Ce serait une erreur de croire que dans le domaine de la psychologie sexuelle, il y ait, en Allemagne et en Autriche, unanimité à s'incliner devant les idées de Freud... Ne connaître ou ne vouloir connaître que Freud et le freudisme, c'est délibérément renoncer à connaître une partie — fort importante — des travaux germaniques.

« Or, dans l'ensemble de ces travaux, il y a du nouveau, œuvre de ceux qui se sont dégagés de l'emprise freudienne ou qui n'ont pas consenti à la subir. Le nombre de ces « affranchis » est assez grand, pour m'avoir surpris, et de même, j'ai reconnu que certains — qui sont tous des médecins peu soucieux de psychologie théorique — avaient une originalité digne d'intéresser, en d'autres pays, d'autres médecins. Parmi eux, j'ai vite reconnu que celui qui avait le plus de « personnalité » était le Dr Wilhelm Steckel, et c'est pourquoi j'ai été très heureux de pouvoir présenter aux lecteurs de langue française, la traduction de l'un de ces ouvrages les plus récents et les plus marquants.

« L'un des mérites de ce livre, pour un médecin, est d'êtres un vrai traité clinique de psychothérapie. D'ailleurs l'ensemble de l'œuvre de Stetkel est comme un guide qui permet l'exploration toujours plus complète d'un domaine resté très longtemps mal connu. » *Extrait de la préface* du Dr Lucien HAHN.

L'Invagination intestinale aiguë du nourrisson, par F. D'ALLAINES et Jean ARMINGAT. Préface du professeur L. OMBREDANNE. Un vol. in-8° (20 × 15) de 124 pages et 13 fig. : 20 fr. Gauthier-Villars, édit. Paris.

Ce travail s'adresse donc aux médecins comme aux chirurgiens : et ceux-ci y trouveront encore, à côté des indications opératoires, la discussion de bien des points de technique susceptibles de rendre l'opération plus sûre et d'éviter la récidive des accidents.

De GAUDART d'ALLAINES et ARMINGEAT ont écrit un petit livre qui mérite d'être lu parce qu'il peut et doit sauver des vies d'enfants.

Das Wunder in der heilkunde par E. LIEK DANZIG (un vol. 210 p., édité par J. H. Lehmans-München, 1930, broch. 3 m. 60; relié, 5 mks.

L'auteur notre confrère le Dr E. LIEK-DANZIG a publié récemment un ouvage qui a eu grand sucés : *Der Artz und seine Sendung* (le médecin et sa mission)

L'œuvre nouvelle : *Das Wunder in der Heilkunde* paraît devoir rencontrer la même faveur. Il vient tout à fait à son heure, au moment où pullulent guérisseurs de toute sortes, où des superstitions naissent ou se renforcent, où enfin le système des assurances sociales par les réglementations qu'elle impose n'est pas sans influence sur la mentalité du médecin.

Il me paraît difficile de traduire correctement le titre de l'ouvrage. On peut évidemment dire : *le miracle en médecine*, mais il doit demeurer entendu qu'il s'agit d'une étude purement objective, écrite par un praticien qui exerce la médecine normale, celle qui est enseignée à la Faculté et que ce médecin est à la fois un homme tout dévoué à ses Confrères, un savant ayant une haute idée du devoir médical, un esprit ouvert tendu vers le but : *comprendre et agir pour le bien du malade.*

Je doute que d'autres ouvrages consacrés à semblables sujet aient réussi à résumer aussi clairement et d'une façon aussi condensée une pareille somme de faits, d'expériences, d'arguments.

J. F. LIEK-DANZIG nous révèle avec beaucoup d'impartialité les côtés philosophiques du problème de la vie et de ses relations avec celui de la maladie. Mais ces considérations, développées surtout dans le premier chapitre et dans les conclusions, n'empêchent pas l'auteur de nous donner des études et des faits précis, au nombre desquels je mettrai très particulièrement les pages consacrées à trois guérisseurs (ZEILEIS, STEINMEYER et le *Pasteur* de l'« HUNGERPFARRE » : presbytère de la famine). Je mets ces pages au premier plan de celles que doit connaître et méditer un praticien soucieux de son devoir humain et des possibilités offertes à son champ thérapeutique.

Il est bon de proscrire les charlatans, mais découvrir scientifiquement, psychologiquement, ce qui peut être glané dans leur champ par les vrais savants, par l'honnête praticien est — scientifiquement parlant — une obligation de conscience.

Le livre de E. LIECK-DANZIG sert magnifiquement cette obligation. Aussi en dois-je recommander l'étude à tout médecin et à tout chirurgien.

Voir en tout cas pages 160-161 les caractéristiques habituelles du guérisseur.

L'ouvrage dédié par l'auteur à son meilleur collaborateur (sa femme) est parfaitement clair, écrit dans un style élégant et pur.

Dr G. ESPÉ DE METZ.

Almanach Pestalozzi 1931. *Agenda pour la Jeunesse.* — Neuvième année. Un vol. in-12 avec plus de 500 illustrations dans le texte. Broché : 9 fr. 3 concours dotés de prix importants. Payot, 106, Boulevard Saint-Germain, Paris.

Tous ceux qui s'intéressent à des enfants sont surs, en faisant cadeau de l'*Almanach Pestalozzi* à leurs jeunes amis, de leur causer le plus grand plaisir : chaque année, des milliers d'écoliers l'attendent avec joie car l'*Almanach Pestalozzi* est considéré à juste titre, depuis sa création, comme le *vade mecum* sans rival des écoliers et des écolières de France auxquels il offre, sous une forme aimable, une variété inépuisable de faits et d'idées.

Ce précieux petit livre sera leur compagnon pendant toute l'année scolaire, et la recherche des solutions des concours, qui sont dotés de 15.000 francs de prix, sera pour eux un très agréable divertissement.

Revue des Cours et Conférences. Sommaire du n° du 30 décembre 1930 : A. Grenier : La tradition de l'archéologie gallo-romaine (II) : L'organisation du travail au XIXe siècle. — F. Gaiffe : L'évolution du comique sur la scène française (II) : Hiérarchie des comiques. — A. Spaier : Quelques aspects de l'idéalisme (II) : Existence et transcendances. — M. Raymond : La poésie française contemporaine (I) ; Les protestations françaises contre le symbolisme. — G. Connes : L'Angleterre en 1929 (VII) : M. Snowden parle. — G. Lote : Le vers romantique (II). — Les sons et les mots.

Le n° 4 fr. 50. Abont : 60 fr. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

VARIÉTÉS

Autour du Théâtre d'Euripide

MÉDÉE
(Etude de psycho-pathologie)

Par le Dr Ph. SCOURAS

Τλήμων ἀρετὴ λογος ἄρ ἦσθα ἐγώ δ'ό μωρός ἔργοῦ ὡς ἤσκουν σὺ δ'ἐδούλευες τύχη.

(EURIPIDE)

I

Ce n'est pas déformer l'esprit de l'auteur, que d'envisager du côté médical le caractère des personnages tragiques dans ce qu'il y a d'anormal ou de choquant.

Abstraction faite de toute considération concernant l'utilité des études médico-psychologiques, la méthode objective nous fournit, croyons-nous, l'avantage essentiel de juger et de comprendre.

On sait, qu'aux époques lointaines des civilisations primitives, l'art et la poésie représentaient les seuls moyens dont on disposait pour diffuser les connaissances techniques ou scientifiques accumulées par l'expérience.

A défaut d'imprimerie on cherchait par la chanson, l'épopée ou la légende à divulguer sous une forme plaisante, et en soi lyrique, les principaux événements qui frappaient l'esprit des observateurs, et à élever les aspirations secrètes de l'âme vers un idéal religieux ou éthique.

La tragédie grecque ne fait pas exception à cette règle générale. On risquerait fort de méconnaître son éternelle vérité, si l'on s'obstinait à n'y voir que le souci de la perfection littéraire.

Ce n'est pas, en effet, l'envie de « faire de la littérature » qui pousse Euripide à écrire des tragédies, mais le besoin de présenter sous une forme touchante, les résultats de ses plus chères méditation sur l'homme et sa nature.

Il profite des enseignements de la légende et c'est en sa faveur qu'il nous propose le fruit de sa dure expérience.

Voyez Médée, telle qu'il nous la dépeint, gisante par terre et désespérée, depuis qu'elle sait la trahison de Jason ; Oreste, le parricide persécuté par les divinités vengeresses ; Hercule, halluciné et assoiffé de sang, tuant sa propre famille.

Et combien d'autres encore, de ces images symboliques de la vie, de ces fantômes errant dans les ténèbres de mondes invisibles, de ces monstrueuses mais vivantes créations...

Si le nom de Médée, évoque une légende magique le sens profond du drame illustre la toute puissance des passions inspirées par Vénus ; les angoisses d'Oreste assailli de visions Erinnyennes symbolisent les remords de la conscience ; et Hercule furieux nous offre la première description connue de la confusion mentale onirique, équivalent psychique de la comitialité.

Fidèle miroir de la vie, la scène du théâtre tragique retentit de sanglots et de refrains lugubres. Le sang répandu monte vers l'autel des divinités Infernales, comme un pieux hommage à la toute puissance de la passion et de l'instinct.....

On ne doit donc pas faire des tragiques des divinités figées et inviolables comme on le fait d'habitude à force de les adorer, mais des pionniers d'avant-garde, ayant dévoilé les premiers, le drame héréditaire qui ravage tout homme anxieux de son propre secret.

On doit s'efforcer de saisir les origines profondes de leurs œuvres et surprendre dans leurs tâtonnements mouvants la première envolée vers la terre promise du savoir.

L'évolution des idées fécondes en enseignements sera notre aide. Car la perfection est stérilisante.

II. La légende selon Euripide

Comme la plupart des tragédies grecques, le chef-d'œuvre d'Euripide n'est que l'avant-dernier acte d'une légende fameuse, dont le principal épisode se rapporte à l'expédition des Argonautes et la conquête de la Toison d'Or. On trouve dans l'Odyssée des précisions relatives à l'expédition, à la généalogie de Jason et de Médée, ainsi qu'à tout ce qui touche aux périgrinations des héros, aux pays rencontrés en cours de route d'Iolcos au royaume d'Aïtès.

L'expédition ayant été couronnée de succès, Jason accompagné de sa jeune épouse se réfugie à Corinthe, lieu du drame euripidien. Ebloui par la richesse du pays et désireux de vivre dans l'aisance, Jason se fiance à la fille du roi Créon, Glauké. Ce fut le point de départ de la célèbre tragédie qu'Euripide orna de toutes les nuances du sublime et du pathétique.

L'histoire survécût à la légende et au temps de Pausanias la fontaine de Glauké située à l'issue de l'Agora Corinthien perpétuait le souvenir d'un triste événement. C'était dans cette fontaine, disait-on, que Glauké se jeta, poursuivie par sa rivale. Le tragique n'accepte pas cette tradition. Il en change le contenu au gré de sa fantaisie réaliste, et il s'oppose à toutes les versions adoptées avant lui par Néophron et Aristophane de Byzance.

Glauké d'Euripide est brûlée vive ce qui suppose la préméditation lucide du crime de la part de Médée, caractère essentiel du drame et infiniment plus émouvant.

Mais suivons de près les faits, tels qu'il nous sont fournis par Euripide :

L'épouse trahie et abandonnée pense en effet à se venger de la plus terrible façon.

Glauké, le roi Créon et ses propres enfants feront les frais de la vengeance.

La sentence d'exil que le roi Créon songe à lui infliger précipite sa décision. Profitant d'un jour de liberté qu'elle obtient au moyen de son ingéniosité hypocrite, elle a aussitôt recours à la violence et d'autant plus promptement qu'Egée, roi d'Athènes, touché par ses malheurs lui offre ce dont elle manquait refuge et protection.

La jeune Glauké et son père le vieux Créon, meurent enlacés de flammes dévorantes. Le bandeau d'or et le vêtement qu'elle leur fit envoyer en guise de présent nuptial, sont doués de propriétés funestes.

Aussitôt débarrassée de ses ennemis, la terrible menace du début se précise nettement dans sa pensée. Elle doit tuer ses propres enfants, fruits abominables des amours d'un parjure. Après quelques oscillations inévitables que son monologue traduit dans toute leur déchirante sincérité, elle les égorge.....

Jason reste seul, sur les débris de son double hyménée.

Ainsi, par ce triple meurtre, Médée, rachète le sang de Pélias qu'elle avait fait verser jadis pour l'amour de Jason.

Cette exposition squelettique du drame ne reproduit que les grandes lignes de l'action. Il faut avoir lu et relu ce chef-d'œuvre pour saisir tous les effets subtils et nuancés qu'on y découvre à chaque page, à chaque ligne. Nous ne pouvons pas nous étendre davantage et présumant l'intrigue connue dans ses détails nous nous permettons d'aborder l'étude psychologique de Médée.

III. Le tempérament de Médée

Bien que dédaignant les croyances surnaturelles et les superstitions, Euripide se garde bien d'écarter du drame un élément puissant d'intérêt théâtral, à savoir le rôle que jouent les forces mystérieuses et fatales dans les agissements meurtriers de l'héroïne.

Malgré son indépendance, Euripide croyant, semble adopter l'opinion populaire : « le sang appelle le sang », le parricide de Médée devant entraîner fatalement la punition divine. La foi à la justice vindicative de Dieu — auquel on prêtait, suivant les circonstances, l'humeur hostile ou complaisante, car — l'homme créa Dieu à son image — était telle, que tous les

tragiques, même les modernisants, en illustrèrent l'exemple. — Voyez Sophocle dans Ajax et Œdipe-Roi, Euripide dans Oreste —. Médée et Jason expieraient donc leurs crimes dans ce qu'ils avaient de plus cher au monde, dans la personne de leurs enfants.

Une semblable interprétation, digne d'un Eschyle traditionnaliste et croyant convaincu, n'est pas entièrement exacte. Elle éclaire mal les subtilités psychologiques du drame, et elle met au second plan l'importance des causes passionnelles qui mènent au dénouement tragique.

Le fatalisme d'Euripide n'est, en réalité, qu'apparent. Ce que l'auteur met en pleine évidence, c'est le rôle du facteur biologique et des motifs profondément égoïstes qui poussent Médée à accomplir son crime avec une promptitude particulière.

La vérité éternelle, et l'originalité de Médée se révèlent dans la mobilité de ses sentiments, dans ses emportements et ses faiblesses dans ses sursauts passionnels, dans tout ce qui est enfin susceptible de faire vibrer son âme livrée aux plus impitoyables conflits.

Sympathique par certains côtés, antipathique par d'autres, elle cesse d'être ce que l'on croit — l'agent inconscient de volontés mystérieuses du sort — pour se rehausser au rang de grande figure dramatique et réaliser aux yeux du spectateur l'image allégorique de la femme trahie.

Sans doute exceptionnelle de par sa nature vindicative et criminelle, mais toujours vivante et toujours actuelle. Et c'est précisément, dans le naturel et le vraisemblable des personnages mis en scène, qu'Euripide doit la puissance et la passionnante actualité de son œuvre, malgré tant de siècles passés.

Car, regardant de près, nous voyons que Médée, comme tant de nos délinquantes contemporaines, est une femme à tempérament spécial, aux réactions impulsives et violentes, et capable d'accomplir des actions d'éclat, ici par amour, là par vengeance.

Bien avant la mise en exécution de ses projets sanglants, l'entourage et le chœur des femmes corinthiennes pressentent le dénouement tragique. Ecoutons la nourrice exprimer ses doutes et ses soupçons : « Je crains d'elle quelque résolution étrange, violente est son âme, elle ne supportera pas d'être maltraitée » (V. 38-40). Termes explicites, et d'autant plus justifiés que le souvenir du passé ténébreux de l'héroïne est encore vivant. Elle trace ensuite un bien sombre tableau du caractère de sa maîtresse, de son « humeur sauvage », et « du funeste naturel de son âme intraitable » (V. 104), s'interrogeant anxieusement « à quoi pourra bien se porter ce cœur hautain, cette âme difficile à réfréner sous la morsure du malheur » (V. 108-110).

Révélations pénibles pour le spectateur qui sent déjà peser sur la scène une atmosphère lourde et orageuse. L'entrée solennelle de Médée, ses propos nets et précis, son attitude hautaine et menaçante, ne laissent plus aucun doute sur la nature de ses intentions : « Que nul ne me juge chétive et faible, ni indolente et d'humeur toute contraire ; accablante à mes ennemis comme à mes amis, bienveillante » (V. 807-810).

Son emportement ne l'aveugle pas cependant. Elle est lucide, en pleine explosion passionnelle, et elle se rend parfaitement compte du sort qui lui échoit : « Oui je sens le forfait que je vais oser ; mais la colère l'emporte sur mes résolutions et c'est elle qui cause les pires maux aux mortels. » (V. 1077-1080).

Mais que l'on ne se méprenne pas sur sa conduite. Si son amour trahi est à la base de ses revendications et de sa haine, son orgueil, sa susceptibilité, ne le sont pas moins. Il est vrai qu'elle est blessée dans ses droits d'épouse, mais autant et peut-être plus dans son amour-propre. Elle tient en haute estime son origine noble et en fin de compte c'est au sentiment de sa supériorité outragée qu'elle empruntera ses moyens d'attaque : « Tu vois comme on te traite ? Tu ne dois point payer tribut de risée à l'hymen du sang de Sisyphe avec un Jason ; toi, fille d'un noble père et de la lignée du soleil ». (V. 404-406).

Aussi ses machinations criminelles ne s'arrêteront que devant un seul et unique obstacle : Celui de paraître ridicule, manquant le but visé. « Si je suis prise à franchir le seuil et à ourdir mon coup, ma mort fera la risée de mes ennemis. » (V. 381-383).

Toujours à l'affût de persécutions plus ou moins fondées mais surtout soucieuse d'écarter tout soupçon susceptible d'anéantir ses projets de vengeance, elle est prudemment hypocrite. « Ton langage à ouïr, lui dit Créon, inspire la douceur, mais je frémis qu'au fond de l'âme tu ne médites un malheur et ma confiance en toi en diminue d'autant. » (V. 315-318). Et nous savons par la suite des événements combien la méfiance de Créon était fondée et légitime. Sincère dans sa passion car trop fanatique, elle ne songe qu'aux moyens de la satisfaire, elle en fait une question d'honneur et le but sacré de son existence. Elle en parle nettement aux femmes corinthiennes, sans hésitation ni scrupules, s'élevant à des considérations d'ordre général, comme si elle prenait soin de justifier ses penchants meurtriers. « Une femme est d'ordinaire toute craintive, lâche à la lutte et à la vue du fer, mais voit-elle lésés les droits de sa couche, il n'est point d'âme plus sanguinaire » (V. 264-266).

Faut-il lui pardonner puisqu'on sait que par sa bouche c'est Euripide, l'aigri et le misogyne qui parle ?

Ainsi Médée, prémédite méticuleusement ses projets de vengeance, visant directement Jason, l'époux parjure et infidèle. Les services qu'elle lui a rendus, au cours de l'expédition alimentent sa passion et d'autant plus qu'elle est consciente des sacrifices qu'elle s'est imposée pour le suivre. Sa haine est donc aussi forte que son amour et ces deux sentiments puissants se disputent le champ de son action. Conflit d'ambivalence sentimentale, voici le drame intime auquel Médée est toute entière livrée.....

Les dernières hésitations refoulées, elle se montrera envers lui d'une extrême férocité. Devant les cadavres des enfants égorgés, elle contemplera froidement Jason et jouissant de son désespoir elle l'avertira de sa prochaine « malemort » comme si elle voulait par ce funèbre oracle, laisser avant sa disparition, une dernière impression d'horreur et d'épouvante.

A l'égard de ses enfants elle est affectueuse. Elle les aime, certes. Son monologue reflète les protestations impuissantes de l'instinct maternel luttant désespérément contre l'emprise envahissante de la passion traîtresse. C'est l'unique endroit où la mégère apparaît sympathique aux yeux du spectateur, la seule circonstance où elle pousse des cris vraiment humains et douloureux. Mais malgré ces quelques oscillations inévitables qui touchent déjà au sommet du lyrisme euripidien, Médée se dévoile implacable dans ses projets, et depuis le commencement jusqu'à la fin tragique, marchant droit au but et ne songeant qu'à jouir des effets de sa vengeance, sans repentir ni remords.

IV. La folie de Médée

La psychologie de Médée nous explique donc sa conduite. Tout y est logique, dirions-nous, même attendu et Euripide ne fait que suivre de loin les agissements meurtriers du monstre qu'il a créé. Figure perverse et égoïste aux tendances vindicatives accusées, elle est soumise par hérédité et par conviction aux lois souveraines de la mentalité primitive.

Elle se rattache sans conteste au terrain dégénératif si fréquent chez les délinquants et les criminels, chez qui les deux composantes prédominantes reposent sur la paranoïa et la perversion.

La personnalité psychique comprend, à la base, les instincts, et ensuite les sentiments, le tout coordonné par les représentations et les concepts. La folie de Médée résulte bien de l'atteinte de la zone centrale de la dissociation entre le moi instinctif et le moi social, de l'exaltation démesurée, des éléments égoïstes à point de départ passionnel.

L'énumération de leurs attributs psychologiques apparaît chez elle au complet : fluctuations du sentiment vital, exaltation, manque de coordination supérieure, absence d'orien-

tation éthique, attitudes hautaines et méprisantes, réactions violentes, etc.

C'est donc à juste raison qu'Euripide dépeint son héroïne sous le signe d'une hérédité barbare et primitive, dont les réactions criminelles se déclenchent au premier heurt avec la société régie par la loi.

Et ce n'est peut-être pas sans raison que le tragique lui oppose Jason, l'homme cultivé, aux tendances socialisées, pour en faire mieux ressortir les différences psychologiques.

La croyance au proverbe : « Le sang appelle le sang » montre bien que Médée pose aux yeux de son créateur le problème délicat de la criminalité et de ses rapports avec l'hérédité et la constitution.

Et n'est-il vraiment pas étonnant, que bien avant nos criminalistes modernes, le tragique grec ait persévéré dans l'étude et la mise au point d'une question aussi épineuse ?

On a cependant voulu voir en Médée le type accompli d'un état psychopathique grave, et interpréter sa conduite en parallèle avec les crimes collectifs des mélancoliques. L'erreur consiste à prendre pour des indices révélateurs du délire auto-accusateur et de la douleur morale mélancolique, des propos comme ceux-ci : « Je ne veux pas, par mon retard livrer mes enfants aux coups meurtriers d'une main plus hostile » (V. 1240), dont l'évidence n'est par contre que conventionnelle.

Cette interprétation défendue récemment encore avec beaucoup de talent par le Dr Kourétas, qui a consacré au théâtre grec un très important travail, riche en documents (Les tragiques grecs et les psychoses.En grec), laisse cependant à désirer. Car elle n'explique ni la conduite de Médée avant la mort de ses enfants ni le souci constant d'échapper à la condamnation qu'entraînerait fatalement son crime, implorant la protection du Roi Egée.

En outre, Médée se révèle pleine d'ardeur et de confiance et poussée par un élan vital incomparable pour atteindre le but qu'elle prémédite soigneusement, dissimulant ses véritables intentions derrière le masque trompeur d'une politesse hypocrite (voir dialogue avec Créon et Jason).

Comme le fait remarquer judicieusement Louis Méridier (Euripide, tome I, collection Guillaume Budé), « Elle calcule, modifie au gré des événements son plan de vengeance avec une promptitude et une sûreté qui dénotent une lucidité supérieure. »

Le mélancolique, au contraire manque de plasticité syllogistique et son tonus inhibé le trompe souvent dans ses desseins d'attaque ou de défense.

Il n'y a donc aucun doute sur la culpabilité de Médée, et il n'y a pas lieu de la considérer comme malade au sens clinique du mot.

Les crimes de Médée sont d'une couleur sombre et d'un morne et misérable tragique.

Dans le choix de sa triste héroïne, qu'une prédestination impérieuse pousse au crime à la première occasion, Euripide semble avoir été attiré, en tant qu'observateur, par certaines difformités psychiques, perverses et paranoïaques, comme il a été dit plus haut, dont Médée nous fournit l'arche-type incontesté.

Nul n'a mieux qu'Euripide, dépeint ces personnages de violence et de sang, dans leur farouche et sublime grandeur...

Il rompt avec le passé et substitue à la fatalité divine « des orages de passion, des fureurs et des douleurs, l'enthousiasme et le désespoir, les profondes poussées de l'instinct, un lyrisme brisé par les caprices de la fantaisie. » (Ed. Herriot : Sous l'Olivier.)

Chez les héros d'Euripide, comme chez ceux de Shakespeare, le sang répandu a pour but la valeur de l'enjeu mis en cause. La pointe du poignard de Macbeth s'enfonçant dans le cœur du vieux roi Malcolm, vise la possession de la couronne, les mains de Médée égorgeant ses propres enfants, visent le cœur de Jason. Ambition ou vengeance, les effets sont identiques.

L'humanité, dit H. de Régnier « vit toujours sous le régime de fer ».

V

Telle est la légende où Euripide illustre, d'une manière frappante l'antique alliance entre l'amour et le crime, entre la mort et la volupté.

L'action dans sa simplicité exprime toutes les nuances du pathétique et s'anime d'une progressive ascension. Elle a l'allure irrésistible des choses fatales, que le caractère même de Médée rend psychologiquement réalisables.

Euripide ne recule devant aucun obstacle, et les quelques exagérations voulues semblent indiquer son désir d'émouvoir. Il n'y a donc rien à lui reprocher.

Tout au plus on aurait le droit d'exiger un dénouement moins tragique, peut-être, mais plus naturel : que Médée tue Jason.

Mais le caractère pathétique de la tragédie serait alors relégué au second plan et le but visé demeurerait inaccessible. Les mœurs de l'époque imposaient la vengeance et l'obligation de racheter l'affront au prix cher du sacrifice. D'ailleurs, l'auteur devait respecter la légende.

Un autre point doit aussi retenir notre attention : l'empoisonnement de Glauké par le présent nuptial de Médée. Euripide agite ici la vieille question des empoisonneuses barbares que les traditions et les superstitions populaires avaient auréolé d'un éclat prodigeux.

La personnalité de Médée s'accorde parfaitement avec l'idée que l'on se faisait généralement des empoisonneuses. Et Euripide n'a pas voulu négliger ce petit détail scénique.

Après lui, d'autres en useront et le théâtre de Shakespeare, en particulier, donnera une place d'honneur aux machinations et aux empoisonnements que mènent dans la pénombre des coulisses, les forces mystérieuses des sorcières.

L'histoire aussi conservera le souvenir de quelques-unes de ces empoisonneuses célèbres : Agripine, Lucrèce Borgia, Catherine de Médicis, la Brinvilliers, âmes sœurs de Médée.

La tendance au merveilleux a sans doute déformé leur vrai visage et la science n'a pas, jusqu'à présent, pu découvrir leurs mystérieuses préparations pharmaceutiques, et pas plus, celle avec qui Médée enduisit son funeste présent.

Mais elle nous a éclairé sur les causes profondes de leurs agissements et montré qu'il y a une vérité sous le couvert de la légende.

Tellement il est vrai que l'empirisme traditionnel d'hier est devenu le déterminisme scientifique d'aujourd'hui.

Métrorrhagies. — Gough (*British med. Journ.*, 7 avril 1930, p. 1051) a présenté à la réunion de *North of England Obstetrical and Gynecological Society*, deux cas d'hémorragies utérines excessives, rebelles au curettage avec constatation clinique de très gros ovaires. Chez l'une, l'ovaire droit fut enlevé et la moitié du gauche fut réséqué. Chez l'autre, opération analogue. Succès dans les deux cas. Les ovaires étaient succulents, le stroma était augmenté et il y avait un grand nombre de petits kystes. Dans la discussion qui suivit cette communication. Stacey indiqua que ces cas sont très fréquents et que la réduction du tissu ovarien donne d'excellents résultats ; il y a toujours dans ces cas congestion pelvienne qui peut être d'origine physique ou psychique. Gemmell insista sur ce que les hémorragies peuvent tenir à la suractivité de la thyroïde, curable par radiothérapie de la thyroïde ou à l'hypothyroïdie, curable par l'opothérapie. Enfin Hunter proposa, dans ces cas, l'administration intraveineuse de calcium additionné d'extrait para-thyroïdien.

Gestation et accident. — Brindeau et Cohen ont rapporté, à la *Société de médecine légale* (séance du 7 juillet 1930), le cas d'une secondipare enceinte de trois mois, qui voyageait dans un train lequel dérailla. Elle ne subit que quelques contusions mais, très effrayée, elle eut une syncope. Treize heures après l'accident, elle ressentit des douleurs abdominales accompagnées de pertes. Puis, vingt-cinq jours plus tard, elle expulsa un fœtus macéré, paraissant mort depuis trois semaines (le placenta était normal, et le Wassermann négatif). La mort du fœtus a été vraisemblablement déterminée par une brusque contraction des muscles de l'abdomen.

H. V.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 décembre 1930

Les pèlerinages musulmans à la Mecque. — *M. Vaquez* propose à l'Académie, dans son rapport, d'adopter les conclusions de la récente communication de M. Dinguizli (de Tunis). Ces conclusions sont adoptées.

Congrès international d'hydrologie et de climatologie de Lisbonne. — *M. Durand-Fardel,* délégué par l'Académie, pour la représenter au XIIIe Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie qui s'est tenu en octobre, à Lisbonne, rend compte de ce Congrès.

Etat actuel du traitement du cancer de l'œsophage. — *M. Jean Guisez.* — Malgré quelques cas isolés et publiés à l'étranger de reussite d'extirpation du cancer de l'œsophage qui ne comptent pas devant les résultats décevants que donne la chirurgie de cet organe, presque tous les auteurs même des travaux récents concluent que la simple gastrotomie palliative est le seul traitement chirurgical permis dans ce grave cancer.

On comprend tout l'intérêt qu'il y avait en pareil cas à essayer la radiumthérapie, et c'est le résultat de sa pratique personnelle qui, depuis vingt ans porte sur plus de cinq cents cas traités (545) que désire exposer l'auteur dans cette communication.

Ce traitement n'était pas sans difficultés, car l'organe est médiatinal dans sa plus grande partie ; de là les tâtonnements du début.

Grâce à l'œsophagoscopie, il a été possible :

1° De faire exactement le diagnostic de cancer précisé par la biopsie faite en bonne place ;

2° D'en déterminer les limites en particulier vers le bas ;

3° Enfin, il est possible sous l'endoscope, de placer exactement le radium dans le sein de la tumeur.

Les résultats se sont beaucoup améliorés dans ces dernières années, grâce à des perfectionnements dans la technique, et le pourcentage de cas où il a pu obtenir une survie dépassant trois ou quatre ans a beaucoup augmenté.

L'observation la plus ancienne concerne un confrère âgé actuellement de plus de 80 ans, et qui fut soigné pour épithelioma du 1/3 inferieur en l'année 1911.

L'action du radium est très rapide, et dès les premières séances d'application, la déglutition auparavant impossible, redevient facile aux demi-solides.

Ce traitement n'est ni douloureux, ni dangereux, à la condition de bien en poser les indications et contre-indications, il ne doit être appliqué, en principe, que lorsque les lésions n'ont pas dépassé les limites de l'organe.

Les résultats de la radiumthérapie semblent surtout favorables dans les cancers du tiers moyen où il s'agit d'épithélioma basicellulaire, mais c'est toujours lorsque le diagnostic a pu être posé de façon précoce que la guérison a pu être durable.

Les traits cliniques spécifiques de la fièvre de trois jours ou fièvre à phlébotomes. — *M. J. Trabaud* (de Damas). — Il n'y a pas longtemps encore le tableau symptomatique de la fièvre de trois jours était fondu par les auteurs classiques dans celui de la dengue méditerranéenne par suite de la grande similitude des signes subjectifs des deux maladies et de l'empiètement réciproque de leur distribution géographique. Les épidémies massives de dengue méditerranéenne survenues en des régions où la fièvre à phlébotomes est commune comme celles de Syrie et d'Egypte en 1927 et de Grèce en 1928, ont permis de tracer définitivement des barrières entre les deux affections et les médecins syriens, égyptiens et hellènes, n'hésitent plus aujourd'hui dans la discrimination de la dengue méditerranéenne, maladie éruptive à explosions épidémiques massives et intermittentes d'avec la fièvre de trois jours, maladie éruptive et annuellement saisonnière. Les traits caractéristiques de cette dernière sont les suivants :

La fièvre de trois jours est une maladie hautement et brièvement fébrile.

La fièvre de trois jours est une maladie congestionnante.

La fièvre de trois jours est une affection neurotrope.

La fièvre de trois jours n'est pas une maladie éruptive.

La fièvre de trois jours est une maladie à rechutes rares et très inconstantes.

La fièvre de trois jours est une maladie asthéniante et anergisante.

Ainsi la fièvre de trois jours se détache nettement des autres affections exotiques même de celles qui lui ressemblent le plus, comme la dengue méditerranéenne. Si comme cette dernière la fièvre à phlébotomes est une maladie hautement fébrile, congestionnante, neurotrope, asthéniante et anergisante, si même elle affectionne les mêmes régions, intriquant dans la saison estivale ses manifestations avec les siennes, elle offre du moins des caractéristiques marquantes qui lui assurent sa personnalité nosologique. Elle n'est que brièvement fébrile, elle n'est pas éruptive, et si elle a parfois des rechutes elle n'a pas de recrudescence fébrile.

L'inhibition mentale chez l'enfant. — *M. Gilbert Robin* décrit une forme nouvelle d'inhibition mentale chez l'enfant : l'inhibition épileptique ou épileptoïde. Il insiste sur l'importance de son dépistage à l'âge scolaire.

Séance du 6 janvier 1931

Les ganglions sous-trapéziens dorsaux et la chaîne ganglionnaire scapulaire postérieure. — *M. H. Rouvière* decrit des ganglions lympathiques situés dans les plans profonds sous-aponévrotiques qui recouvrent la paroi postérieure de la cage thoracique.

Ces éléments ganglionnaires inconnus jusqu'ici forment deux groupes : l'un d'eux est placé sous le trapèze le long du nerf spinal et constitue la chaîne des ganglions sous-trapéziens dorsaux. L'autre est situé sous le rhomboïde, le long des rameaux scapulaires postérieurs. *M. Rouvière* désigne ce dernier groupe sous le nom de chaîne ganglionnaire scapulaire postérieure.

De l'utilité des examens médicaux préventifs complets. — *M. Georges Schreiber* montre la nécessité de procéder à des examens médicaux réguliers de l'organisme aux différentes étapes de la vie. La généralisation de ces examens et la création de centres de médecine préventive est indispensable pour accroître la longévité, la durée de l'activité professionnelle et pour éviter que des sujets déjà atteint de lésions sévères ou incurables soient examinés trop tardivement par leur médecin.

Les excellents résultats fournis par les consultations de nourrissons doivent être étendus aux enfants (inspection scolaire), aux adolescents (examens medicaux d'admission dans les grandes écoles, les universités, les usines, etc.) et aux adultes par des institutions nouvelles ayant pour rôle de surveiller méthodiquement et régulièrement la santé des individus quel que soit leur âge. *Toutes les circonstances de la vie normale ou professionnelle* doivent être mises à profit pour examiner les individus des pieds à la tête, notamment l'*incorporation militaire* et le *mariage* (examen médical prénuptial).

L'obtention du *permis de conduire* ne devrait pas donner lieu seulement à un examen médical au point de vue des aptitudes, mais servir de prétexte à un examen médical préventif complet portant sur tous les organes.

Divers centres de médecine préventive sont déjà organisés (Université de Strasbourg) ou en formation (Centre familial de Courbevoie), et il n'est pas douteux que ces essais seront suivis de près par les Caisses d'Assurances sociales qui ont un intérêt majeur à recommander et à favoriser les examens médicaux préventifs périodiques complets.

Séance du 13 janvier 1931

Le peyotl et son principe actif. — *M. Raymond Hamet.* — Le peyotl est une cactée du Mexique que les indigènes adorent comme une divinité et qu'ils absorbent au cours de cérémonies rituelles. En fait, cette plante est douée de propriétés stupéfiantes extrêmement curieuses, qu'elle doit à un alcaloïde spécial : la mezcaline. Cet alcaloïde qui provoque chez l'homme des visions lumineuses et des phénomènes analogues

à ceux qu'on observe dans certaines affections mentales est chimiquement voisin de l'adrénaline. *M. Raymond Hamet* montre que contrairement à l'adrénaline, la mezcaline paralyse le vague, diminue la pression artérielle et excite les contractions intestinales. Malgré sa constitution chimique la mezcaline provoque donc des phénomènes spéciaux tant psychiques ques physiologiques.

Cranio-synostoses. — *M. Gourfein* (de Genève), montre que dans certains cas de cranio-synostoses prématurées, spécialement dans l'oxycéphalie (crâne en tour), à côté de l'atrophie papillaire et de l'exophtalmie, on peut rencontrer quelquefois le ptosis congénital et la convergence.

La chirurgie pulmonaire au sanatorium. — *MM. Bénard* et *Dumarest* pratiquent, depuis plus de trois ans, la chirurgie pulmonaire à Hauteville, *en milieu sanatorial*. Ils ont fait des thoracoplasties, des phrénicectomies et depuis un an quelques apicolyses avec plombage paraffiné.

48 thoracectomies furent pratiquées sur 28 malades sans aucun décès dans les six mois qui ont suivi, 6 seulement sous anesthésie générale. 5 sont morts six mois ou plus après l'intervention.

Sur les 28 malades :

4 étaient d'indication pleurale (perforation pulmonaire) avec 2 décès ;
24 d'indication pulmonaire avec 3 décès tardifs.

Les thoracoplasties d'indication pulmonaire semblent donner les plus beaux résultats. Elles doivent viser à réaliser dans la mesure du possible, un collapsus électif efficace ; une apicolyse avec plombage pourra venir compléter un affaissement imparfait. Pour une lésion très localisée du sommet, un plombage seul peut suffire.

Sur 138 phrénicectomies pratiquées sans accident opératoire ou post-opératoire, les auteurs ont vu, dans les deux mois qui ont suivi :

1 poussée évolutive du côté opéré ;
7 bilatéralisations.

Sur 118 malades suivis de six mois à trois ans, il y a eu :

20 décès par tuberculose pulmonaire ;
17 excellents résultats ;
39 améliorations nettes ;
42 évolutions secondaires, malgré un bon résultat anatomique.

Au total : 56 bons résultats cliniques, avec des résultats anatomiques variables.

Opération bénigne, la phrénicectomie donne des résultats inconstants. Elle peut transformer du jour au lendemain une évolution progressive et aider à la résolution de lésions ulcéreuses même apicales ; elle peut être le coup de pouce qui déclanche l'activité réparatrice spontanée. Par contre, elle a pu provoquer des poussées évolutives, rarement graves d'ailleurs, surtout chez les malades opérés en période d'activité évolutive. Pratiquée chez des malades à lésions stabilisées, elle peut donner de très bons résultats et, en cas d'insuccès, servir de préparation à une opération plus importante.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 janvier 1931

Les réactions vaso-motrices du foie. — *M. Roger Glénard*, mettant à profit les précieux enseignements de la palpation du foie par le «procédé du pouce», montre dans une étude d'ensemble que la plupart des malformations légères de cet organe, intermédiaires entre l'état normal et les volumineuses hypertrophies, sont dues à des troubles de son rythme circulatoire.

A la vaso-dilatation correspondent les poussées congestives, à la vaso-constriction la diminution de volume du foie, à l'hypotonie l'hépatoptose. Cette nouvelle classification de phénomènes pathologiques encore mal connue offre autant d'intérêt au point de vue de la séméiologie qu'à celui de la thérapeutique.

Angiome vasculaire des paupières. — *M. Filderman* présente une petite malade de 8 ans chez laquelle il a obtenu un excellent résultat dans le traitement d'un angiome vasculaire des paupières ; il a dû se servir des injections sclérosantes pour les veinules les moins fines, et de l'hémo-crinothérapie surrénale pour le réseau précapillaire. Cette enfant avait été traitée avec succès par le radium pour un angiome de la lèvre par M. Wallon.

Maladie de Dupuytren. — *M. Félix Regnault* pense que cette maladie débute toujours par de la cellulite.

M. Pascalis présente une **gouttière articulée pour le membre inférieur** qui permet d'examiner ou de panser le membre sans avoir à répéter la manœuvre douloureuse et dangereuse de l'en extraire préalablement. Cette gouttière interchangeable est construite en duralumin, c'est-à-dire perméable aux rayons X.

A propos du traitement médical de l'appendicite. — *M. Pascalis* refuse systématiquement toute appendicectomie préventive, mais par contre, estime que toute appendicite dûment diagnostiquée doit être immédiatement opérée. Il pense que les séquelles sont le fait des cas mal examinés ou opérés trop tard et qu'il est possible de remédier aux adhérences de formes aiguës septicémiques non encore décrites, par des greffes épiploïques libres. Enfin, il apporte des observations d'epilepsie généralisée ayant cédé à l'appendicectomie.

Traitements récents de quelques affections ano-rectales : Hémorroïdes, fissures, prurit anal. — *M. Cambiès* présente un film avec dessins animés sur la technique de la recto-sigmoïdoscopie et des traitements décrits, et passe en revue le traitement des hémorroïdes internes par les injections sclérosantes de quinine et urée à 5 % faites suivant la technique du Dr Bensaude, au-dessus du bourrelet hémorroïdaire.

Dans le traitement de le fissure anale, l'auteur signale les bons résultats obtenus à l'aide de l'injection sous la muqueuse de la fissure de quelques gouttes de quinine et urée. Cette méthode est cependant très douloureuse. Pour éviter cette douleur, il a imaginé le traitement de la fissure par la dilatation diathermique progressive, à l'aide de son électrode olivaire spéciale. L'auteur signale enfin le traitement du prurit anal par les injections péri-anales sous la peau, et non dans le derme, de benzoate de benzocaïne.

La dibroxymercurifluorescéine et ses applications en gynécologie et en urologie. — *M. Ch. David* étudie ce produit très employé en Amérique mais a peu près inconnu en France. C'est un antiseptique extrêmement puissant, très peu toxique, non irritant pour les muqueuses ni pour la peau, et ayant un pouvoir considérable de pénétration dans les tissus.

Dans les infections des voies urinaires, les résultats n'ont pas été moins bons que dans le traitement des vaginites. En quelques jours il y a disparition de la douleur et de la pollakiurie en même temps que les urines s'éclaircissent avec une rapidité surprenante.

Influence des ondes galvaniques alternatives à longues périodes que la trophicité locale (et peut-être générale). — *M. Laquerrière* rapporte les effets obtenus sans contractions musculaires dans deux cas de ptose de la paroi abdominale, dans un cas de troubles liés à un prolapsus utérin chez une obèse à circulation défectueuse avec ptose de la paroi abdominale.

P. Prost.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 janvier 1931

Granulie cancéreuse des poumons secondaire à un cancer latent de l'estomac. — *MM. Ch. Achard, M. Bariety, G. Desbuquois* et *Sternfeld*. — Un homme de 53 ans présente le tableau habituel d'une granulie pulmonaire : dyspnée, cyanose, râles disséminés. La radiographie montre un semis de taches opaques dans les deux champs pulmonaires.

A l'autopsie on trouve : *a*) Un cancer ulcéré de la petite courbure gastrique ; *b*) Un essaimage d'allure granulique dans les deux poumons. Histologiquement les auteurs soulignent : l'étendue de la reaction congestive pulmonaire ; l'existence d'une alvéolite cancéreuse avec grosse atypie cellulaire ; la prédominance des lésions dans les lymphatiques, qui semblent constituer ici la voie métastatique de beaucoup la plus importante.

Fièvre exanthématique. — *MM. Claude* et *Coste* rapportent de nouveaux cas de fièvre exanthématique et rappellent les analogies que présente cette affection avec la fièvre boutonneuse de Tunisie.

M. Coste signale les heureux effets obtenus par un nouveau procédé de pyrétothérapie : inoculation de produits de broyage de tiques du chien chez quelques malades atteints de démence précoce.

Deux cas de syndrome de Chauffard-Still (rhumatisme chronique fibreux déformant progressif avec adénopathies, splénomégalie). — *MM. Weissenbach, Françon, Gerbay* et *Robert* rapportent deux observations de ce type clinique de rhumatisme chronique assez rarement rencontré et les font suivre de commentaires concernant la séméiologie du syndrome et la place à lui assigner dans le cadre nosologique.

Un cas de tumeur vésiculaire particulièrement volumineuse. — *M. Gaillard-Monès* (de Barcelone). — Un homme de 57 ans vient consulter pour des douleurs de l'hypochondre droit. L'examen montre une tumeur très volumineuse occupant tout le flanc droit. Après un certain temps, la tumeur devient fluctuante, et l'état général restant bon, on décide d'intervenir ; on trouve une énorme tumeur remplissant tout le côté droit de l'abdomen, la ponction ramène du liquide ; on ouvre la poche et l'on constate l'existence d'une masse proliférante au fond de la cavité.

Il s'agit d'une vésicule biliaire distendue à l'extrême avec, au fond, une néoplasie à l'intérieur de laquelle se trouve un calcul.

Tétrachlorure de carbone. Remède efficace contre les oxyures et certains ténias. — *M. Akil-Mouktar* (de Constantinople) insiste sur l'efficacité du tétrachlorure de carbone dans la lutte contre les oxyures et certains ténias.

Ce médicament se montre par contre sans effets contre les ascarides.

M. VALENTIN.

Séance du 6 février 1931

Un cas d'hémogénie guérie pendant près de deux ans par la splénectomie. Récidive grave. Guérison par la suppression des règles. — *MM. P. Emile-Weil* rapporte un cas de grande hémogénie caractérisée par des métrorragies récidivantes, des épistaxis, du purpura chronique, et les lésions du sang habituelles. Cet état hémorragipare dura avec des exacerbations de 1926 à avril 1928, mettant à plusieurs reprises la vie en danger. Une splénectomie arrête toutes les manifestations graves hémorragiques. Les règles toutefois persistent normales et reviennent tous les mois trois jours.

Mais en février 1930, les règles reparaissent violentes, durent huit jours et déclanchent à leur suite un grand état hémorragique avec purpura et épistaxis. L'anémie reparaît : 2.100 000 globules rouges ainsi que les lésions sanguines. La stérilisation ovarienne est décidée pour supprimer l'hémorragie première car ce cas est un fait typique d'hémotrypsie hémorragique. L'arrêt des règles est difficile à obtenir : il faut trente et une séances de radiothérapie. Les règles reviennent en mars, avril et mai, provoquant chaque fois du purpura.

Depuis lors, aucune hémorragie, et retour du sang à l'état normal ; il y a seulement persistance d'un signe du lacet discret.

Ce cas est fort instructif; parce que la splénectomie après avoir sauvé la vie avait perdu toute action hémorragipare et que de nouveau des hémorragies mettaient l'existence en danger. Des cas semblables sont rares : douze sur 85 splénectomies d'après la statistique de Jean Quénu, qui rapporte sur ces douze cas cinq mortels.

Par l'arrêt de l'hémorragie première, les règles en l'espèce, nous avons pu supprimer les hémorragies secondes hémotrypsiques.

Diabète insipide syphilitique. Guérison par le traitement spécifique. — *MM. Lebon, Coabecque* et *Becmeur* (Alger) rapportent un cas de diabète insipide provoqué par une méningite basilaire syphilitique (lymphocytose, hyperalbuminose, réations sérologiques positives dans le liquide céphalo-rachidien), l'opothérapie hypophysaire n'amena qu'une amélioration transitoire de la polyurie, tandis que le traitement antisyphilitique entraîna la guérison qui se maintient depuis dix-huit mois.

Euchondromes multiples associés à des exostoses ostéogéniques chez un enfant ayant présenté une hypertrophie du thymus. — *MM. E. Ledoux* et *P. Cottet* (Besançon).

Considération sur l'éternuement. A propos d'un cas d'éternuement à type paroxystique. — *MM. Canuyt* et *Vaucher.* — Une jeune fille atteinte de crises d'éternuements paroxystiques datant de 1926 a un passé nasal peu chargé. Les éternuements sont survenus au cours d'un coryza en apparence banal et sont extrêmement fréquents (5 à 600 par jour) ; ils ne s'accompagnent d'aucune hydrorrhée nasale. Des causes provocatrices très variées (poussière, fumée de tabac et de poêle, odeur d'écurie, odeur des plantes, émotion,) augmentent considérablement la fréquence de ces éternuements. Un traitement endonasal médical et chirurgical est suivi presque immédiatement d'une disparition complète de ces éternuements pendant un mois. Ils réapparaissent peu à peu et redeviennent très fréquents, à la suite d'une violente émotion, pour disparaître de nouveau grâce à un traitement endo-nasal associé à la diathermie et cette fois-ci la guérison se maintient pendant huit mois. A la fin de 1928 les éternuements recommencent ; on combine cette fois un traitement endo-nasal à un traitement général désensibilisateur. Une nouvelle guérison est obtenue et se maintient depuis dix-huit mois.

Les auteurs rapportent quelques observations rappelant à beaucoup de point de vue celle de leur malade ; ils exposent le mécanisme des réflexes qui provoquent l'éternuement et discutent la pathogénie de ces éternuements paroxystiques.

Nouveaux cas de bradycardie avec hypercholinémie au cours des ictères dissociés pigmentaires. — *MM. Dimitresco, Mante, Dulugea* et *Tonesco-Craïova* (Bucarest).

Syndrome du ganglion géniculé, paralysie faciale et adénite prééruptive. — *MM. Richon, Girard, Mlle Hennequin* (de Nancy) présentent l'observation d'un malade, chez lequel s'installa, après un syndrome douloureux passager, une paralysie faciale périphérique avec troubles auditifs, suivie quatre jours après d'une éruption de zona localisée à la moitié correspondante de la langue et du voile du palais, au conduit auditif externe et à l'antitragus. La localisation vélopalatine de l'éruption dans un syndrome géniculé pur plaide en faveur de l'existence dans le tronc du facial de fibres destinées à l'innervation sensitive du voile.

Polynévrite diphtérique myasthéniforme (syndrome de Negro). — *M. C. Doré* (de Brest).

Enorme anévrysme aortique simulant une néoplasie pulmonaire. — *MM. A. Clerc, P. Noël, Deschamps* et *R. Schwob*, présentent les pièces d'un énorme anévrysme disséquant de date ancienne pesant 1 kgr. 1/2 développé à la partie descendante de la crosse aortique et qui avait pour ainsi dire bloqué tout l'hémithorax gauche en repoussant le poumon en dehors l'aplatissant littéralement. La malade cachectique et sans troubles circulatoires spéciaux mais atteinte de dyspnée progressive et de douleurs dans le côté gauche avait été considérée comme atteinte de néoplasme pulmonaire et traitée pas la radiothérapie. La radiographie avait montré une opacité totale de l'hémithorax gauche à sommet arrondi touchant la clavicule.

Cette observation qui s'ajoute à celles présentées récemment par les mêmes auteurs est une nouvelle preuve de la fréquence relative des anévrysmes de l'aorte simulant le cancer du poumon.

Pouls veineux des saphènes. — *MM. A. Clerc* et *E. Mourrut* présentent un malade atteint de lésion mitrale ancienne avec arythmie complète, dilatation des jugulaires et du foie qui sont animés de battements systoliques accentués ; les mêmes battements se retrouvent, non moins intenses au niveau d'un paquet variqueux situé au niveau de la cuisse droite, ce phénomène fait défaut sur les autres régions des membres inférieurs soit du même côté, soit du côté opposé dont les vaisseaux sont sains ; les auteurs insistent sur le rôle favorisant des varices, à la condition toutefois qu'il existe un pouls veineux généralisé, enregistrable déjà aux lieux d'élection (jugulaires, foie).

Artérie pulmonaire probable sans cyanose. — *MM. A. Clerc* et *E. Mourrut* présentent un malade de 46 ans atteint de bronchite chronique avec emphysème et qui vient hiverner tous les ans à l'hôpital. Ce malade n'est nullement cyanosé ni œdématié et ne présente les signes d'aucune lésion cardiaque

évidente : de temps à autre il existe seulement une légère tendance à la dilatation du cœur droit qui cède facilement à une cure légère digitalique ; durant l'été ce malade peut aller et venir. Malgré ce tableau clinique banal, la radioscopie montre un arc pulmonaire nettement saillant avec arborisations très développées et une danse hiliaire accentuée. Le malade acrobate suivi depuis deux ans reste dans un état stationnaire. Cette observation montre donc la possibilité d'artérites pulmonaires latentes à la nécessité absolue de l'examen sous l'écran qui seul peut donner la clef du problème.

M. Laubry fait remarquer qu'il n'existe aucun signe pathognomonique de l'artérite pulmonaire et que le diagnostic d'une telle affection reste le plus souvent impossible à affirmer.

Les variations de l'urée du sang au cours du coma diabétique. — *Marcel Labbé* et *R. Boulin.* — Les auteurs, après avoir fait remarquer que bien des travaux antérieurs ne sont pas à l'abri de la critique, montrent que l'azotémie n'est qu'une manifestation inconstante au cours du coma diabétique. Habituellement précoce, presque toujours modérée, elle coïncide avec un certain degré d'hypoazoturie, mais par contre, tous les autres caractères cliniques ou physicochimiques du coma ne sont pas modifiés. Elle constitue certainement un indice de gravité, car la mort survient en pareil cas deux fois sur cinq.

Les auteurs discutent l'origine de cette azotémie que l'on attribue en général à une néphrite épithéliale due au passage des corps acétoniques, sans que la chose soit démontrée.

Ils exposent dans quelles conditions diverses survient la mort, celle ci ne leur paraissant due en aucune façon à l'urémie.

M. VALENTIN.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Fièvres éruptives

Les complications parotidiennes au cours de la rougeole sont fort rares et les traités classiques les citent simplement, quand ils ne les passent pas sous silence : aussi les deux observations suivantes, prises à la crèche de St-Vincent-de-Paul sont-elles intéressantes.

Il s'agit de deux sujets, âgés respectivement de 15 et de 20 mois, qui, au cours d'une rougeole normale, en pleine période d'éruption, ont présenté du gonflement d'une loge parotidienne ; le lendemain il y avait une élévation de température, une tuméfaction régionale avec douleur au toucher et empâtement profond. On applique des pansements humides et on frictionne les gencives avec un tampon de coton imbibé de glycérine iodée.

Quelques jours après apparaît un léger ramollissement ; on décide d'intervenir : on pratique une incision d'un centimètre et on dilacère prudemment le tissu glandulaire à la sonde cannelée jusqu'à l'abcès d'où s'écoule du pus très épais, sans odeur : on badigeonne la cavité à la teinture d'iode et on place une mèche iodoformée. En deux ou trois jours la guérison fut complète.

Au point de vue pathogénique il s'agissait vraisemblablement d'une infection de la glande par le canal de Sténon (Paul Painchand. Parotidites suppurées au cours de la rougeole. *Bulletin médical de Québec*, mai 1930.)

Cœur

Les observations de pouls veineux alternant ne sont pas nombreuses ; en voici une de Klement Weber ; il s'agit d'une modalité très rare.

Il s'agit d'un homme de 42 ans, syphilitique, qui se plaint de dyspnée d'effort, de suffocations nocturnes et d'une sensation de poids dans la poitrine. Il présente au niveau du cou, une pulsation extrêmement vive, qu'on est tenté d'interpréter comme un signe d'insuffisance aortique ; mais on se rend compte qu'elle est présystolique, en comparant le rapport chronologique des battements du cœur et de ceux des vaisseaux.

La matité cardiaque est augmentée ; on entend un souffle systolique maximum à la pointe et un rythme de galop présystolique dans la région précordiale gauche. Le pouls alterne d'une manière constante : la pression sanguine est de 12-7,5 au Vaquez-Laubry. La radioscopie montre un cœur volumineux, d'une configuration mitrale typique.

Les tracés mécaniques font penser à un bigéminisme extra-systolique auriculaire, à tort comme le prouvent les tracés électriques : on n'a point affaire, pendant la bigéminisme, à une contraction prématurée auriculaire avec un avancement de chaque deuxième systole auriculaire, mais avec un retard d'une systole du cœur entier sur deux (Klement Weber. Pouls veineux alternant dû à un rythme bigéminé par retard alternant du cœur au cours d'une alternance artérielle vraie permanente. *Acta Medica Scandinavica*, vol. LXXIII (1930), fasc. V, 27 sept. 1930).

Thérapeutique

La rhue représente un agent thérapeutique efficace de l'incontinence d'urine ; elle est employée en pharmacie sous les formes d'extrait fluide, d'extrait alcoolique, de teinture et de poudre ; l'extrait fluide est d'un dosage très facile.

Les doses usuelles sont pour l'extrait fluide : de un à trois grammes par jour, par doses fractionnées, chez l'adulte ; 10 gouttes, en deux fois, chez les enfants de 2 à 5 ans ; de 15 à 20 gouttes en deux fois, chez les enfants plus âgés. L'extrait alcoolique s'administre en pilules aux doses de 0,15 à 0,60 gr. chez l'adulte et de 0,0? gr. par année d'âge chez l'enfant. La teinture s'emploie uniquement chez l'adulte aux doses de 2 à 8 grammes par jour, en prises fractionnées.

L'intolérance, qui oblige à espacer les prises ou à diminuer les doses, se manifeste par une céphalée intense, un état nauséeux, que suivent promptement une douleur vésicale intense, du ténesme et de la pollakiurie.

On obtient les meilleurs résultats en associant la teinture de noix vomique à la rhue aromatique.

L'auteur donne cinq observations de clientèle particulière.

1° Laura V... de D..., 24 ans, incontinence post-partum par atonie sphinctérienne ; elle prend chaque jour trente gouttes d'extrait fluide de rhue en deux fois ; trois jours après l'incontinence est intermittente : au 27e jour de traitement, guérison complète, qui se maintient depuis un an.

2° Maria C.... de P... N...., 60 ans ; incontinence apparue il y a 25 ans, à la suite d'une application de forceps. Elle prend 30 gouttes par jour sans aucun résultat ; elle augmente la dose jusqu'à 40 gouttes avec une légère amélioration, puis jusqu'à 80 gouttes en quatre prises ; trois jours après apparaissent des phénomènes d'intolérance ; actuellement la malade prend 40 gouttes par jour pendant trois jours et suspend la médication pendant cinq jours. L'incontinence de permanente est devenue intermittente.

3° Maria S..., 15 ans ; incontinence nocturne chez un sujet amaigri et scrofuleux. Traitement tonique, administration de rhue et de noix vomique. L'incontinence diminue à mesure que l'état général s'améliore : elle disparaît après un mois de traitement où la rhue était prise à la dose de 20 gouttes en deux fois. On continue à traiter l'état général ; pas d'incontinence depuis deux mois.

4° Manuela M..., 17 ans, atteinte d'incontinence nocturne depuis l'âge de 5 ans. Elle prend 20 gouttes de rhue par jour sans amélioration, puis 40 gouttes en deux fois également sans résultat ; après un mois d'administration de doses diverses, le traitement est abandonné.

5° José P... T..., 12 ans ; incontinence depuis l'âge de trois ans ; amélioration rapide aux doses usuelles ; disparition de l'incontinence depuis un mois, (Luis de la Puente, Incontinencia nocturna de orina. Su tratamiento por la Rus Aromatica, *Semana Medica*, 4 septembre 1930).

La trypaflavine a donné des réactions à Walter Trenherz (*Dermatologische Wochenschrift*, n° 9, 1930) dans les deux cas suivants :

1° Une injection intraveineuse de 5cc. d'une solution à 0,5 % de trypaflavine a déterminé d'abord des nausées et des vertiges, puis de la dyspnée et un tremblement violent ; durée de l'accès : 35 minutes.

2° Une injection de 5 cc. (la troisième) d'une solution de trypaflavine à 2 % donne lieu à des troubles sérieux : nausées, sialorrhée, douleurs abdominales vives. Soixante-dix jours après on pratique une quatrième injection intra-veineuse de 5 cc. d'une solution de trypaflavine à 0,5 % ; vingt secondes après apparaissent collapsus, arrêt de la respiration, disparition du pouls, perte de la conscience, sueurs froides ; durée de l'ac-

cès : 4 à 5 heures ; le malade se remit lentement. (Accidenti spiacevoli colla tripaflavina, *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, 24 août 1930).

La thanatophtisine, sérum antituberculeux préparé par le Serum Gesellschaft, de Fribourg, représente pour Garcia del Real de Madrid, le meilleur agent de la thérapeutique irritative spécifique de la tuberculose pulmonaire.

L'application se fait par la voie sous-cutanée. On pratique trois séries de 4 à 6 injections à un intervalle de 12 à 14 jours, la première à la dose de 0,1 cc., la deuxième à la dose de 0,2 cc., la troisième à la dose de 0,3 cc. Au total de 12 à 18 injections pour une durée de 4 à 8 mois. Ce schéma thérapeutique n'est donné qu'à titre purement indicatif, car il doit être adapté à chaque cas particulier : les doses, l'espacement, la durée varient avec chaque sujet.

En cas de réaction générale ou focale on suspendra le traitement et on reprendra la dernière dose sans l'augmenter ; pendant la période menstruelle il est préférable de s'abstenir.

Le meilleur guide du traitement est la courbe du poids.

Dans quelques cas on observe une réaction locale, au point d'injection ; dans 15 à 20 % des cas une légère élévation thermique (de 2 à 5 dixièmes) s'observe deux ou trois jours après l'injection et persiste pendant 24 ou 48 heures. La réaction focale est assez fréquente, mais ne dépasse guère un ou deux jours.

Si la thanatophtisine I (sérum de cheval) ne donne pas les résultats espérés on la remplace par la thanatophtisine II (sérum de chèvre).

La thanatophtisine peut s'employer également par ingestion et par voie percutanée. (Garcia del Real, Tratamiento de la tuberculosis pulmonar por el Thanatophtisin, *Archivos de Medicina, Cirugia y Especialidades*, 20 septembre 1930).

Varia

L'association du diabète et de la grossesse constitue un danger redoutable (C. G. Lambie, d'Edimbourg).

Depuis bientôt trente ans les chirurgiens, du moins ceux qui réfléchissent, sont dans un état de malaise cérébral visible quand on leur parle d'appendicite chronique (H. Paschoud, de Lausanne).

J. Lafont.

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Trois cas d'anémie paludéenne traités par l'opothérapie splénique (1)

Les travaux de l'école de Toulouse ont mis en relief depuis quelque temps le rôle important des lipides insaponifiables extraits de la rate dans le processus de régénération sanguine (2).

Nous ne rééditerons pas ici l'étude physiologique qui a conduit le Professeur agrégé Soula, ses collaborateurs et ses élèves à préconiser l'emploi de ces lipides insaponifiables pour le traitement de certaines affections déglobulisantes. Mais comme nous avons utilisé, avec l'autorisation du Département de la Marine, les extraits lipidiques de rate dans notre service de l'hôpital Saint-Mandrier, nous croyons intéressant de rapporter quelques observations probantes qui soulignent l'action favorable de l'opothérapie splénique dans des cas bien définis d'anémie paludéenne moyenne ou grave.

(1) Communication à la Société de thérapeutique (12 novembre 1930).

(2) Rémond, Soula Colombies. — Etude pharmacodynamique et clinique sur l'emploi de l'extrait lipidique de la rate. C. R. Académie de médecine, t. XCVII, no 3, séance du 8 janvier 1927.

Bouisset et Soula. — Action des extraits lipidiques d'organes sur les mouvements de la rate. *Journal de physiologie et de pathologie générale*, t. XXVII, no 2, juin 1929.

Soula et Tapie. — Les bases physiologiques de l'opothérapie splénique dans les anémies. XXe Congrès français de médecine. Montpellier 1929.

Fau. — Action des extraits lipidiques d'organes sur le tissu réticulo-endothélial. Thèse Toulouse 1928.

A. Radji. — Sur le mode d'emploi des lipides insaponifiables extraits de la rate dans le traitement des anémies. Toulouse 1930.

Les résultats heureux que nous publions aujourd'hui confirment nos premières conclusions (1) et les faits encourageants que dès 1928 nous avions constatés et communiqués au Dr Soula.

L'importance des trois observations rapportées par le Dr Ch. Hederer (chacune comporterait 3 à 4 colonnes de texte de journal) nous interdit, à notre vif regret, de les reproduire ici. Nous nous bornerons donc à donner le commentaire terminal de chacune d'elle suivi des conclusions générales de la communication à la Société de Thérapeutique.

Observation I. — *Paludisme chronique avec anémie très marquée et légère hépato-splénomégalie.*

Le traitement par la Liposplénine seule, en injections intramusculaires, avec le régime ordinaire de l'hôpital, sans supplément alimentaire, ni adjuvent médicamenteux quelconque, a déterminé dans ce cas d'anémie paludéenne avec déchéance de l'état général un prompt redressement de la situation.

En un mois environ, le malade a recouvré une excellente santé apparente. L'action de la Liposplénine, sur la reprise de l'appétit, le retour des forces, de l'euphorie, son influence sur l'accroissement du poids (bain de 4 kgr. 200) et sur l'hyperglobulie est en l'espèce vraiment remarquable.

Observation II. — *Anémie paludéenne avec splénomégalie et asthénie.*

Le résultat de l'opothérapie splénique est encore des plus encourageants. Ici l'hyperglobulie et le relèvement du taux d'hémoglobine qui substituaient lors d'un examen de contrôle pratiqué le 4 mai sont allés de pair avec la disparition de la splénomégalie, l'augmentation de poids (74 kgr. en dernier lieu), la résistance du sujet à la fatigue et la récupération parfaite des forces et de l'appétit.

Observation III. — *Anémie pernicieuse avec cachexie d'origine paludéenne.*

Cette observation nous paraît remarquable pour deux raisons :

1o Elle relate un cas d'anémie pernicieuse extraordinaire. Nous ne connaissons pas en effet, dans la littérature médicale, un exemple d'hyperglobulie aussi accentué, aussi paradoxal même, car il semble, à première vue, incompatible avec la vie. Même en invoquant des causes d'erreur toujours possibles, une pareille déglobulisation constatée au cours de plusieurs numérations et qui n'aboutit pas à la mort du sujet demeure un fait curieux. De plus, la forme hémoleucocytaire témoigne, à l'origine, d'une réaction régénératrice insignifiante qui permet d'apparenter histologiquement cette anémie secondaire sinon au type aplastique pur d'Erlich, du moins, aux formes à tendance aplastique.

2o Malgré des conditions essentiellement défavorables pesant, pour l'assombrir, sur le pronostic, on assiste peu à peu au réveil du processus sanguiformateur, puis à une amélioration brillante, durable, qui confine à la guérison clinique.

Or, dans la thérapeutique causale instituée dès la première heure, les deux transfusions ont peut-être assuré le salut immédiat du malade, mais elles n'ont certainement fait les frais de la restauration ultérieure. Nous attribuons plus volontiers cet enrichissement globulaire progressif et soutenu à l'action des extraits lipidiques de la rate sur le processus complexe de l'hématopoïèse. L'opothérapie splénique nous apparaît, une fois de plus, dans ce cas particulier, comme un agent favorable pour le traitement des anémies paludéennes.

Conclusions

Nos trois observations ont été choisies dans un lot assez riche en raison de leur caractère démonstratif. Il serait donc inutile de les encadrer par des témoins de second ordre dont les indications seraient d'ailleurs superposables. Dans une expérience thérapeutique nous accordons le pas à la qualité sur le nombre.

Des conclusions s'imposent, conformes aux résultats par divers auteurs (3). Nous pouvons les résumer ainsi quant à l'action plurivalente des extraits lipidiques de rate employés sous la forme injectable dans le traitement de l'anémie paludéenne.

I. *Action sur le volume de la rate.* — Rétraction progressive et réduction durable dans chaque cas de splénomégalie.

II. *Action sur le sang.* — Comme phénomène dominant à retenir, une hyperglobulie constante, soutenue, portant sur l'augmentation parfois remarquable du nombre des hématies.

III. *Action sur l'état général.* — Accroissement du poids réveil de l'appétit, sensation de mieux-être et de forces récupérées.

Dr Ch. Hederer.

(1) Voir Dr Radji. Thèse de Toulouse, Op., ut., 1930.

Echos et Glanures

A propos d'une locution courante. — Une jeune lectrice de *Figaro*, appartenant au monde médical, a demandé à M. Abel Hermant ce qu'il pensait de l'expression « douleur exquise » employée par les médecins. « Les médecins — écrit la correspondante de M. Abel Hermant — emploient *exquis* pour qualifier une douleur, ils disent « douleur exquise », l'association de « douleur » et d' « exquis » m'a toujours choquée comme quelque chose de contradictoire ».

Voici la réponse de M. Abel Hermant (*Figaro*, 24 janvier 1931) :

« J'ignorais cet usage des médecins, il est bizarre, et j'avoue qu'il me parait inexplicable. Je ne m'explique pas davantage une autre accertion médicale du même adjectif, que Littré me revèle : « Fièvre réglée exquise, fièvre dont les accès sont parfaitement réguliers » ; à moins que ce soit une fièvre perlée, comme dirait un gréviste des postes et télégraphes ou une fièvre élégante comme dirait un mathématicien. En revanche, « supplices exquis » se rencontre fréquemment chez les classiques. « Les rois, a dit Bossuet, comme ministres de Dieu qui en exercent l'empire, sont avec raison menacés, pour une infidélité particulière, d'une justice plus rigoureuse et de supplices plus exquis ».

Littré que cite dans son dictionnaire cette phrase de Bossuet, en cite également deux autres d'Ambroise Paré :

« Les mamelles reçoivent nerfs des intercostaux, à cause de quoy elles ont sentiment fort exquis. II 3 ».

« Les fièvres tierces exquises cessent pour le plus au septième accès. XX, 20 ».

« D'après Guill Freun (grand dictionnaire de langue latine, traduit par Theil) *exquisitus* signifie : cherché avec soin, mûrement pesé, recherché, choisi, distingué, particulier, excellent, exquis, raffiné, délicat, rare. Etymologie de *exquitus* : *ex* et *querere*, chercher.

L'étymologie ne justifie-t-elle pas l'expression « *douleur exquise* » employée par les médecins ?

L'hygiène dans un village reconstruit de la région d'Arras. — *Dans la* Grande Revue (*décembre* 1930) *M. J. Bonhomme établit un parallèle entre la vie d'avant-guerre et celle d'après-guerre dans un village détruit et reconstruit de la région d'Arras. Voici ce qu'il écrit au sujet de l'hygiène :*

« ... Le médecin, volontiers écouté, a certainement contribué à faire observer les règles de l'hygiène, par exemple à empêcher qu'on donne aux enfants une nourriture trop échauffante, que l'on fasse prendre aux malades, sous prétexte de les fortifier, des boissons excitantes et des aliments de digestion difficile ... ».

« ... L'alcoolisme était extrêmement répandu dans toutes les classes. On buvait les bistouilles et l'eau-de-vie au cabaret, et aussi à la maison, les femmes surtout. Il était fréquent de rencontrer des ivrognes décrivant des zig-zags dans les rues et interpellant les passants. Par suite de la campagne anti-alcoolique, du séjour des mobilisés et de quelques réfugiés dans des milieux plus sobres, de l'élévation du prix de l'eau-de-vie, l'alcoolisme est visiblement en decroissance.

Bien que le maraîchinage ou marichinage de la Vendée, de l'Auvergne soit inconnu ici, il arrive qu une jeune fille devienne enceinte. Le fait n'est pas considéré comme un titre de gloire pour elle ; mais elle n'est pas déshonorée et traitée en paria, comme ce serait le cas dans certaines régions du midi : l'accident ne l'empêche pas de se marier au père de l'enfant ou à un autre, surtout si elle appartient à la catégorie des journaliers ou des petits cultivateurs ... ».

Pour une nouvelle classification des saisons. — « La classification des saisons, reposant sur des données astronomiques répond elle à ce que nous observons au cours d'une année ? Pas du tout, écrit M. le Dr Henri Bordier dans *la Nature* (13 janvier 1931). Entrons-nous en hiver seulement au 25 décembre, c'est-à-dire vers la Noël ? Entrons-nous en été seulement le 22 juin, c'est à-dire vers la Saint Jean ... ».

La question peut se poser autrement au point de vue hygiénique et climatologique, dit le Dr Bordier qui propose une autre classification des saisons.

.... La classification que je propose pour établir un calendrier des saisons part du principe suivant dont les conséquences, on va le voir, cadrent exactement avec ce qu'on observe le principe est le suivant : les saisons doivent être établies de façon que le milieu de l'été corresponde au moment où les jours sont les plus longs, donc vers la Saint-Jean ; le milieu de l'hiver au moment où les jours sont le plus courts, donc vers la Noël. Ce principe étant admis nous allons voir comment vont être fixées les dates qui marquent le commencement et la fin de chaque saison.

Pour donner à chacune d'elles une durée voisine de 97 jours, il faudra que l'été commence environ 45 jours avant la Saint Jean, soit vers le 12 mai, et finisse 45 ou 46 jours environ après la Saint-Jean, soit vers le 10 août. De même, il faudra que l'hiver commence 45 jours avant la Noël, vers le 11 novembre, et finisse le 10 février. Les limites ainsi tracées des deux saisons dominantes de l'année déterminent automatiquement la durée et l'époque des saisons intermédiaires, le printemps et l'automne : le printemps ira du 10 février au 12 mai ayant ainsi une durée de trois mois, l'automne du 10 août au 11 novembre avec une durée égale... ».

Les œuvres médico-sociales des chemins de fer. — Les compagnies de chemins de fer ont, dans le second semestre de 1929, envoyé une mission aux Etats-Unis et au Canada.

Le rapport de cette mission signé par M. Pierre Fredet pour la compagnie P.-L.-M. et M. Louis Bazy, pour la compagnie P.-O. conclut ainsi :

« Les Américains se sont trouvés devant des problèmes très particuliers et souvent difficiles. Dédaigneux de la sentimentalité, ils les ont envisagés en commerçants pratiques, soucieux de résultats tangibles, monnayables. Ils ont eu le mérite d'apporter des solutions originales qui, généralement, s'adaptent bien à leur objet.

« Il est certain que le triage extrêmement rigoureux des employés d'une grande industrie garantit à celle-ci un personnel stable et une exploitation régulière.

« Le matériel humain — pour employer une expression allemande un peu déplaisante à des oreilles latines, mais qui, cependant, est bien significative — demande à être surveillé et entretenu en bon état avec la même sollicitude et le même soin que le matériel mécanique. Des réparations faites à propos le préservent de l'usure, le font durer plus longtemps, en lui gardant toute son efficacité. A cet égard, les Américains disposent d'organisations plus perfectionnées que les nôtres, en personnel et en moyens d'investigations. Ils mettent aussi peut-être plus d'attention que nous à protéger l'homme contre la détérioration produite par les accidents.

« Les hôpitaux de réseaux répondent à certaines nécessités qui n'existent pas chez nous. Mais, d'autre part, ils sont admirablement outillés pour le dépistage de toutes les maladies au début et la mise en œuvre de traitements conservateurs très modernes. Ce sont, si l'on peut ainsi parler, des ateliers régionaux, fort bien conçus pour la réparation périodique de la machine humaine. Les réparations se font mieux et plus vite dans un atelier bien équipé, pourvu de spécialistes, que sur place, avec des moyens et un personnel de fortune. De ce point de vue, ces institutions sont supérieures aux nôtres et le jour viendra peut-être où nous sentirons l'utilité d'en créer de semblables.

« La mise à la charge du personnel de la totalité ou d'une partie importante des frais de maladies prévient les chômages abusifs, car ils deviennent onéreux pour ceux qui s'y adonnent.

« En confiant le contrôle aux médecins *examiners*, on le rend

facile et efficace ; on lui retire tout caractère vexatoire de la part du patron, puisque le contrôleur défend, en somme, la bourse de l'ouvrier et non celle du patron.

« L'organisation du *first aide*, c'est-à-dire de l'auto-protection du personnel, semble digne d'être imitée et propagée.

« Parmi d'autres institutions extra-médicales, on pourrait retenir celles qui constituent un capital au décès et les caisses d'épargne qui reçoivent les dépôts des agents et les font fructifier, en prêtant à ceux qui veulent se constituer un foyer.

« D'une façon générale, il ne paraît pas expédient de copier l'Amérique dans ses réalisations qui ne répondent pas exactement à nos besoins, mais on peut tirer un profit incontestable de l imitation de ses méthodes.

« Sans doute, l'abus du travail en série, la spécialisation à outrance et trop précocement effectuée ne sont pas favorables au développement de la science pure. Mais si l'on admet qu'au sommet de la hiérarchie doivent exister des élites directrices, de haute culture et d'esprit synthétique, il n'est pas douteux que, dans tous les domaines, la division du travail, la spécialisation, l'affectation de l'homme à l'emploi précis qu'il est le plus apte à remplir, assure une meilleure coordination des efforts et fournit un rendement supérieur en quantité et en qualité. »

(Conclusion publiée par le *Journal des Débats*, 15 janvier 1931.)

Importance médico-légale de l'épidémie de fièvre typhoïde (1928-1929) de la banlieue lyonnaise.— *Un arrêt de la Cour d'appel de Lyon vient de confirmer le jugement du tribunal correctionnel qui condamnait la Compagnie des Eaux de cette ville comme responsable de l'épidémie de fièvre typhoïde et accordant des indemnités aux familles des victimes. Dans le* Lyon médical (18 *janvier* 1931), *M. le professeur Paul Cazeneuve, ancien sénateur attire l'attention du corps médical sur la portée médico-légale du jugement du tribunal* :

« ... Aucun médecin praticien, écrit le Dr Paul Cazeneuve ne peut se désintéresser de l'aspect médico-légal de l'important procès engagé et des conclusions sorties du prétoire, où experts et avocats se sont affrontés au cours de longues audiences.

Pour l'observateur attentif, un fait saillant retient l'attention : c'est le chemin considérable parcouru en matière d'épidémiologie et d'hygiène depuis que les doctrines pastoriennes ont précisé, d'une façon irréfragable, l'étiologie des maladies contagieuses et aussi des maladies infectieuses.

La cause hydrique de la fièvre typhoïde liée à la présence d'un bacille infectieux réclamait, il y a cinquante ans, des preuves accumulées. Aujourd'hui la base scientifique de l'infection typhique n'est plus discutée. Qu'on lise les dépositions des experts, qu'on suive leurs divergences, qu'on analyse l'argumentation de la défense ou du ministère public, la base scientifique étiologique du mal reste entière, comme assise sur le roc.

Tel attendu du tribunal est même caractéristique à cet égard, faisant état d'une observation solide, bactériologique :

« Attendu qu'il est nécessaire de préciser que le bacille d'Eberth, spécifique de la fièvre typhoïde, se transmet par les excrets des malades et que la présence de ces excrets dans l'eau est attestée par celle des coli-bacilles, hôtes habituels mais inoffensifs de l'intestin de l'homme et des animaux ; que la recherche du bacille d'Eberth étant extrêmement difficile et souvent vaine, parce qu'il a une très courte survie, on considère comme une eau suspecte et dangereuse celle qui contient un nombre important de coli-bacilles ».

Partant de cette base scientifique indiscutée, le tribunal invoquant les analyses bactériologiques, accuse l'eau du réservoir dit de Fontanières abondamment souillé de coli-bacilles, ainsi que l'eau des puits de filtration qui l'alimentent, d'avoir déterminé l'épidémie massive d'origine hydrique qui a décimé la population de la banlieue.

S'appuyant sur les dépositions des témoins, sur les rapports d'experts, sur des statistiques dressées par la Préfecture du Rhône, sur des témoignages des membres du Bureau d'hygiène, sur les renseignements fournis par les maires des communes atteintes, par les médecins traitants et les victimes elles-mêmes, le tribunal met en relief que l'épidémie massive a exactement épousé le trajet suivi par les eaux du réservoir de Fontanières, où elle donne un pourcentage de 30 à 33 cas de fièvre typhoïde par mille habitants.

Partant donc de données scientifiques reconnues solides et intangibles, le tribunal, dans son jugement, a appliqué les articles 319 et 320 du Code pénal. Du point de vue du droit, cette application est intéressante. Rappelons ces articles :

« ARTICLE 319. — Quiconque par maladresse, imprudence,

inattention, négligence ou inobservation des règlements, aura commis volontairement un homicide ou en aura été involontairement la cause, sera puni d'un emprisonnement de trois mois à deux ans et d'une amende de 50 à 600 francs ».

« ARTICLE 320. — S'il n'est résulté du défaut d'adresse ou de précaution que des blessures ou coups, le coupable sera puni de six jours à deux mois d'emprisonnement et d'une amende de 16 francs à 100 francs, ou de l'une des deux peines seulement ».

Pourquoi, du point de vue du droit, cette application de ces articles 319 et 320 du Code pénal est-elle intéressante ? Elle est intéressante du fait que ces articles, jusqu'à ce jour, semble-t-il ont visé surtout les *blessures et coups involontaires* et *l'homicide* en résultant.

L'infection microbienne a été assimilée par le tribunal à des coups et blessures. Après tout, les lésions microbiennes intestinales dans la typhoïde éberthienne ne sont-elles pas des blessures d'une certaine sorte. Peut-on reprocher au tribunal son interprétation parce que subtile et l'application osée de ces articles visant *l'homicide blessures* et *coups involontaires* ? Pour ma part, comme toxicologue, sans connaître encore les motifs de l'arrêt rendu par la Cour d'Appel, je ne puis que sanctionner, au point de vue juridique, l'interprétation donnée des articles 319 et 320. Les intoxications ou empoisonnements accidentels occasionnés par les matières alimentaires (viandes avariées, choux à la crème, crèmes glacées, etc.) ont été punis par les tribunaux, à plusieurs reprises, par application de ces mêmes articles.

Or, que sont les fièvres typhoïdes sinon une intoxication très nette à étiologie microbienne où les toxines engendrées, véritables poisons, déterminent des accidents spécifiques à issue mortelle ou non ?

Au point de vue médico-légal, cette thèse m'apparaît extrêmement solide... ».

« ... Le jugement du tribunal de Lyon a une telle portée médicale et scientifique que je demeure convaincu — en raison de la jurisprudence inaugurée et que j'approuve entièrement — que la responsabilité d'une commune pourrait être engagée et se traduire en dommages-intérêts à verser aux familles des victimes, si le licenciement prescrit par le médecin officiel d'une école communale, où sévit la diphtérie, n'était pas suivi d'effet, et si l'épidémie étendait ses ravages à la suite de la non-exécution de la prescription d'hygiène préventive.

Je cite avec intention cet exemple pour indiquer toute la portée médico-légale du jugement du tribunal de Lyon... ».

La médecine du Palais. — Exercice illégal de la médecine. Tribunal correctionnel de Valenciennes, 12 novembre 1930 :

Ne commet pas de délit d'exercice illégal de la médecine l'individu qui ne fait aucun diagnostic sur les maladies qui lui sont signalées et ne prescrit aucun traitement mais se borne à imposer les mains et à invoquer la divinité.

Attendu qu'il est résulté des débats et notamment des déclarations de Frasez, prévenu d'exercice illégal de la médecine, que depuis plusieurs années, de nombreux malades sont venus le consulter (cent cinquante mille au minimum, affirme-t-il), dont cinquante pour cent auraient été guéris ;

Attendu que d'après l'exposé fait à l'instruction et à l'audience par l'inculpé, exposé corroboré par les dépositions des témoins entendus et les très nombreuses attestations figurant au dossier, Frasez opérait d'une façon identique quelle que fut la maladie de ceux qui se présentaient à lui : surdité, affections de la vue, du foie, de l'estomac, paludisme, tuberculose des os, paralysie générale, paralysie infantile, eczéma, phlébite, etc., etc. ; qu'après avoir fait exposer au malade la nature de leur mal et le siège de leurs douleurs, il leur demandait s'ils avaient la foi et s'ils croyaient en Dieu ou en J.-Christ, puis après leur avoir déclaré qu'il n'était pas médecin et qu'il s'agissait simplement comme intermédiaire de Dieu, il imposait en priant, les mains par-dessus les vêtements sur les parties souffrantes du corps ; qu'ensuite, il renvoyait les malades sans les inviter à revenir et sans leur demander d'argent ; que néanmoins, si les clients insistaient pour le payer, il finissait par accepter ce qu'on lui remettait, sans en vérifier le montant ;

Attendu que de cet exposé de la méthode de Frasez il ressort qu'il ne portait pas de diagnostic sur les maladies qui lui étaient signalées et qu'il n'indiquait jamais de traitement à suivre ou remède à absorber ; qu'à ces divers points de vue, cette méthode (imposition des mains et invocation à la divinité) n'a rien de spécifiquement médical et se différencie totalement des procédés habituels des médecins ou chirurgiens, de même qu'elle n'utilise aucun des remèdes contenus dans les codex de pharmacie, en vue de guérir les maladies ;

Attendu que cette méthode qui, aux termes de l'ordonnance de M. le juge d'instruction constituerait un traitement des maladies, ne correspond pas davantage à la définition du traitement médical donnée par le dictionnaire de Littré : « Traitement, manière de conduire une maladie à l'effet soit de la guérir, soit de diminuer le danger, soit de calmer les souffrances qu'elle cause, soit d'atténuer ou dissiper les suites qu'elle peut entraîner » ; qu'en effet Frasez ne conduisait en rien les maladies de ses clients qu'il ne voyait qu'une fois et souvent même alors qu'ils avaient suivi antérieurement et sans résultats des traitements prescrits par de véritables médecins et que d'autre part, ces clients auraient bien été empêchés de suivre un traitement conduit par lui, alors qu'il ne leur en prescrivait aucun. — Attendu dans ces conditions que le tribunal ne peut que conclure que Frasez exerce sur les malades qui viennent le consulter, une action non médicale mais simplement morale, action qui sort en conséquence du champ d'application de la loi du 30 novembre 189., qu'au surplus cette appréciation doit être celle de ceux qui auraient tout intérêt à faire réprimer des manœuvres de nature à les concurrencer déloyalement dans l'exercice de leur profession, car aucun syndicat de médecins ne s'est constitué partie civile au procès ;

Par ces motifs,

Déclare non établi le délit d'exercice illégal de la médecine, qui est reproché à l'inculpé. Renvoie en conséquence Frasez des fins de la poursuite, sans peine ni dépens.

(*Le Quotidien juridique.*)

Mémoire et éducation. — Je crois, a dit le Dr Maurice de Fleury à un rédacteur des *Nouvelles Littéraires*, que l'Université, depuis une trentaine d'années, fait fausse route en refusant de meubler le cerveau de nos fils de matières précises et apprises « par cœur » ; et cela sous le prétexte qu'il faut former des esprits aptes à juger et non des perroquets aptes à réciter. Lourde erreur de psychologie, car l'enfance est, par excellence, l'âge de la mémoire. Quand on néglige de la meubler alors qu'elle est docile, on forme des générations incroyablement ignorantes en littérature classique et en histoire ainsi qu'on l'a pu voir. ».

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMP. THIRON ET CIE. — R. C. 4264

FONDÉ EN 1873. — N° 8 LE NUMÉRO : 50 Centimes 21 FÉVRIER 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V^e)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Étudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Étranger 1re zone	70 fr.
Étranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance publique. — *Concours de chirurgien des hôpitaux.* — Séance du lundi 9 février 1931. Epreuve théorique écrite anonyme. — Questions sorties : Région sus-claviculaire ; — Diagnostic et traitement des abcès pulmonaires.

— *Concours de médecin des hôpitaux* (admissibilité). — Jury : MM. les Docteurs : Jules Renault, Lévy-Valensi, Dufour, Chabrol, Claude, Sézary, Nobécourt, Monier-Vinard, Loeper, Tixier, de Massary, Rivet.

Censeurs : MM. les Docteurs de Gennes, Coste, Jacquelin, Janet, Marquezy, Jacob, Bénard (Henri), Tzanck.

— *Jury du concours de l'internat en pharmacie.* — MM. Bach, Vallette, Guillot, Mascre, Launoy.

Faculté de médecine. — *Thèses.* — 18 février. — Thèses vétérinaires. — M. Guignard. Etude des accidents déterminés chez nos animaux domestiques par les épillets du brome stérile. — M. Maillaud. Lymphangite ulcéreuse. — M. Barafroukhteh. Le cheval en Perse.

19 février. — M. Dubosq. De la nécessité du dosage biologique des substances médicamenteuses renfermant des vitamines. — M. Vamos. Le contrôle municipal du lait. — M. Hurstel. Les accidents oculaires du travail. — M. Nguyen-van-Kinh. Anémies graves postarsénobenzoliques.

20 février. — M. Maronne. Etude du métabolisme normal et pathologique des graisses. — M. Giudicelli. Etude de la syphilis tertiaire du corps thyroïde.

Guerre. (Troupes coloniales). — M. le médecin colonel Faucherand, du 23e d'infanterie coloniale, est nommé par intérim adjoint à l'inspecteur général du Service de santé aux colonies.

Service de santé (Active). — Mutations :

Médecins lieutenants-colonels. — MM. Mandoul (d'Angers), médecin chef et président de commission de réforme ; de Gaulejac (René), affecté au ministère de l'air.

Médecins commandants. — MM. Clot (de Pau), affecté au 137e d'infanterie à Quimper ; Goetz (de Metz), affecté à l'hôpital militaire Plantières, à Metz.

(Active.) — Sont désignés pour suivre à l'école supérieure d'éducation physique de Joinville le stage d'information des médecins militaires :

MM. les médecins capitaines Villot, Cordier, Piquemal, Thibault, Laplagne, Chavialle, Garrigues, Fonta, Fort, Cavailles, d'Audibert, Caille du Bourguet, Villequez, Ferry et Vives.

MM. les médecins lieutenants Vaudin, Barrat, Delmas et Freyche.

Hôpital Saint-Antoine. (Service du Dr Félix Ramond.) — *Maladies de l'estomac et du duodénum.*

Du 9 au 21 mars 1931, les Dr Le Noir et Félix Ramond, assistés des Drs Ch. Jacquelin, Chene, Zizine et Vanier, feront à l'hôpital Saint-Antoine, avec la collaboration du Professeur agrégé J. Quénu, une série de conférences cliniques sur l'ensemble des maladies de l'estomac et du duodénum, et les méthodes modernes d'exploration de ces organes.

Programme. — Lundi 9 mars, Dr Ramond : Séméiologie gastrique et duodénale. — Mardi 10 mars, Dr Ramond : Les gastrites. — Mercredi 11 mars, Dr Le Noir : L'ulcère de l'estomac. — Jeudi 12 mars, Dr Ramond : Le cancer de l'estomac et son diagnostic précoce. — Vendredi 13 mars, Dr Le Noir : Syphilis et tuberculose de l'estomac. — Samedi 14 mars, Dr Jacquelin : Sténoses et biloculations gastriques. — Dimanche 15 mars, Dr Jacquelin : Dyspepsies secondaires. Dyspepsie biliaire. — Lundi 16 mars, Dr Chene : Dyspepsies nerveuses. — Mardi 17 mars, Dr Chene : Spasme et atonie. Ptose et dilatation. — Mercredi 18 mars, Dr Le Noir : L'ulcère du duodénum. — Jeudi 19 mars, Dr Jacquelin : Sténoses duodénales. Périduodénites. Diverticules duodénaux. — Vendredi 20 mars, Dr J. Quénu : Indications chirurgicales et grandes opérations dans les affections gastro-duodénales. — Samedi 21 mars, Dr Ramond : Régimes et thérapeutique générale des maladies de l'estomac.

Travaux pratiques. — Démonstrations radiologiques quotidiennes : Etude du chimisme gastrique (méthode du pH et méthode de Linossier). — Tubage gastrique. Tubage gastrique étagé. — Tubage duodénal. — Epreuve de l'histamine. — Insufflation de la muqueuse gastrique. — Epreuve de Meltzer-Lyon. — Etude clinique, chimique et bactériologique des biles. — Examens macroscopiques et microscopiques des pièces opératoires. — Examens coprologiques utiles au diagnostic.

Les conférences sont gratuites. Pour les examens radiologiques et les travaux pratiques s'inscrire en versant un droit de 300 francs auprès de la surveillante générale du Service ou au siège de l'A. D. R. M., à la Faculté de médecine. Un diplôme sera délivré à tous les auditeurs inscrits. Un voyage d'étude à Vichy et à Châtel-Guyon sera organisé ultérieurement pour les auditeurs du cours (en mai).

Hôpital Laënnec. (Service d'oto-rhino-laryngologie.) — Le Dr Henri Bourgeois et les Dr Fouquet, Lemoine et Marion commenceront, le lundi 23 mars 1931, une série de 8 leçons sur la diathermie en oto-rhino-laryngologie. Ce cours aura lieu chaque matin, à 10 heures ; en outre, les 23 et 24 mars, à 16 heures.

Programme du cours. — 1° Principes électriques et démonstration des appareils. — 2° Physiopathologie. Techniques. — 3° Tuberculose du nez. — 4° Tuberculose laryngée et petite chirurgie endolaryngée. — 5° Tumeurs malignes et polypes naso-pharyngiens. — 6° Chirurgie amygdalienne, discision au bistouri électrique, coagulation. Mycoses. — 7° Tumeurs bénignes (papillomes, angiomes). Petite chirurgie endonasale. — 8° Synéchies nasales. Occlusion des choanes. Sténoses vélopharyngées. Sténoses laryngées.

Prix du cours : 600 francs. S'adresser au Dr Fouquet, service oto-rhino-laryngologique, hôpital Laënnec.

Hôpital Saint-Michel (33, rue Olivier de Serres.) — *Service de gastro-entérologie.* (Médecin chef de service : Dr Maurice Delort ; médecin assistant : Dr Maurice Renaudeaux. — Nomination à une place d'interne en titre et une place d'interne remplaçant, pour six mois ; entrée en fonctions le 15 avril.

L'interne en titre reçoit 300 fr. par mois. Il est nourri à l'hôpital. L'interne remplaçant reçoit 150 fr. par mois, il est nourri à l'hôpital son jour de service et ses jours de remplacement. Il touche, si le remplacement est de plusieurs jours, le traitement que ne touche pas le titulaire.

Les demandes doivent parvenir avant le 1er avril à M. le Dr Delort, chef du service de gastro-entérologie à l'hôpital Saint-Michel.

Amphithéâtre d'anatomie. — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie générale de l'appareil urinaire et chirurgie de l'appareil génital de l'homme), en dix leçons, par-

M. le Docteur Jean MEILLÈRE, prosecteur, commencera le lundi 9 mars 1931, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure. Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs.

Ce cours sera fait en liaison avec un cours complémentaire de thérapeutique chirurgicale urinaire sous la direction de M. le Professeur agrégé MARION, cours qui sera fait en mars et dont le programme sera indiqué par voie d'affiche. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Ligue nationale française contre le péril vénérien (44, rue de Lisbonne, Paris, 8e). — *Concours des prix de la Ligue pour* 1931. — La Ligue nationale française contre le péril vénérien, pour stimuler les recherches relatives à la vénéréologie, met au concours deux prix de 3.000 francs à décerner aux auteurs des meilleurs travaux de vénéréologie.

Conditions du concours. — Pour ces deux prix, l'anonymat est obligatoire. Les ouvrages présentés au concours devront être écrits en français, constituer surtout un travail original fondé sur des faits nouveaux, dactylographié en triple exemplaire, paginé, suivi d'une table.

Chaque manuscrit devra porter une épigraphe ou devise apparente, qui sera répétée sur un pli cacheté, joint à l'ouvrage et contenant le nom, la qualité et l'adresse de l'auteur. Ce pli ne sera ouvert qu'après la proclamation du résultat du concours. Tout concurrent qui se ferait connaître directement ou indirectement serait par ce seul fait exclu du concours.

Les ouvrages présentés devront parvenir directement au siège social de la Ligue, 44, rue de Lisbonne, Paris (8e), avant le 1er octobre 1934.

Le jury du concours sera nommé par le Conseil d'administration de la Ligue, après cette date, et le prix décerné à l'Assemblée générale de la Ligue, au mois de décembre suivant.

Association corporative des étudiants en médecine de Paris. — L'Assemblée générale annuelle de l'Association corporative des étudiants en médecine s'est tenue le 9 février 1931, à son siège social, 8, rue Dante.

Après avoir entendu les rapports de MM. Rothéa, secrétaire général, Grosbois, trésorier, et Domart, bibliothécaire, l'assistance a approuvé leurs déclarations, il ressort en effet du rapport moral du secrétaire que la situation générale du groupement est des plus favorables.

Le compte rendu financier prouve l'équilibre du budget et la bonne gestion financière qui permettent de faire vivre l'Association et de faciliter le travail de 400 membres avec un budget de 60.000 fr.

La bibliothèque, grâce à des dons généreux (Docteur Debat) est tenue au courant et abondamment fournie.

M. Mordagne a ensuite exposé les campagnes de défense professionnelle qu'il a faites au nom du Comité dans la presse et les milieux universitaires et politiques. Après quoi le vœu suivant a été émis :

« L'Assemblée générale approuve l'action menée par le Comité au sujet du projet de loi Armbruster et du projet Milan-Rio concernant les études dentaires, fait sien le vœu émis par le Comité dans sa séance du 8 décembre 1930 et lui donne toute latitude pour poursuivre l'action entreprise depuis plus d'un an. »

Le résultat des élections partielles pour le renouvellement du Comité a été le suivant : MM. Béquignon, Borde, Chevalier, Lambert, Lejeune, Lemonnier, Nordin, Parfus.

Société d'hydrologie et de climatologie médicales de Paris. — La séance solennelle de la Société d'hydrologie et de climatologie médicales de Paris aura lieu lundi 23 mars à 16 heures, 12, rue de Seine, sous la présidence scientifique de M. le Professeur LOEPER. Elle sera consacrée à l'étude de certaines propriétés biologiques des eaux minérales.

Deux rapports seront présentés : Prof. LOEPER et Dr MOUGEOT Action antianaphylactique des eaux minérales. — Dr FERREYROLLES : La phylaxie par les eaux minérales.

Les médecins étrangers à la Société s'intéressant aux questions traitées sont invités à assister à cette séance et à prendre part aux discussions. Ils sont priés de s'inscrire dès maintenant auprès du Dr SÉRANE, secrétaire général de la Société d'hydrologie, 3, rue Léon-Delhomme, Paris (XVe).

Espagne. — Un médecin toxicologue, le Docteur Antonio Pagador, qui avait consacré toute son activité à combattre le trafic clandestin des stupéfiants, vient de mourir à Valparaiso, au Chili, en débarquant du bateau qui le ramenait de New-York. Ses amis et ses collaborateurs affirment qu'il a été empoisonné, à son passage à Colon (Panama), par les affiliés de la bande des trafiquants que son activité scientifique et ses investigations policières menaçaient de ruiner.

Un chirurgien donne cinquante mille livres pour la création d'un Institut de biologie. — Le grand chirurgien anglais George Puckston Browne a fait don au Collège royal des chirurgiens d'une somme de cinquante mille livres sterling destinée à la fondation d'un institut de recherches biologiques dans le comté de Kent, ainsi que d'un terrain de cinq hectares pour la construction des bâtiments nécessaires.

Nécrologie. — Dr Emile-Joseph CARLIER, décédé à Rhode-Saint-Genésa, à l'âge de 67 ans. — Dr Charles HÉDOIRE, de Choques (Pas-de-Calais), décédé à l'âge de 29 ans. — Dr MADELAINE, de Marrakech. — Dr Jules MONNAIE, de Goderville (Seine-Inférieure), décédé à l'âge de 58 ans. — Dr Alexis PISSAVY, médecin de l'hôpital Cochin, décédé à l'âge de 60 ans. — Dr Cesare CATTANEO, professeur de clinique pédiatrique à l'Université de Milan, décédé à l'âge de 54 ans. — Dr J.-B. JACQMAIN, de Namur. — Professeur Jules LORTHIOR, de Bruxelles, président du IXe Congrès de la Société internationale de chirurgie, décédé à l'âge de 66 ans. — Professeur Joseph MEYER, de Tratenau (Tchécoslovaquie), décédé à l'âge de 7. ans, des suites d'une radiodermite. — Dr R. WARLÓMONT, médecin général honoraire de l'armée belge. — Dr Pierre DUPIN, Privas (Ardèche), décédé à l'âge de 51 ans.



TRAVAUX ORIGINAUX

Considérations critiques sur la valeur sémiologique et médico-légale des critères circulatoires de la douleur provoquée

Par

L. CORNIL
Professeur à la Faculté de Médecine de Marseille.

et

Ch. THOMAS
Interne des Hôpitaux de Nancy
Préparateur à la Faculté.

L'intérêt tant sémiologique que médico-légal des expressions objectives de la douleur justifie l'intérêt et l'abondance des travaux publiés par les physiologistes et par les cliniciens depuis de nombreuses années.

Ce sont, sans contredit, les modalités circulatoires, en raison sans doute, des facilités de leur investigation, qui ont retenu le plus l'attention des chercheurs. En effet, nombreux furent les documents souvent contradictoires qui ont été rapportés, depuis les modifications du pouls signalées d'abord dès le Moyen-Age au cours de la torture, ensuite indiquées par Théophile de Bordeu, en 1759, enfin rappelées par Bichat dont la boutade : « Voulez-vous savoir si une douleur est feinte : explorez le pouls » est restée classique. Il n'est pas jusqu'aux modifications de la pression artérielle et aux réactions vasomotrices qui n'aient donné le champ à la controverse.

Nous désirons donc dans cet article, après avoir rapporté brièvement les documents antérieurs, reprendre, à la lumière de faits personnels dont on trouvera les observations détaillées dans la thèse de l'un de nous (1), l'interprétation critique des opinions admises en ce qui concerne la douleur provoquée.

Nous avons éliminé, étant données les difficultés d'interprétation qu'elle soulève dans ses diverses modalités, la douleur spontanée qui met en jeu une série de mécanismes intermédiaires associés dont il est difficile de donner une interprétation certaine.

1° MODIFICATIONS DU POULS

En ce qui concerne le pouls, exception faite de certaines observations contradictoires de Lussana (1859), Claude Bernard (1865), François Franck (1876) ou des publications plus éclectiques de Schiff (1867), Beaunis (1889), l'opinion qui prévaut, suivant la conception classique, consiste dans l'accélération de la fréquence des pulsations sous l'influence de la douleur provoquée.

Ce sont surtout, Mannkopf (1885), Rumpf, Lederer (1890), qui contribuèrent à accréditer en clinique cette notion de l'accélération des pulsations souvent d'ailleurs désignée sous le nom de signe de Mannkopf-Rumpf.

Le 1er cas type fut signalé par Mannkopf à la Société de Médecine de Marburg, chez un malade atteint d'arthrite sèche de l'épaule : la mobilisation de cette articulation faisait passer le rythme du cœur de 90 à 120 pulsations à la minute. Rumpf, quelques années plus tard, confirme purement et simplement les résultats de Mannkopf. Cependant ultérieurement, il publie des résultats moins probants et reconnaît même que dans certaines névralgies, la pression sur un point douloureux ne produit pas de modifications du rythme cardiaque.

D'ailleurs, en physiologie expérimentale, ainsi que nous l'avons rappelé, Cl. Bernard avait montré qu'il se produit à la douleur, chez le chien, un ralentissement du cœur pouvant même conduire à la syncope. Schiff, Feré, distinguent entre une douleur faible qui accélérerait le cœur et une douleur forte qui le ralentirait, tandis que Criconia expérimentalement arrive à la même conclusion. C'est Mantegazza qui attaque le plus énergiquement les résultats de Mannkopf. En expérimentant sur la grenouille, la poule et le rat, il trouve que la douleur produit toujours un ralentissement cardiaque et que s'il se produit une accélération du cœur, elle doit être mise sur le compte des contractions musculaires de défense. Binet et Courtier critiquant les résultats antérieurs font intervenir le facteur émotionnel et ils trouvent que « la douleur accélère moins le cœur que ne le fait l'émotion de peur ».

Pourtant avec Egger, Lederer, l'accélération cardiaque à la douleur tend à être considérée comme un test de douleur et dès lors elle prend droit de cité en clinique, les ouvrages classiques la désignant couramment sous le nom de signe de Mannkopf.

Ce signe n'en reste pas moins très critiqué dans les travaux de Sand, Curschmann, Thein, Michel. Chavigny dans le « diagnostic des maladies simulées » ne lui accorde que peu de valeur.

Dans un article particulièrement documenté, paru tout récemment, Nyssen publie à son sujet, les résultats suivants : En comptant le pouls enregistré par une capsule oscillographique : 1 minute avant et 1 minute après l'excitation, il trouve dans 13 % des cas aucune modification du pouls ; une amélioration dans 60 % et une diminution dans 26 % des cas. Les accélérations ne dépassèrent point 14 pulsations à la minute, sauf dans 2 cas où elles atteignirent 40 pulsations. Quant au ralentissement il n'a jamais dépassé 12 pulsations à la minute.

En définitive, Nyssen ne vérifie que deux fois l'exactitude du signe de Mannkopf, et pense qu'une « modification de fréquence du pouls, suffisante pour pouvoir la considérer comme une expérience objective de la douleur » est une éventualité exceptionnelle.

Nos recherches poursuivies dans le même sens ont porte sur des sujets normaux et sur les malades. Parmi ceux-ci, il nous a paru intéressant de vérifier les réactions chez deux syndromes thalamiques à type hémialgique que nous avons suivi pendant un an à notre consultation de la Clinique neurologique de la Faculté de Nancy, et qui ont été présentés d'ailleurs par nous à la Société de Médecine de Nancy, en collaboration respective avec MM. Jacques, Hamant, Kiffel et Mosinger.

Les douleurs atroces, que ces patients présentaient pour ainsi dire spontanément, exacerbées, sous la moindre influence (bruit, sensation de froid, de chaud, piqûre) nous ont semblé un objet précieux d'étude quasi-expérimentale.

Nous croyons que les algies thalamiques négligées dans les recherches antérieures de cet ordre, sont très importantes à étudier, car l'intensité des douleurs est de beaucoup supérieure à celle que l'on peut produire chez un sujet normal.

Nous avons aussi étudié les manifestations circulatoires provoquées par la palpation douloureuse d'une hydarthrose traumatique du genou et par la mobilisation d'une articulation ankylosée par un rhumatisme déformant.

Chez les sujets normaux, l'excitation douloureuse était produite par la forcipression d'une pince à griffe poussée jusqu'au seuil de la sensation douloureuse.

Dans nos premières expériences nous comptions le pouls en l'explorant au doigt dans la minute qui précédait et la minute qui suivait l'excitation, mais ce procédé ne nous donnant pas de modifications appréciables du rythme, nous avons préféré enregistrer les pulsations avec le polygraphe de Boulitte.

Nous avons ainsi fait 121 expériences de douleur et nous avons été conduits à compter plus de 10.000 pulsations sur nos courbes inscrites. Nous avons pensé qu'il était plus précis de diviser le temps en 1/4 de minute, et nous comptions le nombre de pulsations (après nous être assurés que le rythme était régulier), dans le 1/4 de minute qui précédait l'excitation et dans le 1/4 qui suivait.

Les résultats obtenus ont été les suivants : dans 27 % *de cas, nous n'avons trouvé absolument aucune modification, dans* 53 % *une accélération du rythme cardiaque, et dans* 20 % *une diminution.*

Nous avons pourtant tenu compte de la moindre modification en divisant au besoin chaque pulsation par quart.

(1) Ch. THOMAS. — Les manifestations circulatoires de la douleur. Thèse de Nancy, 1930.

Très souvent, la modification est insignifiante se traduisant par une diminution ou une augmentation d'une demi-pulsation. Le maximum d'écart que nous ayons observé, et ceci à 3 reprises, est une augmentation de 2 pulsations dans le premier quart de minute, augmentation qui ne se poursuivit pas dans le quart suivant.

En tous cas, nous insistons sur le fait que *jamais nous n'avons trouvé une accélération semblable à celle qui caractérise le signe de Mannkopf*. Ce fait a d'autant plus de valeur, que dans nos deux cas de syndrome thalamique, les douleurs étaient violentes, se traduisant objectivement par des modifications nettes du tracé pléthysmographique.

Ainsi *en considérant chaque sujet individuellement, on voit les variations du rythme se faire, tantôt dans un sens, tantôt dans un autre, sans que l'intensité de la douleur puisse le faire prévoir* ; bien plus, dans quelques expériences où nous avons cherché le *rôle de l'émotion* (fermeture violente d'une porte, chute d'une chaise, etc.) *de l'attention* (effort de multiplication mentale, etc.) *nous avons trouvé des modifications semblables.*

Par conséquent, il est possible de conclure de ces recherches que, d'une part la douleur ne semble pas entraîner de grosses variations du rythme cardiaque, quand elles existent, ces variations semblent pouvoir se faire indifféremment dans le sens de l'accélération et du ralentissement, quels que soient l'intensité de la douleur, le rythme primitif du pouls, et le sujet étudié.

D'autre part, les petites modifications qui peuvent se remontrer ne semblent pas spécifiques de la douleur, puisqu'on ne peut les constater dans d'autres processus psychiques.

Au point de vue médico-légal, il est certain que le soi-disant signe de Mannkopf ne peut servir à distinguer une douleur vraie d'une douleur simulée. Il n'offre pour ainsi dire aucune valeur sémiologique puisque même avec l'aide des appareils de laboratoire, que ne possède pas en général le médecin praticien, il ne peut pas être considéré comme un test de la douleur.

2° Modifications de la pression artérielle

La *pression artérielle* fut moins étudiée par les auteurs que le rythme du pouls.

Strauss après Kapsammer et Shüle trouvèrent, par une compression exercée sur un point douloureux de sciatique, une augmentation de la tension maxima variant entre 2,5 et 3 cm. de mercure. Bloch, Bonni, Beuttenmüller, et Henner arrivent de leur côté aux mêmes résultats. Pourtant Bing apporte des résultats négatifs et Rumpf signale même de la diminution de la pression artérielle.

Curschmann par excitation faradique douloureuse enregistre une élévation de la pression de 8 à 10 mm., surtout marquée chez les sujets à système vasomoteur instable « angioneurotiques ». Néanmoins, il signale deux cas où il a observé une diminution variant de 10 à 15 mm. Examinant des anesthésies hystériques, il arrive à un résultat surprenant : dans ces cas, on ne trouve pas de modifications de la pression artérielle. Cette remarque fut violemment aussitôt combattue par Beuttenmüller, Zabel, Kauffmann, Galdo qui constatent en général une élévation de la maxima. Plus récemment Martini et Craf publient des résultats où l'on voit une augmentation de pression artérielle périphérique, surtout accentuée chez les malades hypertendus, augmentation qni peut atteindre brusquement 3 à 4 cm. de mercure et qui, de ce fait, peut même devenir dangereuse.

En résumé, il semble que les auteurs aient noté principalement une augmentation de la pression maxima ; plusieurs d'entre eux, signalent cependant une diminution. La pression minima n'a pas beaucoup intéressé les expérimentateurs et les seuls qui en parlent, l'ont trouvé inchangée. Enfin, nous n'avons rencontré aucun auteur qui se soit intéressé aux modifications de l'indice oscillométrique dans la douleur.

Quant à nos expériences sur les variations de la pression artérielle, leur détail a été publié dans la thèse de l'un de nous où l'on trouvera de plus amples développements, la bibliographie complète dans cette question des manifestations circulatoires de la douleur. Disons seulement que *nous avons rencontré à la fois des diminutions et des augmentations, qu'elles n'ont jamais été très fortes*, même lors de grosses crises douloureuses de nos deux malades atteints de syndrome thalamique.
D'ailleurs, comme tous les auteurs qui ont expérimenté avant nous, nous avons employé la méthode de Riva Rocci, car la méthode oscillatoire ne se prête guère à des évaluations à la fois rapides et suffisamment précises ; or, même avec la méthode de Riva-Rocci, nous pensons qu'une approximation de moins de 1/2 cmc. de mercure représente le maximum de précision, et très souvent, les modifications constatées ne dépassaient guère cet ordre de grandeur.

3° Modifications de l'indice oscillométrique

Par contre, nous avons poursuivi avec des résultats plus originaux l'étude de l'*indice oscillométrique* qui, croyons-nous, n'a jamais été recherché dans la douleur.

Les inscriptions graphiques du pouls de nos 121 expériences de douleurs ont été faites à l'aide de la capsule oscillographique de Boulitte, et le brassard brachial en maintenant une contre-pression un peu supérieure à celle correspondant à la pression minima, de telle sorte que l'indice inscrit correspondait au maximum d'amplitude.

Nous avons trouvé avantageux de nous placer en ce point parce que nous avons observé que c'était là que se faisaient le moins sentir les variations vaso-motrices normales qui déforment les courbes en fuseaux, lorsqu'on se place ou plus bas ou plus haut. A ce point, le pouls s'inscrit d'une façon régulière, et les ondulations vaso-motrices ne déforment pas le tracé. Or, *avec une constance remarquable*, nous avons *trouvé dans les quelques secondes qui suivent le début de la perception douloureuse durant 2 ou 3 pulsations, une diminution souvent très nette de l'indice ou tout au moins une baisse très marquée du dicrotisme* (ce dernier fait avait d'ailleurs déjà été signalé par Mantegazza).

Nous nous demandons actuellement, si cette diminution d'indice précédée parfois d'une légère augmentation, est bien le phénomène essentiel, c'est-à-dire qu'il y a tendance à la vasoconstriction humérale, ou si ce raccourcissement brusque et bref de l'indice n'est pas le fait d'une élévation éphémère de la pression minima ainsi que l'avaient déjà noté précédemment d'Œlnitz et l'un de nous, élévation qui aurait pour but de décaler, pendant un court espace de temps, la courbe oscillométrique vers la droite, et donnerait ainsi l'apparence d'une diminution d'indice.

Quoi qu'il en soit, ces modifications de l'indice et du dicrotisme sont beaucoup plus intéressants à noter que les modifications du pouls et de la pression systolique. Elles se voient en effet avec une fréquence digne de remarque.

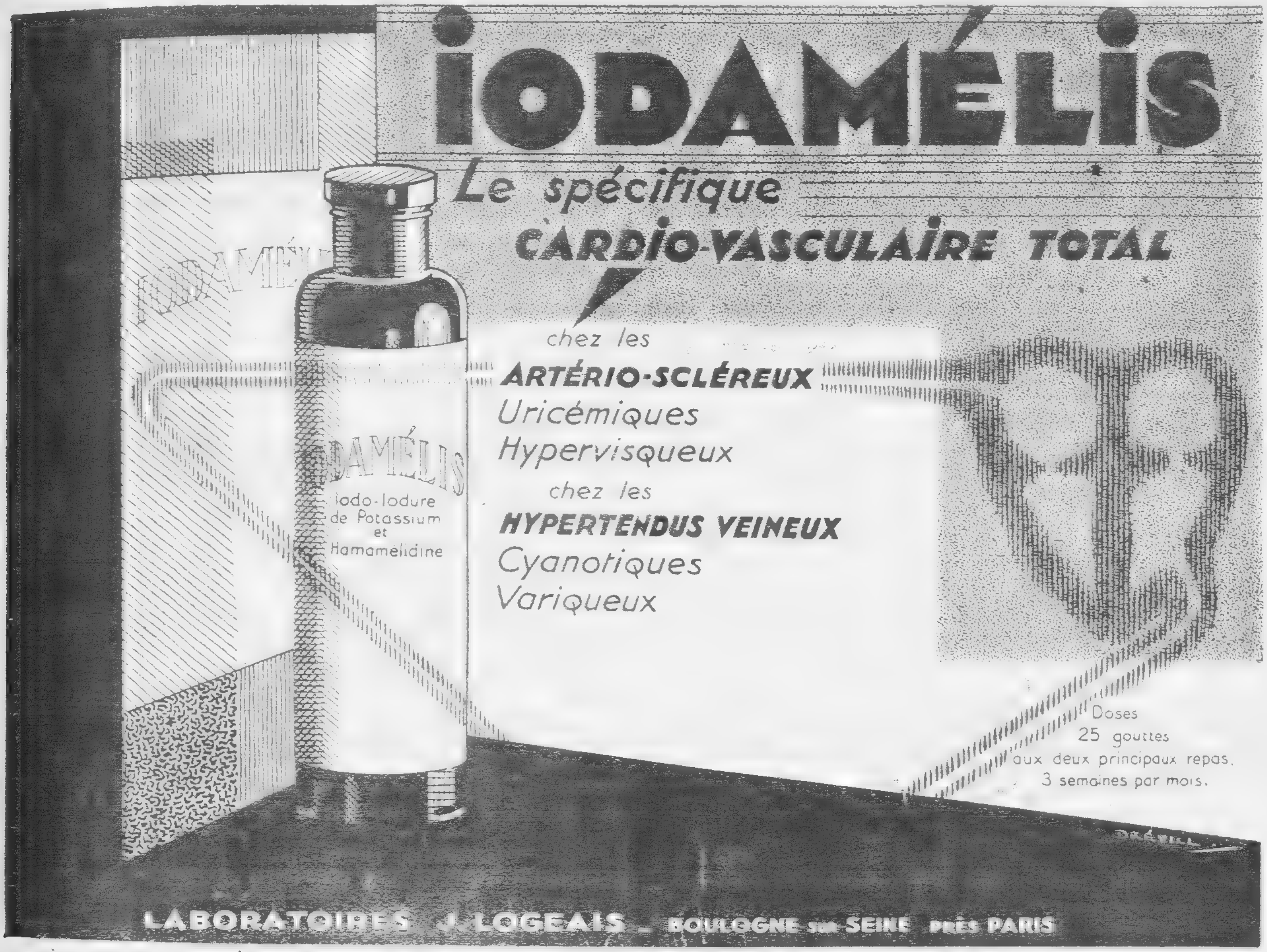
4° Modifications vaso-motrices.

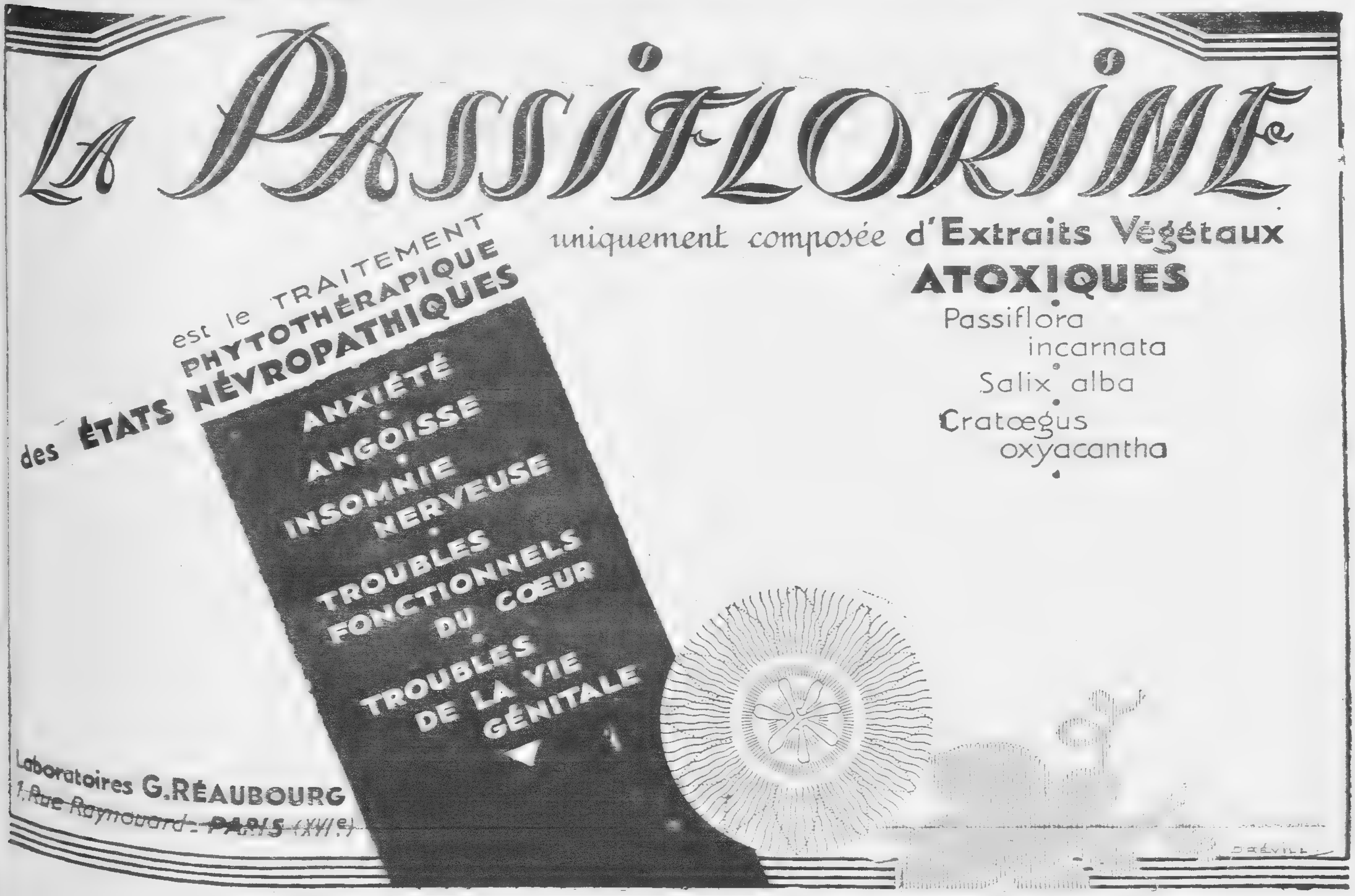
En ce qui concerne les réactions vaso-motrices nous devons d'abord rappeler les recherches de Vulpian qui avait vu que sous l'influence de la douleur, les vaisseaux de la langue se contractent cependant que Claude Bernard, Schiff voyaient cet organe assez souvent présenter des dilatations vasculaires sous la même influence.

Ces modifications vaso-motrices à la douleur ont été ultérieurement mieux étudiées grâce à l'aide du pléthysmographe. C'est ainsi que Mantegazza a vu que le tracé pléthysmographique s'abaissait lors de la douleur, Féri signale, au contraire une élévation du tracé avec le pléthysmographe de Mosso. Donc dès l'origine, les résultats des auteurs sont ici aussi franchement opposés.

Pourtant un fait ressort de tous ces travaux, c'est que *les réactions pléthysmographiques à la douleur sont constantes*. Le point de divergence réside dans la détermination du sens de ces variations.

Pour toute une catégorie d'auteurs allemands, Wundt, Hans Berger, Weber, et surtout Lehman, la douleur, et en général toute sensation désagréable se traduit par une vaso-constriction, c'est-à-dire une diminution de volume des extrémités enregistrée au pléthys mographe par une chute du tracé. Inverse


IODAMÉLIS
Le spécifique
CARDIO-VASCULAIRE TOTAL
chez les
ARTÉRIO-SCLÉREUX
Uricémiques
Hypervisqueux
chez les
HYPERTENDUS VEINEUX
Cyanotiques
Variqueux
IODAMÉLIS
Iodo-Iodure de Potassium et Hamamélidine
Doses
25 gouttes
aux deux principaux repas.
3 semaines par mois.
LABORATOIRES J. LOGEAIS - BOULOGNE sur SEINE près PARIS


LA PASSIFLORINE
uniquement composée d'Extraits Végétaux
ATOXIQUES
Passiflora incarnata
Salix alba
Cratœgus oxyacantha
est le TRAITEMENT
PHYTOTHÉRAPIQUE
des ÉTATS NÉVROPATHIQUES
ANXIÉTÉ
ANGOISSE
INSOMNIE NERVEUSE
TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR
TROUBLES DE LA VIE GÉNITALE
Laboratoires G. RÉAUBOURG
1, Rue Raynouard - PARIS (XVIe)

ment toute sensation à caractère agréable se traduit par les modifications inverses de vaso-dilatation, augmentation de volume, et élévation du tracé pléthysmographique.

Cette spécificité de la réaction suivant la tonalité affective de l'excitation, doctrine officielle allemande, fut attaquée dès le début par Binet et Courtier, puis plus tard, par Shields, Shepard, Martuis, Minnemann, Drozynski et surtout en 1919 par Cellerier. Ce dernier critique sévèrement les conclusions de Lehmann et son école lui reproche une interprétation fausse des résultats qu'il donne et y voit au contraire, la confirmation de sa théorie, à savoir que ces réactions pléthysmographiques (comme d'ailleurs les modifications que l'on peut percevoir dans le rythme du pouls et dans la pression artérielle) n'ont aucun caractère de spécificité et traduisent simplement ce qu'il appelle une « courbe d'activité « psychique ». Cette non spécificité est soutenue encore dans les travaux ultérieurs de Küppers et de De Jong qui s'appliquent en outre à bien déclarer les aspects des courbes normales et à faciliter leur interprétation.

Ces conclusions sont à renverser complètement lorsqu'il s'est agi de nos 2 cas de *syndrome thalamique hémialgique*. Dans 19 crises douloureuses, dont une sponstanée, qui se sont produites chez notre premier malade et dans 43 crises dont les 3/4 spontanées chez le deuxième, quel que soit le pléthysmographe employé (à eau ou à air), quel que soit le moment de la journée, le stade de la digestion, etc., nous avons constamment observé, sans une seule exception, parfois après une très petite et très brève diminution, *une augmentation, le plus souvent considérable et brusque du tracé pléthysmographique persistant dans certains pendant* 2 *et* 3 *minutes à son amplitude maxima.*

La netteté de ce phénomène, chez les deux thalamiques observés, absolument contraire à ce qui passe chez ces sujets normaux ou atteints d'algies diverses, nous semble intéressante à noter, mais assez complexe à interprêter.

En définitive, comme conséquence des faits que nous venons d'exposer apparaît *la relativité de la valeur sémiologique et médico-légale de certaines manifestations circulatoires objectives de la douleur provoquée.*

En premier lieu certaines d'entre elles, comme *le pouls*, souvent inchangé, parfois diminué, le plus souvent augmenté de fréquence, puis *les variations de la pression artérielle* nous semblent devoir être *sérieusement réservées en raison de leur irrégularité.*

Nous pensons qu'on peut tout au plus accorder une valeur sémiologique adjuvante dans une symptomatologie d'ensemble, à ces 2 constatations, lorsqu'elles sont positives. Il importe en effet de ne pas oublier que *ces modifications peuvent traduire des processus psychiques autres que les sensations douloureuses directes* (*états émotifs, réflexes associatifs.*)

Plus important à retenir, paraît être la constatation d'une *diminution d'amplitude avec abaissement du dicrotisme de l'indice oscillométrique appréciable sur les oscillogrammes.*

Enfin, *la pléthysmographie pratiquée au niveau de la face, témoigne, par l'abaissement du tracé d'une vaso-constriction à la douleur, tandis que dans deux cas de syndromes thalamiques à type hémialgique, il y avait vaso-dilatation.* Ces observations confirment accessoirement *le rôle du système thalamique dans l'expression circulatoire des réactions affectives et les perturbations vaso motrices qu'entraîne la lésion de ce dernier.*

Enfin, Nyssen, dans le travail fondamental que nous avons cité, a trouvé, contrairement à la théorie classique, que les variations pléthysmographiques se faisaient en général (78 % de ses cas) dans le sens d'une augmentation de volume ; dans 10 % des cas il n'y aurait aucune modification.

Dans nos expériences, nous nous sommes servis, dans la très grande majorité des cas du pléthysmographe de Hallion et Courtier. Ce petit appareil, s'il a le défaut de ne pas donner de très grandes amplitudes de courbe, a l'incomparable avantage de ne nécessiter aucune manipulation une fois posé, de n'avoir aucune fuite, et de pouvoir donner des tracés de longue durée.

Dans certains cas, nous avons modifié un peu l'appareillage en conservant seulement le petit ballon que nous appliquions à l'aide de queques tours de bande, à la face, le fixant transversalement sur l'os malaire et l'apophyse zygomatique Nous sommes partis, en effet, des constations si suggestives chez certains pseudo bulbaires que *les réactions vaso-motrices dans les états émotionnels étaient particulièrement marquées à la pommette.* De fait, nous avons obtenu de cette façon des courbes beaucoup plus nettes que celles obtenues au début de nos recherches lorsque l'appareil était placé suivant son emploi classique, au doigt.

Nous avons ainsi groupé les résultats suivants : *sur 87 expériences, nous avons trouvé des modifications pléthysmographiques dans presque tous les cas* (4 ou 5 tracés seulement laissent un doute). Dans chaque observation, nous avons trouvé une légère élévation, bientôt remplacée par une baisse du tracé beaucoup plus longue, baisse maxima entre 20 et 30 secondes après l'excitation et d'amplitude beaucoup plus marquée, si bien que c'est *la diminution de volume qui doit être tenue pour le fait essentiel.*

Il est à remarquer que l'élévation primaire (Vorschlag des allemands) semblait précéder de 2 ou 3 secondes environ la sensation douloureuse et que *cette élévation manquait chaque fois que l'excitation avait été faite rapidement par surprise.* Une explication simple de ce fait serait donnée par l'*attente émotionnelle* où se trouve le sujet percevant le contact de la pince à griffe dont la pression, il le sait, doit être conduite jusqu'à la sensation de douleur. Dans plusieurs cas d'ailleurs nous avons étudié quelques effets d'excitants émotionnels non douloureux, et nous avons trouvé des résultats analogues, si bien que *nous sommes peu disposés à croire à la spécificité de ces réactions dans la douleur.*

En aucun cas, dans ces expériences chez des sujets algiques divers, nous n'avons constaté d'élévation du tracé pléthysmographique qui puisse être considérée comme le phénomène essentiel de la réaction.

Essai sur la physiologie de la douleur [1]

Par le Dr Roger CHARPENTIER

Dès mes premières études de physiologie, j'ai été étonné de voir exposer partout, en matière de physiologie nerveuse, presque sans réserves, la théorie classique suivante :

« Il y a deux formes de sensibilité générale :

1) Sensibilité superficielle :

a) *Tactile* ;
b) *Thermique* ;
c) *Douloureuse.*

2) Sensibilité profonde, etc. ».

« Le toucher fournit donc trois sensations différentes : le tact, le chaud et le froid, et la douleur.

« Y a-t-il, pour chacune de ces sensations, des organes différents ?

« On est porté à le croire, etc. ».

« Il règne encore passablement d'obscurités sur le trajet des voies sensitives médullaires, le schéma ci-après résume quelques hypothèses plausibles. Les voies des *sensibilités thermique et douloureuse* passent par la corne postérieure, se décussent rapidement et montent dans la partie antérieure du cordon latéral opposé (faisceau de

(1) Cet article était en préparation depuis 1924, date à laquelle l'idée m'est venue de la douleur considérée comme sensation exagérée et non pas spécifique et depuis laquelle j'accumule autant qu'il m'est possible, les documents au fur et à mesure de leur parution, lorsque je vis paraître dans la *Presse Médicale* du 3 janvier 1931 l'article magistral de M. le Prof. Leriche qui exprime sur la douleur, des idées semblables à celles qui mûrissaient en moi et que j'hésitais encore à tenter de publier parce que contraire à l'opinion classiquement admise. J'ai pensé alors qu'il était urgent de publier ces modestes réflexions, qui viendront ainsi en confirmation de ses vues.

Gowers et faisceau latéral restant)... Les voies de la *sensibilité tactile* sont doubles : elles suivent d'une part les cordons postérieurs comme celles des sensibilités profondes et se croisent comme elles, dans le bulbe ; elles suivent d'autre part la voie du cordon antéro-laréral (faisceau de Gowers et le faisceau latéral restant) après entrecroisement dans la commissure postérieure, et il est probable que l'importance respective de ces deux voies offre de grandes variations individuelles ».

La *douleur* est donc considérée comme une qualité sensitive particulière, comme le tact, la vue, l'ouie, etc., ayant ses voies nerveuses propres qu'on localise dans la moelle dans le faisceau latéral.

Ceci est, je crois, la conception de presque tous les traités de physiologie classiques et on la retrouve dans les livres de Hedon, Gley, Arthus, Richet, Testut, etc., aussi bien que dans les traités de pathologie où cette théorie est exposée plus particulièrement au chapitre concernant la *syringomyélie*.

A vrai dire, des réserves sur la spécificité des voies empruntées par la douleur, sont exprimées dans le traité de physiologie de Morat et Doyon. Morat, en particulier, estime excessif la tendance à vouloir voir partout une différenciation trop marquée des fibres des nerfs sensitifs. Il admet qu'il n'y a pas d'appareils distincts pour les trois modes de sensibilité cutanée.

Max Von Frey et Mlle Yodeyko, au contraire, admettent que la douleur a des voies spéciales.

Cette théorie est admise pour expliquer certains faits concernant cette curieuse maladie : la syringomyélie. (Elle ne les explique d'ailleurs pas tous, en particulier, le retour de la sensation douloureuse après ponction ou incision de la cavité syringomyélique).

Mais, si nous voulons considérer abstraitement le phénomène douleur — on s'aperçoit tout d'abord que, contrairement à toutes les autres sensations, jouissant d'appareil de *réception* et de *conduction* spécifique, elle ne correspond à aucun agent physique ou mécanique : pression, lumière, son, chaleur, etc.

Au contraire, elle n'est due *spécifiquement*, ni *qualitativement*, à aucun phénomène physique extérieur, mais elle correspond *quantitativement* à chacun d'eux.

Dans ces conditions, il apparaît, de toute logique, de la considérer comme un degré de la sensation, comme le résultat de l'exagération de l'excitation.

La douleur apparaît quand l'excitation est trop forte quand l'excitation n'est plus en rapport avec la capacité du système veineux.

L'exagération de la pression engendre la douleur ;
L'exagération de la lumière engendre la photophobie ;
L'exagération des bruits engendre des douleurs auditives (souffrances du nerf cochléaïre) (réfléchir à la réaction des chiens au bruit trop fort) (1).

L'exagération de la température engendre la brûlure dans un cas, la gelure dans l'autre.

Signalons en passant, sans vouloir l'expliquer pour l'instant, ni en étudier les modalités, les douleurs par compression des troncs nerveux, et les douleurs par contact chimique (par exemple les douleurs dentaires par contact sucré).

Nous réservons pour une discussion ultérieure l'étude de la douleur cornéenne qui ne correspondrait pas à une sensibilité tactile physiologique, et à l'occasion de laquelle on a décrit des organes qui lui sont spéciaux.

Ainsi, alors que la vision correspond aux vibrations lumineuses, que l'audition correspond aux vibrations sonores, que la giration (équilibre) correspond à la pesanteur accélération grave, rayons de giration (Bard) ; que l'olfaction correspond aux particules matérielles (peut-être accompagnée d'ondulations non déterminées), que le goût correspond à l'action de particules chimiques dissoutes, que le tact possédant trois organes dynamométriques répondant aux pressions faibles, moyennes et fortes correspond à la pesanteur, que le sens thermique (pour lequel on a décrit deux appareils un pour le chaud, l'autre pour le froid) correspond aux vibrations calorifiques ou pour mieux dire à la température.

La DOULEUR dont on veut faire une sensation spécifique (avec appareil de réception et voies de conduction spécialisées) n'est en rapport avec aucun agent physique particulier : ne correspond à aucune irritation spécifique ; mais, au contraire, peut naître de l'exagération de l'ensemble de toute irritation extérieure ou intérieure *quelle qu'elle soit*.

La douleur non spécifique ne forme donc pas un sens particulier, *puisqu'au contraire* la douleur existe pour chaque sens. Elle est un degré de l'appréciation de la qualité de chaque sensation.

Si nous analysons la notion de sensation, on trouve qu'elle a besoin, pour se manifester :

1° D'une excitation, ou irritation ;
2° D'un appareil de réception ;
3° D'un appareil de transmission ;
4° D'un appareil central.

Or, la douleur précisément, pour chaque sensation, naît d'une anomalie de ces différentes phases.

1° Par rapport à l'excitation : s'il y a exagération de l'agent physique excitant (et nous sommes ici contraints de nous répéter) la douleur sera :

Lumière trop intense : photophobie (douleur de la vision), son trop aigu ou trop intense : douleurs auditives (voir ouïe douloureuse et l'ouïe du chien, les bruits qui font grincer les dents, etc.) (souffrance du cochléaïre), excitation trop forte du *labyrinthe*, vertiges et sensations désastreuses (ceci correspond au sens de giration encore peu étudié et peu analysé — on connaît mal la souffrance de ces voies labyrinthiques, ce qui ne veut pas dire qu'elle n'existe pas).

Une excitation olfactive très forte : sensation désagréable et même douloureuse (inhalation d'ammoniaque par exemple) ;

Exagération de la pression, douleur habituelle, la plus connue (à tous ses degrés). C'est dans ce cas que le phénomène est le plus évident.

A mesure qu'on augmente la pression par degrés insensibles, elle devient douloureuse et correspond alors au sens du tact.

L'exagération de la chaleur donne une douleur croissant progressivement, à mesure qu'on élève la température et pour laquelle on a tous les degrés, ainsi que dans le sens inverse pour le froid.

2° Par rapport à l'appareil de réception, la douleur apparaît si celui-ci est lésé (peut-être par défaut de filtration de l'excitant).

3° Par rapport à l'appareil de transmission, on a les douleurs algiques dues à des lésions de destruction ou de compression des troncs nerveux ou de la moelle, le nerf conduit l'irritabilité à n'importe quel point qu'il la reçoive, mais seuls les nerfs sensitifs peuvent souffrir puisqu'ils ne peuvent conduire des impressions que dans un sens (centripète). Les nerfs moteurs, non, ils ont un courant centrifuge.

La douleur spontanée est connue pour tous les nerfs sensitifs quels qu'ils soient (par pression, par compression ou effet thermique) (la section du nerf optique est douloureuse).

4° Par rapport à l'appareil central, il est à signaler les douleurs effroyables du syndrome sous-thalamique et l'indifférence de l'écorce. (Pas de douleurs à l'excitation du cerveau. On a vu des blessés de guerre ne pas souffrir avec une mutilation du lobe frontal, par exemple).

On peut penser que ce qui a amené à considérer aussi

(1) Etude de la douleur accompagnant les excitations auditives intenses. MM. HELSMOORTEL JUNIOR et R. NYSSEN (Anvers), *Presse médicale*, 9 novembre 1929. XVIIe Congrès français d'O. R. L.


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS

antiphysiologiquement la douleur comme un sens à part des autres, définie par ses appareils de réception et de conduction et ses centres) ce sont les applications pathologiques, et en particulier le cas de la *syringomyélie*. (Cette maladie étant un des rares moyens d'explorer la moelle à défaut d'expérimentation, et avant l'ère chirurgicale nerveuse et du lipiodol).

C'est l'étude de la *syringomyélie*, en raison de la dissociation qu'elle permet de constater des sensations tactiles d'une part ; et thermiques et douloureuses d'autre part qui, sans doute, a amené à admettre l'existence d'un côté d'un faisceau de fibres uniquement tactiles, et de l'autre, de fibres uniquement vouées à la transmission douloureuse. Ne pouvant expliquer la pathologie par la physiologie, on a créé la physiologie d'après la pathologie. (Il semble pourtant qu'il vaut mieux aller du simple au composé.)

Or, avant d'aller plus loin, les sensations tactiles et les sensations thermiques sont dissociées dans diverses circonstances physiologiques ou pathologiques.

« Si on comprime progressivement un nerf superficiel tel que le cubital, on constate que, pour une pression convenable, il y a suppression de la sensibilité thermique et conservation de sensibilité tactile dans le territoire de distribution du nerf. » (Arthus 1918, page 907).

Les *lepromes* des nerfs superficiels produisent une dissociation du type syringomyélique.

J'ai observé un cas de compression des nerfs du bras par cal de fracture de l'humérus : tact conservé, douleur supprimée, la douleur renaît après tapotements.

Faut-il admettre que les fibres spécifiques de la douleur existent déjà dans le nerf superficiel, et l'admettant, faut-il penser que la compression mécanique, ou la tumeur, ou l'injection intra-nerveuse (sciatique) agissent électivement sur ces fibres ?

La syringomyélie est constituée par une cavité en arrière du canal épendymaire, dans la commissure grise postérieure, empiétant assez souvent sur les cordons postéro-latéraux (Sergent, t. I, p. 390). Geoffroy et Achard concluent à une myélite cavitaire. On a pensé aussi à une gliose — et aussi à une élargissement du canal central de la moelle.

Le syndrome de dissociation serait expliqué par une solution de continuité des fibres du faisceau latéral, par une destruction du tissu nerveux, au niveau de la cavité syringomyélique.

Les fils étant coupés, si l'on admet que ce sont eux qui conduisent la douleur, on a ainsi l'explication de cette curieuse dissociation.

Mais d'autres faits sont alors sans explications.

a) L'*hydromyélie* (Sergent, p. 390) est formée par la dilatation du canal épendymaire lui-même. Il s'agit-là de faits différents de la syringomyélie par leur anatomie pathologique, mais analogues au point de vue clinique.

b) L'*hématomyélie* (étude sur les hématomyélies, thèse de Jean Lépine, 1900) présente les mêmes symptômes, mais à une évolution différente. Les symptômes ou bien sont définitivement constitués, ou bien s'aggravent ou s'améliorent un peu. On a des cas de guérison complète.

On observe aussi le retard à la perception de la douleur et du sens thermique, la dissociation entre chaud et froid, l'inversion entre chaud et froid.

Anatomie pathologique. La substance blanche est rarement détruite. Elle est quelquefois infiltrée sur une faible étendue, ou comprimée.

c) Mais surtout, depuis l'ère de la chirurgie nerveuse, les chirurgiens ont vu disparaître rapidement la dissociation entre tact et douleur, ou à tout le moins, ont obtenu de grosses améliorations. Et ces cas sont à ajouter aux rares cas d'amélioration spontanée de la syringomyélie.

Et d'autre part, ils ont vu réapparaître les douleurs dont ils pensaient s'être rendu maîtres par des cordotomies.

Ainsi, dans l'*hydromyélie*, où il existe une dilatation du canal épendymaire, sans destruction nerveuse, la dissociation apparaît.

Dans l'*hématomyélie*, la destruction des fibres n'est pas forcément immédiate, ni complète, ni anatomiquement comparable aux lésions syringomyéliques, tout au moins au début, et on assiste à l'installation brutale de la dissociation.

Dans ces deux cas, les fibres ne sont pas coupées et la douleur n'est pas perçue.

Après opération sur la cavité syringomyélique (simple évacuation), les fibres n'ont pas été remplacées instantanément et la douleur est à nouveau immédiatement perçue.

De même, après une cordotomie, les fibres considérées comme spécifiques sont débridées et la douleur reparaît.

Il semble donc que la théorie soit nettement insuffisante à expliquer.

1° Pourquoi une compression généralisée de la moelle sans destruction de fibres, entraîne la dissociation (hydromyélie) ;

2° Comment se produisent des améliorations spontanées ou opératoires qui seraient impossibles si les fibres spécifiques étaient détruites ;

3° Pourquoi les cordotomies ne conservent pas indéfiniment leur efficacité ;

4° Et aussi la dissociation par lésions quelconques des nerfs périphériques.

Peut-être peut-on rapprocher de ces faits un autre ordre de faits se rapportant à l'anesthésie régionale ou locale :

Très souvent, pour ce qui est de la rachianesthésie (par exemple avec syncaïne à 5 %), la sensation de tact est conservée, la sensation de *douleur a disparu*.

Seules persistent les douleurs à la traction sur les viscères.

Je tiens de mon maître le Prof. Rollet que souvent, dans certaines régions de la face, une injection d'eau bidistillée, fait aussi bien que le même volume de cocaïne. Un article de la *Revue d'Ophtalmologie* (n° de décembre 1924) indique un nouveau mode d'anesthésie locale par injection d'eau distillée.

D'autres fois, la striction d'un membre provoque une anesthésie partielle, ayant permis à la rigueur des amputations.

Rapprochons ces faits du fait signalé par Arthus, qu'en comprimant progressivement un nerf, le cubital, par exemple, on modifie les sensations ressenties dans le territoire de ce nerf.

Ainsi donc, il n'est pas constant, pour toutes les modifications de perception sensorielle et en particulier pour la suppression de la sensibilité douloureuse, de trouver une section anatomique de faisceaux ou de fibres nerveux, malgré les altérations et les lésions fines que l'on peut observer dans la syringomyélie. Et même, dans le cas de la syringomyélie, ne serait-il pas curieux, en somme, que la dissociation soit toujours dans le même sens. Pourquoi l'inverse n'aurait-il pas lieu ?

Pourquoi toujours les mêmes fibres seraient électivement atteintes ? Et si une raison anatomique commandait la disposition des lésions dans la moelle, cette raison anatomique se retrouverait-elle dans le nerf périphérique lors de la compression par un leprome ; ou dans l'organe de réception pour le cas de l'injection d'eau distillée sous la peau.

***

Si nous recherchons, dans tous les cas précédents ce qui préside à la dissociation du type syringomyélique et d'une façon plus générale à la suppression, ou à la diminution tout au moins de la douleur, nous voyons :

Une cavité remplie de liquide pour la syringomyélie ;
Le canal épendymaire dilaté pour l'hydromyélie ;

Un épanchement sanguin pour l'hématomyélie ;
Un traumatisme opératoire pour la cordotomie ;
Une tumeur sur le trajet d'un nerf sensitif pour le leprome à forme syringomyélique ;
Une compression d'un nerf, dans le cas d'Arthus ;
Une injection de liquide dans un nerf (traitement de la sciatique par Sicard) pour injection intra-sciatique ;
Une injection d'eau distillée, dans certains cas d'anesthésie locale de la face.

Nous sommes conduits à émettre une hypothèse. Dans tous ces éléments divers, une chose paraît constante : c'est la surpression que subit la fibre nerveuse.

La moelle est comprimée localement par la cavité syringomyélique remplie de liquide.

De même dans l'hydromyélie.

De même dans l'hématomyélie, les fibres sensitives et les autres sont soumises à une surpression. certains syndromes syringomyéliques sont dus à des compressions médullaires.

Le leprome comprime les éléments du nerf.

La compression mécanique (Arthus) est le schéma de ce mécanisme.

L'injection intra-sciatique réalise aussi une pression sur les fibres nerveuses.

L'eau distillée ne paraît pas pouvoir agir autrement que par compression.

Peut-on admettre alors que le tissu nerveux comprimé dans de certaines conditions, à un certain degré, ne conduise plus de la même façon les sensations qui lui sont confiées ?

Peut-on admettre qu'une nouvelle disposition moléculaire ne permette pas à l'excès d'intensité de se propager pour atteindre les centres ?

Y a-t-il apparition d'une sorte de seuil admettant le passage d'une quantité d'influx suffisante pour assurer la perception du tact, n'admettant pas une quantité supérieure qui est nécessaire pour arriver à ébranler les centres d'une manière douloureuse ?

L'effet de la compression, sur une seule fibre, est-il assez considérable pour en modifier la texture chimique ?

Ou encore, les fibres étant rapprochées, peut-on penser que, une quantité d'influx étant conduite par un petit nombre de fibres, ou même par une seule (piqûre d'épingle) ; au niveau de la pression une dérivation peut se produire, de cet influx ; qui se répartissant alors sur un grand nombre de fibres se trouve ainsi partagé ; la quantité d'influx se trouvant ramenée par chaque fibre à un taux en dessous de celui qui peut arriver à causer la douleur (de même qu'un courant électrique d'intensité donnée parcourant un fil se répartissant en dérivation dans plusieurs fils, se trouve dans chaque fil à une intensité plus faible.) Comme dans un courant dérivé, l'impression conduite par une seule fibre emprunte, au point de la lésion, plusieurs autres fibres et diminue d'intensité.

Peut-on penser que le liquide dans les cavités pathologiques de la moelle intervient en captant une partie de l'énergie nerveuse, jouant le rôle d'un réservoir, d'un condensateur ?

Ceci expliquait-il certains cas de *retard de sensation* observés précisément dans ces lésions de la moelle ?

Ces troubles sensitifs de la syringomyélie seraient liés à un simple trouble de compression des cylindraxes de la moelle. Ces troubles se retrouvent dans toutes les compressions des cylindraxes des nerfs.

Ceci est loin d'être en contradiction avec les bons résultats, dont il se publie tous les jours des cas (voir bibliographie) de la ponction intramédullaire décompressive dans la syringomyélie, non plus qu'avec le fait qu'on a pu voir des syringomyélies sans troubles sensitifs si la pression n'est pas suffisante. (Nyssen, *Revue neurologique*, avril 1927.)

Ceci est concordant avec des pratiques d'anesthésie par simple compression d'un tronc ou de filet nerveux.

* * *

Les faits pathologiques et physiologiques étant ainsi envisagés, il semble qu'on peut en dégager la conception suivante :

1. La douleur ne peut pas être considérée comme une qualité sensitive particulière, comme le tact, la vue, l'ouïe, etc., et ayant des voies nerveuses propres.

a) Ne correspondant à aucun excitant spécifique,

b) Apparaissant au contraire comme liée à l'exagération d'une sensation normale de n'importe quel sens, ou appareil sensitif,

c) Paraissant pouvoir emprunter toutes les voies sensitives possibles,

2. La syringomyélie n'est pas expliquée entièrement par la conception de voies douloureuses spécifiques, et son anatomie pathologique n'est peut-être pas assez démonstrative, pour suffire à faire admettre cette même conception.

3. Certains faits concernant la syringomyélie, et d'autres cas de lésions de la moelle et des nerfs demandent d'autres explications en fait de physiologie nerveuse (pour lesquelles on ne peut qu'avancer des hypothèses sans grande consistance).

4. Le moins qu'on puisse dire est qu'une partie de la physiologie nerveuse est à reprendre à la lumière de la chirurgie de l'exploration radiologique au lipiodol, et d'une expérimentation difficile, mais sans doute possible que nous aurions voulu entreprendre, mais qui nécessiterait des moyens matériels qui sont loin d'être à notre portée.

BIBLIOGRAPHIE

GLEY. — Physiologie, sensibilité douloureuse, p. 827.

RICHET. — Dictionnaire de physiologie. Traité de physiologie.

ARTHUS. — Précis de physiologie.

MORAT et DOYON. — Traité de physiologie.

MONTEGAZZA. — Physiologie de la douleur.

PETERS. — La douleur par éblouissement (*Klin. Monatsbl. f. August*, juillet-août 1916, p. 558.

SICARD et ROBINEAU. — Cordotomie (Soc. de Neurologie nov. 1924, janv. 1925).

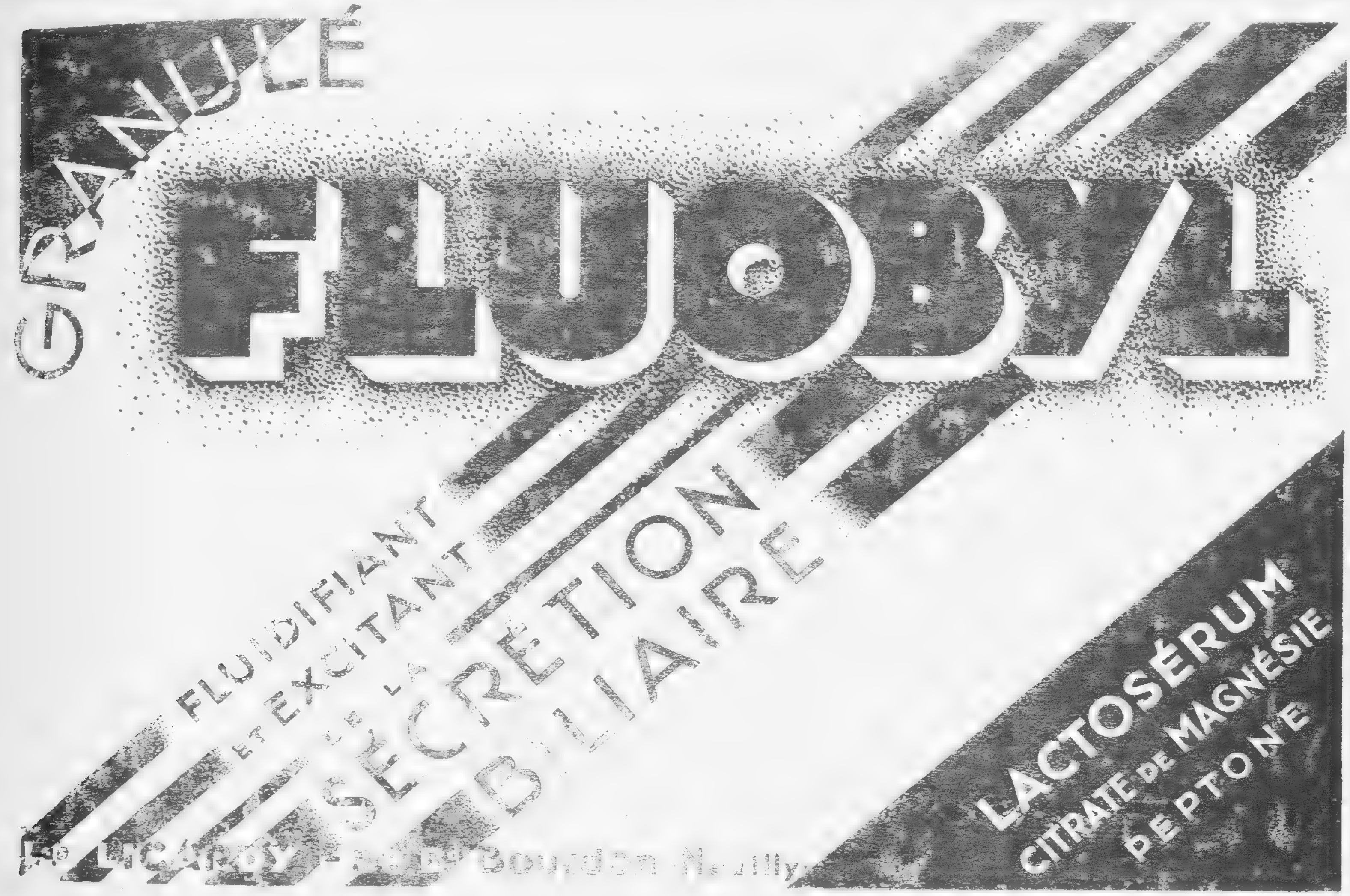
JIRASEK et VITEK. — Deux cas de syringomyélie opérée par la méthode de Poussep (Casops likaru Ceskych t. I, XVI n° ?, 17 juin 1927).

Traitement opératoire de deux cas de syringomyélie. Amélioration notable. Société de Neurologie de Paris, 3 juin 1926. *Revue neurologique*, juin 1926. Syringomyélie sans troubles sensitifs. (Nyssen, *Revue neurologique*, avril 1927).

Deux cas exceptionnels de compression de la moelle épinière avec dissociation de la sensibilité de caractère syringomyélique, lipiodol, opération, guérison complète. (L. Punssepp, *Presse Médicale*, 31 décembre 1930).

Difficultés d'anesthésie. — GARRELON et ses collaborateurs rappellent que dorment bien les animaux hypovagotoniques, ceux chez qui la compression des globes oculaires s'accompagne d'un ralentissement marqué du pouls et qu'au contraire, le sommeil est mauvais chez ceux dont la compression des globes oculaires n'est suivi d'aucun changement ou bien déclanche une accélération marquée du pouls. Chez l'homme, la recherche du réflexe oculaire lui a donné, toutes choses égales des indications analogues : les hypersympathicotoniques sont difficiles à endormir, quel que soit l'anesthésique employé. Or, à ceux dont le pouls ne subit, du fait de la compression oculaire, nulle modification ou bien s'accélère, il suffit d'injecter un demi-milligramme de salicytate d'ésérine pour voir la résistance céder presque immédiatement. (GARRELON, PASCALIS et THUILLANT. Utilisation de l'ésérine pour la régularisation des anesthésies générales. *Presse médicale*, mercredi 8 octobre 1930 p. 1365.)

H. V.


GRANULÉ
FLUOBYL
FLUIDIFIANT
ET EXCITANT
DE LA
SÉCRÉTION
BILIAIRE
LACTOSÉRUM
CITRATE DE MAGNÉSIE
PEPTONE


MAGNESIUM HARDY
SES 2 FORMES
SIROP
SIROP DE MAGNESIUM HARDY
MAGNESIUM HARDY
TABLETTE-BOUILLON
LES SEULES PREPARATIONS PRATIQUES ET AGREABLES
CHLORURE DE MAGNESIUM
42, BOULEVARD SAINT-MARCEL
PARIS (5e

La thérapeutique moderne de l'hypertension cranienne et ses indications

Par MOLIN DE TEYSSIEU, de Bordeaux]

La thérapeutique directe et efficace de l'hypertension cranienne est une acquisition relativement moderne. Malgré que la sémiologie en eut été depuis longtemps précisée, la conjonction des éléments primordiaux du syndrome constituait hier encore une sorte de « noli me tangere » pour ceux-là même à qui la constatation d'un tableau clinique fruste avait dicté une temporisation souvent dangereuse. Il est juste de dire que les méthodes hardies de traitement chirurgical préconisées dès 1872 par de WECKER, puis par HORSLEY 1886, BABINSKI et de MARTEL 1901, PAYR 1908, VON BRAMMAN et ANTON 1908, avaient par les accidents pénibles comptés à leur actif accrédité l'opinion de l'inutilité sinon de la nocivité de toute tentative dans cette voie. La dernière décade par contre a vu sous l'influence principale de travaux américains et allemands naître toute une série de procédés thérapeutiques d'inégale valeur et succéder au pessimisme expectatif par trop stérile, un optimisme interventionniste quelque peu hasardeux. Il n'est pas inutile croyons-nous d'établir le bilan de ces acquisitions modernes et d'en po‹ser›, la tête froide, les indications respectives dans l'espoir d'éviter à autrui nos écoles de jadis, rançon quelquefois désastreuse des jeunes enthousiasmes et curiosités scientifiques.

La pression intracranienne est fonction à la fois de la capacité du contenant, du volume encéphalique, du régime circulatoire sanguin et du taux du liquide céphalo-rachidien ; l'hypertension sera donc réalisée par tous les éléments susceptibles de modifier l'un quelconque de ces facteurs et les méthodes thérapeutiques devront tendre à ramener leur somme vers la constante. La réalité clinique montre que parmi les conditions pathogéniques génératrices d'hypertension la première place revient à l'exagération de la tension du liquide céphalo-rachidien qu'il s'agisse d'une augmentation de la filtration au niveau du plexus choroïde, d'une diminution de la réabsorption ou d'une obstruction des voies de sa circulation, à l'acqueduc de Sylvius notamment et qu'en dernière analyse toutes les autres causes, tumorales, extra comme intra-cérébrales ou désordres circulatoires sanguins, agissent en définitive par le même mécanisme physiologique du trouble apporté à distance sur l'équilibre du liquide des espaces sous-arachnoïdiens.

La pathogénie de l'hypertension cranienne se résumerait donc aux variations de l'hydraulique de ce liquide véritable milieu de la cellule cérébrale s'il ne fallait retenir un certain certain nombre de cas d'interprétation obscure décrits par NONNE sous le vocable de pseudo-tumeurs cérébrales dans lesquels il existe, en l'absence de toute modification de volume ou de pression liquidienne un accroissement de la masse encéphalique explicable par hydratation ou tuméfaction parenchymateuse en relation avec des modifications de l'équilibre physico-chimique cellulaire.

Ces aperçus pathogéniques soulignent suffisamment les objets vers quoi tendent les traitements modernes de l'hypertension crânienne et la connaissance du mécanisme propre à chacune des modalités étiologiques du syndrome posera *ipso facto* l'indication thérapeutique lui revenant. Restaurer un équilibre intra-cellulaire rompu, assurer le libre cours ou le drainage du liquide céphalo-rachidien et accessoirement ouvrir des voies d'expansion au contenu cranien hypertrophié seront les trois directives orientant le problème.

Malgré que nous ne méconnaissions pas le caractère artificiel d'une semblable distinction en ce qui concerne notamment ponction lombaire et injection intraveineuse, nous avons dans la thèse de notre élève A. V. SICARD. Bordeaux 1922, où chacun fait l'objet d'une étude critique complète, rangé les trois groupes de procédés thérapeutiques découlant des données établies plus haut en deux catégories , selon qu'ils puissent tels les premiers être envisagés comme d'ordre spécialement médical ou qu'à l'exemple des deux derniers ils apparaissent relever plus exactement de la technique chirurgicale.

Les méthodes médicales dérivent des expériences pratiquées par MAC KIBBEN et WEED sur le chat dont ils ont étudié les variations de tension du liquide céphalo-rachidien sous l'influence d'injections intraveineuses, de solutions salines variées. L'application clinique en a été réalisée par CUSHING, LERICHE, HUGHSON et SACHS, RISER, CLAUDE et LAMACHE.

L'INGESTION DE SOLUTIONS HYPERTONIQUES se résume en prise quotidienne de 80 cmc., d'une solution glucosée à 40 %, en deux fois chaque matin à une heure d'intervalles (Leriche), ou mieux au cours de la matinée de 30 à 50 comprimés de 1 gr. de chlorure de sodium enrobé dans du salol pour assurer la mise en liberté du sel dans le duodénum (HUGHSON). La méthode est ingénieuse et anodine, elle a donné des résultats encourageants entre les mains des promoteurs, elle nous a souvent été utile soit à titre d'adjuvant des cures chirurgicales de l'hydrocéphalie ou du traitement spécifique de l'hypertension syphilitique, soit isolément dans les syndromes si pénibles de migraines hypertensives transitoires qui en restent la principale indication. Le seul reproche qui soit permis de faire à ce procédé de drainage physiologique du liquide céphalo-rachidien par osmose provoquée est la brièveté de son action. Sa parfaite inocuité en autorise d'ailleurs l'usage répété.

Les INJECTIONS INTRAVEINEUSES DE SOLUTIONS CONCENTRÉES mises en œuvre par CUSHING et FOLEY ont été employées avec des fortunes diverses par SACHS, BELCHER, RISER. Les dilutions salées à 10 %, 20 %, et à dose de 0 gr. 25 à 0 gr. 50 de chlorure de sodium par kilogramme de poids vif faites à jeun déterminent des chutes de 50 %, de la pression céphalo-rachidienne très nettes encore à la sixième heure et plus durables qu'avec les solutions sucrées. Leur usage n'est cependant pas sans inconvénient, RISER a établi et nous l'avons vérifié qu'il pouvait se produire dans les minutes consécutives à l'injection une véritable crise nitritoïde par brusque hyperchloruration sanguine, accompagnée de vasodilatation générale mais aussi d'augmentation subite et considérable de la pression sous-arachnoïdienne. Ces faits contre-indiquent l'usage des solutions d'un titre supérieur à 10 %, et doivent en faire rejeter l'emploi dans les cas de tumeur cérébrale où il n'est pas indifférent de soumettre le cerveau à de brutales modifications de volume.

Les solutions glucosées à 40 % et même plus injectées chaudes à la dose de 150 gr., lentement et à jeun, soigneusement préparées et filtrées nous ont donné des améliorations subjectives assez constantes et durables parfois discordantes avec les données manométriques, nous n'avons jamais noté d'accidents ou même d'incidents. Nous nous en sommes il faut le dire, et ceci d'accord avec les auteurs, interdit l'usage pour les raisons indiquées plus haut, dans les tumeurs cérébrales vraies et les abcès encéphaliques pour en limiter la pratique aux céphalées des hémorragies méningées médicales, aux méningites séreuses post-traumatiques ainsi qu'aux séquelles commotionnelles de guerre.

La RADIOTHÉRAPIE PÉNÉTRANTE selon les techniques fixées par BÉCLÈRE donne d'indubitables résultats dans les syndromes d'hypertension intracranienne. MARBURG et SGALITZER ont prétendu que ces améliorations étaient sous la dépendance d'une diminution de la sécrétion du liquide céphalo-rachidien par altération nucléaire des cellules du plexus choroïde. Les examens histologiques des tumeurs irradiées montrent qu'elles n'ont subi aucune modifications et certains auteurs contestent formellement les résultats de MARBURG, il semble donc possible qu'il s'agisse en l'occurence d'une action directe des rayons sur l'hydratation de la cellule cérébrale et en dernier ressort d'un mécanisme comparable à celui mis en œuvre par des procédés précédents. Quoi qu'il en soit les transformations cliniques parfois, quasi-miraculeuses sont inconstestables, bien que souvent sans lendemain. La méthode doit être utilisée dans tous les cas de tumeurs diffuses inaccessibles à la chirurgie.

Parmi les procédés thérapeutiques de l'hypertension cranienne relevant de la technique chirurgicale le plus simple, la PONCTION LOMBAIRE systématiquement répétée à quelques jours d'intervalles pratiquée en position couchée, après avoir pris la

précaution de ne laisser filtrer le liquide que goutte à goutte constitue le traitement de choix dans l'hydrocéphalie interne de l'enfance, les traumatismes fermés du crâne (sauf dans les premiers jours), les méningites séreuses traumatiques et accessoirement dans les méningites otogènes après que le foyer initial aura été aveuglé. Elle sera proscrite dans tous les cas d'hypertension de cause hémorragique ou infectieuse, dans les fractures ouvertes du crâne (en particulier celles communiquant avec les fosses nasales), elle sera maniée avec la plus extrême prudence dans les tumeurs cérébrales. Il est évident que son efficacité est étroitement subordonnée à l'intégrité des communications entre les espaces sous arachnoïdiens cérébraux et péri-médullaires, aisément vérifiables par l'épreuve de QUECKENSTEDT qui consiste tandis que l'aiguille à ponction est en communication avec le cul-de-sac dural et le manomètre, à comprimer durant quelques secondes les veines jugulaires ; s'il n'existe pas d'obstacle à la circulation du liquide céphalo-rachidien entre le crâne et le rachis, cette épreuve fait immédiatement monter la tension du liquide.

La PONCTION VENTRICULAIRE préconisée par HAMMON, SHARPE et SMITH a des indications plus limitées, elle n'offre guère d'avantages réels qu'à titres de corollaire de la trépanation décompressive dans les cas de grosses tumeurs cérébrales pour éviter l'étranglement cérébelleux. C'est une opération grave exposant à des mécomptes. Elle est pratiquée avec ou sans anesthésie locale, avec ou sans (BÉRIEL) trépanation osseuse préalable, au niveau du bregma à 2 cm. du sinus sagittal de façon à pénétrer dans la partie postérieure du ventricule latéral.

Le DRAINAGE CONTINU DES VENTRICULES dont FINOCHIETTO s'est fait le protagoniste constitue une curiosité chirurgicale sans valeur pratique. Les observations du chirurgien argentin lui-même apprennent que la mort est survenue dans la majorité des cas par infection quand les tubes de drainage ne s'étaient pas obstrués, déplacés ou brisés. Tendant en principe à s'affranchir du danger des ponctions ventriculaires répétées, la méthode a pour but de créer de nouvelles voies de circulation au liquide céphalo-rachidien vers le tissu cellulaire du cuir chevelu, du cou, de la région temporale, de la parotide ou encore les sinus dure-mériens ou une veine jugulaire, sous condition dans ces derniers cas que la pression intraventriculaire soit supérieure à la pression veineuse. PAYR dès 1908 avait utilisé des transplants veineux, pour la réaliser, FINOCHIETTO s'est servi de tubes d'or ou de platine, de tuyaux de caoutchouc ou de fibriles de verre filé.

La PONCTION DU CORPS CALLEUX déjà prônée par VON BRAMMAN et ANTON, plusieurs années avant la guerre a connu une nouvelle vogue entre les mains de FORSTER et BALLANCE. Son inocuité ne semble pas démontrée et les réserves de CUSHING à son endroit sont justifiées. Il nous souvient d'un essai lamentable, de nature à faire abandonner un procédé dont il n'existe à vrai dire aucune indication nettement caractérisée. La trépanation est faite en F1 ou F2, la canule flexible glissée entre l'hémisphère et la faux du cerveau. Les chances de blessures du sinus sont grandes et la sensibilité dure-mérienne exige l'anesthésie au moins locale.

Dans le but d'éviter la trépanation BÉRIEL a imaginé une technique osée et délicate de DRAINAGE SOUS DURO-MÉRIEN par ponction directe du lac sous-arachnoïdien central en suivant le plafond de l'orbite, l'extrémité effilée de la fente sphénoïdale et passant entre la paroi externe du sinus caverneux la face interne du lobe pariétal et en avant du pédoncule cérébral. Il s'agit là de méthode exceptionnelle dont l'usage ne saurait être applicable qu'à des cas très spéciaux d'hydrocéphalie interne avec lésions obstructives de la fosse postérieure.

LA CRANIECTOMIE DÉCOMPRESSIVE par contre n'offre d'autres contre-indications que celles des pseudo-tumeurs de NONNE et des épendymites syphilitiques susceptibles de guérir très rapidement par le traitement spécifique. Son triomphe se manifeste dans les hypertensions liées à des compressions extra-dure-mériennes. Elle s'est montrée de la plus grande efficacité dans les tumeurs cérébrales où elle consititue souvent le premier temps d'une intervention radicale. L'opération doit être précoce, les troubles ophtalmoscopiques dont l'achromatopsie premier stigmate de l'atrophie optique, donnent le signal de sa mise en œuvre qui peut être différée avant leur apparition. La cécité, complète si elle est récente n'en n'interdirait point l'usage, elle doit être faite si la brèche se comble ainsi qu'il arrive parfois ou que l'ophtalmoscope révèle la soupape comme insuffisante. Depuis qu'elle fut préconisée en 1886 par HORSLEY, puis parfaitement mise au point par BABINSKI et de MARTEL en 1901, cette méthode a fait l'objet de trop de travaux pour que nous en décrivions par le menu la technique. L'accord est fait sur le choix de la zone qui sera sous-temporale chaque espèce commandera l'adjonction ou non de l'ouverture dure-mérienne.

Les ressources thérapeutiques ne manquent donc pas pour lutter contre le syndrome douloureux et dangereux pour la vision que constitue l'hypertension cranienne intense, brutale ou durable le clinicien saura faire le choix entre les méthodes d'exception les virtuosités chirurgicales et les procédés véritablement utilisables. La précocité du diagnostic révélé par les éléments de certitude que constituent la triade : pression rachidienne au-dessus de 25, hypertension diastolique rétinienne et hyperexcitabilité labyrinthique permettront l'adoption rapide selon le cas du drainage médical par osmose provoquée ou de la craniectomie décompressive qui constituent à notre avis les deux seules armes nettement efficaces et surtout pratiquement sans danger.

THÉRAPEUTIQUE

Les médicaments de la douleur

Par le Prof. Maurice LOEPER

La douleur peut être le résultat d'une inflammation nerveuse, d'un spasme vasculaire ou digestif, d'une distension ou d'une contusion des tissus. Bien que son mécanisme ne soit pas univoque, la douleur doit être traitée par une même série de médicaments qui se divisent naturellement en sept catégories.

1° Au premier rang des médicaments sédatifs, est, incontestablement, *l'opium*. On en connaît les inconvénients, l'accoutumance et, le blocage du rein.

L'opium peut être administré sous forme de poudre d'opium, d'extrait, de teinture, de gouttes, de sirop, de préparations diverses. Ses alcaloïdes ont une fixité remarquable : les trois plus importants sont la morphine la papavérine et la codéine, ainsi que leurs dérivés, l'héroïne et la dionine.

Il est important, dans la posologie de l'opium, de contre exactement les équivalences. Ces équivalences sont les suivantes :

TABLEAU DE L'ÉQUIVALENCE DES DIFFÉRENTES PRÉPARATIONS D'OPIUM

10 centigrammes de poudre d'opium équivalent à :

Morphine	1 centgr.
Extrait d'opium	5 —
Teinture d'opium	1 gr.
Laudanum de Sydenham	1 gr.
de Rousseau	0 gr. 40
Gouttes noires anglaises	0 gr. 20
Elixir parégorique	20 gr.
Masse de cynoglosse	0 gr. 50
Poudre de Dower	1 gr.
Sirop d'opium	25 gr.
— diacode	100 gr.
— de lactucarium opiacé	200 gr.
— pectoral (Codex	500 gr.

BIBLIOGRAPHIE

Pour vivre cent ans ou l'art de prolonger ses jours, par le Docteur A. GUÉNIOT, membre et ancien président de l'Académie de médecine. Un volume in-16 de 206 pages : 14 francs. J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris, 6e.

Dans quelques mois, le Dr GUÉNIOT, ancien président de l'Académie de médecine, avec une verdeur admirable, aura bouclé le cycle d'un siècle d'une existence bien remplie.

L'œuvre qu'il vient d'écrire est destinée à nos contemporains et transmettra aux futures générations le secret de cette vieillesse. Elle vient se placer à côté des œuvres célèbres de Cornaro, Hufeland, Lessius, Bacon, de l'Ecole de Salerne, etc. La lecture en est agréable et son inspiration est toute dans l'avant-propos du Dr GUÉNIOT, lui-même, que nous donnons ci-après.

C'est au douzième jour de ma 99e année que j'écris ces lignes. Un tel âge, sans doute, confère à mes conseils une réelle autorité. Mais, de ce privilège, je n'ai usé qu'avec discrétion, laissant de préférence aux faits leur éloquence et au lecteur sa liberté de jugement.

L'ouvrage que je publie est le fruit tout à la fois de mon expérience personnelle, d'une étude soutenue et de longues réflexions. J'espère qu'on ne le jugera hors de propos. C'est comme occupation de mon extrême vieillesse et pour faire œuvre utile que j'en ai entrepris la composition. Grâce à Dieu, jouissant d'une bonne santé, j'ai pu sans entrave le conduire à sa fin ; et ce n'est pas sans une certaine émotion que j'en signe la préface.

Hors l'Amour pas de Baisers, *Zigzags à travers l'hygiène*, par le Docteur Eugène BRIAU. Mouvement Sanitaire, éditeur, 52, rue Saint-Georges, Paris.

Les chroniques que Briau écrit dans le Mouvement sanitaire viennent d'être réunies en un volume de belle présentation typographique. La lecture en est agréable et l'illustration due au talent de notre confrère en est remarquable. J'ai lu ce livre avec un vif intérêt car je trouve toujours plaisir à un livre médical qui ne soit pas en charabia mais qui soit écrit en bon et clair français. Evidemment la forme humoristique adoptée par l'auteur ne permet pas de comparer *Hors l'amour pas de baisers* avec un manuel destiné à préparer un étudiant de première année à l'examen d'anatomie ; il n'en est pas moins vrai que bien des manuels gagneraient en valeur didactique et en valeur mnémotechnique si leurs auteurs s'efforçaient à l'élégance d'un style impeccable. Quant au fond de ce livre il m'a enchanté ; car il traite d'une science bien oubliée, c'est à savoir l'hygiène individuelle, laquelle, depuis quelques années, est complètement sacrifiée à l'hygiène dite sociale.

Quittant la forme plaisante d'*Hors l'amour* (on ne peut pas écrire toute la médecine à la rigolade), je souhaiterais qu'un auteur (pourquoi pas Briau), nous donne un traité d'une belle hygiène qui serait plus près de la médecine et de la physiologie que des lois, règlements, conventions élaborés par les ministères, les sociétés des Nations et autres offices.

Henri VIGNES.

Le Maréchal de Créquy, Marquis de Marines, par E. DE LANOUVELLE. Un volume, in-8 écu, imprimé sur alfa — 16 hors-texte tirés en héliogravure. Prix 25 fr. *Bibliothèque « Historia »*. Editions Jules Tallandier, 75, Rue Dareau, Paris (14e).

Le Maréchal de Créquy fut le plus brillant élève et l'émule de Turenne, le rival heureux de Luxembourg, le maître de Villars et, pendant dix ans, le plus grand homme de guerre de l'Europe. Par deux fois, il sauva la France de l'invasion germanique.

Son passage a laissé, dans l'histoire, des traces profondes, mais de sa personnalité, quels souvenirs nous restent ? Des lettres, ensevelies dans les cartons d'Archives ; quelques notes dans les Mémoires du temps ; la froide relation d'une de ses campagnes ; un portrait dans les combles du château de Versailles. Et les débris épars de son tombeau — un bas-relief à l'Ecole des Beaux-Arts, un buste à Saint-Roch — portent tous deux un nom qui n'est même pas le sien !

Il faut savoir gré à M. de Lanouvelle d'avoir voulu réparer cet injuste oubli, dans un ouvrage construit sur des documents inédits, judicieusement choisis et utilisés.

Cette biographie intéresse souvent l'histoire générale et en présente certains éléments — par exemple le procès de Fouquet, l'occupation de la Lorraine, les rapports des maréchaux avec la cour — sous un angle original. Le récit est clair, alerte, coloré, et la partie substantielle en est agréablement coupée par d'amusantes anecdotes. De nombreuses reproductions de gravures viennent éclairer le texte et enrichir la documentation.

L'amour de l'Art. Revue mensuelle. Abt : France : 95 fr. Librairie de France, 110, Boulevard St-Germain, Paris.

Sommaire du N° de février 1931 : J. Cassou : Le Gréco et Venise. — Paul Fiérens : Trois Hommes du Nord : Permeke, de Smet, Gromaire. — R. Huyghe : Genèse du Cuirassier blessé de Géricault. — Actualités : Portraits d'artistes. Enquêtes. Arts appliqués. Livres. Revues.


LA MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE
OVAIRE
THYROÏDE
CHOAY
OPOTHÉRAPIE SIMPLE
OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE : SYNCRINES
EXTRAITS TOTAUX (Poudres d'Organes) | Cachets | Comprimés
EXTRAITS INJECTABLES en solution aqueuse | Ampoules stérilisées
LABORATOIRES CHOAY. 48, rue Théophile Gautier, PARIS (XVIe)


Résultats remarquables :
DÉFICIENCES - CARENCES - DÉNUTRITIONS
TUBERCULOSE
INJECTIONS SOUS-CUTANÉES TOUS LES 3 A 5 JOURS
DE
BAKOLYSE
CRÉATININE et ACIDES AMINÉS
EN BOITES DE 10 AMPOULES DE 2cc
Ch. Loger
LABORATOIRES SAUVIN
122 RUE DU CHERCHE-MIDI
PARIS (VIe)
TÉLÉPHONE FLEURUS 18-00
CHÈQUES POSTAUX PARIS 810-16

Pâte pectorale (Codex)	250 gr.
— de lichen (Codex)	250 gr.
— de réglisse (Codex)	250 gr.
Diascordium	8 gr. 30

Posologie des alcaloïdes de l'opium

Codéine (méthylmorphine)	2 à 5 centigr.
Sirop de codéine	4 centigr. par 15 gr.
Bromure de codéine	solution à 2 centigr. par cc.
Papavérine	0,05 à 0,25
Chlorhydrate d'héroïne (acétylmorphine)	1 centigr.
Dionine (éthylmorphine) en potion, gouttes ou injection	1 à 3 centigr.

La papavérine est très antispasmodique, l'héroïne est très toxique : la codéine n'a pas d'action anexosmotique et tout cela est à considérer.

2° Le deuxième groupe est constitué par les dérivés de la pyrazolone : le type en est *l'antipyrine*. L'antipyrine se donne à la dose de 1 à 3 gr. associée au bicarbonate de soude. Très voisin de l'antipyrine, puisqu'il est en quelque sorte une double antipyrine et une antipyrine aminée, est le pyramidon qui s'administre à la dose de 50 cgr. à 1 gr. 50.

Le camphorate de pyramidon est un dérivé camphré du pyramidon que l'on donne, à une dose sensiblement égale. L'inconvénient de ces médicaments pyrrolés est de déterminer souvent de l'oligurie et parfois des réactions cutanées.

3° Le troisième groupe est représenté parles dérivés de *l'acide salicylique* ou orthooxybenzoïque : l'un, bien connu, est le salicylate de soude, qu'on donne à la dose de 2 à 6 gr. Il est moins actif que l'aspirine qui est un produit acétylsalicylique et qu'on donne à une dose moitié moindre.

Le salicylate est soluble, l'aspirine ne l'est pas. L'aspirine peut déterminer des brûlures d'estomac, qu'on atténue par l'administration de sucre ; elle provoque aussi des transpirations abondantes, mais elle ne touche pas le rein et l'oligurie qui peut être la conséquence de son administration tient à la sudation et non à une action rénale. Le salicylate de soude peut être associé au bicarbonate de soude avec avantage pour l'estomac et le foie. L'aspirine ne peut s'employer avec un alcalin car elle se transforme rapidement en salicylate.

On a constitué avec l'antipyrine et le salicylate de soude, qui se mélangent assez intimement, un corps composé qu'on appelle la salipyrine.

4° Le quatrième groupe de médicaments est représenté par les dérivés de l'aniline. L'*aniline* n'est autre qu'un benzène amidé. Dérivant directement d'elle, l'acétanilide est une combinaison acétique de l'aniline. Elle se donne à la dose de 30 cgr. à 1 gr. L'exalgine est une acétanilide méthylée. On a constitué avec l'aniline et un élément phényl un produit qu'on appelle le paramidophénol : c'est de ce produit que dérive la phénacétine qu'on donne à la dose de 30 cgr. à 1 gr. et qui n'est autre qu'une phénylacétanilide.

Le citrophène en est voisin : un élément citrique y remplace l'acide acétique ; dans la lactophénine l'élément lactique remplace l'élément citrique. La constitution de ces corps est donc assez analogue.

On a fait avec l'antipyrine et l'acétanilide un produit assez instable qu'on appelle anilipyrine.

Tous les produits anilinés ont une réelle toxicité : ils peuvent transformer l'hémoglobine du sang en méthémoglobine et produire de la cyanose. Ils ne sont pourtant pas dangereux aux doses où on les administre habituellement, c'est-à-dire en une fois, égales ou inférieures à 30 cgr.

5° Le cinquième groupe est constitué par la *quinine* dont la valeur analgésique est réelle.

Les sels de quinine basiques sont plus actifs que les sels neutres parce qu'ils contiennent plus de quinine : le chlorhydrate de quinine est le plus riche de tous. Ces sels sont assez peu solubles. On peut, pour renforcer l'action de la quinine, prendre comme radical une substance sédative du système nerveux : dans le valérianate de quinine et le bromhydrate de quinine les éléments valérianique et bromé ont chacun pour sa part une action sédative.

Les sels de quinine se donnent à la dose de 1 à 2 gr. par prise de 25 à 50 cgr.

Très proche de la quinine, on doit citer l'atophan, qui s'appelle en chimie acide phénylcinchonique ou encore acide phényl quinoléine carbonique. C'est une substance insoluble ; son action est marquée sur les voies biliaires et se recommande par conséquent aux migraineux et aux goutteux.

Le novatophan est l'éther méthylique du précédent ; il est insipide.

Quant à l'atoquinol qui est une préparation plus récente, c'est un éther allylique de l'acide phényl cinchonique. Il se donne aux mêmes doses que lui, et a l'avantage d'être légèrement soluble dans l'eau.

6° Le sixième groupe est représenté par le seul *aconit*. L'aconit et surtout l'aconitine qui est son alcaloïde, sont des produits extrêmement dangereux. On les donne dans les névralgies rebelles. Si l'on sait à peu près les indications cliniques de l'aconit, on ignore son mode d'action. Le Codex actuel n'accepte plus que la teinture de racines d'aconit dont on donne 10 à 0 gouttes et qui contient 1 2 mmgr. d'alcaloïde par gramme, 57 gouttes représentant un gramme.

L'extrait alcoolique de racine qui est titré à 1 p. 100 d'alcaloïde se prescrit à la dose de 3 à 5 cgr. par 24 heures.

L'aconitine cristallisée qui remplace définitivement toutes les autres aconitines, spécialement l'aconitine amorphe dont la composition et l'activité étaient variables, se donne en granules de 1/10 de mmgr.

On peut donner également l'aconitine sous forme de nitrate d'aconitine, dont la richesse en aconitine est seulement de 91 % et qui est à peine moins toxique que l'aconitine pure.

L'action toxique de l'aconit se traduit par des parésies et des paresthésies surtout de la face, dans la sphère du trijumeau. C'est un curieux exemple de tropisme médicamenteux.

7° Une septième catégorie de médicaments analgésiques est constituée par le colchique. Le colchique n'est guère utilisé que dans la goutte, mais il n'est pas impossible qu'il puisse trouver son application dans certaines douleurs articulaires et certaines névralgies rebelles en dehors d'elle.

Les différentes indications posologiques du colchique sont consignées dans le tableau suivant, au-dessous duquel on trouvera d'autre part quelques-unes des spécialités indiquées chez des malades présentant en dehors de la douleur, de la fièvre, des troubles cardiaques ou des troubles urinaires.

	Colchicine 0/00	Doses
Teinture de semences de colchique	0,40	1 à 3 gr.
Extrait de semences	35	0,01 à 0,05 gr.
Poudre de semences	20	0,05 à 0,20 »
Alcoolature de Bulbe	0,30	2 à 5 »
Vin de Bulbe	0,05	5 à 20 »

Pilules de Lartigue.
Digitale, Scille, Colchique, Quinine.
Action analgésique, tonicardiaque diurétique.

Poudre de Pistoia.
Lithine et Colchique.
Action diurétique, antiurique.

Liqueur Laville.
Quinine et Colchique.
Action antipyrétique et sédative.

Spécifique Béjean.
Quinine, salicylate et colchique.
Action antipyrétique et sédative.

Vin d'Anduran.
Aconit, Digitale et Colchique.
Action nerveuse, sédative, cardiaque.

L'action pharmacodynamique, de ces sept catégories de médicaments n'est pas identique :

Les uns comme l'opium et la morphine semblent agir sur les centres corticaux et diminuer par conséquent la perception de la douleur ;

Les autres comme les dérivés aniliniques et les dérivés pyrolés et salicylés semblent agir, au contraire, sur les centres végétatifs et sur les voies de conduction plutôt que sur les centres de perception de la douleur.

La plupart sont antipyrétiques en même temps qu'analgésiques et spécialement l'antipyrine et la phénacétine qui contiennent un élément phényl.

On est moins fixé sur l'action de la quinine et l'on suppose que le colchique agit surtout sur les terminaisons nerveuses.

Il serait vraiment très difficile et trop long d'indiquer quelles sont les combinaisons nombreuses auxquelles ont donné lieu ces médicaments.

On peut réaliser des associations purement analgésiques en combinant les dérivés de la pyrazolone avec les dérivés anilinés ou salicylés. Mais on ne doit jamais associer dans un même cachet les médicaments d'un même groupe qui ont tous la même action et la même orientation thérapeutique.

L'association avec le chloral ou les médicaments dérivés de l'acide barbutyrique font de ces produits des corps non seulement analgésiques et sédatifs, mais encore légèrement hypnotiques. L'élément hypnotique augmente notablement le pouvoir analgésique. On connaît dans la première catégorie l'hypnal qui est un chloral antipyrine, dans la deuxième l'allonal qui est un barbiturate de pyramidon.

J'ajoute que beaucoup de réactions douloureuses étant exagérées par le spasme vasculaire et aussi par le spasme de médicaments comme le pyramidon et l'antipyrine qui élargissent les vaisseaux est souvent particulièrement justifié. On peut leur adjoindre la caféine.

La caféine augmente l'action de l'antipyrine, de l'aspirine dans certaines migraines et réduit les phénomènes dépressifs ou urinaires.

Dans les spasmes du tube digestif on doit ajouter aux médicaments employés, un peu de belladone pour agir sur le parasympathique qui est souvent l'agent de ces spasmes.

Dans certains spasmes vasculaires on emploiera concurremment l'aspirine ou l'antipyrine et la papavérine plutôt que la morphine.

On peut voir par cette courte étude combien sont variées et multiples nos formules thérapeutiques et de quels moyens cliniques déjà importants le médecin dispose dans le traitement de la douleur.

Magnésium. — La quantité globale du magnésium éliminée dans les urines ne comporte en elle-même aucune conclusion significative, constate CH.-O. GUILLAUMIN. (Sur un mode d'évaluation de l'intensité du métabolisme magnésien normal et pathologique. *C. R. des séances de la Société de Biologie*. 1930, t. CV. n° 31, p. 130.)

Par contre, le rapport $\frac{\text{magnesium}}{\text{azote total}}$ dans l'urine montre une fixité plus grande puisque ce rapport n'a varié que de 0,8 à 1,1 chez ces mêmes sujets. Ce rapport n'a été perturbé en excès que : *a*) chez des sujets ingérant des sels de magnésium, notamment du glycéro-phosphate ; *b*) chez deux sujets normaux, hommes des champs ayant une alimentation très spéciale et riche en boroa, galette portugaise de farine grossière de seigle et de maïs, ou le rapport Mg/N atteignit de 1,7 à 2,6. Au contraire, dans un certain nombre d'états pathologiques, on constate l'abaissement constant du rapport Mg/N ; les asthénies congénitales dysendocriniennes ou acquises (infections) : les cas d'aliénés mélancoliques et les psychoses à forme dépressive ; certains cas de pelade ou de psoriasis. Si, en cas d'urgence, on néglige de faire le dosage de l'azote total pour n'effectuer que celui de l'urée, on pourra substituer au rapport Mg/N celui de Mg/urée dont la valeur normale est alors de 0,15 à 0,62.

H. V.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La responsabilité de l'inculpé et les évangiles psychiatriques

Dans une étude magistrale du professeur Chavigny : *La peur aux armées en campagne* (*Strasbourg Médical* du 15 décembre 1930, page 786), je découvre les lignes suivantes :

« Inutile d'insister sur les questions de responsabilité générale. Depuis quelques années, certains psychiatres ont cru bien faire en prenant à tâche de donner un sens métaphysique aux réponses qu'ils étaient amenés à faire au magistrat qui leur a posé la question : « La responsabilité de l'inculpé était-elle entière, atténuée ou nulle au moment de l'acte incriminé ? »

« Le médecin expert n'a nullement à faire à ce sujet, une profession de foi métaphysique au sujet du libre arbitre.

« En ce qui concerne le libre arbitre et le déterminisme, les convictions de chacun, si fortement étayées qu'on les suppose, sont de l'ordre de la croyance, nullement de celui du savoir ni de la science. A ce sujet, l'avis de quiconque, fût-ce même celui du médecin le plus instruit, n'a d'autre valeur que celle de sa voix d'électeur.

« Ce n'est pas une question d'ordre métaphysique que nous posent le juge d'instruction ou le commissaire-rapporteur. Ils nous demandent simplement si des motifs d'ordre pathologique sont intervenus dans la genèse de l'acte et quelle en est l'importance.

« Aussi croyons-nous, pour notre part, tout à fait superflu d'envisager l'adjonction aux questions usuelles, d'une question complémentaire telle que l'ont imaginée Blum et Poisson (1) : « L'examen psychologique laisse-t-il subsister des présomptions de culpabilité ? »

« Juger des « présomptions de culpabilité », c'est faire acte de juge et non plus de médecin-expert. C'est une sorte de confusion des pouvoirs à laquelle nous sommes, pour notre part, formellement opposés. »

Je ne crois pas qu'il soit possible de reconnaître avec plus de maestria l'incohérence indélébile, l'incoercible confusion que crée, non pas seulement a-scientifiquement mais encore antiscientifiquement, contre le bon sens et contre la probité intellectuelle, le fait d'enjoindre à un expert de répondre à la question : *responsabilité*.

Pourquoi les experts acceptent-ils de répondre ?

La question dépasse tout honnête homme qui, exempt de la folie des grandeurs, ne se prend pas à tout le moins pour un demi-dieu.

Les médecins experts oseraient-ils accepter de donner la solution de la quadrature du cercle ?

Non.

Alors, pourquoi se permettent-ils d'en donner une à un problème tout aussi insoluble : celui de la *responsabilité* ?

Chacun d'eux s'en tire comme il peut avec sa conscience...

Mais les consciences paraissent en l'occurence, dépasser toutes les limites de l'élasticité.

Bien entendu comme nous sommes hors de la science, hors du bon sens, chacun se fait son opinion, sa religion, disons son fétichisme et daube celui du voisin.

« C'est de la métaphysique, dit magnifiquement mon éminent et cher ami Chavigny ; certains médecins experts croient bien faire en en faisant, mais moi je n'en fais pas ».

La métaphysique a bon dos dans l'affaire.

(1) BLUM et POISSON. — La désertion devant l'ennemi. Vigot, 1920, p. 105-109.

Si la question est d'ordre métaphysique, pourquoi vous qui dites ignorer la métaphysique, vous permettez vous de répondre à une question d'ordre métaphysique ?

Mais ce n'est pas ici, la seule métaphysique qui pâtit, le bon sens en voit de plus sévères qu'elle.

Pouvez-vous répondre — *scientifiquement parlant* — de ce qu'un acte, un geste, une action quelconque, un mouvement n'a pas été inévitablement conditionné par des actions physico chimiques antérieures ?

Et si, par contre, vous reconnaissez l'existence d'une Ame, dans quelle Faculté de Médecine, dites-le moi de grâce, vous a-t-on appris — *scientifiquement parlant* — quels sont les pouvoirs et les limites de cette Ame, de quel droit accordez-vous à la vôtre de discerner les pouvoirs et les limites de celle du prochain ?

C'est vous qui faites de la métaphysique.

Et de la pire.

Car, en général, un système métaphysique tout au moins a le mérite de la cohérence.

On frémit en pensant que la liberté, l'honneur, la vie d'un être humain sont à la merci, dépendent de l'opinion de métaphysiciens de cette trempe.

***

Il n'est que quatre Evangiles.

On s'accorde à les trouver concordants.

En médecine légale psychiatrique il est autant d'évangiles que de psychiatres.

Aucun ne concorde avec celui du confrère.

Voilà qui nous donne une idée précise de la valeur *scientifique* de ces différents évangiles.

Voyons l'évangile Chavigny :

« *Juge d'instruction et Commissaire-rapporteur nous demandent simplement si des motifs d'ordre pathologique sont intervenus dans la genèse de l'acte et quelle en est l'importance.*

Mon cher et bien affectionné Chavigny, donnez-nous des références s'il vous plaît.

Dans quelle loi cette phrase est-elle écrite ?

Combien de médecins-experts pensent-ils comme vous ?

Combien de Juges d'instruction et de Commissaires se rallient-ils à votre interprétation ?

Interprétation criminelle d'ailleurs.

Car j'entends bien ceci :

S'il s'agit d'un cas net, d'un cas d'évidence, d'une paralysie générale par exemple, vous, médecin-expert psychiatre, vous direz : cet inculpé est atteint de paralysie générale : voici ce qu'est la paralysie générale et quels en sont les symptômes, les effets et les conséquences.

Mais s'il s'agit de quelqu'un de ces innombrables symptômes ou signes comme la psychiatrie en découvre chaque jour, symptômes ou signes que peut présenter le sujet normal tout aussi bien que le sujet anormal, quelle autre ressource vous restera-t-il que de juger d'après votre mentalité à laquelle vous conférez naturellement le don d'infaillibilité et de vous heurter à la mentalité d'autres éminents confrères qui n'ont pas d'autres moindres raisons que les vôtres de croire à leur propre infaillibilité.

Et ceci n'est rien encore.

Voici qui est foncièrenent grave :

Si, à votre connaissance, l'examen de l'inculpé ne décèle aucun de ces innombrables signes ou symptômes que vous avez appris à connaître par les livres ou que vous a révélés votre pratique personnelle, inévitablement vous concluerez explicitement ou implicitement à la *responsabilité*.

Et votre tranquille opinion enverra placidement l'homme au bagne ou à l'échafaud !

Croyez-vous donc connaître tous les symptômes de toutes les maladies mentales ?

Et celles qui *seront* découvertes (on en découvre incessamment), celles qui sont encore inconnues ?

Et celles sur lesquelles — pour éminent que vous soyez — votre documentation est insuffisante, votre connaissance en défaut ?

Et si — par dessus tout et avant tout — tout acte humain est conditionné par un acte antérieur (1) qu'aurez-vous fait si vous avez par votre exposé entraîné un verdict de culpabilité ?

Qu'aurez vous fait ? — sinon, fait condamner — au prix de ce que, sinon en langage déterministe, du moins en français usuel nous appellerons un crime — un inculpé que vous *su posez* criminel.

***

La question est tellement gênante que MM. Blum et Poisson ont tenté d'y opposer une défaite rationnelle.

Ces auteurs estiment qu'il conviendrait de poser aux experts la question : « *L'examen psychologique de l'inculpé laisse-t-il subsister des présomptions de culpabilité* ?

A la bonne heure, voici du moins de la cohérence dans l'incohérence d'une cause désespérée.

Depuis les admirables écrits de Gilbert Ballet je n'ai rien lu d'aussi intelligent sur le sujet.

Je ne dis pas qu'il ne s'est rien publié d'aussi intelligent ; je dis seulement qu'il ne m'est rien tombé de tel sous les yeux.

Bien entendu, l'évangile Chavigny rejette avec horreur l'évangile Blum-Poisson.

Anathème qui s'explique d'autant mieux que l'évangile Blum-Poisson conduirait tôt ou tard au résultat bienfaisant entre tous : exonérer le prétoire des inconséquences psychiatriques.

Car que pourrait répondre l'expert psychiatre au magistrat, au juré qui lui dirait : « De quel droit, vous, psychiatre, vous faites-vous psychologue ? On peut être bon psychiatre et bon psychologue, c'est entendu. Mais psychiatrie et psychologie font deux et la psychologie n'est pas faite par les psychiatres. Nous connaissons des psychiatres qui, par l'effet d un déficit psychologique congénital, sont moins bons psychologues, se comportent plus lourdement dans la vie, manquent de tact, de flair, d'intuition bien plus que tels et tels analphabètes, en un mot des psychiatres chez lesquels l'intelligence est loin d'être à hauteur de la documentation... »

Et l'on pourrait ajouter : En l'état de nos connaissances, il n'est pas *scientifiquement parlant* de bases *scientifiques* à l'appréciation psychologique laquelle est essentiellement subjective.

« *Ne, sutor, ultra crepidam* », disait Gilbert Ballet.

***

Faut-il donc acquitter tous les prévenus, chasser et honnir à jamais le psychiatre ?

Certainement non.

J'ai démontré que notre système pénal est une pure et simple aberration et que, trop souvent grâce au médecin expert psychiatre, il fait l'injustice et bafoue l'intérêt social.

Mais j'ai démontré aussi le rôle admirable, le *rôle de premier plan* que pourrait jouer le psychiatre, l'influence incomparable qui lui serait dévolue dans une organisation répressive rationnelle. (V. **Utilisons les assassins** Ch. IV : *Le royaume du médecin* (Paris, Vigot fr.).

Que n'entre-t-il dans la voie indiquée ?

(1) En quelque mépris que la métaphysique des experts psychiatres prétende tenir la métaphysique des philosophes et des penseurs, il est tout de même indispensable de rappeler que le déterminisme est professé par des Ecoles religieuses (dont certaines foncièrement chrétiennes) et qu'il est tenu pour vérité *scientifique* par toute l'Ecole matérialiste. Il est terrible de penser que le sort d'un inculpé dépend souvent d'experts qui déclarent se refuser systématiquement à toute réflexion philosophique et pour lesquels la dernière édition du dernier traité de psychiatrie constitue la réalité scientifique intégrale et définitive.

Je n'ai aucun scrupule à renvoyer à mon ouvrage car, les arguments que j'ai donnés — tout au moins au chapitre III : *Un krach médical au prétoire* — sont inébranlables.

Du moins suis-je fondé à les considérer comme tels tant qu'on n'aura pas réussi à les ébranler.

Chavigny ne les ignore pas.

Est-ce parce qu'il les sait inébranlables qu'il ne les affronte pas ?

Ou bien estime-t-il que la voix d'un simple docteur en médecine ne peut être tenue que pour inexistante par un professeur, éminent psychiatre ?

De la part d'un homme qui au cours d'une vie de noblesse a, comme Chavigny, donné des exemples méritoires d'indépendance, ce serait — du point de vue psychologique — passablement intéressant.

Quoi qu'il en soit, je puis certifier à mon ami Chavigny et à tous autres évangélistes ses confrères ès psychiatre que le premier médecin expert psychiatre qui aura le courage modique de déclarer au tribunal qu'il se refuse catégoriquement à répondre à la question *responsabilité*, qu'il se fera couper la langue (ou la tête) plutôt que de se laisser entraîner sur ce terrain fangeux, je puis prédire que ce médecin psychiatre enfin revenu à la probité scientifique aura avec lui toute l'intelligence du monde.

Et derrière lui tous les honnêtes gens.

Médecin général G. SAINT-PAUL (G. ESPÉ DE METZ).

(*Reproduction autorisée.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 6 février 1931

La diathermie dans le traitement des phlébites. — *M. Vignal* fait un rapport sur un travail de *M. Vaudescal* (de Paris) qui a appliqué avec de bons résultats les courants de haute fréquence, au traitement des suites de phlébites.

Traitement des varices par l'éther. — *M. Hautefort* fait un rapport sur un travail de *M. Pasquini Lopez* (de Tucuman, République Argentine), préconisant les injections d'éther comme agent sclérosant ; c'est une variante de la méthode de Sicard, qui paraît avoir donné à son auteur de bons résultats. M. Hautefort pense qu'il faut faire des réserves sur une méthode qu'on serait mieux à même de juger avec des documents cliniques plus détaillés.

Vissage d'une fracture de l'olécrane sous anesthésie locale. — *M. Dupuy de Frenelle* a utilisé chez une femme un double vissage pour une fracture à grand écartement. Les vis utilisées sont longues de six centimètres et sont implantées dans l'olécrane et dans le pilastre osseux formé par le bord postérieur du cubitus. Résultat anatomique et fonctionnel excellent.

M. A. Trèves préfère l'hémicerclage qu'il fait avec du tendon de renne.

M. Judet utilise aussi le fil résorbable.

Quelques résultats de résection du nerf présacré. — *M. J. Lanos* montre, avec des observations personnelles, quels bons résultats on peut obtenir dans les dysménorrhées et dans certaines névralgies pelviennes rebelles à tous traitements médicaux par la résection du nerf présacré suivant les indications et la technique de Coste.

A propos d'un kyste du sein. — *M. R. Français* a observé une malade nullipare ayant subi une amputation du sein droit et qui six ans après a présenté au niveau du sein gauche une poussée subaiguë de mammite à forme kystique. L'auteur, en huit ans, a retiré trois fois par ponction un liquide que l'analyse a montré être du pus stérile. La quantité diminuait à chaque ponction au fur et à mesure que s'accusait la sclérose de la glande qui se manifeste actuellement sous l'aspect décrit par Reclus (petites masses grenues dures). M. Français se demande si la lésion ayant nécessité l'amputation était bien un épithélioma.

Péristaltisme immédiat provoqué par le sérum hypertonique intra-veineux. — *M. R. Bonneau* insiste sur un signe qui l'a fréquemment frappé et qui apparaît quelques minutes après ou au cours de l'injection intra-veineuse de sérum hypertonique : c'est l'expulsion de gaz par l'anus. Il y a là une action immédiate sur le péristaltisme intestinal qui contribue à l'amélioration rapide de l'état général.

Quatorze résections gastriques pour ulcus térébrants de la petite courbure. — *M. Leplat* (de Cahors) qui utilise les techniques de Victor-Pauchet, est partisan des anesthésies rachidiennes locales ou régionales, et montre en se basant sur quatorze interventions, que les résultats éloignés sont incomparablement supérieurs à ceux de la gastro-entérostomie.

Ouverture dans les cavités séreuses d'abcès amibiens du foie. — *M. Bressot* (de Constantine) a observé chez deux malades des ouvertures d'abcès amibiens du foie, une fois dans la plèvre, une fois dans le péritoine. La situation de l'abcès, plus que sa grosseur, est facteur de cette ouverture spontanée.

Auto-greffe osseuse de l'humérus pour une large pseudarthrose. Résultat au bout de seize ans. — *M. Dupuy de Frenelle* présente ce blessé qui a conservé un bras robuste, de volume et de force normaux. Le long greffon utilisé a été prélevé sur le péroné. La greffe fut consolidée par une plaque vissée.

Trois amputations abdomino-périnéales du rectum. — *M. Victor Pauchet* présente trois amputations abdomino-périnéales du rectum faites il y a trois ans ; les anus sont continents ; les sujets ne portent aucun appareil, ils vont à la selle une ou deux fois par jour, d'une façon réglée. La mortalité de cette opération est très faible ; les résultats éloignés sont excellents, incomparablement supérieurs aux résultats obtenus il y a quelques années.

Tumeur villeuse de la moitié droite du côlon transverse. — *M. Victor Pauchet* presente une pièce opératoire enlevée par hémi-colectomie droite suivie d'anastomose latéro-latérale à muqueuse fermée faite au bistouri électrique, et anus à soupape.

Daviers à branches parallèles et à mors amovibles.

Plante-vis pour fixer directement les vis dans l'os. — *M. Dupuy de Frenelle* presente ces instruments qu'il utilise dans l'ostéosynthèse.

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Acrocyanose, engelures et déficit endocrinien (A. SAVIGNY, *Concours médical*, du 27 janvier 1929.)

L'auteur, prenant pour base un certain nombre d'observations de jeunes filles et de jeunes garçons présentant un syndrome cyanotique des extrémités, avec engelures, chaque hiver, qui ont vu complètement disparaître, et la cyanose et les engelures, après un traitement opothérapique par l'androstine, tente une interprétation étiologique de ces résultats.

Citant Léopold Lévi, Maranon, Sédillot, il établit que le syndrome cyanotique de la jambe et de la main correspond, d'après les endocrinologues, à un déficit thyro-ovarien ou thyro-orchitique, le premier se traduisant surtout par la cyanose de la jambe, le second par celle de la main.

Les faits cliniques montrent, en effet, que les engelures sont en rapport étroit, chez la femme, avec sa vie génitale et, chez l'homme, avec la crise pubertaire.

Leur traitement pathogénique par l'androstine (5 à 10 pilules par jour, ou une injection tous les deux jours) qui, dans un cas comme dans l'autre, tend à rétablir la valeur fonctionnelle déficiente de l'ovaire et du testicule, se trouve ainsi justifié, et les beaux résultats obtenus apportent une confirmation clinique à ce concept étiologique.

Echos et Glanures

Une page des mémoires de Rochefort. — Henri Rochefort, dont on vient de célébrer le centenaire de la naissance, avait commencé des études médicales. Il fut très lié avec quelques médecins de son temps. Et cette page extraite des mémoires de sa vie montre bien qu'il prit toujours intérêt aux choses de la médecine.

« ... Vers cette époque, un lamentable hasard me mêla comme témoin à une enquête scientifique qui fit un certain bruit et mit en rumeur toute l'Académie de médecine. Le docteur Auzias-Turenne, dont, je le reconnais, l'enseignement parlé et écrit offrait des côtés un peu charlatanesques, lança une méthode d'inoculation basée sur la découverte de Jenner et qui traitait par le vaccin la syphilis, comme le médecin anglais traitait la petite vérole.

Le raisonnement d'Auzias-Turenne manquait de solidité, attendu que si les deux maladies portent communément le même nom, avec un augmentatif pour l'un et un diminutif pour l'autre, elles n'offrent entre elles aucune similitude. Mais au quartier des écoles on parlait beaucoup de la préservation de la santé humaine au moyen de ce virus, que son inventeur nous donnait à la fois comme curatif et comme préventif.

Jay, celui de mes camarades de collège, que je fréquentais alors assidûment, et avec qui j'avais « combattu » le 2 décembre en alignant deux pavés sur un fantôme de barricade, s'emballa immédiatement sur le système d'Auzias-Turenne. Il s'offrait comme champ d'expériences et présenta ses deux bras au bistouri du syphilisateur. Et sans l'ombre d'une nécessité, attendu qu'il se portait comme vous et moi.

Au bout de quelques jours les pustules parurent, se rejoignirent en s'étendant et enflammèrent les couches profondes de la peau au point qu'un érysipèle se déclara, envahissant les épaules et la face. En trois jours, le pauvre garçon fut emporté, et comme, bien que d'une riche famille lyonnaise, son exaltation politique l'avait brouillé avec tous ses parents, je fus absolument seul derrière son corbillard, qui fut à peu près de dernière classe.

Cette mort, venant couper court à toutes les démonstrations du docteur Auzias-Turenne, flanqua presque instantanément sa méthode par terre. Une commission de l'Académie de médecine fut chargée d'examiner le cas de mon malheureux camarade, tué par la syphilis sans avoir seulement eu la satisfaction de l'attraper, et une sorte d'instruction scientifique commença.

J'avais suivi presque en qualité de garde-malade toutes les phases de la maladie, et je fus prié de venir déposer devant les commissaires qui étaient : Mellier, président de l'Académie, Ricord, Marchal de Calvi, le docteur Conneau, qu'on avait élu académicien parce qu'il avait aidé Louis Bonaparte à s'évader de Ham, ce qui ne constituait pas une garantie pour ses malades.

Sauf Marchal de Calvi, tous étaient hostiles à Auzias-Turenne, qui, s'il eut réussi, aurait d'un coup annulé toutes les ordonnances que ses confrères rédigeaient depuis des années. Ricord notamment mit dans la façon dont il feignit de comprendre ma déposition une si évidente mauvaise foi, que je fus obligé à plusieurs reprises de rectifier les réponses qu'il m'attribuait.

Il était clair en effet que, bonne ou mauvaise, la méthode n'était pas atteinte par la mort de Jay, qui avait, au bout de quelques jours, succombé non à la contagion, mais à un érysipèle. Or cet accident aurait tout aussi bien pu se produire à la suite d'inoculations de toute autre nature. Quelquefois en effet les enfants meurent d'une vaccination antivariolique à la suite de l'inflammation des tissus, et ces accidents, relativement encore assez fréquents, n'ont jamais contre-carré l'emploi du vaccin.

Mais, on le pense, les médecins qui vivaient de leurs pilules étaient trop heureux de pousser à l'annihilation d'une découverte qui les eût supprimées. Comme la plupart des juges d'instruction, ces messieurs essayèrent de m'extirper des déclarations exactement contraires à celles que j'apportais.

Mais malgré ma grande amitié pour Jay et le chagrin que me causait sa mort, mon horreur de tout ce qui est injuste me fit

résister aux tentatives manifestes de ceux qui auraient fortement désiré me chambrer.

Auzias-Turenne convoqué — presque comme accusé — devant ce tribunal, l'embarrassa beaucoup par la réfutation précise qu'il développa des dangereuses doctrines de Ricord, dont il étala sous les yeux de tous les erreurs manifestes.

Je demande pardon à mon public d'entrer dans ces détails un peu arides et aussi un peu scabreux, mais je suis bien obligé de raconter les évènements auxquels j'ai pris part au lieu de la bataille de Waterloo, à laquelle je n'assistais pas.

Ricord niait deux faits dont l'excessive importance lui avait sans doute échappé et dont pourtant la vérification lui eût été si facile :

1° La possibilité pour les gens atteints d'accidents secondaires de communiquer ce que les Italiens appellent le mal français et que les Français appellent le mal italien ;

2° La faculté pour les animaux d'être soumis à cette contagion spéciale.

Or Auzias-Turenne établit, par des exemples nombreux et irréfutables, que l'ignorance de Ricord sur ces deux points était aussi complète que déplorable. Elle a été reconnue depuis lors, mais à ce moment toute la Faculté de médecine la partageait.

Ricord, qui tenait à ne pas voir s'effondrer subitement tout l'édifice de sa célébrité, persista à nier que les accidents secondaires puissent donner le mal et aussi que les animaux fussent susceptibles de le gagner.

Auzias-Turenne s'engagea alors devant la commission à lui amener par exemple, un singe qu'il inoculerait en sa présence et sur lequel elle suivrait ensuite les ravages de la maladie. Ricord s'empressa d'accepter la proposition, convaincu que son adversaire ne se relèverait pas de cette décisive épreuve.

Nous allâmes ensemble acheter sur les quais un joli petit sapajou qu'on choisi sain, gai et solide, afin d'éviter tout malentendu sur la nature des plaies qui pourraient survenir et on le fit transporter dans une cage à Saint-Lazare même, dans le corps de bâtiment affecté aux femmes malades.

Le lendemain nous nous transportâmes tous à la prison où nous aperçûmes notre singe, installé dans un des dortoirs, à la joie folle des prisonnières, et se livrant dans sa cage à des culbutes multipliées.

La question était dès lors de recueillir sur une des femmes en traitement un virus d'assez belle qualité si j'ose m'exprimer ainsi, pour que ce vaccin d'espèce particulière ne fît pas long feu, ce qui se produit assez souvent dans les inoculations antivarioliques.

Les sœurs qui assistaient à cette représentation scientificocomique avec impassibilité et comme si elles offraient à Jésus-Christ le sacrifice de leur pudeur offensée, nous introduisirent d'abord dans la salle des « petites », où se tenaient debout, au pied de leurs lits, des enfants de dix, onze et même huit ans, dont quelques-unes étaient dans un état à faire pleurer.

Cette invasion de paletots noirs, rehaussés de rosettes rouges pour la plupart, parut émouvoir fortement ces malheureuses et quand on en désigna une pour nous prêter son sinistre virus, elle se mit à fondre en larmes et à hurler de terreur.

D'ailleurs elle ne fit pas l'affaire. Le docteur Auzias craignit que trop de jeunesse de la malade n'enlevât à la manifestation de son mal la force nécessaire à sa propagation et il demanda à s'approvisionner chez une femme faite.

Nous passâmes donc chez les adultes où les unes couchées, les autres assises, exhibaient des exostoses et des ulcères à empoisonner toute une génération, comme a dégoûter à jamais de l'amour.

Une grosse mère déjà mûre, blette même, et qui paraissait là comme chez elle, se soumit, avec une gracieuseté presque régence aux investigations de la commission. Ce fut elle qui eut l'honneur de collaborer à la solution du problème et qui par une sorte de mariage au bistouri, infecta le pauvre sapajou, qui ne se laissa pas, sans pousser des cris simesques, percer au cou, dans le dos et au flanc.

Quinze jours après, délai fixé par l'expérimentateur, lui-même nous retournâmes à Saint-Lazare où on nous représenta le singe qui, à la confusion de Ricord, accusait les plus indéniables symptômes d'une terrible syphilis.

On lui servit abondamment à manger, mais aucun remède ne lui fut administré, si bien que la maladie suivit son cours

BUREAU OFFICIEL DES GRANDS RÉSEAUX FRANÇAIS

Maison du Tourisme

Les Voyageurs trouvent au Bureau Officiel des Grands Réseaux français installé à la Maison du Tourisme, 53, avenue George-V, à Paris, tous renseignements utiles en vue de leurs déplacements.

Ils peuvent y obtenir les billets de toutes catégories qui leur sont nécessaires (chemins de fer et autocars) et y louer à l'avance places de luxe, places de 1re, 2e ou de 3e classes.

sans arrêt ni répit, et qu'au bout de trois mois notre sapajou expirait dans un état à ne pas le prendre avec des pincettes pour procéder à son enfouissement.

Ce résultat inattendu frappa tout le monde et provoqua même contre les théories de Ricord jusqu'alors indiscutées une réaction qui, vers ses dernières années de sa vie, le firent reléguer au second plan.

Quant à la thèse des accidents secondaires, considérés comme aussi dangereux à affronter que les accidents primaires et que Ricord proclamait inoffensifs, elle ne fait plus de doute aujourd'hui, et les grands syphiligraphes, comme Fournier notamment, ont depuis longtemps adoptés les conclusions posées par Auzias-Turenne.

La commission n'en dissimula pas moins les détails de son enquête, et se contenta de jeter au panier le nouveau système qui avait, soupçonnait-elle, amené la mort du premier sujet auquel on avait tenté de l'appliquer ».

Alfred Capus a-t-il écrit une pièce sur Etienne Dolet ? — *On lit dans le* Mercure de France (15 *janvier* 1931) :

« Alfred Capus avait écrit une pièce sur Etienne Dolet. Cette étonnante révélation est faite par Lucien Descaves dans le *Petit Provençal* du 25 novembre. Et chose plus stupéfiante encore, l'auteur de *la Veine* avait pris pour collaborateur dans ce travail le professeur Richet, membre de l'Académie de médecine et de l'Académie des sciences.

Mais laissons, dit le *Mercure de France*, la parole à Lucien Descaves :

« ... Alfred Capus, l'auteur dramatique et mon ami regretté, me confiait un jour le projet qu'ils avaient fait, le professeur Richet et lui, d'écrire une pièce sur Etienne Dolet, je crois bien qu'elle était terminée quand Capus disparut... qu'est elle devenue ? Je l'ai souvent demandé sans recevoir de réponse..., et je n'ai pas insisté, même auprès de M. Richet, parce que je peux penser qu'il a renoncé à faire jouer le drame dont Capus m'a parlé ».

A moins que ce drame, dit le *Mercure de France*, ait été livré aux flammes, comme Etienne Dolet lui-même ».

Les gaz asphyxiants au XVIe siècle. — De M. Ch. De La Roncière dans l'*Illustration* (3 janvier 1931) :

« Ouvrez la *Cosmographie* d'André Thevet publiée en 1575. Vous y trouverez un dessin suggestif de l'emploi des gaz asphyxiants. Sous des vagues épaisses de fumée, des Indiens, sont tombés inanimés, un d'entre eux se couvre vainement la bouche, il va succomber à son tour. Ainsi, dès le seizième siècle, les Indiens du Canada connaissaient ces ondes délétères, auxquelles leurs guerriers savaient donner autant de virulence que nos chimistes modernes. C'est d'un chef huron, nommé Donnacona, que le moine André Thevet avait appris que les gaz asphyxiants étaient en usage sur les bords du St-Laurent Donnacona, ramené à Saint-Malo par Jacques Cartier en 1536, décrivait ainsi la tactique de ses congénères :

« Leur façon de guerroyer fera cognoistre que c'est la nature qui fait le bon soldat? Pour se fortifier, ils ont force fagots, fassines, pièces et rameaux de boys de cèdre, tout gressé de gresse de loup marin et autres poissons, et quelques compositions venimeuses. Et voyans leur ennemys, taschent de se tourner contre le vent et le mettre à leur adversaire en face. Et lors, ils mettent le feu en ces fagots, desquels sort une fumee si épaisse, noire et dangereuse à sentir, tant pour la puanteur des matières que poisons mixtionnées qui sont en ces fagots, que plusieurs en sont suffoquez Et quand bien ils n'en mourraient point, estant aveuglez de la fumée, ceux-cy qui sont en la clarté du jour, sans empeschement de la fumée, se ruent sur les autres et en font tel carnage que bon leur semble (1).

Une nouvelle réglementation des stupéfiants en Allemagne. — En Allemagne, le ministère de l'Intérieur vient de signer un décret (24 décembre 1930) complétant la loi sur l'opium de 1929. Un journal hebdomadaire français « *Je suis Partout* » (24 janvier 1931), reproduit un article de la *Frankfurter Zeitung*, commentant la nouvelle réglementation des stupéfiants en Allemagne.

Alors que la réglementation antérieure s'appliquait exclusivement aux pharmaciens, la nouvelle concerne pour la première fois le médecin lui-même et comporte pour lui des pénalités.

(1) Jacques Cartier, Paris. Plon, 1931, in-12.

« La nouvelle réglementation, dit la *Frankfurter Zeitung*, s'appuie sur ce fait que, soit par négligence, soit même dans certains cas par désir de gains plus forts, les médecins prescrivent facilement des médicaments à base de stupéfiants. Avec le nouveau réglement, le médecin trop complaisant sera, étant donné l'obligation de tenir un livre, conduit à faire un sérieux examen ; la pensée d'un contrôle possible l'incitera à la prudence. Jusqu'à présent ce contrôle ne pouvait exister. Dans certains cas délicats, le médecin pouvait même se retrancher derrière le secret professionnel ou alléguer l'imprécision de ses souvenirs. Il est facile de se rendre compte que la réglementation nouvelle, au contraire, est propre à la fois à agir préventivement et à faciliter l'enquête judiciaire. »

Certaines prescriptions du nouveau décret « limitent la *forme* de l'ordonnance ; ainsi l'opium, la cocaïne, la morphine ne peuvent être prescrites *en substance*. D'autres limitent la quantité absolue ou relative ; ainsi des doses maxima sont fixées pour la cocaïne, et pour toute ordonnance de cette nature il faut tenir un livre ; pour l'opium et la morphine, un livre analogue doit être tenu au moins quand la quantité quotidienne laissée libre est dépassée. Enfin les dernières restreignent les indications ; ainsi les médicaments à base de cocaïne ne doivent être employés que pour le traitement des yeux, des oreilles, du nez, de la gorge et de la mâchoire, et seulement si d'autres méthodes ne peuvent être utilisées ; en aucun cas la cocaïne ne peut être prescrite pour l'intoxiqué. »

« Remarquons aussi, dit la *Frankfurter Zeitung*, que l'obligation de tenir un livre pour les ordonnances de ce genre comporte une limitation du secret médical (déjà limité en d'autres cas, pour certaines maladies infectieuses par exemple) : le nom et l'adresse du malade doivent être enregistrés et peuvent être officiellement contrôlés. »

Quelles sont les obligations du pharmacien ?

« Le pharmacien, lui aussi, est obligé de tenir très exactement et quotidiennement un livre des ordonnances que vise le décret de réglementation. Le directeur de la pharmacie doit contrôler chaque mois les livres, et c'est là une décision destinée à supprimer les cas nombreux dans lesquels les détournements de drogues étaient imputables aux employés D'ailleurs, pour la pharmacie comme pour la médecine, il est remédié désormais à deux lacunes : 1° Le « renouvellement » des ordonnances qui, jusqu'à présent, était autorisé dans certains cas, c'est-à-dire la livraison répétée de médicaments sur présentation d'une seule et même ordonnance, est interdit pour tous les stupéfiants ; 2° Sont soumis aussi à la réglementation précise, contrairement à la tolérance antérieure, les ordonnances vétérinaires. Le contrôle sur la quantité de stupéfiants livrée doit être assuré désormais sans lacune, alors que, précédemment, dans des cas évidents d'infraction à la loi sur l'opium, le pharmacien pouvait invoquer deux sortes d'ordonnances qu'il ne pouvait contrôler et essayer d'expliquer ainsi l'écoulement des quantités manquantes de drogues. Enfin est décidée, par surcroît, une réglementation précise de la forme et du contenu des ordonnances par laquelle les indications manuscrites sont augmentées de façon à empêcher les faux. »

Comment ce nouveau décret sera-t-il accueilli dans les milieux médicaux et pharmaceutiques ?

La complexité des prescriptions législatives rendra l'application intégrale difficile, dit la *Frankfurter Zeitung*, et entraînera probablement des difficultés dans les relations entre médecins, pharmaciens et malades.

« Par contre, les pharmaciens pourront trouver, dans l'application minutieuse et totale du décret, au prix d'un peu plus de travail, un allègement important de leurs responsabilités. Les précédentes législations de l'opium, en particulier depuis 1920, décidaient, en effet, que les matières visées ne pouvaient être délivrées que comme moyen de guérison. La justice en avait

tiré la conséquence que le pharmacien tombait sous le coup de la loi lorsqu'il délivrait ces médicaments pour une autre fin, même si c'était d'après une ordonnance régulière. Et cependant, le pharmacien n'était presque jamais dans la situation de pouvoir vérifier la raison de l'ordonnance. Il est maintenant soulagé de cette obligation et n'a plus à vérifier que l'exactitude formelle des prescriptions. »

Le nombre des toxicomanes a-t-il augmenté en Allemagne ? Voici ce que dit la *Frankfurter Zeitung* à ce sujet.

« Pour estimer exactement notre situation à cet égard, il faut aussi considérer que la morphinomanie, la cocaïnomanie ou l'abus de drogues de ce genre peuvent difficilement devenir un vice national, car l'occasion ne s'en présente en règle générale que dans les grandes villes et, là même, exclusivement en quelques lieux secrets et limités. Mais surtout les stupéfiants coûtent beaucoup trop cher pour donner lieu à une « épidémie nationale » ! L'expérience montre sans doute que nécessité et vice vont de compagnie ; c'est alors l'alcool qu'il faut craindre en ce moment en Allemagne, et non les stupéfiants coûteux et incommodes. Les classes les moins favorisées de la nation sont aussi les moins menacées en ce domaine. Qu'il y ait des exceptions dans les grands ports où la contrebande prospère dans les tavernes et où il est plus facile de se procurer une marchandise à des prix relativement bas, nous ne le contestons pas. N'empêche que, normalement, l'usage illégal des stupéfiants se limite : 1° aux personnes riches qui s'adonnent assidûment à la vie nocturne dans les grandes villes ; 2° aux milieux qui, professionnellement, s'occupent de la drogue (médecins, pharmaciens, infirmiers) ; 3° au demi-monde ; 4° enfin -- et ce sont là les cas les plus tragiques — aux malades et aux blessés, notamment aux grands blessés de guerre intoxiqués à la suite des traitements destinés à les soigner. La période de guerre et celle de l'inflation ont certainement augmenté les toxicomanies. D'ailleurs plusieurs observations prouvent qu'il se produit, depuis 1925, une lente amélioration. Et cela n'est nullement en contradiction avec le fait que le nombre des cas découverts par la police ait augmenté. N'a-t-on pas amélioré notablement les services spéciaux et aggravé la loi ? »

BIBLIOGRAPHIE

L'enfant sain et l'enfant malade, par P. ROHMER et G.-Ph. BELL[illegible], G. Doin et Cie, éditeurs, Paris, 1931.

Le Professeur ROHMER (de Strasbourg) vient de publier sur l'enfant sain et sur l'enfant malade un livre qui est le résumé des cours de puériculture faits à sa clinique pour les élèves infirmières. Mais le livre s'adresse aussi, aux jeunes mères désireuses de donner à leurs enfants santé et robustesse et désireuses de savoir soigner sous la direction du médecin s'ils sont malades. Tous les éléments de l'alimentation des enfants sains, tous les troubles digestifs et toutes les autres maladies des enfants sont remarquablement exposés. Les méthodes du Professeur ROHMER sont un peu différentes des méthodes parisiennes ; mais je connais assez d'enfants soignés suivant ses méthodes ou par lui-même pour être très persuadé de l'excellence de ses conseils.

Henri VIGNES.

Les affections des voies digestives dans la première enfance, par A.-B. MARFAN, Masson et Cie, éditeurs, Parie, 1930.

M. MARFAN donne la deuxième édition (huit ans après la première) d'un gros livre (735 pages) qu'il a consacré aux affections des voies digestives dans la première enfance. Ce sont ces difficultés d'allaitement, ce sont ces troubles digestifs qui, de beaucoup, représentent le lot le plus important de la pathologie du nouveau-né. Or, cette pathologie des voies digestives n'est en rien superposable à la pathologie de l'adulte. Non seulement ce sont des maladies différentes, mais encore il faut aborder l'étude de ces faits avec une mentalité toute différente : ni les quelques faits anatomiques qui ont été recueillis, ni les examens bactériologiques, ni les données physiologiques de biochimiques ne permettent de centrer l'étude de ces maladies. Une seule classification est acceptable, c'est la classification clinique, c'est un groupement en syndromes. M. MARFAN étudie tour à tour, suivant un tel plan, les vomissements, les diarrhées, les constipations et cette athrepsie, cette dénutrition qui, quelquefois, alors que le trouble digestif initial est conjuré, évolue pour son propre compte vers les états de dénutrition dra-

matiques. Enfin, il expose les accidents qui ont été attribués, à tort ou à raison, à l'anaphylaxie.

M. MARFAN est trop bien connu comme un esprit supérieur, il est trop chargé de gloire, pour que je me risque à faire l'éloge de la façon dont il a traité son sujet.

Je voudrais, cependant, le louer d'avoir tenn, malgré sa richesse d'érudition et malgré sa richesse d'expérience personnelle, à être au courant de l'actualité, soit qu'il l'accepte la critique.

Le *Traité de l'allaitement*, d'une part, les *Affections du tube digestif*, d'autre part, forment un conseiller qui est indispensable au médecin soucieux de sa responsabilité. L'un est l'autre se lisent facilement ; l'un et l'autre contiennent tout ce qui est nécessaire. Ils devraient figurer non seulement dans la bibliothèque de tout spécialiste en pédiatrie et en obstétrique, mais encore dans la bibliothèque de tout les praticiens.

Henri VIGNES.

La pression veineuse périphérique. Etude physiologique, clinique et thérapeutique, par Maurice VILLARET, Fr. SAINT-GIRONS et L. JUSTIN-BESANÇON. Un volume de 318 pages : 38 fr. Masson, éditeurs 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Les travaux poursuivis depuis 1912 par le professeur Maurice Villaret et ses élèves sur la pression veineuse périphérique ont révélé tout l'intérêt de cette nouvelle détermination si importante tant dans le domaine physiologique qu'en clinique.

De très nombreux travaux français et étrangers ont été depuis consacrés, dans ces dix dernières années, à cette question. Les auteurs, après avoir mis au point l'historique de cette étude, s'attachent à la description des meilleures méthodes de recherche de la pression veineuse. A l'heure actuelle, aucune des techniques indirectes ne donnent des résultats exacts. Seule doit être employée la détermination directe, suivant la méthode phlébopiézométrique indiquée par les auteurs.

La physiologie de la pression veineuse montre à l'évidence qu'on ne peut comprendre l'ensemble des manifestations circulatoires qu'en connaissant le fonctionnement du cœur, la pression artérielle, le débit cardiaque, etc., la dynamique du sang dans les veines.

Les différents facteurs qui régissent la pression veineuse sont passés successivement en revue ; puis dans un chapitre original, le rôle de la pression veineuse dans la circulation générale, et en particulier son influence sur le débit cardiaque, la tension artérielle, la répartition de la masse sanguine, etc., sont étudiés en détail. Son tonus permet de comprendre les variations de la pression veineuse chez l'homme dans les divers états physiologiques.

En clinique, la mesure répétée de la pression veineuse est indispensable chez les cardiopathes. Elle présente une double valeur pour le diagnostic de la cardiopathie, son pronostic et enfin son traitement.

Non moins utile est l'étude de la pression veineuse dans les cas de compression de gène circulatoire localisé, mesurée au niveau tant des vaisseaux des membres que des veines de l'abdomen ou du médiastin.

C'est encore dans les affections des veines que la pression veineuse peut être utile, en permettant de distinguer les varices par compression des varices idiopathiques.

Des chapitres sont réservés à la mesure de la pression veineuse dans les états d'hypertension artérielle, les affections du système nerveux etc. Deux chapitres enfin sont particulièrement importants, en raison de l'appoint que la mesure de la pression veineuse y apporte pour le diagnostic : c'est l'étude de cette tension dans les affections pleuro-pulmonaires et au cours des cyanoses.

Un important chapitre consacré aux déductions thérapeutiques qu'on peut tirer de cette étude termine ce travail d'une bibliographie des plus complètes sur cette question.

La vie sexuelle des sauvages du Nord-Ouest de la Mélanésie, par BRONISLAS MALINOWSKI. Description ethnographique des démarches amoureuses, du mariage et de la vie de famille des indigènes des îles Trobriand. Préface de M. HAVELOCK ELLIS. Un vol. in-8 de 544 pages de la *Bibliothèque scientifique* avec 88 photographies hors-texte et 5 croquis dans le texte, traduit de l'anglais par le Dr S. JANKELEVITCH : 60 fr. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Il était naturel qu'à notre époque où la vie sexuelle a cessé d'être l'objet d'un tabou qui en défendait rigoureusement l'approche, anthropologistes et ethnographes aient porté leurs recherches sur la vie sexuelle des sauvages, soit pour chercher la vérification de certaines théories (le freudisme, par exemple), soit pour dégager les ressemblances et les différences qu'elle présente avec la sexualité des peuples dits civilisés chez lesquels certaines convenances et exigences qui n'existent pas chez les sauvages ont pu obscurcir, « refouler » ce qu'il y a de primitif et le fondamental dans l'impulsion sexuelle. L'étude de la vie sexuelle des sauvages est une tâche excessivement ardue et qui exige beaucoup de patience, une longue et intime connaissance du peuple qu'on veut étudier, l'absence de tout parti-pris d'enthousiasme ou de m pris, une attitude également éloignée du puritanisme et de la révolte contre le puritanisme. Toutes ces qualités se trouvent réunies chez M. Malinowski à un degré éminent. Ces habitants de la Nouvelle-Guinée, le célèbre professeur de l'Université de Londres les connait de longue date, il a su gagner leur confiance, se créer parmi eux de





solides amitiés, et cela lui a permis d'apprendre beaucoup de choses qui lui auraient échappé autrement : car, ainsi que le dit le spécialiste bien connu des études sexuelles, M. Havelock Ellis, dans la préface de ce livre « ce n'est pas seulement chez les peuples civilisés que la vie sexuelle se révèle timide et pleine de retenue ». Grâce à toutes ces qualités, à un don d'observation hors pair, M. Malinowski a réussi à recueillir un nombre considérable de faits et à les décrire dans un ouvrage plein d'intérêt. Il campe devant nous des types de « sauvages » qui, sous beaucoup de rapports ne le cèdent en rien, sont mêmes supérieurs, aux civilisés. Ce sont des hommes capables d'aimer, de souffrir, d'être bons pères de famille, tendres époux, sachant donner à leur vie amoureuse un affinement poétique que beaucoup de civilisés absorbés par d'autres occupations et préoccupations, ignorent. Le livre de M. Malinowski nous incite à faire des comparaisons pleines de suggestions, même pour une étude critique de notre pauvre vie sexuelle. L'ouvrage du professeur Malinowski est illustré de 88 magnifiques photographies hors-texte prises par l'auteur.

L'hygiène sociale de l'enfance, par G. Banu. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain. 1930.

Le livre du Docteur Banu, édité sous le patronage de l'Association internationale pour la protection de l'enfance, débute par une préface du Professeur Marfan ; il est intitulé : « Hygiène sociale de l'enfance »,

Le mot social est un mot à la mode. J'aurais préféré pour le louer comme il convient (et encore que la part des pages sociales ne soit pas négligeable), dire que c'est un livre d'hygiène fondée sur la meilleure anthropologie et sur la meilleure biométrie. Le nombre de renseignements que contient ce livre est extrêmement important ; les documents qui y figurent présentent un vif intérêt pour les chercheurs : On y trouve le renseignement, le chiffre, que l'on ne savait où chercher. Il fallait, pour mettre sur pied cet ouvrage, le très grand savoir de son auteur que, par ailleurs, des travaux intéressants ont fait connaitre aux pédiatres et aux biologistes.

Le premier tome, le seul paru, est consacré à l'hérédité, à l'eugénique, à l'hygiène de la maternité et à l'hygiène de la première enfance. Dans un autre volume sera traité l'hygiène présoolaire et l'hygiène scolaire.

Henri Vignes.

Introduction à l'étude du rhythme en médecine, par Emile Fleur... Préface du Dr Charles Fiessinger. Liger-Belair, éditeur, 3, rue Musette, Dijon.

Tout est rythme dans le monde, dans l'organique comme dans l'inorganique. Et en médecine la loi des rythmes intervient à l'état normal aussi bien que dans la maladie.

M. Emile Fleurot le démontre aisément en même temps qu'il s'attache à cataloguer ces rythmes. Son petit livre est riche d'enseignements et la synthèse qu'il représente ouvrira des horizons aux chercheurs.

Les Ecrivains de combat, par André Billy, 1 vol. de la collection « Le XIXe siècle ». Prix : 12 fr. Les Œuvres Représentatives, 41, rue de Vaugirard, Paris.

On doit avant tout féliciter André Billy de l'impartialité avec laquelle il nous présente ces Écrivains de Combat.

Il les peint avec verve, il porte sur leur œuvre littéraire des jugements solidement motivés et justifiés par l'anthologie qui accompagne son étude. Mais jamais il ne les aborde en partisan, les *Ecrivains de combat* n'est pas un livre de combat, mais une mise au point équitable et nuancée.

Athènes ancienne, A. Jardé. 1 vol. avec 12 pl. hors-texte. Les Belles-Lettres, 95, boulevard Raspail, Paris.

Petit volume, de la collection « Le Monde hellénique », richement illustré, clair et précis.

Collection Shakespeare. Dans cette collection vient de paraitre **La vie et la mort du Roi Jean**. Cette pièce, imprimée pour la première fois en 1623, appartient à la première période de la carrière de Shakespeare. Cependant par la hardiesse des images, par sa densité et sa couleur, le style de ce drame est déjà bien shakespearien et nombreux sont déjà les traits où s'affirme la maitrise du génie qui, dans peu d'années, évoquera Richard III et Henri IV. 1 vol. Texte, et traduction par Félix Sauvage. Prix : 12 fr. Les Belles-Lettres, 95, boulevard Raspail, Paris.

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMP. THIRON ET CIE. — R. C. 4264

FONDÉ EN 1873. — N° 9 LE NUMÉRO : 50 Centimes 28 FÉVRIER 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (Ve)
C. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230 790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

... Colonies	40 fr.
...	30 fr.
...	45 fr.
... 1re zone	70 fr.
... 2e zone	90 fr.

Les Bureaux de Rédaction sont ouverts le Vendredi, de 5 h. 1/2 à 6 h.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine. — *Thèses.* — 25 février. — M. BEINIS. Etude des intoxications par le tétrachloréthane. — M. GAWLER MOSES LEIB. La trypaflavine dans le traitement de la fièvre typhoïde. — M. CHAMPEAU. Un novateur : Charles G. Pravaz. — M. MIGNON. Traitement chirurgical des luxations invétérées de la hanche.

26 février. — M. LEBOVITS. Claude Perrault, physiologiste. — M. WAITZ. Lésions cérébro-méningées à la naissance. — M. TOTIN. Les inondations et l'hygiène. — M. SCHÉRÉDINE. Sur la nécessité d'une vérification scientifique du décès. — M. STERNFELD. Etude de la granulie cancéreuse. — M. DELAGE. Le décollement de la zone péritonéale accolée mésogastrique (anatomie et applications chirurgicales). — M. BARET. Etude des rapports entre la gangrène et la syphilis. — M. MAZEYRIE. Etude pathogénique et thérapeutique du glaucome aigu.

Cours d'endoscopie urinaire. — Sous la direction du docteur Maurice Chevassu, un cours d'endoscopie urinaire sera fait du 2 au 14 mars 1931, dans le service de chirurgie urinaire de l'hôpital Cochin, par le docteur Bayle, assistant du service, le docteur Gautier, assistant de consultation, le docteur Lazard, assistant de cystoscopie et le docteur François Moret, assistant de radiodiagnostic. Il comportera 24 leçons à raison de 2 leçons par jour, une le matin, une l'après midi, comprenant :

14 leçons de cystoscopie et de cathétérisme des uretères,
7 leçons d'urétroscopie à l'air,
3 leçons d'urétroscopie avec l'urétroscope à irrigation.

Un certificat sera remis à la fin du cours à tous ceux qui l'auront suivi régulièrement.

Le nombre des élèves est limité à 10.

Pour renseignements et inscription, s'adresser au laboratoire de bactériologie du pavillon Albarran, hôpital Cochin, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, Paris (XIVe).

Cours de pathologie médicale. — M. A. CLERC, professeur commencera son cours le mercredi 4 mars, à 18 heures (Petit amphithéâtre de la Faculté) et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

OBJET DU COURS. — Exploration clinique du système artériel. La pression artérielle et ses modifications pathologiques (hypertension-hypotension). — Pathologie des artères. Artérites. Maladies de l'aorte, des coronaires de l'artère pulmonaire. Syndromes arterio capillaires.

Cours pratique complémentaire. — *Pathologie du cœur, des vaisseaux et du sang.* — M. A. CLERC et ses assistants feront pendant le semestre d'été à l'hôpital Lariboisière (salle Rabelais) un cours pratique complémentaire selon le programme ci-dessous.

Le lundi, à 10 heures : Visite des malades dans des salles. — Le mardi, à 10 heures : Consultation externe. Polyclinique. — Le mercredi, à 10 heures: Visite des malades dans les salles. — Le jeudi, à 10 heures : Visite des malades ; à 11 heures : Leçon théorique par l'un des assistants. — Le vendredi, à 10 heures : Radioscopie ; électrocardiographie. — Le samedi, à 10 heures : Visite des malades ; à 11 heures : Leçon clinique ou démonstration au laboratoire.

Une manifestation d'hygiène sociale à la Sorbonne. — Une manifestation d'hygiène sociale a eu lieu à la Sorbonne, sous la présidence de M. Foulon, sous-secrétaire d'Etat au ministère du travail.

Le professeur Couvelaire, après avoir tracé l'effort méthodique accompli depuis quelques années pour la protection de la santé, a présenté le film de propagande d'hygiène sociale, *Le Voile sacré*, dû au docteur Devraigne, médecin chef de la maternité de Lariboisière, et réalisé à l'écran par M. J. Benoit-Lévy.

M. Foulon a rendu hommage aux grands organismes de défense sanitaire, au premier plan desquels, il faut citer l'Office national d'hygiène sociale, dont l'animateur est M. J. Brisac, et le président de la propagande, M. Georges Risler, de l'Institut, ainsi que le Comité national de défense contre la tuberculose, à la tête duquel se trouve, M. André Honnorat.

Conseil supérieur d'hygiène publique de France. — Le Dr Jules Renault, membre de l'Académie de médecine, conseiller sanitaire technique, a été nommé vice-président du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, en remplacement du professeur Termier, décédé.

Hôpitaux de Montpellier. — *Concours de l'internat.* — Nombre de candidats : 31. Sont nommés :

Internes titulaires : MM. Lafon et Sakayn, Mas, Ratié, Bétoulière.

Internes provisoires : MM. Cadéras, Bert, Mlle Fosse, M. Bourguet.

Congrès international des écoles de plein air et préventoria scolaires. — Sous le haut patronage de S. M. la Reine Elisabeth et sous la présidence de M. Jaspar, premier ministre, le second congrès des écoles de plein air et préventoria scolaires se tiendra à Bruxelles du 7 au 11 avril. La séance solennelle d'ouverture aura lieu au Palais des Académies et la séance de clôture au Kursall d'Ostende, après les visites aux établissements matitimes. L'exposition internationale des Ecoles de plein air sera ouverte au Palais du Cinquantenaire du 7 avril au 30 mai. Les adhésions au Congrès et à l'exposition doivent être adressées au secrétariat, 83, rue Marie-Christine, à Bruxelles.

Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier. — La session annuelle d'hydrologie et de climatologie de Montpellier aura lieu le samedi 29 mars 1931, à 16 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine

Deux questions sont à l'ordre du jour : 1° *Fibromatose utérine.* Rapporteurs : Professeur FORGUE : Indications thérapeutiques générales de la fibromatose utérine ; Docteur DAVID (de Salies-de-Béarn) : Traitement hydrominéral de la fibromatose utérine. — 2° *Les dysménorrhées pubertaires.* Rapporteurs : Professeur RICHE : Les dysménorrhées pubertaires ; Docteurs GUIBERT (de Balaruc) et SAPPEY (de Grenoble-Uriage) : Le Traitement hydrominéral des dysménorrhées pubertaires.

L'exposé des rapports sera suivi de leur discussion et de communications sur les questions à l'ordre du jour.

A 19 h. 30 aura lieu un banquet à l'hôtel de la Métropole, au prix de 85 francs par personne. Tenue de ville.

Le Docteur PUECH, secrétaire général, recevra les titres des communications et les adhésions au banquet.

Cours de service social antivénérien. — *Session de mai* 1931 (11 leçons, du 11 au 16 mai 1931, à l'hôpital Saint-Louis et à la clinique Baudelocque.) — PROGRAMME. — 1re leçon. Lundi 11 mai, à 9 heures, à l'hôpital Saint-Louis (Musée), M. le Professeur GOUGEROT : Danger des maladies vénériennes. — Programme d'ensemble de la lutte anti-vénérienne. — Ce que sont les syphilis primaire, secondaire et tertiaire. — Les méthodes de diagnostic de la syphilis (ultra-microscope, examen du sang, ponction lombaire).

2e leçon. Mardi 12 mai, à 9 heures, à l'hôpital Saint-Louis (Musée), M. le Docteur MILIAN : Contagion de la syphilis et de la blennorragie. — Modes de contamination.

3e leçon. Mardi 12 mai, à 10 heures, à l'hôpital Saint-Louis (Musée), M. le Docteur QUEYRAT : Les modes de traitement de la syphilis.

4e leçon. Mercredi 13 mai, à 9 heures, à l'hôpital Saint-Louis (Musée), M. le Docteur JANET : La blennorragie chez l'homme, la femme et l'enfant ; son importance sociale. — Moyens de diagnostic.

5e leçon. Mercredi 13 mai, à 10 heures, à l'hôpital Saint-Louis (Musée), M. le Docteur LOUSTE : Organisation du service social dans un dispensaire. — Devoirs de l'assistante sociale.

6e leçon. Mercredi 13 mai, à 15 heures, à la clinique Baudelocque (boulevard de Port-Royal), M. le Docteur Marcel PINARD : Grossesse et syphilis. — Fonctionnement d'un dispensaire de maternité. — Rôle de l'assistante sociale.

7e leçon. Jeudi 14 mai, à 9 heures, à l'hôpital Saint-Louis (Musée), M. le Docteur Robert RABUT : La lutte contre la prostitution. — Œuvres de protection et de relèvement.

8e leçon. Vendredi 15 mai, à 9 heures, à l'hôpital Saint-Louis (Musée), M. le Docteur FERNET : Les hérédosyphilitiques.

9e leçon. Vendredi 15 mai, à 10 heures, à l'hôpital Saint-Louis (Musée), M. le Docteur SICARD DE PLAUZOLES : Syphilis familiale. — Les enquêtes dans les familles.

10e leçon. Samedi 16 mai, à 9 heures, à l'hôpital Saint-Louis (Musée), M. le Professeur GOUGEROT : Propagande antivénérienne.

11e leçon. Samedi 16 mai, à 10 heures, à l'hôpital Saint-Louis (Musée), M. le Docteur SICARD DE PLANZOLES : Education et hygiène des vénériens. — Examen prénuptial.

Le cours est gratuit. Le nombre des admissions devant être limité, les personnes désireuses de suivre ce cours sont priées de se faire inscrire à la Ligue nationale française contre le péril vénérien, 44, rue de Lisbonne, Paris (VIIIe), le plus tôt possible. Une carte d'admission leur sera délivrée.

Nos confrères artistes. — Un de nos jeunes confrères, le Dr Maurice ROLLET, graveur aquafortiste, qui expose non seulement au salon des médecins, mais encore participe à la plupart des manifestations artistiques officielles, dont plusieurs œuvres ont déjà été acquises par l'Etat et par la ville de Paris, entre autres sa vivante « Ile de Saint-Louis », se dispose à faire paraître, prochainement, un nouvel ouvrage important « De Notre-Dame à Saint-Germain » qu'a préfacé Edmond Haraucourt, où l'on verra revivre de curieux coins du vieux Paris qui disparaît. Cet ouvrage dont il est tout à la fois l'auteur, l'illustrateur, l'éditeur et l'imprimeur, tiré à un petit nombre d'exemplaires, sera vite épuisé. Que ceux d'entre nous qui désirent le posséder, et ils seront nombreux à n'en pas douter, s'empressent donc de lui demander les conditions de souscription : Dr Maurice ROLLET, 136, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

Congrès international pour les études sur la population. — Un Congrès international pour les études sur la population est organisé par le « Comité italien pour l'étude des problèmes de population » et aura lieu à Rome du 7 au 10 septembre prochain sous la présidence d'honneur de S. E. le Chef du gouvernement Mussolini et la présidence effective du Prof. Corrado Cini. Le « Comité français pour l'étude scientifique

des problèmes de population » présidé par le Prof. Léon Bernard, a donné son adhésion officielle à ce Congrès.

Le programme du congrès ne s'inspire que de buts rigoureusement scientifiques, interdisant toute propagande politique, morale ou religieuse. Le congrès comprendra les sections suivantes : biologie et eugénique, anthropologie et géographie, médecine et hygiène, démographie, sociologie, économie, histoire, méthodologie. Le programme complet du Congrès sera publié ultérieurement, mais dès maintenant les personnalités désireuses de participer à ce congrès sont priées de s'inscrire et d'envoyer au Comité organisateur les sujets des communications et un bref exposé de leur contenu.

La cotisation donnant droit à l'inscription au congrès et à la réception de ses Actes et de L. 50 pour les invités et de L. 100 pour les autres personnes.

Hospices civils d'Orléans. — Un concours est ouvert pour la nomination d'un médecin phtisiologue à l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Directeur des hospices, à Orléans.

Les étudiants en médecine et les études dentaires. — L'assemblée générale annuelle de l'Association corporative des étudiants en médecine dans sa séance du 9 février 1931, sur le rapport de M. Mordagne, s'est solidarisée avec les associations médicales, en votant le vœu suivant :

« L'Assemblée générale approuve l'action menée par le Comité au sujet du projet de loi Armbruster et du projet Milan-Rio concernant les études dentaires, fait sien le vœu émis par le Comité dans sa séance du 8 décembre 1930 et lui donne toute latitude pour poursuivre l'action entreprise depuis plus d'un an ».

Durée d'isolement des élèves atteints de maladies contagieuses. — L'article 1er de l'arrêté du 3 février 1912 relatif à la durée d'isolement à prescrire pour les élèves des établissements d'enseignement public de tout ordre atteints de maladies contagieuses, est modifié ainsi qu'il suit :

. . . .

A. — *Eviction des élèves malades.* — Varicelle : seize jours après le début de la maladie.

Rubéole : huit jours après le début de la maladie.

B. — *Eviction des frères et sœurs.* — Les frères et sœurs du malade peuvent être admis sans délai à l'école s'ils ont acquis l'immunité du fait d'une maladie antérieure ou d'une vaccination antérieure, soit :

Sur présentation d'un certificat médical attestant qu'ils ont été antérieurement atteints de la maladie en cause.

Soit pour les maladies ci-après désignées :

1° Diphtérie : sur présentation d'un certificat médical attestant que l'enfant a été vacciné contre la diphtérie par l'anatoxine ou qu'il a reçu à l'occasion de la diphtérie du malade une injection préventive de 10 cc. de sérum antidiphtérique ou de 1.000 unités d'anatoxine purifiée ;

2° Variole : sur présentation d'un certificat médical attestant que l'enfant a été vacciné ou revacciné contre la variole depuis moins de cinq ans ;

3° Fièvres typhoïdes ou paratyphoïdes : sur présentation d'un certificat médical attestant que l'enfant a reçu une vaccination régulière contre ces maladies par injection sous-cutanée.

En dehors de ces cas, la réadmission des frères et sœurs du malade a lieu dans les conditions anciennement fixées.

Nécrologie. — Dr Victor ROBIN, de Lyon, né à Geovreissiat (Ain), le 1er avril 1848. Elève d'Humbert Mollière, il imagina et mit au point l'appareil connu sous le nom d'ostéoclaste de Robin. — Dr Paul ROUCHON, de Pau-Chaguet (Haute-Loire), décédé dans sa 68e année. — Dr PUÉCHAVY, de Condat-en-Féniers (Cantal). — Dr CLAIS, de Saint-Romans (Deux-Sèvres). — Guy LENOIR, étudiant en médecine à Limoges, décédé à l'âge de 22 ans. — Dr DE GRISSAC, père, d'Argenteuil à l'âge de 83 ans. Le Dr de Grissac avait conquis par sa belle conduite, la médaille militaire en 1870. Installé à Argenteuil, il a été un bel exemple du médecin de famille qui se dévoue de tout cœur à ses patients, qui a le culte de la probité traditionnelle et qui se passionne pour son art. Très pénétré, aussi, de ses devoirs envers la corporation, il avait été l'un des premiers adhérents du *Concours médical* et en était devenu l'un de ses premiers dirigeants. H. V.

(Voir la suite des NOUVELLES page 412)

TRAVAUX ORIGINAUX

Volumineux tubercule du pédoncule cérébral chez un tuberculeux pulmonaire

Par

Ch. ROUBIER, agrégé, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et E. ALLARD

D'observation assez rare, les tumeurs tuberculeuses des pédoncules cérébraux sont cependant plus fréquentes que les néoplasmes d'autre nature de la même région. Starr signale que, sur 21 tumeurs diverses des tubercules quadrijumeaux et des pédoncules, 16 étaient tuberculeuses, et, en 1900, Raviart (1) a pu réunir dans sa thèse 43 observations de tubercules pédonculaires.

Depuis ce travail d'ensemble, nous ne trouvons dans la littérature que des cas isolés ; citons notamment ceux de D'Astros et Hawthorn (2), P. Marie et Léri (3), Grüner et Bertolotti (4), Ducret (5), Bueri (de Pise) (6), André Thomas (7), Florand, Nicaud et Grenier (8), etc...

Plus fréquemment observées chez l'enfant que chez l'adulte, ces tumeurs se présentent sous des aspects cliniquement variés. Le syndrome d'hypertension intracranienne (céphalée, vomissements cérébraux, vertiges, convulsions, stase papillaire) existe rarement au grand complet ; certaines de ces tumeurs ont même pu évoluer sans altérations du fond d'œil.

Quant aux signes de localisation, ils varieront suivant le siège exact de la tumeur qui peut intéresser soit le pied soit la calotte du pédoncule. Le syndrome de Weber est souvent noté dans les observations : ce qui est alors spécial, c'est sa production lente, l'hémiplégie pouvant précéder de longtemps l'ophtalmoplégie.

Mais tous les autres syndromes pédonculaires (syndromes de Benedikt, de Monakow, de Foville, de Grüner et Bertolotti) pourront être réalisés suivant les cas.

Nous allons rapporter l'observation anatomo-clinique détaillée d'un cas de volumineux tubercule de la calotte pédonculaire gauche, survenu au cours de l'évolution d'une tuberculose pulmonaire bilatérale. Cette observation a déjà fait l'objet de la thèse de l'un de nous (9), à laquelle nous renvoyons pour l'étude d'ensemble de la question.

OBSERVATION

Diagnostic et résumé. — *Tuberculose pulmonaire bilatérale. Hémiplégie droite ayant débuté brusquement il y a un an, actuellement à la période de spasmodicité, avec hémispasme facial post-paralytique, sans troubles apparents de la sensibilité objective. Troubles oculaires caractérisés par l'abolition des mouvements d'élévation et d'abaissement des globes oculaires, la diminution des mouvements de convergence, mais avec conservation des mouvements de latéralité des deux yeux. Syndrome pédonculaire (de Grüner et Bertolotti) : tubercule probable du pédoncule cérébral gauche. Accidents méningés terminaux.*

Autopsie. — Tuberculose pulmonaire, cavernes des deux sommets. Tubercules cérébraux multiples, dont le plus volumineux intéresse la région de la calotte du pédoncule cérébral gauche.

Le malade âgé de 23 ans, teinturier, est envoyé dans notre service en juin 1929 pour tuberculose pulmonaire et hémiplégie. Il est impossible de lui faire préciser son histoire en raison de l'état de torpeur et d'obnubilation intellectuelle dans lequel il se trouve. Il vit seul avec sa mère ; un de ses frères serait mort d'une hémiplégie.

La maladie paraît remonter à 3 ans. Au début, il semble que le malade ait présenté une période d'imprégnation tuberculeuse assez nette, avec poussées fébriles, toux quinteuse, amaigrissement progressif. Depuis cette époque l'affection évolua avec des périodes de rémission et des périodes d'aggravation, nécessitant des séjours dans divers sanatoria ou services hospitaliers.

Il y a un an, le malade présenta un ictus à début brutal, avec perte incomplète de connaissance : consécutivement s'installa une paralysie incomplète du côté droit. Durant l'année 1928 le malade fit un séjour dans le service du Prof. Froment, à l'Hôtel-Dieu, et voici le résumé de son observation à ce moment :

« Hémiparésie droite avec, de ce côté, hémispasme facial post-paralytique. L'hémiparésie s'est installée de la manière suivante : perte de connaissance avec cri, sans convulsions. Cette hémiparésie s'accompagne d'une surréflectivité nette au membre supérieur comme au membre inférieur, avec flexion combinée de la cuisse et du tronc. A la face, entre-bâillement de l'œil plus marqué à droite. Il n'y a pas de phénomènes convulsifs. Étant donné l'état du poumon, pour lequel le malade est en traitement, il y a tout lieu de rattacher à la même cause les signes neurologiques. Il est difficile de préciser la situation des lésions correspondantes ; rien ne paraît plaider pour l'instant en faveur d'une localisation corticale qui devrait entraîner des phénomènes jacksoniens au moins frustes. » Ponction lombaire. Tension 22 au manomètre de Claude. Albumine 0,50. Sucre normal. Cytologie : un lymphocyte par mmc, quelques hématies. Wassermann négatif. »

A l'entrée dans notre service, le 5 juin 1929, le malade est pâle, abattu et présente une fièvre oscillante autour de 38°.

On constate deux ordres de symptômes.

1) Des *signes de bacillose pulmonaire* bilatérale prédominante à droite. Aux deux sommets, en arrière et surtout en avant, on perçoit de nombreux râles humides qui sont très confluents sous la clavicule droite ; à cet endroit l'expiration est soufflante. Cette bacillose daterait de 3 ans.

2) Une *hémiplégie droite*, datant de un an, à la période de spasmodicité. Il existe une contracture du coude en flexion et du genou en extension, et les doigts sont contracturés en flexion dans la paume de la main. A la face les traits sont déviés du côté malade (droit). On note en outre du côté droit une exagération très prononcée des réflexes rotuliens et achilléens avec clonus rotulien, trépidation plantaire et signe de Babinski.

La pointe de la langue est déviée du côté de l'hémiplégie.

Il n'existe aucun trouble de la sensibilité superficielle ni du sens stéréognostique.

L'épreuve de la sensibilité thermique révèle que le malade commet quelques erreurs au niveau de la jambe droite, pas ailleurs.

Au point de vue de la parole, pas d'aphasie, mais dysarthrie nette bien que légère.

Au point de vue oculaire, on constate les signes suivants : paralysie du mouvement d'élévation des deux yeux, paralysie du mouvement d'abaissement de l'œil gauche seulement, difficulté du mouvement de convergence des globes oculaires ; conservation absolue des mouvements de latéralité (dextrogyres et levogyres). Les pupilles sont égales et réagissent quoique faiblement à la lumière et à l'accomodation.

A signaler en outre l'absence d'hémianopsie.

Ponction lombaire : Le liquide coule en jet. Tension : 35 cm. au manomètre de Claude.

Albumine : 1 gr. 20 par litre.

Sucre : normal.

Cytologie : 3 lymphocytes par mmc.

Réaction de Wassermann : négative.

Examen ophtalmologique du professeur Rollet : Astigmatisme hypermétropique, O. D. G. V. : 1/3. Paralysie de fonction por-

(1) RAVIART. — Les tubercules des pédoncules cérébraux. Th. Lille 1900.

(2) D'ASTROS et HAWTHORN. — Syndrome de Benedikt : tubercule solitaire du pédoncule cérébral (étage supérieur). *Revue Neurologique*, 1902, p. 377.

(3) P. MARIE et LÉRI. — Volumineuse crétification dans un pédoncule cérébral. (*Soc. Neurolog.* 3 mars 1904.

(4) GRUNER et BERTOLOTTI. — Syndrome de la calotte pédonculaire. *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1905, p. 159-175.

(5) DUCRET. — Tubercule de la protubérance et des pédoncules. (*Société des Sc. médic. de St-Etienne*, 1908.

(6) BUERI (de Pise). — Un cas rare de syndrome pédonculaire. *Arch. ... des enfants*, 1912, p. 921.

(7) ANDRÉ-THOMAS. — Syndrome de Benedikt chez un enfant : tuberculose probable. *Revue Neurolog.*, 6 mars 1913. p. 430.

(8) FLORAND, NICAUD et GRENIER. — Tubercule pédonculo-protubérantiel droit avec paralysie incomplète des IIIe et VIe paires. *Rev. Neurolog.*, 1922.

(9) E. ALLARD. — Contribution à l'étude des tubercules des pédoncules cérébraux. (Th. Lyon 1930-31, n° 35.

tant surtout sur le droit supérieur des deux côtés et le droit inférieur du côté gauche. Au fond d'œil, le segment externe des papilles est décoloré ; on ne peut toutefois pas conclure à une atrophie optique.

Le 29 juin 1929, le malade se plaint d'une céphalée assez violente localisée à la région temporale gauche. A signaler l'apparition d'un ptosis intermittent de l'œil gauche.

Le 6 juillet. Depuis 3 jours le malade présente une raideur généralisée de tous les membres et de la nuque. ; Signe de Kernig très net. Céphalée persistante avec vomissements. Pouls régulier. Pas de pauses respiratoires.

Le 10 juillet. Décès dans le coma.

Autopsie (11 juillet 1929.)

Cerveau. Sur la convexité de chacun des deux hémisphères on remarque quelques exsudats blanchâtres le long des sillons ; sur la base on ne voit ni exsudats ni granulations.

Après avoir sectionné les pédoncules cérébraux dans le but de séparer le cerveau du cervelet, on remarque que le pédoncule cérébral gauche présente, sur la surface de section, des points ramollis d'aspect ocre, lesquels ne se voient pas au niveau du pédoncule cérébral opposé.

Mais c'est après avoir séparé l'un de l'autre les deux hémisphères qu'on reconnait l'existence du côté gauche, d'une masse volumineuse répondant à la partie supérieure et postérieure du pédoncule et faisant saillie à l'intérieur du ventricule latéral gauche. Cette tumeur, dont la surface extérieure est irrégulière, avec quelques petites bosselures, intéresse donc la calotte pédonculaire ; elle est parfaitement énucléable du tissu nerveux avoisinant qui est comprimé par elle. Une fois extraite, on reconnait qu'elle a les dimensions d'une petite mandarine. Sur les coupes elle présente l'aspect marron crû du tubercule caséeux, aspect uniforme sans aucun point ramolli ; toutefois en son centre, on y voit une petite zone de coloration blanc-brunâtre qui tranche sur l'aspect franchement caséeux de tout le reste de la tumeur.

L'examen des centres nerveux montre l'existence de deux autres tubercules ayant un aspect tout à fait semblable au précédent, mais de dimensions plus réduites :

a) L'un est situé sur la face inférieure de l'hémisphère droit, au niveau de la partie moyenne du lobe temporo-occipital : c'est un tubercule sous-pie-mérien, légèrement saillant, des dimensions d'une noisette, bien énucléable, et qui à la coupe a un aspect franchement caséeux non ramolli.

b) L'autre, situé sur la paroi du IVe ventricule à sa partie supérieure, présente également le volume d'une noisette, est parfaitement énucléable et ne paraît pas du tout comprimer le tissu nerveux avoisinant.

Partout ailleurs, rien de spécial. Cervelet normal.

Viscères. A l'ouverture du thorax, adhérences serrées aux sommets, pas de liquide dans les plèvres.

Au *poumon gauche*, il existe au sommet une caverne à parois lisses du volume d'une mandarine. Partout ailleurs, poumon normal, pas de tubercules récents.

Au *poumon droit*, on trouve au sommet une caverne semblable, mais moins grande ; pas de lésions apparemment récentes.

Cœur petit (280 gr.) sans lésions appréciables, *foie* (1270 gr.), *rate* (180 gr.), *reins* (180 gr.), sans aucune lésion apparente.

L'examen histologique des tumeurs encéphaliques a montré qu'il s'agissait de tubercules caséifiés tout à fait typiques.

Il s'agit en somme d'un jeune tuberculeux de 23 ans qui présente :

1° Une hémiplégie droite, datant de un an, à la période de spasmodicité, avec hémispasme facial du côté correspondant, sans troubles apparents de la sensibilité objective.

2° Des troubles oculaires importants : abolition des mouvements d'élévation des globes oculaires des deux côtés : abolition du mouvement d'abaissement du globe oculaire à gauche seulement : diminution des mouvements de convergence : mais conservation absolue des mouvements de latéralité des yeux et intégrité des pupilles.

A la période terminale, on note en outre l'apparition d'un ptosis intermittent de l'œil gauche.

Ces signes oculaires n'ont fait vraisemblablement leur apparition que postérieurement à l'hémiplégie, car à un premier séjour du malade dans un service de médecine voisin, ils n'ont pas été notés.

Quoi qu'il en soit, l'association de ces paralysies oculo-motrices à l'hémiplégie, devait faire penser à l'origine pédonculaire de cette dernière et le tableau clinique présenté par notre malade se rapprochait quelque peu du syndrome que Grüner et Bertolotti (1) avaient décrit en 1905 à propos de deux cas analogues. Celui-ci est caractérisé par :

a) Hémiplégie alterne avec troubles de la sensibilité, de la coordination et de la synergie musculaire.

b) Paralysie des mouvements associés des yeux (mouvements d'élévation, d'abaissement, de convergence), et atteinte de la musculature interne, mais avec conservation des mouvements de latéralité.

Suivant ces auteurs, des lésions nucléaires ou radiculaires seraient insuffisantes pour expliquer de pareils faits, et il faudrait faire intervenir les fibres d'association entre les noyaux oculo-moteurs, fibres qui paraissent suivre le trajet du faisceau longitudinal postérieur ; celui-ci était altéré dans un cas suivi d'autopsie mentionné par Grüner et Bertolotti.

Notre observation diffère toutefois de celles de Grüner et Bertolotti en ce que :

a) Les troubles de la sensibilité, superficielle et profonde, sont absents ; tout au plus, note-t-on chez notre malade des troubles discrets de la sensibilité thermique au niveau de la jambe droite et pas ailleurs.

b) La musculature interne de l'œil est normale ; les pupilles sont égales et réagissent, quoique faiblement, à la lumière et à l'accommodation.

Quoi qu'il en soit, l'origine pédonculaire de cette hémiplégie alterne ne faisait aucun doute ; il restait à en déterminer la cause. Notre malade était un tuberculeux pulmonaire : on constatait chez lui des signes de bacillose bilatérale prédominante à droite. D'autre part il présentait des symptômes d'hypertension intra-cranienne : céphalée, vomissements, lésions discrètes du fond d'œil à l'ophtalmoscope sans atrophie optique véritable, et surtout hypertension du liquide céphalo-rachidien (35 cm. d'eau au manomètre de Claude en position couchée).

Pour ces motifs ce fut le diagnostic de tumeur tuberculeuse du pédoncule cérébral qui fut porté : ce diagnostic trouvait sa justification toute naturelle dans l'existence de lésions pulmonaires avérées. Il faut savoir cependant qu'on a signalé la coexistence possible de tuberculose pulmonaire avec un néoplasme pédonculaire : tel est par exemple le cas de Sutton (2) où l'existence d'une lésion du poumon avait fait croire à la nature tuberculeuse de la tumeur pédonculaire ; or, l'autopsie vint montrer qu'il s'agissait en réalité d'un gliome du pédoncule cérébral droit.

On a également signalé la coexistence possible d'une gomme ; mais chez notre malade la réaction de Wassermann était négative et dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

Le malade mourut à la suite d'accidents méningés et l'autopsie vint confirmer le diagnostic de tubercule cérébral gauche.

L'examen anatomique des centres nerveux permit de constater la présence de trois tubercules :

a) L'un situé sur la face inférieure de l'hémisphère droit, au niveau de la partie moyenne du lobe temporo-occipital : il est sous-pie-mérien et présente le volume d'une noisette.

b) Le deuxième, situé sur la paroi du IVe ventricule et également du volume d'une noisette.

c) Le troisième enfin, situé à la partie supérieure et postérieure du pédoncule cérébral gauche.

Les deux premiers sont de dimensions réduites et siègent l'un dans une zone latente de la corticalité, l'autre

(1) GRÜNER et BERTOLOTTI. — *Loco citato.*

(2) Cité par CLAUDE et LÉVI-VALENSI. Maladies de l'isthme de l'encéphale. Traité de médecine de Gilbert et Carnot, t. XXXII, p. ...

sur le plancher de la IVe ventricule mais ne détermine pas de compression apparente de l'axe nerveux.

Seul le tubercule pédonculaire doit intervenir dans la genèse des troubles présentés par le malade. Son volume est en effet considérable ; il atteint les dimensions d'une petite mandarine, ce qui est tout à fait exceptionnel ; seul le cas de Bruns. cité par Raviart (1) peut être comparé au nôtre à ce point de vue.

Ce tubercule qui fait une forte saillie dans la partie postérieure de la cavité du ventricule latéral, intéressse toute la région de la calotte pédonculaire gauche. Dans tout le tissu nerveux avoisinant, et particulièrement dans le pied du pédoncule, il existe de petits foyers de ramollissement.

Rappelons que dans l'une des deux observations de Grüner et Bertollotti l'autopsie montra l'existence, dans la calotte pédonculaire gauche, d'un tubercule de la grosseur d'un pois, entouré d'une zone de ramollissement. L'analogie de notre observation avec celle de ces auteurs, qui est. nous l'avons vu, assez marquée au point de vue clinique. se poursuit donc sur le terrain anatomo-pathologique.

Toutefois. chez notre malade, le tubercule a des dimensions bien plus considérables. et on peut s'étonner qu'une lésion aussi volumineuse n'ait pas engendré des symptômes encore plus importants et qu'on n'ait pas constaté chez notre sujet les troubles de la sensibilité objective, non plus que les mouvements involontaires et l'hémitremblement, qui sont habituellement notés dans les observations de tumeurs de la calotte pédonculaire.

Acrodynie infantile

Discussion de l'origine glandulaire ou encéphalitique

Par Jean GIRARD (d'Amiens)

Le 26 août 1828, Chanel à l'Académie de Médecine fait mention d'une « maladie actuellement régnante » à Paris qui semble être la première manifestation connue d'acrodynie. La première description en est due à Genest en 1829 : troubles sensitifs, faiblesse motrice, spasmes et soubresauts des tendons manifestations cutanées y sont évoquées de telle sorte qu'il est impossible de n'y pas voir une description de l'affection qui nous occupe. Cette maladie régnante sévit avec intensité à Paris et dans la grande banlieue jusqu'à Noyon, et aurait atteint 40.000 personnes.

Malgré cette diffusion elle disparait complètement jusqu'à une épidémie d'un demi-million de cas à l'armée de Crimée.

Et c'est le silence complet au point que si les ouvrages anciens la signalent encore les livres récents ne la mentionnent même pas. Seul, en 1907, Brocq dit : « Acrodynie : affection qui a complètement disparue, semble n'avoir été qu'une intoxication arsenicale chronique ».

Pourtant au début du XXe siècle un Allemand en rapporte 8 cas dans la région de la Rhur. Puis, en Australie, en Amérique du Nord l'affection est signalée en 1914. en 1917, en 1920. En 1922, elle apparaît en Angleterre, en 1925, on l'observe en Suisse et en France aux environs de Nancy.

Cette rapide revue des variations historiques de cette ancienne affection n'a pas pour but des développements philosophiques sur les mutations pathologiques mais de rapprocher d'ores et déjà cette évolution capricieuse de celle d'une autre affection à éclipse : l'encéphalite épidémique. Nous ignorons tout des lois qui régissent, évolution, recrudescence, disparition de ces maladies intermittentes mais nous devons être frappés de ce qu'elles appartiennent pour la plupart au groupe appelé par Levaditi « les Ectodermoses neurotropes. »

(1) RAVIART — Loco citato.

L'observation que voici est due au docteur Blaire (de Montdidier) avec lequel nous avons examiné cet enfant :

Fa., né le 28 juin 1925.

A. H. Mère 31 ans. A 22 ans scarlatine avec angine pseudomembraneuse suivie de troubles nerveux, contractures musculaires ayant duré 1 an. (S'agit-il de chorée après scarlatine ?).

Père 35 ans, rien à signaler.

A P. élevage difficile jusqu'à 3 mois, ensuite pas de maladies. Enfant calme aimant à s'amuser seul, toujours plongé dans les images.

L'affection actuelle débute le 22 février 1930. Au retour de l'école se plaint de mal de tête, fièvre légère, langue suburrale. On remarque déjà de l'hyperhydrose interdigitale palmaire et plantaire. La température reste vers 38° durant plusieurs jours, la céphalée persiste, une éruption miliaire se généralise sur tout le corps. Au bout d'un mois la paume des mains et la plante des pieds desquamment et un prurit intense sévit sur tout le corps.

L'enfant accuse des sensations de brûlures au niveau des mains et des pieds avec des alternatives de froid. La température au niveau des mains et des pieds est changeante, les membres sont brûlants ou glacés. L'enfant trouve un peu de calme en plongeant ses mains et ses pieds dans l'eau fraîche. Pas de repos la nuit. En dormant, ou s'en s'éveillant il frotte continuellement ses mains l'une contre l'autre, ses pieds l'un contre l'autre. Pas de fièvre maintenant, mais un amaigrissement. Vers le 4 avril apparaissent des crises convulsives du côté droit à forme d'épilepsie Bravais Jacksonniennes : mouvements saccadés des membres droits, les yeux sont révulsés, l'enfant ne peut parler sans être dans le coma vrai. Il existe 7 à 8 crises par 24 heures pendant lesquelles se montre une sialorrhée abondante qui continue pendant le repos. On constate 0,30 d'albumine dans l'urine. Le calme survient pendant 8 jours durant lesquels les démangeaisons sont le seul phénomènes pénible.

Au bout du 9e jour les crises reviennent précédées cette fois-ci des troubles du langage pendant 12 heures l'enfant prenant un mot pour l'autre comme un aphasique. Les crises sont maintenant surtout du côté gauche et laissent une contracture permanente des membres gauches pendant deux jours durant lesquels l'enfant ne peut articuler une parole, a ses membres gauches secoués de légers mouvements saccadés, du battement des paupières et un léger degré de nystagmus.

La sialorrhée est continue.

Sous l'influence des hypnotiques les crises convulsives disparaissent mais l'enfant ne dort pas.

Les démangeaisons continuent avec lésions de grattage sur tout le corps, les mains et les pieds restent brûlants avec desquamations. L'appétit revient un peu, l'enfant prend de l'embonpoint surtout marqué au niveau de la tête et du thorax, les membres restent petits et grêles.

Vers le 15 mai on remarque que la figure, les joues, le cou du petit malade paraissent gonflés, la salivation est abondante, la salive coulant à flots de la bouche sur l'oreiller.

L'enfant est agité ce qui fait prévoir une crise qui survient le 19 mai. Mais cette crise est différente des autres : il n'existe pas de mouvements saccadés des membres, l'enfant se tournant *sur le côté gauche* devient violacé, les extrémités, pieds, mains, oreilles, nez, lèvres sont violettes, les yeux sont injectés de sang, les joues gonflées, les veines jugulaires saillantes. Une salive abondante s'écoule. Ces phénomènes d'asphyxie durent de 1 à 3 minutes et disparaissent dès que l'on secoue l'enfant et qu'on le tourne sur le côté droit. On note 6 crises dans la journée. Le 20 mai tout est terminé.

L'enfant présente alors une parésie qui l'empêche de marcher et de se tenir debout, les réflexes sont normaux mais il accuse de la douleur spontanée et provoquée par la pression des extrémités qui semble être la cause de son impotence. Les mains et les pieds sont gonflés, rouges mais sans godet. Ils sont le siège sur les faces palmaires et plantaires de desquamations lenticulaires dont la confluence donne par place un aspect géographique.

A ce niveau il existe un prurit intense et une sudation quasi permanente. Au point de vue psychique il paraît indifférent à ce qui l'entoure. Devant l'intrication des phénomènes d'encéphalite torpeur le jour, insomnie la nuit, troubles convulsifs, salivation et des troubles cutanés l'avis du Dr Babonneix est demandé qui conclut à une acrodynie associée à des phénomènes d'encéphalite. Actuellement depuis un abcès de fixation il n'y a pas eu de crises convulsives, la sialorrhée est moins abondante, l'enfant repose un peu, le prurit , les brûlures des mains et des pieds, la desquamation persistent. On observe quelques troubles respiratoires intermittents. L'appétit est bon, la céphalée a disparu. Les

membres inférieurs restent petits avec une légère atrophie. Le thorax et l'abdomen sont gros, l'enfant commence à se lever et à marcher.

D'un pareil tableau clinique on retire une certaine impression de confusion. Il existe bien un ensemble de symptômes qui établissent indubitablement le diagnostic d'acrodynie et nous ne reviendrons pas sur les symptômes d'une affection qui actuellement a été bien décrite, mais d'autres manifestations de notre cas n'ont jamais été signalées dans le tableau de cette affection.

Quelle est d'ailleurs exactement la nature de l'acrodynie ?

1° Pour Debré et ses élèves la cause de l'acrodynie est alimentaire : régime carence ou toxique (analogie avec l'ergotisme et la pellagre). N'avait-on pas dit la même chose pour l'encéphalite épidémique :

La forme léthargique serait due à l'intoxication par la farine du haricot de Birmanie,

La forme myoclonique au pois chiche du Japon et d'Amérique.

La forme mentale à certaines farines de maïs ces corps toxiques étant réunis dans le mauvais pain formé des mélanges d'après-guerre. Cette doctrine n'a pas été admise et l'origine alimentaire ne semble guère plus admissible pour l'acrodynie et pour les mêmes raisons.

2° Pour d'autres il s'agit de séquelle de grippe à virus neurotrope.

3° Pour certains d'un virus spécifique à porte d'entrée du rhinopharynx qui est souvent atteint.

Mais nous retiendrons surtout :

4° L'origine glandulaire,

5° L'analogie avec la nevraxité épidémique.

* * *

Le syndrome clinique est composé de phénomènes très variés mais dans la plupart des cas décrits tous s'expliquent par un trouble du système neuro-végétatif : douleurs, transpiration, rougeur des extrémités, sudation, sialorrhée, tachycardie sont déterminés par des troubles vaso-moteurs glandulaires et trophiques, sans que nous puissions les classer sous la rubrique des sympathico ou vagotonies. Peut-être les troubles qui atteignent ainsi les fibres nerveuses du système végétatif se font-ils par l'intermédiaire des glandes à sécrétion interne dont la fonction serait altérée. La base anatomopathologique de cette conception est fragile, les autopsies étant heureusement rares.

Celle qui a été pratiquée par MM. Stolz et Woringer a surtout porté sur les glandes à sécrétion interne.

Il y aurait hyperfonctionnement de la médullaire surrénale et de l'hypophyse, les autres glandes thyroïde, parathyroïde, testicule, pancréas ne présentent rien de particulier. La médullaire de la surrénale est hypertrophiée, bourrée de grains chromaffines, la corticale est normale.

Dans l'hypophyse, on constate une prédominance des cellules eosinophiles.

Somme toute, hypertrophie marquée du système chromaffine et hyperfonctionnement de l'hypophyse.

Tout cela n'est pas suffisant pour faire jouer aux altérations glandulaires un rôle essentiel dans la pathogénie de l'acrodynie et il nous faut chercher autre chose.

* * *

Janet et Pierrot signalent un cas d'acrodynie où la somnolence et les troubles oculaires font penser à l'encéphalite.

Rocaz de Bordeaux signale un cas qui réalise une association incontestable du syndrome acrodynie et du syndrome névraxite ayant entraîné la mort. Y a-t-il association et tous les symptômes sont-ils de même origine ?

Pour Taco Kuiper tous les symptômes organo-végétatifs décélant l'acrodynie relèveraient d'une lésion du mésencéphale, les douleurs seraient d'origine thalamique, les troubles du système végétatif : vaso-dilatateurs, sueurs, vésicules, desquamations, dyspnée asthmatiforme dépendraient l'atteinte de la région hypothalamique, du tuber de la région parahypophysaire.

Les troubles du tonus viendraient du locus niger. Cette conception n'est malheureusement appuyée d'aucune preuve anatomique, les examens ayant révélé peu d'atteinte cérébrale.

Seule l'impression clinique d'un cas comme le nôtre est assez frappante pour être prise en considération.

La somnolence diurne et l'insomnie nocturne,

La sialorrhée,

Les crises convulsives motrices des membres,

Les crises respiratoires si analogues au tic du souffleur décrit dans l'encéphalite et manifestations d'obésité localisées existent également dans la névraxite.

Les parésies des membres, la bizarrerie du psychisme sont des éléments suffisants pour faire poser le diagnostic d'encéphalite.

Pourquoi la juxtaposition des manifestations cutanées empêcherait-elle ce diagnostic ?

Il nous semble en conséquence logique de considérer, en nous appuyant sur cette observation, l'acrodynie comme une névraxite proche de l'encéphalite épidémique ou analogue à elle.

VARIÉTÉS

M. le Dr Paul Le Gendre vient de publier une nouvelle édition de « La Vie du Médecin ». Grâce à son autorisation et à celle de M. Maloine, nous pouvons publier quelques bonnes pages de cet ouvrage, véritable Somme de la profession médicale, qui sera analysé prochainement.

Dignité professionnelle : du charlatanisme à l'incorrection (1)

Par M. le docteur Paul LE GENDRE

On englobe un peu trop généralement sous le nom de [illegible]latanisme médical tous les actes qui sont de nature à [illegible]diter, à disqualifier la profession médicale ; il convient d[illegible]tinguer des procédés assez différents.

A prendre le mot au sens éthymologique le plus précis, le charlatan est celui qui attire bruyamment l'attenti[illegible] passants pour les amener à faire cercle autour de lui : *circu[illegible]* disaient les Latins, de *circulus*. Il en profite pour vanter mensongèrement les qualités, la bonté de ce qu'il veut vendre, il fait son « boniment » : il n'est pas le seul commerçant [illegible] trompe sur la qualité de la marchandise, mais il se distingue par les procédés bruyants qu'il emploie ; c'est un f[illegible] opère au dehors.

La comparaison appliquée aux choses médicales ne serait justifiée que si elle visait le charlatan non diplômé, celui qui vend aux malades des remèdes illusoires ou dangereux : s'il vante des remèdes réels, mais qu'il n'a pas qualité pour vendre, il ne fait que de l'exercice illégal.

Tout individu qui exerce la médecine d'une façon habituelle sans diplôme doit être poursuivi non seulement parce qu'il [illegible] tort en détrournant les malades des médecins auxquels l'Etat a vendu le monopole de soigner, mais parce que, sauf exceptions très rares, l'individu qui exerce illégalement est dangereux pour le public : ou il le trompe sciemment [illegible]

(1) Extrait de : La vie du médecin (Déontologie et [illegible] sionnelle). T. I, du Traité de pathologie médicale et de [illegible] appliquée. Maloine, éditeur, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

son argent sans rien lui donner en échange, ou il compromet la guérison des malades par son ignorance.

Tel rebouteur est un simple simulateur : il feint de réduire une fracture de côtes en saisissant le patient à pleins bras, les mains croisées et en faisant claquer ses phalanges pour simuler le bruit d'un os fracturé ou déplacé qui reprend sa place normale.

Tel autre, manipulant une articulation déformée suivant un procédé dont il a « le secret », n'arrive qu'à transformer une luxation sans la réduire.

Celui-ci vend un remède secret (tisane, pommade ou poudre) dont il ne connait qu'imparfaitement l'action et qui reste inactif, mais qui peut quelquefois nuire, étant irritant ou toxique.

Les « illégaux » ne méritent pas tous l'épithète de charlatans ; il y en a qui ne donnent que des conseils médicaux gratuits, récompensés seulement par la considération qu'ils s'acquièrent près des malades qui s'estiment guéris par eux ; tel est le cas de la plupart des curés et des religieuses, un élément de mysticisme se mêle à leur action thérapeutique ; d'ailleurs leur habitude médiatrice n'est qu'un degré passionnel de la tendance presque universelle de l'homme à donner à son prochain des conseils relatifs à la santé.

En considération de ces cas où le lucre n'est pas le mobile de l'exercice illégal, il ne manque pas de gens pour dire que les médecins ne réclament que par jalousie la répression de cette illégalité. Plus d'un magistrat n'est pas éloigné de penser ainsi, et, pour obtenir l'application des pénalités légales, il a fallu la pression croissante des Associations et Syndicats de médecins. Les magistrats naguère étaient fort disposés à l'indulgence, quand le prévenu faisait défiler des témoignages à décharge, attestant qu'ils avaient été effectivement guéris par lui.

Quoi qu'il en soit, le charlatanisme non diplômé, celui que Dechambre appelait *charlatanisme « de la rue »*, public, ressortit à l'exercice illégal et doit être combattu par nos associations de défense, au nom de tous, parce qu'il est dangereux pour le public, et parce qu'il lèse nos intérêts matériels légitimes.

Mais ce qui compromet l'*honorabilité* de notre corporation, c'est le *charlatanisme diplômé*, celui que Dechambre appelle *privé* ou *« de cabinet »*, que Peisse définissait « l'*application de l'industrie à la médecine* ». Celui-ci est multiforme et a des limites imprécises ; c'est une tare professionnelle qu'il est plus aisé de signaler que de combattre, et qui malheureusement se rencontre à des degrés divers à tous les étages. Les médecins besogneux qui n'ont pas l'espoir de s'attirer des clients et de les garder par l'exercice irréprochable de leur art, manquant d'instruction ou des qualités nécessaires, pourraient faire valoir comme excuse que la lutte pour la vie les oblige à employer des procédés de concurrence peu scrupuleux. Que dire de ceux qui, instruits et bien doués, mais décidés à brûler les étapes du développement normal de la carrière pour « arriver » plus vite que leurs contemporains, font fi de la dignité et de la correction ? Comment ne pas flétrir plus encore ceux qui, arrivés aux plus hauts sommets de la profession, comblés de titres et d'honneurs, pouvaient jouir d'une large aisance en exerçant avec droiture, mais qui, cédant à la passion du lucre, ou poussés par d'excessifs besoins d'argent, ou même simplement par la vanité d'avoir une clientèle plus nombreuse que celle de leurs égaux par la science et les fonctions, se sont quelquefois avilis par des procédés indélicats et incorrects ? Ils sont très rares sans doute, mais on a pu malheureusement en citer quelque triste exemple dans chaque génération médicale et leur mémoire doit en rester flétrie.

Sans prétendre énumérer toutes les formes de charlatanisme diplômé, citons les plus frappants qui vont, par une gamme insensible, de la malhonnêteté incontestable à l'incorrection et au manque de dignité.

Malhonnête le médecin qui couvre de son diplôme le nom du marchand d'un remède secret ou dont il ignore parfois lui-même la composition, mais qu'il se charge de recommander au public en rédigeant un prospectus ou une brochure pseudo-scientifique.

Il est malhonnête même s'il connaît la teneur du remède, même s'il l'a composé lui-même et si ce remède contient quelque substance active et s'il est vendu sous son nom personnel, parce qu'il sait que ce remède ne sera pas prescrit par un médecin pouvant adapter le remède au cas spécial du malade, mais que le public achètera la spécialité, en usera au hasard de sa fantaisie ou de conseils incompétents, au risque d'aggraver son cas : telle composition contenant de la créosote ou de l'acide phénique, qui pourrait avoir soulagé certains bronchitiques, ou amélioré certains tuberculeux, provoquera chez d'autres des troubles digestifs, urinaires ou des hémoptysies.

De nos jours le boniment ne se fait plus verbalement sur les places publiques, il va chercher le public, le paysan au fond des campagnes les plus reculées, sous la forme d'annonces à la quatrième page des journaux de la grande presse, de brochures rédigées savamment pour mettre en lumière les nombreuses applications du remède qu'on veut faire acheter ; les indications thérapeutiques sont précédées de descriptions si détaillées des maladies qu'elles en suggèrent les symptômes à beaucoup de lecteurs non malades, mais à dispositions nosomaniaques. Les habiles rédacteurs de ces tracts ne se contentent pas de vanter les propriétés curatives du produit, mais sa valeur préventive. Qui peut résister au désir de l'acheter pour éviter des maux si effrayants ?

Comme la réclame est devenue fort habile et qu'elle sait avoir perdu à la longue une partie de son action sur le public, ce n'est plus à la quatrième page sous forme d'annonces qu'elle va chercher la partie moins naïve du public, mais sous la forme d'un article d'allure littéraire ou scientifique inséré dans le corps du journal entre les articles de fond les plus sérieux.

Enfin sont nés et pullulent à l'intention d'un public d'élite les journaux exclusivement littéraires ou artistiques, à la confection desquels prennent part des hommes de talent et de goût, mais qui n'ont pas d'autre but réel que d'enrober quelque produit médicamenteux et dont le bailleur de fonds est l'industriel qui le fabrique.

La réclame s'est faite de plus en plus subtile au fur et à mesure que ceux qui en vivent ont senti que le public se blasait. Pour lancer des produits médicamenteux, issus des incessants progrès de la chimie moderne, les fabricants les ont soumis aux essais des physiologistes et des cliniciens : parmi ceux-ci la majorité a fait ses expériences avec la plus rigoureuse méthode scientifique ; les résultats en ont été publiés dans les revues ou journaux les plus scientifiques, exposés à la tribune des Académies et des Sociétés les plus illustres. Parmi ces produits nouveaux se placent certains médicaments des plus précieux et les inventeurs n'ont eu pour les faire adopter par le public médical qu'à faire imprimer des tirages à part en innombrables exemplaires envoyés gratuitement d'abord à tous les médecins, puis à tous les malades pour suggérer à ceux-ci le désir de se les faire prescrire par ceux des médecins qui pourraient hésiter devant l'emploi de ces nouveautés et seront impressionnés par la notoriété scientifique ou professionnelle du patron.

Mais il est arrivé que, parmi les savants désintéressés qui essayaient dans le plus pur esprit de rechercher les produits nouveaux et publiaient leurs expériences, en enregistrant impartialement les échecs comme les succès, les dangers comme les avantages, se sont trouvés d'autres savants acceptant pour faire de telles recherches des honoraires élevés ou un intérêt sur la vente du produit essayé par eux, quand il avait été vulgarisé par la publicité de l'industriel. Alors on a vu des médecins de valeur scientifique incontestable, des professeurs réputés prêter leur nom à l'industrie médicamenteuse, et il est permis de craindre que désormais intéressés à la diffusion des médicaments qu'ils essayaient, ils ne se soient montrés moins rigoureux dans la critique de leurs propres expériences sur l'animal et le malade, moins sévères ou plus enthousiastes dans leurs conclusions. Sur cette pente savonneuse il faut une extrême énergie pour ne pas se laisser glisser quand on s'y est laissé entraîner. Entre le savant intéressé pécuniairement à la vente d'un produit, qui est assez maître de lui-même pour ne lancer que le produit dont la valeur lui paraît incontestable, et son collègue qui, par trop de hâte ou d'indifférence, contribue à lancer un produit douteux, ou sans valeur, il y a l'écart de la demi-vierge qui se laisse compromettre, en réservant son capi-

tal, à sa pareille qui s'est résignée à l'abandonner. Si désireux qu'il soit de ne jamais favoriser la vulgarisation de ce qui peut nuire, le médecin qui prête son nom, sa science ou sa plume à la réclame est sur la pente de l'incorrection professionelle.

La publication par la presse non médicale des communications faites aux Académies et aux diverses Sociétés médicales a contribué certainement à favoriser une réclame nuisible au public dans certains cas. L'Académie de médecine a beau refuser de laisser communiquer à sa tribune des affirmations qui seraient évidemment charlatanesques, il ne lui est pas toujours possible, tout en déclarant par ses statuts qu'elle ne se porte pas garante de ce qui est lu devant elle, d'écarter des communications tendencieuses, des conclusions prématurées ou injustifiées en faveur de médicaments ou de méthodes thérapeutiques qui bénéficient du retentissement de cette tribune. Ce retentissement et cette facilité d'enregistrement ne sont pas sans avoir nui à la moralité médicale, induisant les âmes indélicates en tentation d'en user comme d'un moyen de réclame personnelle ou comme intermédiaire intéressé. L'abus est si ancien qu'il y aurait don quichottisme à en réclamer la suppression. Mais sa constatation crée le devoir moral le plus impérieux pour tout médecin conscient de sa responsabilité et de sa dignité de n'apporter devant les Sociétés scientifiques que des communications offrant quelque nouveauté et mûrement étudiées qui ne puissent être soupçonnées de servir un autre intérêt que celui de la science.

Il est naturel qu'un médecin, chirurgien ou spécialiste cherche les moyens de se faire connaître. Si c'est un praticien exerçant dans une ville ou dans une station thermale, on ne peut blâmer qu'il se recommande par lettres, cartes ou visites à ceux de ses confrères plus âgés ou plus anciens qui peuvent lui adresser des clients; mais il n'est pas digne de s'adresser directement au public par envois de circulaires, distributions d'imprimés ou de cartes chez des concierges.

Incorrect aussi de s'adresser au public par voies d'affiches ou d'annonces dans les journaux pour lui signaler sa présence durable ou passagère dans une ville.

Il est naturel, quand vous avez imaginé une méthode thérapeutique, nouvelle, publié un travail ou un livre, que vous l'adressiez à vos confrères pour qu'ils puissent s'en inspirer dans leur pratique ou vous adresser des clients, ou vous appeler en consultation dans des cas où vous signalez votre compétence spéciale, mais il est incorrect et peu digne d'envoyer ses publications médicales aux personnes étrangères à la médecine et surtout inconnues.

Plus d'un lecteur malin ou sceptique me répondra : « Vous voulez donc l'extinction de beaucoup de Sociétés savantes (?) par atrophie progressive des ordres du jour ! » Non. Dans nos sociétés confraternelles, dont les comptes rendus n'arrivent pas au public, je trouve très naturel que nous ne nous taisions pas *entre nous* des menus incidents de notre pratique, pour notre instruction mutuelle ; nous y pouvons citer nos succès et nous devrions plus souvent y raconter nos déceptions, plus instructives encore. Mais dans les Grandes Sociétés, où pénètre le reportage de la Presse non médicale, une communication ne devait avoir trait qu'à quelque fait nouveau, ou offrant au moins un intérêt particulier par quelques détails, ou même simplement confirmatif de faits déjà connus, mais encore peu nombreux ou trop peu vulgarisés. Que dire de tel confrère qui, périodiquement, refait la même communication sur le même sujet en se donnant tout juste la peine d'en varier la forme ? Que dire surtout de tel Maître qui compte à son actif des travaux d'un intérêt certain, qui occupe un rang élevé dans la profession et qui ne craint pas d'apporter de temps en temps à une tribune retentissante une communication absolument banale, ressassant des faits archiconnus, que ses collègues n'écoutent même plus, mais dont le but trop clair est de rappeler *urbi* et *orbi* que le célèbre X est toujours à la disposition du public et des confrères qui peuvent l'appeler en consultation ! Quel exemple pour les jeunes !

Il arrive à tout praticien d'être obligé de donner une *consultation par lettre* de temps en temps. Un de nos clients, qui est éloigné momentanément, éprouve le besoin de savoir s'il doit continuer ou reprendre un ancien traitement ; trouvant désagréable de s'adresser à un autre médecin, qu'à son médecin habituel, il nous décrit de son mieux ses symptômes. Nous jugeons que ceux-ci correspondent à un état déjà constaté chez le client ; nous lui donnons un conseil par lettre. Qui n'a fait cela et qui pourrait refuser de le faire ? Dans ces limites strictes, on ne peut qu'absoudre la consultation par lettre au point de vue déontologique et même médical, et pourtant il y a déjà le germe d'un abus.

Car enfin ce client, qui croit éprouver le symptôme d'un mal que nous lui avons connu et pour lequel nous lui prescrivons ou la reprise d'un traitement ancien ou un essai nouveau, se trompe peut-être dans la description de ce qu'l éprouve ; nous n'avons pas, pour éviter de nous tromper nous-mêmes sur son cas actuel, le contrôle d'un interrogatoire nouveau et l'examen des organes, dont l'état a pu changer ; un élément nouveau peut être intervenu à l'insu du patient, que l'examen organique révélerait et qui modifierait beaucoup notre prescription. Il y a d'autant plus de chances pour qu'il en soit ainsi que nous n'avons pas depuis longtemps revu notre client. Tel qui n'avait que des symptômes d'hyperchlorydrie a peut-être des signes d'ulcère ; tel qui ne paraissait avoir que de la gastralgie ou de l'entéralgie a peut-être une colique hépatique ou une appendicite. Tel qui n'avait eu que quelque névralgie intercostale a peut-être un foyer de pleurite révélateur d'une tuberculose commençante. Chacun peut, en fouillant ses souvenirs personnels, se rappeler les cas où une lettre de malade paraissait justifier un diagnostic que nous avons reconnu erroné quand celui-ci a été soumis à notre examen.

Il faut donc conclure que *nous engageons toujours notre responsabilité, au moins morale, en donnant un avis quelconque à un malade que nous ne voyons pas*, et qu'il vaudrait toujours mieux refuser de le faire, dût-on se faire accuser par son client de manquer de complaisance. Je n'ai d'ailleurs jamais manqué quand il m'est arrivé de commettre ce véniel péché professionnel, de commencer par déclarer qu'il serait plus sage de consulter un confrère et de réclamer son examen avant d'exécuter la prescription supposée convenable au cas et de la soumettre à son approbation, parce que quelque modification survenue depuis mon dernier examen personnel pourrait nécessiter une autre orientation thérapeutique.

Mais, quant à formuler pour un absent, même quand on connaît son passé pathologique, une prescription au sujet de symptômes nouveaux, c'est plus qu'un péché véniel : c'est une imprudence dont il faut savoir s'abstenir. Il faut avoir le courage de risquer de mécontenter le client et de lui faire comprendre qu'on risquerait de lui être plus nuisible qu'utile en lui donnant satisfaction et l'engager à consulter un médecin de la localité où il se trouve ; il est bon de lui indiquer un confrère que l'on connaît personnellement ou de réputation et d'envoyer une note explicative pour ce confrère.

En principe donc, en dehors de ces circonstances, et surtout si le malade est un inconnu, *toute consultation par correspondance est condamnable déontologiquement.*

Quand une demande de ce genre m'était adressée, j'exigeais d'être mis en relation épistolaire avec le confrère qui suivait le malade ; car, s'il est permis de formuler un conseil à distance pour un malade, ce ne peut être que par l'intermédiaire de ce confrère, et encore avec ces restrictions que les faits sur lesquels on raisonne sont supposés exactement contrôlés, qu'il s'agit d'une discussion théorique dont les conclusions restent subordonnées à l'exactitude de ces faits et ne peuvent donc avoir jamais qu'une valeur relative.

Que dire de cette organisation régulière de consultations par correspondance instituée par certains journaux non médicaux, plus particulièrement journaux de modes, et qui ne manquent jamais de clientèle ? On aimerait à supposer que ces consultations ne sont pas données par des médecins authentiques : en général, elles aboutissent à prescrire certaines spécialités. La plupart du temps, elles doivent être inoffensives, mais il peut arriver qu'elles soient nuisibles, ne fût-ce qu'en inspirant une fausse sécurité à la personne qui consulte au sujet de symptômes d'une affection dont le diagnostic devrait être fait à temps pour en éviter l'aggravation.

BIBLIOGRAPHIE

Diagnose, Differentialdiagnose und Behandlung des Haut-und Geschlechskrankeiten, par le Professeur Dr. WALTHER SCHOLTZ, direktor der Universitäts-Hautklinik Könisberg mit 155 Abbildungen im Text und auf 32 farbigen Tafeln, 20 Tabellen Verlag S. Hirzel. Leipzig. 1930. Ladenpreis : Broch : 45 M. ; relié : 48 Mk.

Le Professeur Walther Scholtz s'est proposé de mettre sous les yeux du lecteur un texte et des dessins qui facilitent le diagnostic des spécialistes et le permettent au non-spécialistes.

Pour réaliser ce dessin il a eu recours :

— à des descriptions précises tenant compte à la fois de la nature des lésions et de leur ressemblance avec les lésions d'autre nature.

— à l'examen comparatif d'une lésion à son stade de début et aux différentes phases de son évolution

— à des planches, très saisissantes, les unes coloriées, les autres non coloriées.

— à une classification logique mais permettant des recoupes facilitant le diagnostic différentiel.

— à dix-neuf tableaux qui occupent une partie non insignifiante de l'ouvrage (p. 19-69) et où sont résumés de façon extrêmement claire les caractéristiques de chaque affection : image clinique, localisation, évolution, symptomatologie, anamnésiques, symptomes subjectifs, diagnostic différentiel.

L'ouvrage qui embrasse toutes les maladies de la peau et toutes les maladies vénériennes et paravénériennes de l'homme et de la femme est très complet. La thérapeutique indiquée d'après les données les plus récentes y tient naturellement une large place.

Ce gros traité de 576 p. magistralement édité, me paraît appelé autant que puisse juger un non-spécialiste, à rendre de grands services.

Et telles sont la clarté et la bonne ordonnance du texte, l'habilité des dispositions destinées a faciliter le diagnostic différentiel, l'exactitude et le réalisme des planches dont il est parsemé, que l'ouvrage du Professeur Walther Scholtz en vient à me faire regretter de ne m'être pas spécialisé dans cette branche de la médecine. Dr G. ESPÉ DE METZ.

« Ce qu'il faut connaître du bagne », par M. LE BOUCHER. Un vol. petit in-8 sur papier d'Alfa ; broché 8 fr., cartonné 11 fr. Boivin et Cie, éditeurs, 5, rue Palatine, Paris 6e.

Une documentation sérieuse, étayée sur des textes, des décrets, des articles de loi, des exposés mouvementés de la vie vraie des *bagnards* au *bagne*, une esquisse brossée avec impartialité des choses et des gens de là-bas, de la clarté projetée sur les « ont-dit », les racontars, les fantaisies livrées en pâture à la curiosité crédule du grand public font de ce volume une lecture aussi attachante qu'instructive.

L'auteur serre son sujet de prés et ne laisse rien dans l'ombre. Son style est agréable et facile. D'heureuses citations d'écrivains qui sont allés sur place et ont su voir, le bon sens imperturbable, le naturel de M. LE BOUCHER, son ton de simple et bon causeur, font de cet ouvrage un livre type de vulgarisation.

Emile Zola raconté par sa fille, par Mme Denise LE BLOND-ZOLA. 1 vol. 15 fr. Fasquelles, éditeur, 11, rue de Grenelle, Paris.

Voilà le livre vrai, vivant, vcu, depuis longtemps attendu sur Emile Zola. Inspiré par des souvenirs personnels, des relations inédites, des correspondances intimes, il ressuscite d'une manière saisissante et définitive la figure du grand écrivain.

L'émotion, la féminité, la tendresse qui animent tout l'ouvrage composent de la vie âpre, héroïque et glorieuse de Zola un récit aussi passionnant qu'un roman.

Revue des cours et conférence. Parait le 15 et le 30 de chaque mois. Abt. : France : 60 fr. Boivin, éditeur, 3, Rue Palatine. Paris.

Sommaire du nc du 15 janvier 1931 : A. Mayer : Cent ans de médecine expérimentale. — G. Lote : Le vers romantique (III) : Les sons et les notes (suite). — A. Spaier : Quelques aspects de l'idéalisme (III) : Existence et transcendances (suite). — G. Connes : L'Angleterre en 1929 (VIII) : Les élections du 30 mai. — F. Gaifle : L'évolution du comique sur la scène française (III) : Le moyen-âge. — J. Tourneur-Aumont Centenaire d'un historien : Fustel de Coulanges (X) : L'homme de science. — P. Servien : Les paris de Pascal.


aux Douleurs dentaires
dues aux Caries, Pulpites Abcès, etc...
aux Névralgies Faciales
Intercostales, Sciatiques etc...
aux Insomnies
provoquées par la Douleur ou le Surmenage
l'asciatine
oppose sa triple action
Hypnotique
Antinévralgique
Analgésique
SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
— Specia —
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3e

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 janvier 1931

La médecine et les médecins au Maroc. — *M. Léon Bernard* expose le rôle du corps médical au Maroc, l'action qu'il y a poursuivie et les grandes lignes de l'organisation sanitaire réalisée par le protectorat, sous l'inspiration du Maréchal Lyautey. Cette organisation concentre dans la même direction l'assistance médicale et la prophylaxie des maladies, et c'est le même personnel technique qui a la conduite des formations hospitalières des divers degrés et des divers types, et la charge du dépistage des maladies infectieuses, ainsi que de la défense contre leur propagation. Au centre la direction de la Santé publique exerce, avec son personnel technique, le commandement et le contrôle de toute l'organisation. Celle-ci est divisée en régions, pourvues chacune d'un médecin-chef, représentant du directeur dans sa région ; en outre, 17 bureaux d'hygiène, pour les grandes villes, dépendant également de la direction ; enfin 7 agences sanitaires maritimes, relevant encore de la même autorité, assurent la défense des ports. Les instruments d'action sont les uns mobiles, les autres fixes. On compte, en effet, 14 groupes sanitaires mobiles et 4 sections de prophylaxie, qui pourvoient, en se transportant en tous lieux, à l'assistance médicale et à la préservation des populations les plus éloignées ou dispersées. Quant aux formations fixes, elles sont au nombre de 171 : hôpitaux, infirmeries, dispensaires, réparties dans les centres urbains ou disséminées en plein bled.

L'auteur décrit quelques types de maternités, de postes sanitaires avancés, de dispensaires antivénériens, antituberculeux, de centres de puériculture. Il parle aussi de l'Institut d'hygiène de Rabat, a l'inauguration duquel il était invité. Enfin, il résume par quelques chiffres les résultats acquis, dans les différentes activités sanitaires, lutte contre la variole, contre la peste, le typhus, le paludisme, la tuberculose, la syphilis, la rage, la teigne, le trachome, la bilharziose. Ces chiffres démontrent la pénétration de l'action parmi les populations, qui s'avère aussi par l'attachement et la reconnaissance que celles-ci manifestent à l'égard des médecins.

En attendant un juste hommage, plein d'admiration, au corps médical, ancien et actuel, du Maroc, M. Léon Bernard rappelle l'estime en laquelle il était tenu par le Maréchal Lyautey, et il exalte l'œuvre grandiose accomplie au Maroc par son illustre animateur.

Modes d'action du sérum antigangréneux polyvalent. — *M. Weinberg.* — Lorsqu'il s'agit d'infections polymicrobiennes comportant au moins un germe contre lequel le sérum est actif, celui-ci agit par cataxie, c'est-à-dire que l'action dinicrobienne qui était conjointe devient associée. Mais le sérum peut agir par ses anticorps normaux, même s'il n'est pas spécifique contre aucun des microbes en cause ; le sérum de cheval contient, en effet, normalement des anticorps valables contre le perfringens, le staphylocoque. A noter aussi la synergie entre les différents anticorps.

L'acide carbonique dans l'organisme. — *M. Mayer.* — Ce gaz, par l'excitation bulbaire, paraît accroître les échanges en accélérant la respiration. Mais en réalité il diminue les échanges chez les sujets bien alimentés et non chez ceux en état de jeûne. Il y a à tenir compte de ces notions dans l'anesthésie par le protoxyde d'azote où l'intoxicatiou par le gaz carbonique en excès joue certainement un rôle.

L'activité de l'hormone ovarienne. — *M. Hinglais.* — On admettait jusqu'ici que la folliculine n'était que faiblement active par voie buccale (5 à 20 fois moins active que par voie sous-cutanée).

L'auteur étudie la question avec des méthodes plus précises et montre que l'activité buccale est grandement accrue si l'on a soin de fractionner les doses administrées.

L'activité est maximum lorsque la dose employée est administrée en 6 fractions réparties sur une durée de 36 heures. Par cette technique, avec une seule unité-rat on fait apparaître un cycle oestral complet chez un rat femel le châtré.

Dans ces conditions, par conséquent, l'activité de l'hormone par voie buccale devient aussi intense que par voie sous-cutanée.

L'auteur définit sur ces bases une « unité-rat buccale » permettant le dosage précis de l'hormone par voie buccale et signale l'intérêt de ces nouvelles données pour la thérapeutique humaine.

Elections. — *MM. Tixier* (de Lyon) et *Pachon* (de Caudéran), sont élus associés nationaux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 Février 1931

Volumineux calcul intra-duodénal. — *M. Moure* rapporte une observation de *M. Caudrelier* (de Vannes). Il s'agissait d'une malade présentant un syndrome de sténose pylorique réalisé par un calcul biliaire ayant pénétré dans le duodénum par une fistule cholécysto-duodénale. Extirpation du calcul par duodénotomie et guérison.

M. Moure a observé un cas analogue; après extirpation du calcul, il a fait une cholécystectomie; sa malade est morte.

M. Moure croit que dans un cas pareil, il faut faire le minimum et se borner à enlever le calcul.

M. Maisonnet a vu un cas analogue ou l'on a cru avoir affaire à un calcul rénal. Lombotomie sans trouver le calcul. A une deuxième intervention, on trouve un énorme calcul dans le duodénum. La cholécystectomie fut très facile et le duodénum fermé par une suture en trois plans.

M. Okinczyc a observé deux cas. Dans le premier, il s'agissait d'une sténose aiguë. Ablation du calcul et cholécystectomie. Fermeture du duodénum; gastro-entérostomie complémentaire. Dans les suites opératoires, le malade fit une pleurésie purulente et finit par mourir.

Le deuxième malade avait une sténose pylorique; il n'y avait pas de calcul, mais une fistule cholécystopylorique avec sténose inflammatoire. Ablation de la vesicule et gastro-entérostomie. Guérison.

Ainsi M. B. ne voit-il pas l'intérêt de faire systématiquement l'opération en deux temps.

M. Brocq dit qu'il est difficile de prendre parti d'une manière définitive : les indications varient avec chaque malade.

M. de Martel a vu un cas analogue; il fit uue gastro-entérostomie et au cours de l'opération extirpa des calculs intragastriques et vésiculaires. Il n'a pas enlevé la vésicule qui est restée ouverte dans l'estomac.

M. Moure conclue qu'il faut en principe faire le minimum.

Greffe segmentaire pour une pseudarthrose du radius. — *M. Cunéo* rapporte une observation de *M. Massini* (de Marseille). La pseudarthrose avait déjà été greffée sans résultat. Une deuxième greffe segmentaire réussit à obtenir la consolidation.

M. Cunéo dit d'autre part que les pseudarthroses du cubitus avec perte de substance doivent souvent être opérés.

M. Dujarier insiste, comme M. Cunéo, sur le fait que le nom de greffe d'Albee doit être réservé aux greffons prélevés avec la double scie jumelée.

Sur la résection du genou. — *M. Sorel* résume la discussion en cours, en condamnant la suture métallique. Il fixe le membre malade dans un grand appareil pelvi-cruro-jambier. Il insiste sur la technique opératoire et discute le moment de l'intervention.

Eléphantiasis. — *M. Proust* a observé un séminome du testicule traité par radiothérapie, qui a fait un éléphantiasis brusque d'un des membres inférieurs par oblitération lymphatique probablement par embolie. M. Proust préconise alors la radiothérapie de la région de l'aine qui amène la régression très rapide de l'éléphantiasis, au moins dans les formes aiguës.

Arthrite suppurée du genou. — *M. Wiart* a guéri une arthrite suppurée du genou sans arthrotomie par bactériothérapie-intra-articulaire. Le malade fit deux abcès extra-articulaires qui furent incisés.

M. Mathieu et *M. Sorel* insistent sur le fait que des arthrites suppurées du genou peuvent guérir avec l'intégralité des mouvements.

Présentation de radiographies de fracture du rachis passée inaperçue et sans troubles fonctionnels par *M. Hartmann.*

G. MENEGAUX

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 février 1931

Un cas de péricardite aiguë primitive à gros épanchement vraisemblablement d'origine rhumatismale. *MM. P. Brodin et J. Guyot.* — Les auteurs présentent un malade de 29 ans atteint d'une péricardite primitive à gros épanchement avec état général grave et température très élevée. En raison de la disparition rapide des accidents sous l'influence du salicylate de soude et malgré l'absence de toute localisation articulaire ou endocarditique, ils pensent qu'il s'est agi d'une atteinte péricardique primitive rhumatismale. Il semble donc que le rhumatisme cardiaque d'emblée, dont les localisations sur l'endocarde sont actuellement bien connues puisse parfois déterminer uniquement une péricardite.

Anévrysme de la crosse aortique ou tumeur du médiastin chez un enfant de 14 ans. — *MM. Weill-Hallé et Haïk* rapprochent cette observation des faits signalés dans les dernières séances par MM. Deschamps et Mourrut, Clerc, Mourrut et Schwob. Les auteurs relatent l'histoire d'un jeune garçon de 14 ans venu à leur consultation pour des crises thoraciques douloureuses.

L'exploration radiologique a montré l'apparence d'une tumeur anévrysmale de la crosse aortique et les auteurs ont longtemps hésité sur la nature exacte de cette lésion médiastinale. Après un traitement radiothérapique dirigé vers une tumeur néoplasique, une série d'injections de cyanure a paru amener la sédation des douleurs.

Mais l'aspect radiologique subsiste et une voussure nette de la paroi inclinent le diagnostic en faveur de l'anévrysme, exceptionnel à cet âge, et sans aucune hérédité spécifique.

M. Laubry insiste sur le fait qu'il existe bien peu de cas vérifiés d'anévrysme de l'aorte chez l'enfant ; aussi doit-on exiger pour poser un tel diagnostic des signes cliniques et radiologiques certains et indiscutables qui manquent dans le cas présent.

M. Dufour fait remarquer que l'absence de médiastinite et de périaortite sur les radiographies ne plaide pas en faveur du diagnostic d'ectasie.

M. Sergent rappelle que les signes radiologiques très souvent ne sont pas suffisants pour poser le diagnostic d'anévrysme, et que d'autre part ils sont fréquemment la cause d'erreurs.

M. Douzelot pense que dans le cas rapporté par M. Weill-Hallé, on pourrait penser à une tumeur développée aux dépens des ganglions médiastinaux, ou encore à une tumeur d'origine osseuse.

La seconde hypothèse lui paraît la plus vraisemblable, car la tuméfaction n'a pas été influencée par la radiothérapie et que l'on peut constater sur les radiographies une grosse réaction costale.

A propos du diagnostic radiologique de l'appendicite chronique. — *MM. Guy Laroche, Brodin et Donnaux* estiment que la constatation d'un point douloureux sur l'appendice quand il est visible, ou à défaut de cette visibilité sur le bord interne du cæcum au-dessous de l'abouchement iléocæcal et se déplaçant sur le cæcum avec les changements de position du malade reste le meilleur test de diagnostic de l'appendicite chronique. Dans un assez grand nombre de ces cas, ils n'ont constaté ni stase iléale, ni spasme du cæcum et cependant les résultats thérapeutiques et les résultats opératoires ont nettement confirmé le diagnostic. Le syndrome radiologique indirect de MM. Jacquet et Salley leur paraît donc inconstant.

Chez les malades, plus rares, dont la fixité du cæcum ne permet pas de vérifier les rapports intimes entre le point douloureux et le cæcum lui-même, ou chez lesquels il n'existe pas de point douloureux, ce syndrome radiologique indirect leur paraît présenter un certain intérêt. Mais pour qu'il garde toute sa valeur, il est indispensable d'éliminer certaines causes d'erreur d'origine gastrique ou intestinale et de s'assurer par l'étude complète de la traversée digestive que le retard dans l'évacuation de l'iléon et le spasme du cæcum sont dûs uniquement à une cause locale.

M. Cathala rappelle la difficulté extrême du diagnostic entre l'appendicite chronique et la colite, et pense qu'il s'agit-là bien souvent d'une question de doctrine.

M. C. Laroche ajoute qu'à chaque fois ou presque qu'il existe une lésion inflammatoire du cæcum, l'appendice est atteint.

M. Labbé croit que dans la majorité des cas l'appendicite chronique est la conséquence d'une entérocolite chronique.

M. Sergent fait remarquer que les péritonites bacillaires très localisées, beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit généralement, sont d'un diagnostic quasi impossible avec l'appendicite chronique dans bien des cas.

Deux cas de streptococcémie suraiguë mortelle : Particularités cliniques et considérations sur le traitement par la trypaflavine. — *MM. G. Caussade, A. Médioni,* et *P. Coupeau.* — Les auteurs dégagent de deux observations les particularités suivantes : 1° début soit par une angine érythémateuse suivie rapidement de douleurs articulaires ; soit par une grippe banale saisonnière qui dura deux jours laissant le diagnostic en suspens, alors que, dans le premier cas, il put être établi d'une manière precoce, entre autres symptômes, surtout par une langue rotie ; 2° malgré une très courte durée (six jours) sont survenus un placard érysipélatoïde et la suppuration d'arthrites qui contenaient le streptocoque hémolytique déjà décelé dans le sang ; 3° une confusion mentale consistant principalement en une euphorie exagérée avec rictus incessants ; 4° une polypnée intense (70) et continue de la durée de 24 heures et dont ni le traitement par la trypaflavine, ni une affection organique quelconque semble être la cause ; ou une respiration du type de Cheyne-Stokes avec stabisme convergent dont la nature n'a pu être déterminée.

Les auteurs se sont demandé si l'infection ou une intoxication par l'azotémie pouvait être incriminée, et dans ce dernier cas, si elle était due soit à une néphrite causée par la trypaflavine, soit à la septicémie elle-même, des travaux récents démontrent la possibilité de cette double éventualité (Brûlé et Lenègre).

En tout cas, l'étude des troubles des divers métabolismes et des modifications sanguines au cours des septicémies, doit être poursuivie, en vue d'une thérapeutique qui ne serait pas essentiellement anti-microbienne.

M. Jansion rappelle une fois de plus qu'il n'a jamais observé d'accidents au cours du traitement par les injections de trypaflavine.

M. Laubry ajoute que dans les cas d'endocardite lente où il a essayé cette thérapeutique, il n'a pas constaté d'accidents mais que jamais la guérison ne put être obtenue.

Diabète insipide d'origine syphilitique probable traité et guéri par le traitement spécifique. — *M. Marcel Labbé.*

M. VALENTIN.

Rétention d'œufs morts. VORON et PIGNEAUD, à propos : « Deux observations de rétention prolongée d'œufs morts. (*Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie*, octobre 1930, n° 8, p. 560), constatent que les rétentions prolongées d'œufs morts s'accompagnent d'un certain degré d'irritabilité utérine et que de petits moyens sont capables en pareil cas de provoquer l'apparition de contractions expulsives. Ceux qu'ils ont mis en œuvre paraissent sans danger et leur ont donné dans ces deux cas d'excellents résultats. (dilatation aux bougies d'Hégar dans un cas et, dans l'autre, extrait hypophysaire).

Greffes ovariennes. La greffe intrarénale de l'ovaire ne réussit que chez 41 pour 100 des rates entières, tandis qu'on a 100 pour 100 de succès chez les rates castrées. Les ovaires greffés à des rates entières ne contiennent point de corps jaune et, dans un seul cas, on trouve un follicule mûr.

La greffe de l'ovaire est moins facile et ses follicules ne mûrissent point quand il existe *in situ* des ovaires fonctionnant bien. E.-B. DEL CASTILLO ET C.-J. CALATRONI. Greffes d'ovaires chez des rates entières. *C. R. des séances de la Société de Biologie.* 1930, t. CV, No 29, p. 310).

H. V.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Cœur

Deux observations de tachycardie paroxystique supra-ventriculaire, l'une d'origine auriculaire. l'autre d'origine infra nodale, sont rapportées par Tiburcio Padilla et Pedro Cossio ; les accès ont disparu brusquement sous l'influence de l'administration intraveineuse de 0,50 gr. de sulfate de quinidine en solution dans 10 cc. de sérum physiologique.

La quinidothérapie intra-veineuse est indiquée pour son innocuité absolue et sa réelle efficacité dans tout accès de tachycardie paroxystique prolongé et irréductible par les traitements courants, à la condition de prendre les précautions suivantes :

Employer du sulfate de quinidine chimiquement pur, avec une tolérance ne dépassant pas 0,5 %, à la dose de 0,50 gr. en solution dans 10 cc. de sérum physiologique, stérilisée pour l'administration intra-veineuse.

Faire l'injection lentement sur le sujet couché.

Si la quantité indiquée n'est pas suffisante pour arrêter l'accès, il n'y a aucun inconvénient à répéter une dose plus forte, après un certain temps, jusqu'à concurrence de 0,015 gr. par kilo de poids.

Une fois la crise passée, on continuera l'administration du sulfate de quinidine par voie buccale. à la dose ordinaire, pour obtenir des résultats durables.

(La quinidoterapia endovenosa en las taquicardias paroxisticas. *Semana medica*, 6 novembre 1930).

Syphilis

Le traitement de la syphilis nerveuse par le choc a donné un succès à Van Gehuchten.

Il s'agit d'une femme, mère de deux enfants bien portants. L'affection a débuté par de la lourdeur des membres inférieurs; on a constaté ensuite de la faiblesse des membres supérieurs et des troubles de la parole, qui apparaissent surtout lorsque la malade est fatiguée.

Tous ces troubles augmentent d'intensité : depuis six mois sont survenus des troubles oculaires : réaction de Bordet Wassermann fortement positive dans le sang, négative dans le liquide céphalo-rachidien.

Le traitement spécifique ne donne aucun résultat ; les symptômes s'aggravent rapidement.

Une thérapeutique de choc, par injection de Dmelcos, donne l'élévation thermique attendue. On répète les injections, les symptômes rétrocèdent, la guérison est obtenue.

(Syphilis nerveuse améliorée par le traitement de choc. Séance du 25 octobre 1930 de la Société belge de neurologie. *Bruxelles médical*, 30 décembre 1930).

Tuberculose

La calcithérapie prolongée a donné des résultats favorables et durables dans les formes avancées de la tuberculose pulmonaire.

Tullio Crippa a choisi le gluconate de calcium, qu'il préfère à l'afenil (chlorure de calcium et d'urée) et au chlorure de calcium pour sa meilleure tolérance, les coefficients de toxicité étant respectivement de 1, 1,8 et 4,26.

Observation 1. Bronchoalvéolite bi-apicale, surtout étendue à droite. 26 injections intra-veineuses de 10 cc. et 40 injections intra-musculaires de 5 cc. de calcium Sandoz, du 24 octobre [illegible] au 28 juin 1929 : amélioration sensible avec diminution de la toux et de l'expectoration et disparition des hémoptysies. Le poids est passé de 68 à 78 kilos.

Obs. 2. Bronchopneumonie du lobe supérieur droit et gauche; laryngite. Huit injections intra-veineuses de 10 cc. du 13 novembre 1928 au 3 décembre 1928. Etat stationnaire.

Obs. 3. Pleurite de la région infrascapulaire droite ; bronchopneumonie du lobe supérieur gauche. 82 injections intraveineuses de 10 cc. du 13 novembre 1928 au [illegible] mai 1929. Amélioration.

Ob. 4. Broncho-alvéolite apicale gauche : bronchopneumonie à foyers disséminés du lobe supérieur droit ; cortico-pleurite de la base droite. 85 injections intraveineuses de 10 cc. du 26 novembre 1928 au 29 juillet 1929 : cinq séries d'injections intramusculaires de 5 cc. en janvier, mars, mai, juin et juillet. L'examen radioscopique montre une amélioration locale considérable.

Obs. 5. Pleurite plastique à droite. Bronchopneumonie à foyers disséminés des lobes supérieur et inférieur droits, surtout en arrière. 29 injections intraveineuses du 8 janvier au 20 mars 1929. Décès en avril.

Obs. 6. Broncho alvéolite du sommet droit. 44 injections intraveineuses de 10 cc. du 27 mars au 29 juillet 1929. Amélioration appréciable, confirmée par la radioscopie.

La cure calcique intensive et prolongée par voie intraveineuse est toujours possible dans la tuberculose pulmonaire, quel qu'en soit le degré ; même les cas les plus graves sont susceptibles d'amélioration.

(Calcioterapia prolungata negli stadi avanzati di tuberculosi pulmonare. *Rivista di patologia e clinica della tuberculosi*, 31 octobre 1930).

Le traitement des vomissements des tuberculeux par les injections intraveineuses de chlorure de sodium hypertonique a été imaginé et pratiqué par Raul F. Vaccarezza, Carlos A. Videla et Guido Pollitzer.

On emploie une solution stérile de chlorure de sodium à 10 % et on pratique deux injections quotidiennes de 10 cc. par voie intraveineuse. Il convient de poursuivre le traitement pendant une semaine au moins, même si les vomissements se sont arrêtés depuis la première injection.

Sur onze malades traités dix obtinrent un résultat nettement favorable et le onzième une amélioration.

(Tratamiento del vomito de los tuberculosos por las inyecciones endovenosas de cloruro de sodio hypertonico. *Prensa medica Argentina*, 20 octobre 1930).

Voies respiratoires

L'émétine dans les abcès pulmonaires. La première fois que José Luna Ganan utilisa l'émétine dans le traitement des abcès pulmonaires, ce fut en 1927 ; 20 injections de 0,04 gr. amenèrent la guérison ; peu de temps après, un autre cas fut guéri également.

L'A. rapporte une nouvelle observation ; abcès post-bronchopneumonique, avec expectoration contenant de nombreux leucocytes polynucléaires, des cocci en chainettes, des diplocoques, quelques tétragènes, sans fibres élastiques, à albuminoréaction positive. Il pratiqua des injections intra-musculaires, d'abord de 4, puis de 6 centigrammes, jusqu'à concurrence de 80 centigrammes en sept jours. Les crachats diminuèrent et la radiographie montra une tendance à la guérison par formation de tissu cicatriciel.

(La emetina en los abscessos pulmonares, *Medicina*, novembre 1930).

Ophtalmologie

La lactothérapie donne les meilleurs résultats dans les processus inflammatoires de la partie antérieure du globe oculaire.

Les injections intra-musculaires se font tous les deux jours, à des doses variant de 5 à 8 cc. Les malades supportent bien les injections, la température atteignant au plus 40°. L'amélioration se manifeste de la 3e à la 5e injection ; il est inutile de pratiquer plus de sept piqûres, si l'on n'obtient aucune amélioration.

Six cas d'affections oculaires gonococciques (iritis ou conjonctivites), six cas d'iritis rhumatismales ou d'iridocyclites plastiques, quatre cas de traumatismes oculaires ont donné un seul échec, une iridocyclite plastique. L'amélioration est rapide dans l'iritis rhumatismale, les phénomènes inflammatoires s'atténuent dans les formes gonococciques. Le résultat le plus brillant est la guérison d'une kératite à hypopion en trois piqûres.

La lactothérapie s'associe aux traitements locaux qu'elle complète et renforce.

(P. Porru, la lattoterapia in oculistica, *Il Policlinico*, 18 août 1930).

Parasitologie

La lambliase duodénale est justement redoutée des médecins, car les traitements échouent régulièrement.

J. M. Madinaveitia propose un nouveau traitement, consistant en séances de diathermie de 30 à 45 minutes ; le sondage duodénal, pratiqué immédiatement après, montre des parasites comme paralysés, presque sans mouvements ; un sondage, pratiqué une heure plus tard, montre que les parasites ont recouvré un peu de vitalité.

Deux guérisons ont été obtenues en trois et quatre séances.

(Nuevo tratamiento de la lambliasis duodenal. *Archivos de Medicina Cirugia y Especialidades*, 4 octobre 1930).

Toxicologie

Le sulfonal a la réputation d'être assez toxique ; Hoven rapporte deux cas d'intoxication par ce produit.

Le premier fut grave ; on avait administré 1 gr. à une malade atteinte de confusion mentale avec agitation violente ; on observa une température élevée, une éruption scarlatiniforme, de l'œdème de la face ; cet état s'améliora en quelques jours, mais l'œdème persista pendant un mois.

Le deuxième, observé chez un malade atteint de confusion mentale, fut moins grave bien qu'analogue

(Deux cas d'intoxication par le sulfonal, séance du 25 octobre 1930 de le Société de médecine mentale de Belgique, *Bruxelles Médical*, 23 novembre 1930).

Varia

Les conditions de la vie moderne, imposées par le séjour dans les villes et la sédentarité, ont produit des races nerveuses et hypersensibles, dont les ennuis deviennent des tragédies. (W.E. Dixon, de Cambridge).

La pratique clinique journalière nous rappelle constamment la nécessité d'étudier de plus en plus soigneusement les fonctions énigmatiques du système nerveux végétatif, qui, en liaison avec le système endocrine, constituent le substratum fondamental d'un certain nombre de syndromes viscéraux jusqu'alors d'interprétation difficile et obscure (G. R. Gonzalo, de Madrid).

J. LAFONT.

CORRESPONDANCE

Nous avons reçu la lettre suivante :

A propos d'une conclusion de M. J. LAFONT dans la « Revue de Presse Départementale et Coloniale »

J'ai entendu dire que la radiothérapie avait mauvaise presse. Je supposais que cette opinion pouvait être fondée sur les querelles que lui ont cherchées de temps à autres, quelques chirurgiens empressés de trouver un dérivatif à des responsabilités pour le moins partagées. La fable : « Le loup et l'agneau » demeure d'actualité. Et ce sont là jeux trop naturels, trop humains pour qu'on ne les puisse considérer avec philosophie.

Mais je demeure confondu, déconcerté, après avoir lu dans « *Le Progrès Médical* » du 3 janvier 1931 page 31, sous la signature de J. Lafont, la phrase suivante : « L'emploi des rayons X dans le cancer aboutit parfois à une terminaison fâcheuse ou même désastreuse ». Devant cette affirmation je ne puis m'empêcher de penser au jugement précipité des foule irréfléchies qui aboutit au lynchage d'un innocent. Car une telle conclusion ne saurait sortir de l'examen impartial des trois cas relatés par M. Henri Malherbe, du moins tels qu'ils sont présentés dans « *Le Progrès Médical* ».

Le premier cas traite d'un nœvus du bras. Or il n'est pas un spécialiste radiothérapeute qui ne soit pénétré de la doctrine absolue du « noli me tangere » en matière de nœvi : ni chirurgie, ni radiothérapie. Seule l'électrolyse ou la diathermo-coagulation périphérique sont de mise. Et il est parfaitement injuste de rejeter sur une méthode la faute imputable à une personne.

Il est difficile de discuter le 2e cas vu l'imprécision des données. Cependant la technique d'irradiation employée est mauvaise à priori : on ne fait pas 27 séances de radiothérapie sur une tumeur superficielle ; cette répétition de séances, à elle seule, constitue une faute de technique. D'autre part il est difficile d'admettre qu'on a appliqué une dose inférieure à 400 R (2 h.) par séance, et alors on arrive au chiffre de 54 h. (10800 R) qui explique amplement la radiodermite qui semble être décrite et que l'on a peut être confondue avec une récidive. Là aussi la technique paraît être en cause et non la méthode.

Enfin en ce qui concerne le 3e cas, il faut vraiment avoir un préjugé bien ancré pour trouver dans le dénouement de cette observation un méfait des Rayons X. N'a t-on jamais vu après l'exérèse chirurgicale correcte d'un sein des vésicules, puis un ulcère, apparaître dans la région cicatricielle un an après l'opération ? Et cela sans rayons X préventifs ? Il n'est pas un chirurgien qui n'ait plusieurs cas semblables dans ses observations, et il ne se passe pas de mois sans que je n'en voie au moins un au service de radiologie de Beaujon. Mais la femme dont on résume l'observation avait reçu 3 séances de radiothérapie pénétrante à 8 jours d'intervalle sur sa cicatrice d'amputation. Eh bien là encore on ne peut que déplorer les fautes commises. 1° On a irradié une cicatrice opératoire sans même connaître la nature de la lésion qui avait justifié l'exérèse puisqu'il s'agissait d'une tumeur épithéliale « probable ». 2° il y a longtemps que l'emploi de la radiothérapie pénétrante est condamnée dans le traitement post-opératoire des cancers du sein.

Depuis qu'Audan a montré l'excellence des résultats obtenus avec la radiothérapie semi-pénétrante, à petites doses, et étalée non pas sur 3 semaines, mais sur deux années, tous les radiothérapeutes se sont ralliés à cette technique après en avoir reconnu le bien fondé. Donc de nouveau, faute de technique qui ne saurait en rien entacher la valeur de la méthode.

Je regrette infiniment d'abord d'avoir à discuter ces observations qui semblent prouver que la technique correcte de la radiothérapie est insuffisamment connue, ensuite d'avoir à réfuter des conclusions qui ne s'imposent nullement (j'espère l'avoir démontré), et qui peuvent porter préjudice à une méthode jusqu'à présent inégalée pour soulager de malheureux incurables

Il faudrait au contraire que tout le monde sût que dans l'état actuel des choses la radiothérapie reste le traitement de choix dans les cancers inopérables. Bien maniée elle donne à ces désespérés, parfois une longue survie, souvent une survie déjà appréciable et toujours une amélioration des symptômes en particulier une diminution des douleurs. A moins d'exiger un miracle on ne saurait demander davantage.

Dr Marcel JOLY,
Electro-radiologiste des hôpitaux.

Nous avons communiqué cette lettre au Dr J. Lafont qui nous a adressé la réponse suivante :

Réponse à la lettre du Dr Marcel JOLY

La note à laquelle fait allusion la lettre de M. Marcel Joly est l'analyse d'un article de M. Henri Malherbe, paru dans la *Gazette médicale de Nantes* du 15 octobre 1930, comme l'indiquent le titre (Revue de presse...) et la référence.

La lecture des trois observations, intégrales ou résumées, montre bien que je n'ai exagéré en rien en parlant de « terminaison fâcheuse ou même désastreuse » et d'« aléa qui commande l'abstention », puisqu'elles se terminent par une généralisation, une récidive et une extension foudroyante.

M. Marcel Joly est d'avis que les résultats sont dus à une mauvaise technique, ce qui est une affaire à régler entre lui et M. Henri Malherbe ; pour moi je m'en suis tenu au rôle modeste, qui consiste à analyser un article et à en extraire la tendance et l'esprit.

J. LAFONT.

Les modifications thermiques au début de la gestation » sont signalées par le prof. FRUHINSHOLZ. (*Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1930, p. 533) : fièvre légère des premières semaines, qui s'observe chez les femmes ayant une élévation prémenstruelle de la température.

H. V.

REVUE DES THÈSES

Le bacille tuberculeux, polymorphisme, position systématique, par le Dr Emile ROMAN. Service photographique de l'Université de Lyon 1930.

Dans ce travail, l'auteur s'est efforcé de donner une revue critique des notions publiées jusqu'à ce jour sur les variations morphologiques et la reproduction du parasite de la tuberculose, afin d'assigner à ce microorganisme sa place dans le système des végétaux. L'ouvrage est donc divisé en trois parties.

Dans la première, l'auteur s'est trouvé entraîné à distinguer neuf formes du parasite, dont il étudie l'aspect extérieur et la structure et, à la lumière de la morphologie comparée, la valeur biologique et systématique.

La forme bacillaire acido-résistante ou bacille de Koch représente l'élément végétatif le plus fréquent. On la trouve dans la plupart des lésions et dans les cultures sur milieux riches ; le parasite peut aussi végéter sous cette forme, quand il n'a pas d'éléments nutritifs à sa disposition (eau distillée, blocs de plâtre). A propos du bacille de Koch, l'auteur étudie la cytologie du parasite ; il n'a pas réussi à révéler d'appareil nucléaire, les corpuscules chromophiles ou granulations de Much lui paraissent très voisins des corpuscules métachromatiques et représentent probablement des substances de réserve ; il n'existe pas de chlorophylle. Une grande similitude d'aspect rapproche le bacille de Koch des éléments végétatifs des microorganismes connus sous le nom de « Bacilles acido-résistants » et des segments bacillaires de certaines actinomycées.

Les bâtonnets décrits comme formes bacillaires non acido-résistantes comprennent probablement des bacilles de Koch jeunes et des microorganismes de contamination.

Les formes géantes peuvent présenter des ramifications vraies. Des formes analogues ont été signalées non seulement chez les actinomycées, les « acido-résistants » et les corynebactéries, mais encore chez des bactériacées, des bacillacées, des coccacées, des spirillacées, des myxobactériacées.

Sous le nom de forme actinophytiques, l'auteur désigne les corps en masse observés dans des lésions analogues aux grains jaunes de l'actinomycose. Les inoculations réalisées dès 1911 avec des bacilles de Koch tués puis avec des corps inorganiques pulvérisés ont démontré que les tissus de l'hôte interviennent dans leur constitution.

La plupart des éléments décrits comme formes levures représentent des impuretés. Il en est de même des formes moisissures.

Plusieurs auteurs ont attribué des fonctions régénératrices à certaines formations amorphes et en particulier au réticulum cyanophile de Besançon et Philibert. Il ne semble pas que ces productions soient vivantes et il n'y a pas lieu d'admettre chez le parasite de la tuberculose l'existence d'un stade symplasme.

Les formes granulaires représentent le plus souvent des corpuscules chromophiles libérées ; elles peuvent apparaître au cours de la bactériolyse et se retrouvent souvent dans les organes où l'activité leucocytaire est intense. L'auteur regarde la plupart d'entre elles comme des produits de la désintégration des bacilles.

Les formes filtrables, qui paraissent nettement différentes des précédentes par leur taille, sont susceptibles de régénérer des bacilles de Koch.

Dans la seconde partie, l'auteur examine tout d'abord les processus de multiplication végétative : parmi eux, on doit retenir la division scissipare des formes bacillaires et la dissociation des formes géantes en segments courts.

Les corpuscules chromophiles n'interviennent pas dans la reproduction : les formes filtrables représentent probablement des éléments reproducteurs ; certains faits portent à croire qu'il peut exister aussi une reproduction par des conidies analogues à celle des actinomycées.

Comme la cytologie n'a pas encore fourni un système définitif des thallophytes, l'auteur, d'accord avec M. le Professeur Guiart, a préféré s'en tenir à la classification basée sur la présence ou l'absence de chlorophylle. Dans ces conditions, il convient de ranger les bactéries dans le grand embranchement des champignons. Le parasite de la tuberculose est donc un champignon, de l'ordre des bactéries. Avec les « acido-résistants », il forme un genre homogène très proche de la famille des actinomycées.

Echos et Glanures

Une proposition de résolution au sujet des lieux de Genève. — M. Maurice Robert, député de l'Aube, a déposé à la Chambre, au sujet des lieux de Genève, un projet de résolution dont voici le texte :

« La volonté pacifique de la France ne peut faire le moindre doute aux yeux de tout observateur impartial.

Tout ce qui est fait par le Gouvernement de la République pour empêcher le retour de la guerre et pour assurer définitivement la paix entre les hommes, recueille et ne cessera pas de recueillir l'approbation résolue de notre peuple si cruellement éprouvé.

Il pourrait donc paraître superflu d'envisager quoi que ce soit en prévision d'une guerre qui, nous l'espérons et nous y tendrons de toutes nos forces et de tous nos espoirs ne se produira plus, si, d'autre part une obligation élémentaire de prudence ne nous contraignait d'envisager qu'une défaite, ne fut-elle que momentanée, du pacifisme ne manquerait pas de réserver à un pays attaqué de terribles épreuves dont ne serait pas exempte la population civile elle-même.

En sa faveur un médecin général qui signe du pseudonyme G. Espé de Metz, médecin en l'expérience duquel nous sommes fondés à croire en raison de l'expérience que lui ont valu des fonctions exercées durant la guerre et pendant la paix, a fait en 1929 et 1930 une série de propositions.

La plus importante à notre avis est exposée dans la proposition de résolution qui suit.

Elle a pour but, indépendamment et en sus des garanties résultant des stipulations du droit international ou d'accords généraux ou particuliers, de placer sous la protection de la Croix-Rouge un nombre relativement élevé de non-combattants.

Si, à notre douleur, des conflits armés devaient encore se produire, il est incontestable que la réalisation du projet sauverait quantité d'êtres humains.

Le passé de la Croix Rouge répond de son efficacité.

Depuis qu'elle existe, des centaines de milliers de blessés, voués à l'extermination ou à la mort lente, ont été, grâce à elle relevés, secourus, soignés puis renvoyés dans leur pays d'origine.

Partout où il y a eu lutte, la Croix-Rouge s'est trouvé à hauteur de sa tâche et partout — sauf de cruelles exceptions — grâce à l'observance de ses règles, des malheureux ont été arrachés à la mort.

Etendre le privilège de la neutralité à d'autres encore qu'au blessé, étendre ce privilège aux tout petits, aux nourrissons, aux mamans qui les allaitent et aussi aux vieillards impotents, aux infirmes, aux mutilés, aux estropiés.... bref à ceux auxquels vont, quelques soient les différends et les haines, pitié et tendresse humaines, obtenir cette extension du domaine de la Croix-Rouge, ce serait ajouter infiniment aux bienfaits de la Convention de Genève, augmenter sa puissance et son rendement, l'adapter en quelque mesure aux effroyables conditions du combat moderne, commencer à restreindre le nombre des non-combattants exposés aux coups mortels ; ce serait en un mot assurer le salut de quantité d'existences.

Telle est la raison pour laquelle nous vous demandons de voter notre proposition de résolution, raison que renforce puissamment la considération suivante :

Si, comme nous l'espérons, comme nous le *voulons*, la cause sacrée de la paix fait suffisamment de progrès pour nous préserver, nous, de la guerre il n'en demeure pas moins que, porté grâce à votre initiative à la connaissance du monde entier par la Société des Nations le projet, destiné à accomplir son œuvre de salut peut-être en quelque contrée lointaine où viendrait à surgir un conflit armée, ne manquera pas d'exprimer par ses intentions et, le cas échéant, de traduire en faits la bonne volonté et l'ardent désir de fraternité de notre pays.

Proposition de résolution : La Chambre invite le Gouvernement à saisir la Société des Nations des propositions suivantes :

— étudier les moyens d'assurer pratiquement le bénéfice de la neutralité tel qu il est reconnu présentement aux blessés du fait de la Convention de Genève de 1864 (et des adjonctions faites à la dite Convention) aux différentes catégories de personnes que l'usage et la pratique hospitalière ont accoutumé d'assimiler aux blessés ou aux malades : parturientes, mères avec leurs nourrissons, vieillards impotents, infirmes, mutilés etc., etc.

étudier les moyens d'assurer aux établissements ou forma-

tions abritant, au cours des conflits armés, de quelque nature que soient ces conflits, les susdites catégories de personnes assimilées aux blessés et malades la neutralité qu'il est de règle, du fait de la Convention de Genève, de reconnaître aux formations sanitaires.

— étudier les moyens de constituer dans chaque nation, grâce à des accords entérinés par la Société des Nations, des endroits, lieux ou zones, devant être soustraits, en cas de conflits armés à toute action comme à toutes fins militaires, endroits, lieux ou zones, du territoire national dénommés jusqu'à plus ample informé *lieux de Genève*, placés au cours des hostilités sous le contrôle de commissaires neutres agréés par les deux parties et où pourraient être rassemblés les personnes précitées susceptibles d'être assimilées aux blessés ou aux malades, où pourraient être groupées, à l'occasion, des formations ayant recueilli ces personnes. »

A l'exposé de cette proposition qui nous l'espérons, ralliera l'unanimité des parlementaires, nous sommes en mesure d'ajouter les précisions suivantes :

— Les propositions humanitaires (dont *le lieu de Genève*) du médecin général G. Saint-Paul (G. Espé de Metz) sont exposées au dernier chapitre de son ouvrage, récemment analysé par le Dr Paul Le Gendre : *J'en appelle au monde civilisé* (à la Libre Image. Imprimerie *Labor*, 8 boulevard de Vaugirard, Paris XV. 280 p. 12 fr.)

— Un groupement « *Le lieu de Genève* » vient de se constituer. Les adhésions fussent-elles purement morales (c'est-à-dire gratuites, sans aucun versement de cotisation) sont instamment sollicitées par les organisateurs. Les adresser au Directeur de *la Libre Image* : M. Robert BOURNEUF, route de Villeneuve-Saint-Georges, 39, à Villeneuve-le-Roi (Seine-et-Oise).

La médecine au théâtre. « Le grand Patron ». — M. Pierre Brisson est allé voir jouer « Le Grand patron ». Voici ses impressions (*Le Temps*) :

« Nous avons entendu à la Comédie des Champs-Elysées, une pièce de M. André Pascal intitulée *le Grand patron*. Je vais vous dire une chose : je suis ému par M. André Pascal. J'ai l'impression très nette que tout l'or des Rothschild ne parviendrait pas à entamer sa foi. Avec une immuable persévérance qu'on sent chaque fois gonflée d'espoir, il s'attache à conquérir le grade d'auteur professionnel. Aucune entreprise, pour cela, ne lui semblerait inhumaine. Et l'entière innocence de cette ambition prend quelque chose de touchant.

Le grand patron dont il organise l'histoire est un illustre chirurgien, le professeur Volnys, de l'Académie de médecine. Ce Volnys se signale par une intégrité orgueilleuse. Il répugne aux concessions, il rabroue ses confrères du haut de sa probité. Dès lors, nous affirme l'auteur, sa situation matérielle demeure assez médiocre. Il gagne trop peu d'argent pour sa femme, trop jeune et trop brillante, qui en dépense trop. Lorsque le démon tentateur se présente sous l'aspect d'une financière mondaine (une Mme Hanau qui aurait passé par le répertoire), Volnys devient une proie facile. Car ce grand homme est sans malice. Il accepte de présider l'entreprise du Crédit médical. il accepte avec reconnaissance les mensualités princières qu'on lui offre en échange de son nom... Le Crédit médical sombre dans l'escroquerie. Et cette chute forme la péripétie de la pièce. Il s'agit de trouver sept cent cinquante mille francs pour éviter le scandale d'une inculpation. Pendant deux actes et demi on ne les trouve pas. Et, vers minuit moins dix Volnys reçoit le prix Nobel, qui le tire de l'abîme, ramène la joie dans la famille, et réconforte les spectateurs.

Le premier acte se déroule dans un style soutenu où flotte le parfum de Georges Ohnet. Les épisodes suivants prennent une allure plus mouvementée, s'organisent avec adresse pour entretenir les rebondissements de l'aventure. Il y a des larmes, des aveux, la menace d'un emprisonnement et des débats de théâtre. On pense au genre de répertoire où excellent M. Charles Méré et M. Kistemaeckers. Le public ne s'ennuie pas. Le succès serait plus vif encore dans une salle de quartier devant un auditoire à la bonne franquette. J'ai acquis une conviction : M. André Pascal est un auteur populaire qui s'ignore.

La mortalité en Russie soviétique. — De *Je suis Partout* (14 février 1931) :

« ... Dans la Russie soviétique du XXe siècle, affirme le journal israélite de Varsovie, *Nach Pcheglond*, ce qui rapporte le plus au département du commerce extérieur, c'est l'exportation

de cadavres dans certains pays d'Europe et au Canada, où l'on souffre, si l'on peut dire, d'une grande pénurie de matières premières pour les amphithéâtres des facultés de médecine...

Toute sensationnelle et inattendue qu'elle soit, cette information offre au moins ceci de vrai que le nombre de décès est si considérable dans l'U.R.S.S. que les cadavres y sont à... revendre.

La mortalité dans l'Union soviétique a trois principales causes : le manque de produits pharmaceutiques et de soins médicaux ; l'entassement de la population urbaine dans des locaux très souvent insalubres et toujours exigus, ce qui augmente la contagion des maladies ; les rigueurs du travail imposé à la classe ouvrière et du régime pénitencier pour les innombrables prisonniers politiques enfermés dans les camps de concentration ou envoyés au bagne dans les contrées les plus malsaines. Prenons, par exemple, Moscou, où le contrôle de l'Etat peut s'exercer d'une façon constante et complète. Qu'y voyons-nous ? Des hôpitaux archipleins, des soins médicaux insuffisants. Dans le grand hôpital Botkine, 40 % des malades meurent dans les cinq premiers jours de leur arrivée. Les médecins attribuent ce pourcentage de mortalite énorme au fait que « les malades sont amenés beaucoup trop tard ».

Le nombre des cas de refus de services médicaux ne cesse d'augmenter. Dans un hôpital, il est passé de 1.540 en 1928, à 3.000 en 1931 ; dans un autre, de 625 à 1.000. Dans la plupart des cas, les contagieux atteints de typhus, de dysenterie, etc., se soignent chez eux et propagent leurs maladies.

S'il est difficile de se soigner à Moscou, il est encore plus difficile de se protéger contre les maladies contagieuses. Des médicaments comme l'huile de ricin, le camphre, l'iode, la quinine, ne sont vendus dans les pharmacies que sur ordonnance. Or, celles-ci ne sont données que lorsque l'on est déjà très malade.

En outre, la promiscuité dans laquelle vivent les neuf dixièmes de la population de Moscou a augmenté dans une proportion effrayante la tuberculose, la syphilis et la prostitution... ».

L'affaire du professeur Martini. — On lit dans *Je suis Partout* (24 janvier 1931) :

« La presse italienne donne une assez large place au recours en cassation du professeur Martini, de Turin, recours qui sera discuté le 26 courant.

Le professeur Martini, médecin des hôpitaux de Turin, a été condamné en première instance, pour manœuvres abortives ayant entraîné la mort. La Cour d'appel a confirmé ce jugement,

Or, les faits sont assez troublants. La défense affirme que le professeur Martini, médecin d'une valeur professionnelle et morale au dessus de tout soupçon, s'est borné à l'intervention qu'exigeait l'état grave d'une jeune malade amenée à l'hôpital.

Cet état était la conséquence des manœuvres criminelles pratiquées sur elle en dehors et tout à fait à l'insu du professeur Martini.

Il aurait ainsi accompli son devoir médical le plus strict, sans cependant réussir à sauver la patiente, Rosetta Cavallaro.

La famille de celle-ci, partie civile au procès, a prétendu au contraire que, seul, le professeur était intervenu ; et l'accusation a fait admettre par les juges qu'il avait ainsi agi sous la crainte des représailles qu'un refus lui aurait attirées de la part d'un certain Bigliocca, amant de la victime. Le professeur Martini aurait préféré se concilier, par sa complaisance coupable, les bonnes grâces dudit Bigliocca.

Ce dernier apparaît comme un individu assez dangereux, recherché par la police dès avant la mort de sa maîtresse, et considéré comme en fuite au moment où elle entra à l'hôpital.

Les deux parties tirent argument de cette situation pour appuyer leur thèse : l'accusation, pour expliquer la crainte à laquelle le professeur aurait cédé ; la défense, pour montrer que le médecin n'avait aucune raison de se concilier les bonnes grâces d'un aussi triste sire...

Une déclaration sincère de Bigliocca aurait suffi à éclairer la situation. Mais il est mort à son tour, emportant son secret.

La Cour de cassation est le suprême espoir du professeur Martini ; car, nonobstant sa situation morale et matérielle, il a été frappé de quatre années de réclusion, peine confirmée en Cour d'appel,

On conçoit que l'opinion publique italienne se passionne pour une telle cause, en raison même de la qualité du condamné ».


VIVOLÉOL
HUILE DE FOIE DE MORUE
SPÉCIALE
LABORATOIRES DU
VIVOLÉOL



NOUVELLES

[SUITE DE LA PAGE 382]

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés :

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade d'officier* : Dr Camille Lian, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Paris.

Au grade de chevalier : Dr Ciavaldani, d'El Arrouch (Algérie) : Dr Albert Jacob, d'Arcis-sur-Aube ; Mme Victorine Chollier, religieuse hospitalière à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Médaille d'honneur des épidémies. — La médaille d'honneur des épidémies en or a été décernée à M. le docteur Joseph Basquiat (d'Isle-sur-Serein, Yonne), mort victime de son dévouement.

Ministère de l'Instruction publique. — M. le docteur Georges Girel, conservateur du musée d'anatomie de la Faculté de Lyon, est chargé de mission au cabinet du ministre.

Lyon. — Par testament déposé aux minutes de Me Vey, notaire à Yssingeaux (Haute-Loire), M. le Dr Henri Moutot, demeurant à Lyon, 100, rue de l'Hôtel-de-Ville, décédé à Concots (Lot), le 7 août 1930, a fait aux Hospices un legs de 100.000 francs et de livres médicaux, à charge d'entretien de tombe et en faveur de l'internat des hôpitaux.

Deuxième cours international de perfectionnement sur la tuberculose. -Pâques 1931, du 7 au 12 avril, Palace-Sanatorium, Montana, Suisse.) — Ce cours portera particulièrement sur une série de questions visant la clinique de la tuberculose, son traitement médical et chirurgical et sera suivi d'exercices pratiques et de démonstrations.

Il sera fait par de nombreux spécialistes des différents pays d'Europe sur les sujets suivants :

Dr AMEUILLE, Paris: Physiologie pathologique du drainage des cavernes. — Prof. BACKMEISTER, St-Blasien : Le traitement diététique de la tuberculose. — Dr BIRCHER, Aarau : Le traitement de la tuberculose péritonéale et du mal de Pott. — Prof. BÖHME, Bochum : Tuberculose et pneumoconiose. — Dr BONNAMOUR, Lyon : Clinique et radiologie de la tuberculose intestinale. — Prof BRAUER, Hambourg : Sujet à convenir. — Dr FLESCH-THEBESIUS, Francfort. — Les nouveaux aspects du traitement des tuberculoses chirurgicales. — Dr FORESTIER, Aix-les-Bains : L'exploration pulmonaire par le lipiodol. — Dr GERAERD, Bruxelles : Traitement de la tuberculose pulmonaire par la sanocrysine. — Dr GERSON, Kassel : Résultats obtenus dans la tuberculose pulmonaire par mon traitement diététique (cas cavitaires). — Prof. GROTE, Francfort : Le diabète et la tuberculose. — Prof. GUARINI, Naples : Sujet radiologique. — Prof. HEGLER, Hambourg-: La guérison de la tuberculose miliaire aiguë hématogène du poumon. — Prof. HUGUENIN, Paris. : Les formes nodulaires et les formes diffuses de la tuberculose pulmonaire du point de vue anatomopathologique. — Dr KINDBERG, Paris : Le traitement des abcès pulmonaires. — Prof. KLEMPERER, Berlin : Le traitement médicamenteux de la tuberculose pulmonaire. — Prof. LICHTWITZ, Altona : Maladies allergiques. — Dr MISTAL, Montana : 1° Le traitement de la tuberculose pulmonaire à l'altitude ; 2° la thoracoscopie, indications et contre-indications. — Prof. MOURIQUAND, Lyon : Les formes cliniques et radiologiques de la tuberculose infantile. — Prof. PENDE, Gênes : Une forme anatomoclinique peu connue de la tuberculose du poumon. — Prof. POLICARD, Lyon : Bases histophysiologiques de la tuberculose du poumon. — Prof. PORTMANN, Bordeaux : Les formes cliniques de la tuberculose laryngée. — Prof. REALE, Montana : La caverne dans la tuberculose pulmonaire. — Prof. RONZONI, Milan : Quand débute la tuberculose pulmonaire chez l'adulte ? — Dr SIEBERT, Berlin : Indications de collapsothérapie dans la tuberculose pulmonaire (présentation d'un film intrathoracal.) — Dr SOULAS, Paris : La bronchoscopie, indications et résultats (projection d'un film). — Dr ULRICI, Sommerfeld, Berlin : Le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. — Dr DE WINTER, Bruges : L'apicolyse.

Le prix d'inscription est de 25 fr. suisses donnant droit à toutes les facilités accordées aux participants et à leurs familles. Tarif réduit : dans les hôtels et pensions, funiculaire, excursions dans différentes contrées de la Suisse, fêtes et divertissements, etc.

Prière d'envoyer toutes les demandes d'inscriptions et de renseignements complémentaires à M. le Dr O. M. Mistal, médecin-directeur du Palace-sanatorium, Montana.

BIBLIOGRAPHIE

Petites cliniques. Première série, par Louis RAMOND. Un volume de 200 pages : 32 fr. Masson, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Les Petites Cliniques que tout médecin, chirurgien, accoucheur ou spécialiste des hôpitaux fait oralement chaque matin à son entourage à propos des malades qui lui sont présentés constituent un enseignement pratique de la Clinique qui fait la particularité et le renom de la Médecine française.

Afin de faire profiter les praticiens retenus loin de l'hôpital d'un enseignement réservé aux élèves astreints à fréquenter les services hospitaliers, le Dr Louis Ramond a donné une forme écrite à ses présentations de malades ; ce sont ces « *Petites Cliniques* » qu'ont pu apprécier les lecteurs de la *Presse Médicale*, et ce sont elles, au nombre de 36, qui paraissent aujourd'hui dans ce livre.

« Penser pour ainsi dire tout haut devant les élèves, écrit l'auteur dans sa Préface, afin qu'ils puissent suivre pas à pas les étapes que doit franchir l'esprit pour aboutir à la solution du problème posé par un cas clinique déterminé, leur montrer ainsi par des exemples concrets comment il faut, au lit du malade, appliquer les données de la pathologie pour devenir un bon médecin ; en somme, leur apprendre à se servir de la science enseignée dans les livres et à l'école, pour exercer convenablement l'art de la médecine : voilà les idées fondamentales qui ont présidé à leur compotion. »

Toutes bâties sur le même plan, ces Petites Cliniques comprennent un exposé très vivant d'une observation de malade, puis une discussion diagnostique, suivie de l'établissement du pronostic, de la décision thérapeutique et, s'il y a lieu, de la rédaction d'une ordonnance, tout cela sans érudition superflue, mais en tenant compte des acquisitions les plus récentes de la science, dans ce qu'elles ont de réellement applicable à la médecine courante.

Ces Petites Cliniques se suivent sans ordre voulu, suivant les hasards de la clinique ; c'est un attrait de plus dont bénéficiera le lecteur.

Quatre cents consultations médicales pour les maladies des enfants, par le Dr Jules COMBY. Neuvième édition. Un volume de 552 pages : 36 fr. Masson, éditeurs 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Cet ouvrage est la neuvième édition, revue et considérablement augmentée d'un manuel pratique de médecine infantile qui a obtenu un brillant succès. Parti de 100 consultations, lors de la première édition, l'ouvrage a contenu dans les éditions successives 150, 160, 200, 260 consultations. La neuvième édition compte exactement 413 consultations. C'est dire que ce livre peut désormais figurer parmi les plus complets ; il contient certainement une réponse à toute question qui se présentera au lit de l'enfant malade.

Parmi les très nombreuses maladies traitées, il en est de communes, de banales pourrait-on dire, parce qu'on les rencontre à chaque pas de la pratique courante. Leur étude n'a pas été négligée, elle a reçu les développements qu'elle comportait.

D'autres, en plus petit nombre appartiennent à la classe des maladies exotiques, dont les Européens, les Français, quand ils n'ont pas voyagé seront surpris de trouver la description sommaire, quand ils ne seront pas déroutés par des noms à consonnances étrangères. Ces maladies des pays chauds et des colonies lointaines ne sauraient pas être désormais passées sous silence.

Et l'auteur a la prétention, d'écrire, non seulement pour les médecins français, mais encore pour les medecins du nouveau comme de l'ancien continent, des pays chauds, comme des pays froids ou tempérés. Car, les enfants, à quelque race qu'ils appartiennent et sous quelque climat qu'ils vivent, réagissent également devant la maladie. A ce point de vue il n'y a pas de pathologie distincte pour les races blanche, jaune, rouge ou noire, il n'y a qu'une pathologie *humaine* applicable aux enfants de tous les habitants de la terre.

Thérapeutique, pharmacologie et matière médicale, par le Dr François ARNAUD. Un volume grand in-8 de 878 pages. Broché : 80 fr. Relié toile : 95 fr. Masson, éditeur 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le *Traité de Thérapeutique, de Pharmacologie et de Matière médicale* du Dr ARNAUD, a été précisément écrit afin de procurer à l'étudiant et au médecin un fil conducteur pour se diriger dans le dédale encombré de la pharmacopée actuelle. Facile à lire, commode à consulter, *il embrasse l'ensemble de la Science Thérapeutique dans un cadre rationnel et méthodique suivant un plan général.*

Se basant sur une expériencc de plus de 30 ans comme praticien, comme médecin d'hôpital ou professeur ; connaissant les besoins de l'étudiant et du médecin dans le domaine de la science thérapeutique, le Dr ARNAUD a écrit un livre qui n'est pas un répertoire de formules, pas plus qu'un précis trop succinct, un manuel d'examen ou un Traité complet bourré de détails et de bibliographie.

La table des matières, (table de 24 pages, suivie d'une table alphabétique de 15 pages), ne donne qu'un aperçu de l'ouvrage, mais c'est en usant de ce livre, en le consultant couramment, qu'on appréciera sa riche documentation et ses qualités didactiques.

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMP. THIRON ET CIE. — R. C. 4264
MAISON SPÉCIALE POUR PUBLICATIONS MÉDICALES

Les sports d'hiver au Mont Genèvre au-dessus de Briançon

Les pentes du Mont Genèvre au-dessus de Briançon, à 1.850 mètres d'altitude, sont particulièrement favorables aux skieurs.
Pour en faciliter l'accès, un service combiné (automobile d'Oulx à Clavières, traineau de Clavières au Mont Genèvre) est mis en marche depuis le 20 décembre, les samedi, dimanche, fêtes et veilles de fêtes.
Ce service est en correspondance à Oulx avec les meilleurs trains en provenance ou en direction de Paris et de Lyon.

[...] EN 1873. — N° 10 — LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) — 7 MARS 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (Ve)
C. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies.......... 40 fr.
Étudiants.......... 30 fr.
Belgique.......... 45 fr.
Étranger, 1re zone.......... 70 fr.
2e zone.......... 90 fr.

Les Bureaux de Rédaction sont ouverts le Vendredi, de 5 h. 1/2 à 6 h.

SOMMAIRE

LE SULFARSÉNOL | LE ZINC-SULFARSÉNOL

DU DOCTEUR LEHNHOFF WYLD

Produits adoptés par les Hôpitaux.

Traitement de choix des nourrissons des enfants, des femmes enceintes

Dans l'infection puerpérale du Post Partum : Traitement préventif et curatif par injections sous-cutanées de 1° ctgr., ou dans les cas plus graves 18 ctgr (à jour passé) jusqu'à concurrence de 5 à 6 injections.

Dans les complications de la Blennorragie : Soulagement quelques heures après la première injection (18 à 24 ctgr.), guérison en peu de jours (sans récidive).

Dans le Paludisme : Traitement par doses progressives de 6 à 42 centigrammes.

Dans la Pratique chirurgicale : Prophylactique préventif des infections (p. ex. opérations de la langue). V. Profr Jeanneney, Congrès Médical de Madrid 1927.

Possède les mêmes propriétés que le SULFARSÉNOL courant mais avec l'avantage d'être :

NETTEMENT PLUS ACTIF

Toxicité très faible : 16 à 20 milligr. par 20 gr. de souris.
Index chimiothérapeutique remarquable : 1/66.

DOSES :	A	B	C	D	E	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	5 millig.	1 ctgr.	1 ctgr. 1/2	2 ctgr.	3 ctgr.	6 ctgr.	12 ctgr.	18 ctgr.	24 ctgr.	30 ctgr.	36 ctgr.	42 ctgr.	48 ctgr.	54 ctgr.	60 ctgr.	72 ctgr.	84 ctgr.	[illegible]

Arsénos-Solvant

Pour injections intra-musculaires ou sous-cutanées d'arsénobenzènes — **indolores** —
(Sérum glucosé avec addition de gaiacol et de chloretone) — Présentation : Boîtes de 1 — 6 — 12 ampoules

0 g 30 par Capsule
CÈDRE DU MAROC
HUILE ESSENTIELLE
CED-ROC
EN CROWN ATLANTICA

Le **Ced-Roc** remplace avantageusement l'essence de Santal dont il possède l'efficacité ; il ne provoque pas de maux d'estomac, ni de congestion des reins.

Dose : 10 à 12 *capsules par jour.*

TETRASTHÉNOL

Combinaison très efficace de fer, acide méthylarsinique, glycérophosphate et strychnine
PARFAITEMENT STABLE ET INDOLORE :-: **INJECTIONS SOUS-CUTANÉES**
Médicament remarquable contre tous les états de faiblesse.
Indications : Anémies (simple, chlorose, anémie des jeunes filles, convalescents), Endométrites, Retour d'âge, Neurasthénie, Chorée, ...gies chroniques, etc...
Présentation : *Boîte de 6 et de 10 ampoules.*

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE — Ch. DESGREZ *Docteur en Pharmacie*
19-21 rue Van-Loo — Paris XVIe — Téléphone : Auteuil 26-62 — 04-30.

CAPSULES DARTOIS
0,05 Créosote titrée en Gaiacol. 2 à 3 à chaque repas.
CATARRHES et BRONCHITES CHRONIQUES. 6, R. Abel, Paris

DÉSINFECTION INTESTINALE — CHLORAMINE FREYSSINGE
1 à 3 pilules à chaque repas. - **6, Rue Abel, PARIS** - Aucune contrindication

TOUT DÉPRIMÉ
— SURMENÉ
TOUT CÉRÉBRAL
— INTELLECTUEL
TOUT CONVALESCENT
— NEURASTHÉNIQUE



est justiciable de la

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

GOUTTES DE GLYCÉROPHOSPHATES ALCALINS (0.40 CENTIGR. PAR XX GOUTTES)

XV à XX gouttes à chaque repas. Aucune contre-indication.

Grand Prix Strasbourg 1923

6, Rue Abel, PARIS (12e)

NOTE DE THÉRAPEUTIQUE

La NÉVROSTHÉNINE d... régulièrement prescrite à t... sujets soumis à une **cure de ...sintoxication** ou **d'amaig...ment** par un régime ali... restreint.

L'état de mieux-être, la sen... d'énergie ainsi procurée per... de faire suivre le traitement ...tique tout le temps voulu pour obtenir les résultats qu'il doit ...

NOUVELLES

Assistance publique. — *Jury du concours de Médecin des hôpitaux.* — Le professeur Léon Bernard remplace le Dr Claude. Les autres membres du Jury ont accepté.

Sujets donnés à l'épreuve théorique anonyme du concours de médecin des hôpitaux. Série A : Formes cliniques et diagnostic de la lympho-granulomatose (maladie de Hodykin). — Série B : Anémie pernicieuse.

Faculté de médecine. — *Thèses.* — 3 mars. — M. Defaut. Etude des jumeaux (la non-identité). — Mme Konovaloff. Etude de la grossesse chez les tuberculeuses. — M. Thorain. Etude sur une observation de polynévrite.

4 mars. — M. Mifsud. Traitement par la haute fréquence des calculs de l'urètre. — M. Montaigne. Etude du traitement de la prostatite chronique. — M. Gaidebourof. Essai d'une théorie humorale des fonctions génitales de la femme. — M. Serre. Des cas d'anémie aiguë. — M. Schwartzenberg. Etude des coups de feu de l'oreille (petits projectiles). — M. Lerolle. L'exode d'un peuple. — M. Nazarian. Protection des denrées alimentaires mises en conserve.

5 mars. — M. Moldovan. Sur trois cas de maladie de Buerger.

Ecole du service de santé militaire. — Un concours sera ouvert le 1er juillet 1931, à 8 h., pour l'emploi d'élève de l'Ecole du service de santé militaire.

Le nombre des élèves à admettre à la suite du concours de 1931 est fixé comme suit :

A. *Section métropolitaine.* — A 65 pour les étudiants en médecine (dont en principe 43 étudiants à 4 inscriptions et 22 candidats P. C. N.), à 3 pour les étudiants en pharmacie (stagiaires et 4 inscriptions).

Nota. — Tous les élèves admis dans la section métropolitaine devront effectuer leur scolarité devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

B. *Section médecine. Troupes coloniales.* — A 20 pour les étudiants en médecine (dont en principe 15 étudiants à 4 inscriptions et 5 étudiants P. C. N.).

Nota. — Tous les élèves admis dans cette section devront effectuer leur scolarité devant la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de Marseille.

Guerre. — M. le médecin colonel Perrin, directeur du S. S. à Alger, est promu au grade de médecin général en remplacement de M. le médecin général Uzac, placé dans la section de réserve.

Asiles publics d'aliénés. — Mlle le docteur Pélissier (Henriette), reçue au concours de médecin chef des asiles, a été nommée médecin chef de l'asile d'aliénés de Pierrefeu (Var), en remplacement de M. le docteur Hugues, appelé à un autre poste.

M. le docteur Hugues (Paul), médecin chef de service de l'asile public d'aliénés de Pierrefeu (Var), est nommé médecin chef de service de l'asile public d'aliénés de Montpellier, (Hérault), en remplacement de M. le docteur Leyritz, appelé à un autre emploi.

M. le docteur Pignède, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Prémontré (Aisne), est nommé médecin chef de service à l'asile d'aliénés de Clermont (Oise), en remplacement de M. le docteur Chèze, décédé.

M. le docteur Laulier, médecin chef de service à l'asile d'aliénés d'Alençon (Orne), a été nommé médecin chef de service à l'asile d'aliénés de Bron (Rhône), en remplacement de M. le docteur Dodero, admis à la retraite.

Association professionnelle des Journalistes médicaux français. — Bureau pour 1931 : président : G. Lemoine (de Lille) ; vice-présidents : Duchesne (de Paris) et Sarradon (de Marseille) ; secrétaire : A. Garrigues ; secrétaire adjoint : Molinéry ; trésorier : Mathé.

Caisse mutuelle de retraites des journalistes médicaux français : le bureau pour 1931 est ainsi composé : président : G. Paul-Manceau ; vice-président : Minet (de Lille) ; secrétaire : A. Bouland ; trésorier : A. Garrigues.

Les médecins nord-américains et canadiens propagandistes de nos stations thermales et climatiques. — Notre journal recevait tout récemment une aimable invitation à assister à la projection d'un film inédit relatant le voyage fait, l'an dernier, en France, par les médecins nord-américains et canadiens. On se rappelle que sous le patronage de l'O. N. T. MM. Lestel d'Ornano, de Goursay, en accord avec l'Institut français de New-York les grands réseaux français avaient organisé, l'an dernier, un magnifique voyage de propagande dont le but était de faire connaître à cent médecins, choisis parmi les plus connus de l'Amérique du Nord et du Canada, la technique de nos eaux minérales et la valeur thérapeutique de nos climats. Ces médecins, pour la plupart accompagnés de leur famille, visitèrent nos villes d'eaux.

« Venus en juges, ils repartirent en ambassadeurs »

Nos confrères ont tenu parole. L'un d'eux, le Dr Morgan qui avait filmé lui-même, depuis le départ de New-York jusqu'au départ de France pour le retour, a lui-même, avec quelques-uns de ses confrères, développé le film, en a établi le texte *sous sa propre responsabilité*, en a fait faire plusieurs répliques. Il importait que ces films soient projetés dans les principales universités.

Nous devons, en hommage et en remerciements auprès de nos confrères d'Outre-Mer, de publier la liste et la date des séances qui ont été ainsi données. Nos amis voudront bien trouver dans cette note, l'attestation que nous leur sommes mille fois reconnaissants de ce qu'ils ont fait pour nous.

Mais ceci n'est qu'un commencement. Car, pendant cinq années, un pareil voyage va être organisé, et, en 1931, cent cinquante médecins nord-américains et canadiens vont, à nouveau, en caravane agissante, étudier, voir, comparer et nous sommes assurés qu'une fois encore *« venus en juges ils repartiront en ambassadeurs »*.

Dr Molinéry.

Cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire. — Ce cours sera fait, du lundi 20 avril au samedi 25 avril 1931 inclus, par MM. Sergent, Benda, Francis Bordet, Cottenot, Couvreux, Henri Durand, Kourilsky, Mignot, Pruvost et Turpin. Il comprendra des leçons théoriques et des exercices pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midi. Les exercices pratiques seront réservés aux assistants qui auront versé un droit d'inscription de 250 francs.

Programme des leçons théoriques. — (Ces leçons seront au nombre de trois par jour : à 11 heures (sauf le lundi) à 15 heures et à 17 h. 30.) — Lundi 20 avril, à 9 h. 30, M. le Professeur Sergent : Principes généraux et technique du radiodiagnostic de l'appareil respiratoire : 15 heures, M. le Docteur Bordet : Les images broncho-pulmonaires normales ; 17 h. 30, M. le Docteur Cottenot : Cage thoracique et corps étrangers intrathoraciques.

Mardi 21 avril, 11 heures, M. le Docteur MIGNOT : Médiastin (tumeurs et kystes ; 15 heures, M. le Docteur MIGNOT : Adénopathie médiastinale et tuberculose ganglio-pulmonaire ; 17 h. 30, M. le Docteur TURPIN : Diaphragme.

Mercredi 22 avril, 11 heures, M. le Professeur SERGENT : Trachées et bronches ; 15 heures, M. le Docteur BENDA : Médiastinites et pleurésies médiastinales ; 17 h. 30, M. le Docteur BORDET : Les images pathologiques élémentaires.

Jeudi 23 avril, 11 heures, M. le Docteur DURAND : Pleurésies sèches et épanchements pleuraux de la grande cavité ; 15 heures, M. le Docteur DURAND : Scissurites et épanchements scissuraux ; 17 h. 30, M. le Docteur PRUVOST : Pneumothorax et pneumoséreuse.

Vendredi 24 avril, 11 heures, M. le Docteur BORDET : Pneumopathies aiguës non tuberculeuses ; 15 heures , M. le Docteur KOURILSKY : Abcès du poumon : gangrène pulmonaire ; 17 h. 30, M. le Docteur DURAND : Pneumopathies chroniques non tuberculeuses.

Samedi 25 avril, 11 heures, M. le Docteur DURAND : Tuberculoses pulmonaires aiguës ; 16 h. 15, M. le Professeur SERGENT : Tuberculoses pulmonaires chroniques ; 17 h. 30. M. le Professeur SERGENT : Tuberculoses pulmonaires chroniques. ; 17 h. 30, M. le Professeur SERGENT : Tuberculoses pulmonaires chroniques.

PROGRAMME DES EXERCICES PRATIQUES. — Ces exercices auront lieu tous les matins , à 10 heures (examen de malades), et tous les après-midi, à 16 heures (démonstration des principales techniques radiologiques), par le Docteur COUVREUX.

Les bulletins de versements sont délivrés au secrétariat de la Faculté (Guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Congrès de la tuberculose de Bordeaux (du 30 mars au 2 avril 1931). — Lundi 30 mars : *Matin*, 9 heures. Séance solennelle d'ouverture au Grand amphithéâtre de l'Athénée municipal, 53, rue des Trois-Conils, sous la présidence de M. Blaisot, ministre de la Santé publique.

Question biologique. — Le problème de la bactériolyse du bacille tuberculeux. Rapporteurs : Prof. BEZANÇON, Dr PHILIBERT et Dr PARAF (Paris).

Après-midi. A la Faculté de médecine, 14 h. 30, Discussion de la question biologique. — 14 h. 15, Visite archéologique de Bordeaux, sous la direction de M. Loirette, archiviste de la Gironde.

Soir, 21 heures. Réception des Membres du Congrès aux Foyers du Grand théâtre, par M. le président du Congrès et par la Fédération des œuvres antituberculeuses de la Gironde.

Mardi 31 mars : *Matin*, 9 heures. A la Faculté de médecine. *Question clinique* : Le diagnostic de l'activité de la tuberculose pulmonaire. Rapporteurs : Prof. LEURET et Dr CAUSSIMON (Bordeaux).

Après-Midi, 14 h. 30. Discussion de la question clinique. — 16 heures. Conférence sur « *l'état actuel du traitement de la tuberculose pulmonaire* », par le Dr BURNAND (de Lausanne). — 14 h. 15 Visite de chais bordelais, du port et de la Chambre de Commerce.

Soir, 21 heures. Soirée au Grand théâtre, offerte par la municipalité.

Mercredi 1er avril : *Matin*, 9 heures. A la Faculté de médecine *Question medico-sociale* : Comment rendre accessible aux tuberculeux indigents le traitement par le pneumothorax : à l'hôpital, au sanatorium-hôpital, au sanatorium et au dispensaire. Rapporteurs : Dr KUSS (Paris). Dr SECOUSSE et PIÉCHAUD (Bordeaux). Discussion de la question médico-sociale.

Après-midi, 14 heures. *Question médico-militaire* : Prophylaxie de la tuberculose dans l'armée. Rapporteurs : M. le Médecin lieutenant-colonel PILOD et M. le Médecin commandant LE BOURDELLÈS (du Val-de-Grâce). Discussion de la question médico-militaire. — 17 heures. Séance de clôture du Congrès et conférence sur « *Les Progrès de la phtisiologie et la pratique du dispensaire* par le Prof. SAYÉ (de Barcelone). — 14 h. 15. Visite du Château Haut-Brion, du sanatorium Arnozan, du Château Haut-Lévêque et du Repos maternel à Gradignan.

Soir, 20 heures. Banquet par souscription dans les salons de l'hôtel de Bordeaux.

Excursions et visites aux organismes antituberculeux de la Gironde et aux stations climatiques du Sud-Ouest. — Excursion d'une journée (jeudi 2 avril) : Excursion I. Bordeaux, Pauillac, Le Médoc, Bordeaux.— Excursion II. Bordeaux, Libourne, Saint-Emilion, Bordeaux.— Excursion III. Bordeaux, Arcachon, Bordeaux.

Excursion de deux journées. (Jeudi 2 avril et vendredi 3 avril): Excursion IV. Bordeaux, Cambo, Bayonne, Biarritz, Stations de la Côte basque, Hosségor. — Excursion V. Bordeaux, Pau, Lourdes, Gavarnie.

Excursion après le Congrès, (du vendredi 3 avril au mardi 7 avril) : Excursion VI. Voyage en Cerdagne au cours duquel seront visitées les stations climatiques des Escaldes, de Font-Romeu, de Superbolquère, Vernet-les-Bains, Amélie et Banyuls-sur-Mer.

N. B. — S'adresser, pour tous renseignements, au Secrétariat du Congrès, au Comité national de défense contre la tuberculose.

66, boulevard Saint-Michel, Paris 6e, et pour les adhésions à M. G. Masson, trésorier, 120, boul. St.- Germain, Paris, 6e, en joignant la cotisation de 50 francs à la demande d'inscription.

Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux. — *Conférences de thérapeutique chirurgicale.* — Ces conférences seront faites par M. le Professeur agrégé Marion à l'hôpital Lariboisière (pavillon Civiale). Elles ont commencé le mardi 3 mars 1931, à 10 heures et continueront les vendredis, samedis, et mardis suivants.

Elles seront faites en liaison avec le Cours de technique opératoire qui commencera le 9 mars à l'amphithéâtre des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin.

Programme. — Mardi 3 mars : Indications opératoires dans la lithiase rénale. — Vendredi 6 mars : Calculs de l'uretère : Conduite à tenir. — Samedi 7 mars : Traitement de la tuberculose rénale. — Mardi 10 mars : Conduite à tenir dans les cystites après néphrectomie pour lithiase rénale. — Vendredi 13 mars : Conduite à tenir dans les plaies opératoires de l'uretère. — Samedi 14 mars : Diverticules de la vessie. — Mardi 17 mars : Traitement des fistules de l'urètrhe.

Fédération régionaliste française. — Journée de pathologie régionaliste (maladies spéciales des gens, des animaux et des végétaux selon les régions).

Les deux séances de cette journée se tiendront au siège de la Fédération, 51, rue de Seine, le 21 mars 1931, à 16 h. 30 et 20 h. 30.

Les questions traitées seront : L'influence des terrains, du climat, de l'alimentation, des éléments ethniques, etc.

Prière d'envoyer notes et rapports au rapporteur général Dr Foveau de Courmelles, 9, rue Tronchet, Paris 8e. L'entrée aux séances est libre.

Nécrologie. — Dr G. Lapeyre, de Paris. — Dr Henri Mircouche, de Paris. — Dr Henri Racine, aveugle de naissance, renversé par une automobile, avenue des Champs-Elysées. — Dr Joseph Basquiat, de l'Isle sur Serein (Yonne), décédé dans sa 33e année. — Dr André Cayet, de Constantine. — Dr Chmiclewski, de St-Just-en-Chaussée (Oise). — Dr Guillaume Devis. — Dr Dufour, de Guéret (Creuse). — Dr Edouard Giry, de Châteauroux. — Dr Hubert, de la Ferté-Macé. — Dr Jolly, de Vouziers.


HÉMOGLOBINE
DESCHIENS
ANÉMIES
CACHEXIES
GROSSESSE
CONVALESCENCES
FER VITALISÉ
OXYDASES DU SANG

TRAVAUX ORIGINAUX

Dermatoses et théorie colloïdale

Par Auguste LUMIÈRE,
Correspondant de l'Institut
Correspondant de l'Académie de médecine.

a) Pommades et régime

En rapportant le cas d'une jeune malade de notre famille, nous pensons illustrer le présent article par un exemple des plus typiques. Il s'agit d'une enfant de douze ans, atteinte d'un eczéma suintant des oreilles, des aisselles, des régions inguinales et de la face interne des cuisses, pour lequel plusieurs médecins dont un dermatologiste, avaient été consultés dans une grande ville de France.

Depuis cinq mois, cette enfant était soumise au traitement classique par les pommades et le régime.

Tout d'abord, on s'était contenté d'applications de cataplasmes d'amidon et de pommade à l'oxyde de zinc, avec un régime lacto-végétarien peu rigoureux, puis, devant la persistance des lésions et continuant la thérapeutique dans le même esprit, on avait eu recours à des pommades de plus en plus savantes et de plus en plus compliquées en même temps que le régime devenait de plus en plus sévère.

Le résultat fut que les placards eczémateux, loin de disparaître, avaient une tendance à s'étendre et que la petite malade avait pâli et maigri de trois kilos.

Le médecin traitant, devant l'inefficacité de la médication classique, s'était déclaré impuissant et avait conseillé une cure d'altitude au Villard-de-Lans, où seul le climat, le changement d'existence et la vie au grand air, pourraient venir à bout d'une affection aussi rebelle.

Ayant été informé des difficultés que présentait un tel déplacement, nous avons demandé aux parents de nous confier leur enfant pendant quelques semaines.

Nous nous sommes trouvé en présence d'une malade dont les téguments étaient décolorés (3.700.000 globules rouges) et présentant des troubles gastro-intestinaux qui consistaient surtout en fermentations secondaires, par mauvaise digestion des hydrates de carbone en excès, avec un peu de constipation. L'examen somatique ne révélant aucune autre particularité.

Notre premier soin fut d'autoriser la malade à s'alimenter à sa guise, rien ne lui fut refusé, on lui permit systématiquement les mets et les boissons habituellement les plus défendus : charcuterie, conserves, sauces, vin, café, voire même un peu de liqueur sucrée à faible degré alcoolique.

Les selles furent régularisées par l'ingestion d'hyposulfite de magnésium et le même médicament injecté en solution à 10 %, à la dose de 10 cc. pendant huit jours.

Soupçonnant aussi quelque insuffisance dans les sécrétions endocriniennes avant l'apparition des premiers signes de la puberté, on eut recours à une préparation pluriglandulaire et, un mois plus tard, toute trace de dermatose avait disparu. La malade rentrait chez ses parents au bout de six semaines, recolorée, avec 4.200.000 globules rouges, son poids s'étant accru de cinq kilos.

En donnant cet exemple, nous n'entendons nullement prétendre que le régime n'a aucune importance dans les dermatoses : bien au contraire, il est de nombreux cas où le traitement classique est parfaitement efficace, empressons-nous de le reconnaître, mais ce qui est à notre avis regrettable, c'est que l'on généralise et que prétextant certains succès, on fasse encore trop souvent de cette méthode un moyen univoque de lutte contre les troubles cutanés qui nous occupent.

La diététique joue certainement un rôle de premier plan dans les dermatoses attribuables à des perturbations dans l'acte digestif ou dans les fonctions hépatiques, encore faut-il découvrir celui des facteurs de la digestion qui est incriminable afin d'apporter le remède causal à la perturbation.

Pour être véritablement opérante, il est évident que toute thérapeutique rationnelle doit avant tout s'adresser à la cause initiale des troubles. Or, les phénomènes dont dépendent les dermatoses semblent pouvoir se classer en deux grandes catégories :

Ceux qui ont pour origine des parasites ou bien des irritations externes de toute nature et ceux qui résultent d'une altération de l'état humoral.

Il ne nous appartient pas d'examiner ici le premier groupe comprenant des lésions bien connues quant à leur étiologie, leur pathogénie et leur traitement, malgré leur polymorphisme parfois déconcertant. Toutes ces lésions dues à des microbes, à des parasites ou à des agents exerçant leurs méfaits par voie externe ou interne, ne sont pas de notre domaine, ni de notre compétence, et les dermatologistes ont su parfaitement les définir et les traiter efficacement : elles ne sauraient, par conséquent, entrer dans le cadre plus modeste du présent travail qui a pour objet seulement d'exposer quelques considérations relatives à ceux des prurits, des urticaires et des eczémas qui relèvent essentiellement d'altérations humorales.

b) Les causes humorales des dermatoses

Ces causes internes, non parasitaires, nous apparaissent tout d'abord comme multiples et complexes. Enregistrons, en premier lieu, ce fait singulier qu'une même dermatose, l'urticaire, par exemple, pour fixer les idées, va se manifester sous des influences fort diverses qu'un simple examen superficiel ne permet pas de relier entre elles.

C'est ainsi, comme on le sait, que l'urticaire surviendra consécutivement à une intoxication alimentaire par un aliment ou un médicament déterminé, à une auto-intoxication, un trouble gastro-intestinal (surcharge, stase, fermentation secondaire, inflammation, etc...) ou bien encore à une infection aiguë ou chronique, à une dysfonction hépatique ou endocrinienne, à une émotion violente, un traumatisme, une fatigue musculaire excessive, etc., etc...

Comment peut-on concevoir que des causes apparemment aussi différentes, aussi disparates même, conduisent toutes au même accident cutané ?

Ce problème qu'il est cependant indispensable d'élucider, si l'on veut comprendre la pathogénie de l'affection, n'est posé par aucun auteur, par aucun Traité. N'est-ce pas là un fait extrêmement remarquable et les pathologistes ne seraient-ils point des gens curieux ?

Depuis bientôt dix ans, nous croyons avoir donné l'explication rationnelle de cette énigme, grâce à la théorie colloïdale que nous avons exposée dans quatre ouvrages et au sujet de laquelle nous avons écrit plus de cent mémoires publiés par les périodiques médicaux ou présentés aux Académies des sciences et de Médecine.

Tout cela est demeuré lettre morte dans l'esprit des classiques et si quelques auteurs commencent bien, il est vrai, à reconnaître que les dermatoses ont souvent une origine humorale, s'ils en cherchent assez fréquemment le point de départ dans l'anaphylaxie, ils ne font pas apercevoir le rapport qui existe entre toutes les causes déterminantes ci-dessus indiquées d'un même accident cutané : ils ne nous enseignent point la méthode qui permettrait d'orienter rationnellement la thérapeutique de cet accident parce qu'ils veulent ignorer ou se refusent à invoquer nos travaux sur les colloïdes.

La thèse que nous avons soutenue et qui consiste à attribuer la plupart des maladies chroniques fonctionnelles et notamment nombre de dermatoses, à la destruction de l'état colloïdal de certains éléments plasmatiques, c'est-à-dire à la floculation, éclaire incontestablement les questions que nous venons de soulever.

Nous constatons, en effet, que les cas où la manifestation pathologique se produit, sont précisément ceux dans lesquels une floculation humorale peut prendre naissance.

Ce sont d'abord tous les cas d'anaphylaxie. Comme nous l'avons démontré, toutes les fois que l'on introduit dans le milieu intérieur d'un animal une protéine étrangère à son organisme, ses humeurs acquièrent la propriété de donner une floculation lorsqu'elles sont de nouveau en contact avec l'antigène sensibilisateur.

C'est encore une floculation qui survient d'emblée, quand les toxines excrétées par la plupart des microbes pathogènes pénètrent dans le torrent circulatoire.

Cette précipitation n'est pas une vue de l'esprit, elle a été étudiée tout particulièrement par Dold ; on peut la déceler *in vitro*, comme celle qui caractérise l'état anaphylactique, comme celle que l'on observe également dans les circonstances suivantes,

Lorsqu'un traumatisme vient à mélanger les colloïdes tissulaires avec les colloïdes sanguins, il y a production de floculation que l'on constate facilement en additionnant *in vitro* le sérum d'un animal d'un extrait de muscle du même animal, aussitôt après la préparation de cet extrait.

Les émotions vives se traduisent souvent par des phénomènes vaso-moteurs intenses, avec chute de la pression artérielle parfois si considérable qu'elle entraîne la syncope, le bulbe n'étant plus irrigué. Or, pour rétablir la tension sanguine, les liquides interstitiels passent par osmose dans la circulation et leur mélange avec le plasma donne lieu à une précipitation.

Il arrive aussi que la fatigue musculaire excessive réalise ces mélanges colloïdaux incompatibles qui aboutissent à la floculation.

Qu'il s'agisse d'anaphylaxie, d'intoxications, d'infections, d'émotions, de traumatismes, de fatigue musculaire, etc... le résultat est le même : formation d'un précipité plasmatique.

Les modalités de cette précipitation sont d'ailleurs multiples : la quantité des colloïdes réagissants, leur concentration, leur nature, la rapidité de leur mélange, influent dans d'importantes limites sur la forme des floculats engendrés. D'autre part, leur importance dépend aussi essentiellement de la stabilité des liquides organiques du sujet qui les subit.

Deux sujets étant victimes d'un même traumatisme, d'une même infection, d'une même émotion, etc... il arrive que l'un d'eux ne présente aucun accident cutané alors que l'autre, au contraire, sera atteint d'une dermatose plus ou moins prononcée. C'est que l'aptitude réactionnelle, la fragilité humorale variera de l'un à l'autre. Les humeurs du premier seront assez stables pour ne pas réagir sous l'influence du colloïde ou de la substance qui viendra anormalement s'y mélanger.

Il semble aussi que l'état physique du floculat joue un rôle dans le phénomène, il ne peut d'ailleurs en être autrement, ainsi que les dispositions anatomiques et les propriétés fonctionnelles des éléments vasculaires des téguments.

En somme, les troubles de la nutrition de la peau dépendent de la forme et de l'abondance des précipités qui viennent s'arrêter dans les capillaires à des niveaux variables suivant le calibre des vaisseaux, leur souplesse, leur motilité, la vitesse du courant sanguin, les dimensions des particules, etc...

Il suffit parfois d'un refroidissement local, déterminant une vaso-constriction intense des capillaires périphériques pour occasionner en ce point un arrêt des floculats et des lésions plus ou moins graves qui ne se seraient pas produites sans cette contraction vasculaire.

C'est ainsi qu'on a vu des malades tolérant parfaitement certains traitements intraveineux, tels que ceux qui sont utilisés dans le traitement spécifique, présenter tout à coup des troubles cutanés graves de l'extrémité des doigts, des orteils, du bord des pavillons des oreilles, du bout du nez, parce qu'ils s'étaient exposés au froid vif après une injection.

Les précipitations plasmatiques qui surviennent dans les différentes circonstances que nous avons rappelées : anaphylaxie, intoxications et auto-intoxications, infections, traumatismes, dysfonctions endocriniennes, émotions, etc... sont susceptibles, pour les mêmes raisons, d'engendrer les troubles pathologiques les plus divers suivant les hypersensibilités organiques locales.

Le floculat est le *primum movens*, la force qui déclenche le phénomène pathologique, mais pour que ce phénomène se manifeste, il faut que cette force s'applique à des appareils suffisamment sensibles pour la recueillir, pour réagir à l'irritation qu'elle détermine.

La plupart du temps, les floculats circulent librement dans les vaisseaux sans que leur présence se manifeste autrement que par des réactions sympathicotoniques plus ou moins appréciables, si ces floculats ne sont pas trop abondants, surtout s'ils ne proviennent que de l'usure normale des colloïdes plasmatiques, mais qu'une zone d'un organe soit le siège d'une sclérose ou d'une altération qui en exagère la sensibilité et aussitôt les accidents éclatent. C'est pour cela que le même floculat déclenchera chez les uns des crises d'asthme, chez les autres des phénomènes douloureux, rhumatoïdes, ou des migraines, des crises d'épilepsie, de coryza spasmodique, une dermatose, voire même certaines formes de diabète ou une maladie de Basedow.

Comment comprendre, sans la floculation, qu'une crise comitiale ou un goitre exophtalmique puissent subitement faire leur apparition après une infection, une intoxication, aussi bien qu'après un traumatisme, une émotion, etc., alors que tous ces facteurs sont précisément caractérisés par ce seul point commun qu'ils s'accompagnent de la formation de floculats plasmatiques ?

Nous avons déjà exposé ces conceptions à plusieurs reprises, mais nous sommes bien obligé d'y revenir puisqu'on ne semble pas y prêter attention.

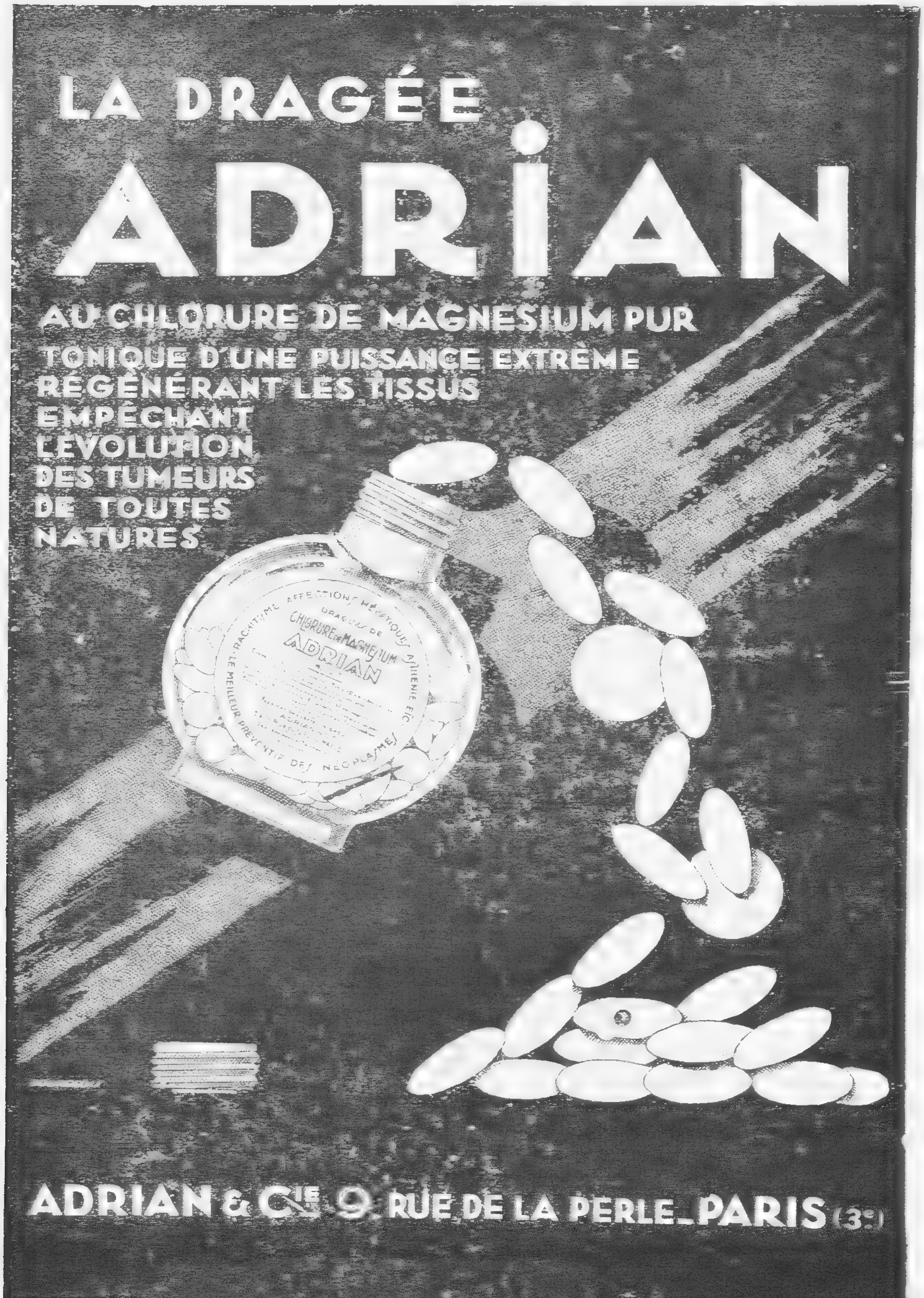
Après cette digression, revenons au cas particulier des dermatoses ayant pour origine ces mêmes floculations.

c) Les dermatoses de cause humorale.

Les dermatoses de cause externe ou celles qui sont provoquées par des parasites ou des microbes, telles que les syphilides, les tuberculides, les lésions de la gale, les mycoses, les affections cutanées des maladies parasitaires exotiques, etc., étant exceptées de notre étude, deux cas peuvent se présenter quand nous rencontrerons une dermatose telle qu'une urticaire ou un eczéma relevant directement d'un trouble humoral : ou bien, d'une part, nous aurons affaire à des accidents dans lesquels la floculation aura une origine bien déterminée et que nous pourrons découvrir et faire cesser ou bien, d'autre part, le plasma du malade présentera une sorte d'instabilité indifférente qui le fera précipiter sous des influences multiples et variées.

Etant donné que la thérapeutique qui s'adresse à la cause en vue de la supprimer est toujours la plus rationnelle et la plus efficace, nous devrons donc passer méthodiquement en revue tous les facteurs susceptibles de provoquer la floculation.

Tout d'abord, il faudra penser à l'anaphylaxie et examiner si les accidents n'apparaissent pas plus particulièrement quand le malade ingère certains aliments ou certains médicaments.


LA DRAGÉE
ADRIAN
AU CHLORURE DE MAGNESIUM PUR
TONIQUE D'UNE PUISSANCE EXTRÊME
RÉGÉNÉRANT LES TISSUS
EMPÊCHANT
L'ÉVOLUTION
DES TUMEURS
DE TOUTES
NATURES
DRAGÉES DE
CHLORURE DE MAGNESIUM
ADRIAN
LE MEILLEUR PRÉVENTIF DES NÉOPLASMES
ADRIAN & Cie 9. RUE DE LA PERLE_PARIS (3e)

Parmi les aliments qui sont le plus souvent susceptibles de constituer des antigènes sensibilisateurs, chez certains sujets, les poissons, les mollusques, les crustacés occupent la première place, surtout les poissons de mer, les moules, les langoustes, homards, crabes, crevettes, écrevisses. La sensibilisation aux œufs est peut-être plus fréquente encore, elle se manifeste assez souvent pour le lait, le chocolat, plus rarement pour le pain et les farineux. On a cité aussi quelques cas d'anaphylaxie par le vin et la bière, mais ils sont fort rares.

Tout cela est fort connu et nous ne le rappelons que pour mémoire, de même que les sensibilisations médicamenteuses suivantes :

Les produits thérapeutiques qui, dans des conditions encore inconnues, peuvent être des antigènes sensibilisateurs, sont surtout l'antipyrine, le pyramidon, la quinine, l'iodoforme, le salicylate de soude, le véronal, le somnifène, les opiacés, l'émétine, l'ipéca, les arsenicaux, les bismuthiques, les mercuriels, l'huile de ricin et les huiles médicamenteuses, l'insuline, les produits glandulaires, etc.

Les états anaphylactiques créés par ces substances sont, en somme, relativement assez peu communs, si on les compare au nombre énorme de malades qui font usage de ces produits.

Considérablement plus fréquentes sont les dermatoses sous la forme urticarienne qui sont consécutives aux injections de sérums, ou de certains vaccins et cela est d'ailleurs fort compréhensible. Quand un sujet a reçu une première injection de sérum, d'une protéine étrangère à son organisme, il se trouve en principe sensibilisé et il y a de grandes chances pour qu'une injection seconde ultérieure détermine quelques accidents d'ordre anaphylactique et notamment une éruption urticarienne.

Cependant, ces accidents surviennent parfois dès la première inoculation sérique, lorsqu'il y a incompatibilité colloïdale entre le plasma du sujet traité et le sérum médicamenteux injecté. Le mélange des colloïdes donne lieu à une précipitation, de là les accidents qui sont toujours du même type anaphylactique.

Où la recherche de l'étiologie du syndrome cutané présente des difficultés plus considérables, c'est quand elle dépend des fonctions organiques du malade lui-même et pour préciser cette étiologie endogène, il sera indispensable de procéder à un examen clinique somatique aussi complet et aussi méthodique que possible.

Les produits d'excrétion des microbes pathogènes donnant des floculations avec le plasma, il conviendra de s'assurer qu'une infection chronique plus ou moins latente n'est pas en cause : trop de foyers microbiens passent inaperçus quand l'examen clinique est superficiellement conduit : on devra contrôler, de ce point de vue, l'état de la denture, la pyorrhée alvéolo-dentaire pouvant être parfois incriminée, puis l'état de la muqueuse nasale, du cavum, des amygdales, des sinus, du pharynx, etc., qui sont si fréquemment le siège d'inflammations chroniques et d'élaboration de toxines floculantes ; les pullulations microbiennes susceptibles de faire naître des précipitations sériques peuvent encore avoir lieu au niveau du tube digestif ; les stases gastrique ou intestinale, la constipation favorisent cette auto-intoxication précipitante.

Quand on aura éliminé du diagnostic l'élément infectieux ou toxique, tant par la révision des organes que par l'étude des autres symptômes révélateurs des infections et intoxications, on portera son attention sur le fonctionnement du foie, dont la perturbation est une cause bien connue et très fréquente des syndromes cutanés ; puis on passera en revue les appareils endocriniens dont le dysfonctionnement est encore capable d'engendrer des floculats et, par suite, des phénomènes éruptifs. Cette enquête est passablement laborieuse et délicate et les résultats pratiques auxquels elle aboutit varient suivant qu'il s'agit d'hyper ou d'hypofonctionnement endocrinien, puisqu'il est facile de remédier à l'hyposécrétion glandulaire par l'administration d'extraits opothérapiques alors que l'hyperfonctionnement est beaucoup plus difficile à combattre et à éviter.

Comme on le voit, la recherche de la cause première de la floculation est fort complexe et, malgré l'examen clinique le plus minutieux et le plus systématique, on ne parviendra pas toujours à la dégager.

D'ailleurs, comme nous l'avons dit, cette cause peut ne pas être spécifique et, dans les cas d'états humoraux très instables, la floculation survient sous des influences les plus diverses.

d) Traitement causal

Quand l'origine de la floculation peut être déterminée, on devra évidemment s'appliquer à supprimer la cause de la précipitation. S'il s'agit d'anaphylaxie alimentaire ou médicamenteuse, on évitera l'ingestion de l'antigène ; on cherchera ensuite à réaliser spécifiquement la désensibilisation en administrant d'abord des doses extrêmement minimes de la substance incriminée, puis en augmentant lentement et progressivement ces doses jusqu'à tolérance. On pourra recourir parfois utilement à la désensibilisation par scarifications.

Si ce sont des infections locales qui sont en jeu, on agira par les moyens habituels pour s'en débarrasser ; s'il y a lieu, on s'appliquera à régulariser les fonctions digestives et hépatiques ; il sera toujours très important de remédier à la constipation, de procéder à une désinfection intestinale par des antiseptiques effectifs et non par des corps aussi inopérants que le benzonaphtol.

On remédiera, en outre, dans la mesure du possible, aux insuffisances endocriniennes, lorsque le trouble humoral sera mis sur le compte d'un fonctionnement glandulaire déficient.

Le thérapeute ne parviendra pas toujours à supprimer la cause spécifique de la floculation, quand il aura réussi à la mettre en évidence, parce qu'il n'est pas maître de certains vices fonctionnels des organes ou parce qu'il est impuissant vis-à-vis des lésions viscérales.

Sera-t-il donc désarmé ? Bien que les succès dans ce cas soient moins certains que quand la cause même peut être atteinte, il nous reste encore les ressources que nous allons sommairement indiquer pour atténuer ou supprimer les effets de la floculation.

e) Traitement de l'instabilité humorale et action sur le floculat

Lorsque les précipitations plasmatiques résultent d'une instabilité humorale telle que les moindres influences deviennent capables d'entraîner la destruction de l'état colloïdal de quelques-uns de leurs éléments constitutifs, et que l'on voudra remédier à cet état de choses en tentant de leur restituer leur stabilité et leur résistance normale à la floculation, on se heurtera à la difficulté essentielle suivante :

Nous ignorons complètement en quoi consiste l'instabilité et le sens dans lequel nous devrions diriger nos efforts pour atteindre le but proposé. Nous ne pouvons intervenir que tout à fait empiriquement.

Le moyen qui vient tout d'abord à l'esprit, pour stabiliser l'état humoral est le choc colloïdal : si l'on détruit intentionnellement la colloïdité des portions les plus fragiles des humeurs, on pourra provoquer un choc en même temps que les matériaux plasmatiques qui subsisteront seront capables ensuite de résister davantage aux agents de la dislocation ; mais les chocs colloïdaux ne sont pas toujours sans danger et on n'a pas encore réussi à en régler à volonté les effets ; le plus inoffensif de ces chocs, auquel on peut et on doit souvent recou-

rir est l'auto-hémothérapie dont l'efficacité est fréquente.

Cette thérapeutique par les chocs est certainement loin d'avoir dit son dernier mot.

Un autre procédé que nous avons préconisé en vue d'apporter des changements dans les propriétés humorales consiste à recourir à l'hyperleucocytose provoquée.

Partant de ce principe que les colloïdes humoraux sont élaborés par les cellules, nous avons pensé qu'en augmentant artificiellement le nombre de leucocytes du sang, on agirait peut-être utilement sur la composition du plasma sanguin (1). C'est précisément ce que réalisent, sans inconvénients et sans effets secondaires défavorables, les injections d'huiles végétales et principalement l'huile de chènevis ; en fait, ce moyen nous a donné des résultats favorables dans certains cas d'urticaires rebelles.

D'autre part, ayant remarqué la résistance singulière des femelles en gestation aux troubles de l'anaphylaxie (2), en même temps que l'existence constante d'une notable cholestérolémie chez ces sujets, nous nous sommes demandé si le cholestérol ne contribuait pas à stabiliser les humeurs et à empêcher leur floculation et cette hypothèse s'est confirmée (3). Les animaux imprégnés de cholestérol acquièrent une résistance remarquable aux chocs anaphylactique et anaphylactoïde.

Cette méthode a encore pu être appliquée avec succès dans le traitement de dermatoses réfractaires aux autres médications.

Il n'est pas douteux que l'on découvrira bien d'autres procédés de stabilisation humorale car c'est à peine si ce problème a été jusqu'ici effleuré, ayant à peu près seul entrepris des investigations dans ce domaine, guidé seulement par notre théorie colloïdale.

Le renforcement de la résistance des humeurs à la précipitation n'est pas la seule arme dont nous disposions contre les affections dont la pathogénie relève de la floculation ; non seulement nous pouvons chercher, comme nous venons de le voir, à empêcher la formation des précipités mais aussi tenter de combattre leurs effets quand ils ont pris naissance, soit en les dissolvant, soit en les rendant moins nocifs.

Ce sont les thiodérivés minéraux ou organiques possédant la fonction S Na qui semblent avoir produit les meilleurs effets dans le sens qui nous occupe et parmi ces substances, l'hyposulfite de magnésium est celle qui s'est montrée jusqu'ici la plus efficace.

Ce produit jouit d'un ensemble de propriétés fort curieuses qui concourent au même but : supprimer ou atténuer les effets des précipitations plasmatiques ou interstitielles dans les chocs et les troubles occasionnés par la floculation.

Il dissout les floculats protéiques, dans une faible mesure sans doute, mais néanmoins appréciable et déjà suffisante à elle seule pour justifier son emploi ; il modifie, en outre, la forme des précipités en les rendant inoffensifs. Si l'on mélange, par exemple, des solutions équimoléculaires de chlorure de baryum et de sulfate de sodium, de façon à obtenir un précipité de sulfate de baryum, le corps insoluble qui prend naissance est constitué par des cristaux losangiques présentant des angles aigus ; injecté dans les vaisseaux d'un animal, ce précipité le tue en quelques instants. Si le mélange des deux solutions s'opère en présence d'hyposulfite de magnésium, le précipité prend une forme ovoïde et son injection intravasculaire, à la même dose, ne provoque plus aucun désordre. De plus, l'ion magnésium diminue considérablement l'excitabilité des terminaisons nerveuses endovasculaires du sympathique et intervient, de ce fait, comme un inhibiteur manifeste du choc (1).

Ces multiples propriétés font de l'hyposulfite de magnésium un précieux médicament dans nombre d'états pathologiques aigus ou chroniques dépendant de la floculation et notamment dans les dermatoses de cause humorale (2).

Cet exposé n'est, bien entendu, qu'un schéma sommaire du problème des dermatoses d'ordre humoral, mais en suivant ces directives et en s'appuyant sur la théorie colloïdale, les médecins de cette École ont réussi fréquemment à guérir certaines affections cutanées rebelles, chez des sujets qui en étaient atteints depuis de longs mois et même depuis plusieurs années et qui avaient épuisé sans succès toutes les ressources habituelles de la thérapeutique classique.

(1) Auguste Lumière et Madame R.-H. Grange. — Leucocytose artificiellement provoquée. *Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, T. XXVII, 1929, p. 507.

(2) Auguste Lumière et Henri Couturier. — R[illegible] en gestation aux chocs anaphylactiques et anaph[illegible] 174, 1922, p. 495.

(3) Auguste Lumière et Madame R.-H. Grange. — Action protectrice du cholestérol contre les chocs provoqués par [illegible] C. R. T. 191, 1930, p. 423.

La crise du diagnostic phtisiologique

Par J. LAFONT (Clermont-Ferrand).

La phtisiologie semble vraiment privilégiée au point de vue du diagnostic, malgré la faillite de l'auscultation ou plus exactement de l'interprétation classique et des finesses de l'auscultation ; l'appoint précieux de la radiologie, qui lève le plan des lésions et de la bacilloscopie, qui en établit la nature, donne une précision et une certitude, qui satisfont pleinement l'esprit et dont bénéficient peu de branches de la médecine. Si l'on s'en tient à des considérations générales et superficielles, tout est pour le mieux ; mais si l'on examine les faits plus attentivement et de plus près, on est bien obligé de s'apercevoir que cette belle ordonnance est plus apparente que réelle, que la pratique courante ne répond nullement aux progrès théoriques et qu'il y a une véritable crise du diagnostic phtisiologique. A en juger par la fréquence des erreurs, qui se commettent chaque jour et se chiffrent, comme nous le verrons plus loin, d'une façon un peu affligeante pour l'amour-propre médical, cette crise est plus profonde qu'on ne le croirait ; elle est du reste curieuse à étudier.

Edward N. Chapman, de Mt Mc Gregor (New-York) a cherché à en déterminer l'importance et à en élucider les causes d'une manière originale, bien américaine, en *interviewant* simplement les tuberculeux authentiques du sanatorium de Colorado Springs sur les conditions dans lesquelles ils avaient reçu leur premier diagnostic de tuberculose, ce qui revient en somme à reconstituer par l'anamnèse la gestation laborieuse de ce diagnostic ; tenant compte des difficultés d'ordre psychologique et des défaillances de mémoire, l'auteur a fait un tri sérieux et n'a retenu que 200 observations sur un groupe « possible » de 5 à 600 malades ; c'est ce dossier, établi avec soin, qui va nous donner une idée exacte du diagnostic *vu par le malade*.

La première question qui se pose est celle de savoir quel est le symptôme initial qui attire l'attention du sujet et l'incite à prendre l'avis du médecin. La toux et la fatigue sont le plus souvent invoquées, chacune dans 24 % des cas ; les frissons et la fièvre, simulant une grippe banale, ont motivé la consultation dans 12.5 %, la [illegible]

(1) Auguste Lumière. — L'hyposulfite de magnésium dans [illegible] bilité humorale et l'anaphylaxie. *Le Progrès Médical*, T. 5[illegible], p. 110.

(2) G. Boissel. — L'activité remarquable de l'hyposulfite de magnésium dans les états de choc. *Presse Médicale*, 17 mai 1930, p. [illegible]


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS


ANGIOXYL
DU Dr ROUSSEL
MÉDICATION SPÉCIFIQUE
PAR ACTION TROPHIQUE SUR LES VAISSEAUX
dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ARTÉRITES DE TOUTE NATURE
LES TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE
AMPOULES: 1 à 3 par jour en injection intra-musculaire.
SIROP: 3 cuillérées à café par jour
AUCUNE CONTRE-INDICATION
Angioxyl
Angioxyl Sirop
ÉCHANTILLONS: J. B. FIALIP PHAcien
97, RUE DE VAUGIRARD _ PARIS (6e)
r c 18.000
Roger Dacosta. Edit.

leur thoracique dans 10,5 %, l'hémoptysie dans 8,5 % et le rhume sévère ou prolongé dans 8,5 %. Les autres malades (12 %) se plaignaient de troubles divers, digestifs ou nerveux, de sueurs nocturnes, de perte de poids, etc. ; il est intéressant de noter que la fatigue, isolée ou associée à un autre symptôme, a été ressentie dans 78 % des cas.

Le sujet, se sentant malade, consultera un praticien ; suivant son caractère et la gravité apparente du symptôme initial, il mettra plus ou moins de temps pour s'y décider; cet intervalle a son importance; il s'établit ainsi : un mois dans 61 % des cas, d'un à six mois dans 23 %, de six mois à un an dans 8 % et d'un an à vingt-cinq ans dans 8 %. Les deux tiers environ conservent la conscience de leur santé (health conscience) et demandent un avis médical sans perte de temps.

Voici en présence malade et praticien ; ce dernier fera-t-il le diagnostic tout seul ? Oui, dans 43 % des cas ; non, dans 57 % des cas, qui réclament plusieurs médecins successifs : deux médecins dans 23 % des cas, trois dans 16 %, quatre dans 9 %, de cinq à vingt dans 9 %.

L'examen physique n'a pas toujours été effectué avec le soin désirable ; 179 malades présentaient un ou plusieurs symptômes suffisants pour justifier l'examen de la poitrine ; sur ce nombre 28 ne furent pas auscultés. Deux malades, atteints de poussées pleurétiques, n'eurent aucun examen thoracique, l'un pendant cinq ans, l'autre pendant huit ans; le premier médecin, qui pratiqua un examen sérieux, fit le diagnostic sans difficulté ; un troisième malade, à symptômes positifs, consulta trois médecins en deux ans et demi, sans être ausculté ; un quatrième, qui avait eu des hémoptysies récentes, ne fut pas examiné par six médecins d'une grande ville ; quatre autres furent auscultés sur leurs vêtements. Devant de si grosses négligences il n'y a plus lieu d'incriminer les défaillances de l'auscultation, mais celles de la conscience, sans chercher à les justifier par la précipitation due au manque de temps.

L'examen de l'expectoration semble avoir été pratiqué assez régulièrement. Sur 179 sujets à symptômes respiratoires 109 (60 %) ont eu leurs crachats analysés dans les deux mois et 37 (21 %) après un délai variant de deux mois à dix ans ; 33 (19 %) n'eurent pas de bacilloscopie. Signalons 46 résultats négatifs au premier examen, ce qui indique bien qu'il avait été fait précocement.

Les rayons X furent utilisés dans une proportion assez forte si l'on tient compte du prix de l'examen et de l'éloignement des campagnards ; 30 % des cas furent radioscopés dans les deux mois, 32 % après un délai variant de six mois à dix ans et 38 % pas du tout.

Les chiffres de Chapman, sur la proportion d'examens radiologiques et bactériologiques, concordent avec ceux de L.R. Williams et A.M. Hill, qui ont étudié les conditions d'examen de 1.499 malades avant leur entrée au sanatorium. 1.004 (66 %) avaient eu une bacilloscopie, dont 588 (39 %) sur le conseil du premier médecin, 267 (17 %) du second et 120 (8 %) du troisième. Le pourcentage d'examens radiologiques était de 62,8 %.

Le temps nécessaire pour le diagnostic à partir de la première consultation indique la valeur *globale* de l'examen médical ; il a été pour Chapman de deux mois dans 52 % des cas, de deux mois à un an dans 30 % et de un à dix ans dans 18 %. Une opération arithmétique des plus simples nous amène nécessairement à conclure que 48 % des cas sont méconnus deux mois après le premier examen et 18 % un an après : ce ne sont pas des résultats pratiques particulièrement brillants.

Miles J. Breuer, de Lincoln (Nebraska) a publié sur la tuberculose quelques réflexions qui ne manquent ni de saveur ni de vérité ; il reconnaît philosophiquement que tout médecin, qui diagnostique la tuberculose au début, passe pour un maniaque (monomaniac), mais qu'il n'y a pas lieu de s'en inquiéter ; il envisage la situation avec cet humour, qui est le privilège des Anglo-Saxons:

« Les cas au début tournent en rond ; ils collectionnent des toniques et des interventions et des diagnostics ; des filtrages savants séparent des appendicites, des cardiopathies ou des ulcères peptiques, qui n'ont pas encore trouvé leur voie. Les tuberculoses authentiques ont un caractère qui s'accommode mal des amygdalectomies et des traitements variés, elles finissent toujours par arriver à destination, toutes sans exception. »

L'auteur cite une dizaine d'exemples personnels, dont les deux suivants sont caractéristiques et méritent d'être rapportés.

M. B., mère de sept enfants, perd du poids depuis dix ans. Les symptômes ont été abdominaux, pelviens, largement mécaniques, dus à la faiblesse musculaire. Une fois on enleva l'appendice, une autre fois on pratiqua une vague intervention pelvienne avec amélioration d'un ou deux mois et retour des symptômes. Elle se prépare à subir une troisième opération, mais après avoir tenté désespérément tout ce qui lui offrirait une chance de l'éviter. Mon traitement consista à charger les filles du soin du ménage et à laisser la malade au repos. Un an après elle a gagné 13 kgr. 600 et désire reprendre son travail.

J. P. et E. P., frère et sœur, âgés de 22 et 24 ans, d'une famille de fermiers. Il y a cinq ans j'ai porté sur les deux un diagnostic de tuberculose pulmonaire. Après un an de traitement ils perdirent patience et cessèrent de me voir. Pendant quatre ans je ne sus rien d'eux, puis je reçus une lettre dans laquelle ils me demandaient de leur redonner mes soins. Quand ils vinrent ils me dirent qu'ils avaient consulté dans l'intervalle seize médecins dont deux seulement avaient accepté le diagnostic de tuberculose. Ils avaient fini par être convaincus de la justesse de mon diagnostic et acceptaient de se reposer le temps nécessaire à la guérison.

Acceptons, faute de mieux, la conclusion optimiste de Breuer que tout finit par s'arranger et que la tuberculose arrive à destination tôt ou tard ; mais est-il vraiment nécessaire de commettre tant d'erreurs préalables ? Chapman a relevé, ce qui n'est pas mal, 159 erreurs pour 200 tuberculeux ; ce serait une erreur de plus que de les croire spéciales aux médecins des Etats-Unis, qui ont le mérite plutôt rare de les reconnaître avec loyauté et de les avouer avec bonne grâce. Ces diagnostics erronés se répartissent ainsi :

Bronchite 33, fatigue 19, influenza 17, pleurésie non tuberculeuse 15, rhume 8, pneumonie 5, faiblesse nerveuse 4, nervosité 4, point pulmonaire 4, mal de gorge 3, asthme 3, amygdalite 3, anémie 3, catarrhe 2, laryngite non tuberculeuse 2, névralgie intercostale 2, ulcère gastrique 2, surmenage 2, faiblesse pulmonaire 2 ; plus 22 diagnostics divers à un seul exemplaire (toux tabagique, toux gastrique, fièvre typhoïde, grippe intestinale, otite non tuberculeuse, appendicite chronique, sinusite, mastoïdite, rhumatisme, coqueluche, myocardite, méningite spinale, catarrhe gastrique, etc.), et, pour terminer, un diagnostic, qui avait au moins le mérite de l'exactitude... rétrospective : non malade (no disease).

De telles performances n'ont rien de très enviable; elles sont cependant suggestives et, dans une certaine mesure, instructives ; dans bien des cas il était impossible de faire mieux, les symptômes avaient donné tout ce qu'ils pouvaient ; trop souvent le médecin a péché par manque d'imagination ou de jugement plutôt que par négligence professionnelle ou infériorité technique ; il n'a pas pensé

◆◆◆

à la tuberculose, ou il y a pensé trop tard, ou il l'a éliminée trop vite. Si l'on adoptait la ligne de conduite plus rationnelle de Breuer, penser à la tuberculose en premier lieu et ne l'éliminer qu'en dernier ressort, on n'arriverait certainement pas toujours, avec un matériel d'exploration réduit à deux tympans au maximum, à affirmer ou à nier la tuberculose avec certitude; mais on gagnerait du temps en aiguillant successivement le malade sur le poste de rayons X et sur le laboratoire.

***

L'utilisation systématique de la radioscopie et de la bacilloscopie éviterait la plupart des erreurs de diagnostic ; il n'y aurait pas lieu d'insister sur un point définitivement acquis, si les règles élémentaires du diagnostic n'étaient pas si souvent perdues de vue dans la pratique, comme le montreront les exemples suivants.

Le premier est de A. Dudan, de Vevey : il confirme l'insuffisance de l'examen clinique.

M. G., 29 ans, inquiet d'une toux durant depuis plusieurs années avec expectoration, mais avec persistance d'un excellent état général, absence de fièvre et de douleurs thoraciques, consulte un médecin. Celui-ci constate un statut pulmonaire normal, une rhino-pharyngite chronique et diagnostique, vu le tabagisme du malade, un catarrhe des fumeurs ! G. non rassuré encore, vient nous demander un second avis. L'examen stéthacoustique, en effet, ne décèle que de minimes altérations de la respiration à l'apex droit. L'examen radioscopique, par contre, démontre une infiltration complète du lobe supérieur droit, en voie d'excavation, et l'examen bactériologique de nombreux bacilles de Koch dans l'expectoration.

C. Jimenez Diaz, de Madrid, montre toute l'importance de l'examen répété des crachats.

Sra de Ev. Elle souffre d'un asthme invétéré depuis quinze ans : au début les crises étaient nocturnes, puis elles sont devenues diurnes, se répétant de quatre à cinq fois par jour et condamnant la malade à la chambre. De nombreuses analyses de crachats sont restées négatives. Une analyse après homogénéisation montre deux bacilles dans plusieurs champs. Un traitement par la tuberculine donne une légère amélioration ; les analyses suivantes sont négatives, sauf une consécutive à un accès d'asthme. Cette malade sensibilisée se trouve enfermée dans un cercle vicieux désespérant d'asthme ; la radiothérapie et la tuberculine parviennent à l'améliorer.

Rodolfo Dassen, de Buenos-Ayres, rapporte une observation que nous résumons et dans laquelle la radioscopie permit d'établir l'origine d'un syndrome plutôt déconcertant.

A.O. de C., Argentine de 29 ans, présente, depuis quinze mois, un syndrome gastrique, avec épigastralgie, douleur de la base de l'hémithorax droit et température, qui font penser à de la cholécystite chronique ; des épisodes douloureux ont été considérés comme des coliques hépatiques ; elle a depuis quinze jours des crises rhumatismales résistant au salicylate ; ni blennorragie ni syphilis dans les antécédents. La radiographie révèle une sclérose du sommet droit et une pleurite diaphragmatique.

***

Les erreurs du praticien s'expliquent sans se justifier ; elles n'excusent pas celles du spécialiste, qui est un privilégie puisque tous ses clients sont *a priori* suspects de tuberculose. Le phtisiologue voit des tuberculeux partout, il en découvre, il en fabrique de toutes pièces en déclarant atteints des sujets qui sont et ont toutes chances de rester indemnes ; cette déformation professionnelle se complique de la perte du contact avec la médecine générale ; aussi l'échec est-il à peu près inévitable sur le diagnostic différentiel ; l'incapacité est flagrante de dépister et d'identifier les affections multiples et diverses qui simulent la tuberculose et contre la méconnaissance desquelles de nombreux auteurs nous mettent en garde.

Voici, entre autres, une liste des maladies à éliminer dressée par Valdès Lambea :

Anémie du bothriocéphale ; infection du tissu adénoïde pharyngo-nasal ; stomatite consécutive à la carie dentaire ; infection par le colibacille ou le tétragène à localisation rénale ou périrénale ou par le streptococcus viridans à localisation cardiaque ; fièvre de Malte ; grippe ; séquelles respiratoires de la rougeole, de la coqueluche et de la grippe ; bronchectasie ; pneumonie chronique ; pneumokoniose ; néphrite et périnéphrite ; cholécystite et péricholécystite ; appendicite ; leucémie ; maladie de Hodgkin ; paludisme.

Et ce ne sont pas là de simples vues de l'esprit ; les erreurs de diagnostic par excès existent bel et bien, comme les erreurs par défaut, et avec cette circonstance aggravante qu'elles sont encore plus difficilement et plus tardivement rectifiées.

Mac Crae et Funck ont découvert de 5 à 6 % de non-tuberculeux dans un service de phtisiques de Philadelphie (cité par David H. Stewart), Harry Lee Barnes 10 % au sanatorium de Wallum Lake (Rhode Island) et R. Courtois 17,5 % au sanatorium de Marcinelle. J.A. Wilson (discussion consécutive à la communication de A.S. Mac Gregor) s'élève contre la tendance actuelle à considérer comme tuberculeuses toutes les affections pulmonaires chroniques et signale que 33 % des déclarations de tuberculose du quartier est de Glasgow ont été reconnues erronées à l'écran. Le pourcentage d'erreurs de diagnostic en tuberculose infantile dépasse toutes nos espérances ; William E. Carroll a examiné soigneusement 594 enfants, de 7 mois à 15 ans, sortis du sanatorium de Meriden (Connecticut) ; sur ce nombre 271, soit 45 %, n'avaient pas de tuberculose clinique ; ces chiffres ne correspondent pas exactement à la réalité, certains petits malades ayant été étiquetés tuberculeux pour des raisons administratives et sociales ; ces réserves faites il faut admettre 148 cas, soit 24,9 % d'erreurs évidentes de diagnostic, qui se répartissent ainsi :

28 affections respiratoires aiguës ou chroniques, 57 adénopathies non tuberculeuses, 17 amygdalites, 12 ostéomyélites, 12 otites ; dans les 22 derniers cas l'erreur est à peu près incompréhensible et on a pris pour de la tuberculose des maladies bien caractérisées ; maladie de Banti, cholécystite chronique, chorée, eczéma, endocardite rhumatismale, épilepsie, impétigo, malaria, mastoïdite chronique, méningo-encéphalite, néphrite chronique, paralysie infantile, pharyngite chronique, scoliose, syphilis congénitale, vomissements cycliques, etc.

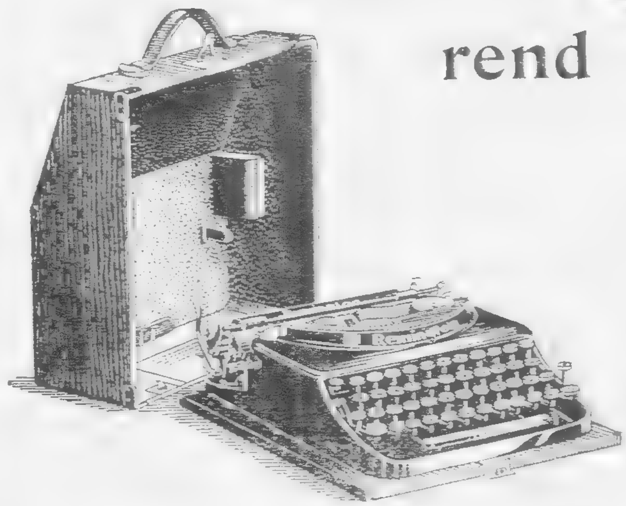
Les faits et les chiffres précédents, pour discutables ou contestables qu'ils soient, prouvent bien que les spécialistes n'ont rien à envier aux praticiens dans la course aux erreurs de diagnostic ; ils ne font pas les mêmes, c'est le seul point qui les distingue.

***

Quelques observations mettront en évidence les causes qui sont à l'origine de telles erreurs ; il s'agit le plus souvent d'une tournure d'esprit défectueuse, qui, malgré la discordance de syndrome clinique et des réponses négatives ou douteuses du laboratoire et de la radiologie, maintient le diagnostic de tuberculose pulmonaire au lieu de procéder aux recherches et aux examens supplémentaires indispensables : examen complet de l'expectora-


HÉMODUCTYL
RÉGULATEUR DE LA CIRCULATION DU SANG
HAMAMELIS, CUPRESSUS
MARRON D'INDE STABILISÉ
CRATÆGUS, GUI, BOLDO & CONDURANGO
LABORATOIRES LICARDY, 38 BOUL^D BOURDON, NEUILLY (SEINE)


LA PASSIFLORINE
uniquement composée d'Extraits Végétaux
ATOXIQUES
Passiflora incarnata
Salix alba
Cratœgus oxyacantha
est le TRAITEMENT PHYTOTHÉRAPIQUE des ÉTATS NÉVROPATHIQUES
ANXIÉTÉ
ANGOISSE
INSOMNIE NERVEUSE
TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR
TROUBLES DE LA VIE GÉNITALE
Laboratoires G. RÉAUBOURG
1, Rue Raynouard - PARIS (XVIe)



tion, examen complet du sang, examen des voies respiratoires, examen clinique complet.

Une observation de Tecon montre que le diagnostic peut être posé par l'examen plus approfondi d'une expectoration négative au point de vue bacilloscopique.

Un homme de 24 ans, envoyé en Suisse pour une tuberculose typique, amaigri, fébrile, harcelé par une toux opiniâtre, présente à la base du poumon droit une matité accusée surtout postérieure, réalisant bien le tableau clinique qu'on est habitué à voir chez un phtisique gravement atteint. A ajouter à ce tableau si net des hémoptysies abondantes de sang rutilant. Mais il manquait un élément de diagnostic et un élément important. D'une part le tableau clinique d'une tuberculose pulmonaire grave et d'autre part l'absence du bacille de Koch ne peuvent satisfaire l'esprit qui cherche une cause étiologique précise.

Le diagnostic fut posé dans ce cas par un fragment de la membrane du kyste expulsé dans un accès de toux et qui révélait de nombreux crochets asseyant d'une façon irréfutable le diagnostic.

L'auteur insiste sur la nécessité de l'examen complet de l'expectoration, qui lui aurait révélé, pour 1.000 malades suspectés de tuberculose, 71 cas de parasites divers se décomposant ainsi : spirochetes bronchialis 60, penicillium 4, autres mycoses 7.

La réaction de Wassermann a donné à Tecon la solution d'un autre problème de diagnostic.

Il s'agit d'un jeune homme de 22 ans qui fait subitement une hémoptysie assez abondante ; une submatité nette au tiers supérieur du poumon gauche, des sous-crépitants fins assez nombreux, 38 rectal sont constatés par son médecin. Ce malade vient passer 13 mois dans une station de montagne. Ce séjour est marqué par trois hémoptysies moyennes. Des examens bactériologiques répétés de l'expectoration ne décèlent pas de bacilles de Koch. J'ai suivi ce malade à son retour de la montagne ; son status général comme son status pulmonaire en imposaient pour une bacillose. L'examen radiologique montrait un voile net au tiers supérieur du poumon gauche avec une zone nettement plus sombre à contour irrégulier et grossièrement circulaire ; le sommet grisaille ne s'éclairait pas à la toux.

A cet ensemble de faits, qui relèvent si volontiers du bacille de Koch, il en manquait un ; la présence de ce bacille dans l'expectoration : des examens multiples, minutieux restaient toujours négatifs. Devant ce résultat un examen du sang que j'aurais dû faire beaucoup plus tôt, j'en fais ici mon *mea culpa*, donna un Wassermann fortement positif. Un traitement antisyphilitique prudent et prolongé, marqué au début par deux hémoptysies, amena la guérison du malade, prouvant ainsi que le spirochète seul était en cause.

La formule sanguine, rarement étudiée, a une valeur mise en relief par le cas de Courtois.

Léon M., 30 ans. Depuis trois mois, tousse et crache, dyspnée, amaigrissement.

A son entrée au sanatorium, ce malade présente un aspect général assez satisfaisant, un pouls légèrement tachycardique, une température uniforme matin et soir : 36,8.

Cliniquement, signes de pleurésie massive dans tout le côté droit. Le poumon gauche est indemne.

Une ponction exploratrice ramène du liquide sanguin presque pur, stérile. Par petites quantités à la fois, nous extrayons deux litres de ce liquide. Dès la première ponction, la température prend un type normal : 36,3 le matin, 36,9 le soir.

Le gain en poids est extraordinaire.

Cependant nous sommes frappés par la distension prononcée de son abdomen : à la palpation et à la percussion, nous décelons une rate hypertrophiée occupant la moitié gauche de l'abdomen.

Un examen du sang (montre) qu'il s'agit d'une leucémie à myélocytes, affection s'accompagnant parfois d'épanchement pleural sanguin.

Il y a des cas où il faut pousser plus loin l'examen du sang, si l'on veut arriver au diagnostic ; Valdès Lambea en rapporte un extrêmement curieux :

Quand je vis le malade à la salle des entrées, j'eus l'impression d'être en présence d'un cadavre. L'amaigrissement était extrême. Il y avait un syndrome péritonéal avec rétraction énorme de la paroi du ventre, qui était douloureux. Vomissements, diarrhée. Tension maxima 100 mm, pulsations 88. Aspect de tuberculeux cachectique. Un assistant de la clinique diagnostique une caverne du lobe supérieur droit. Hématies 3.100.000, hémoglobine 65 % ; leucocytes 11.000, polynucléaires 74 %, mononucléaires 26 %. On parla de syphilis viscérale sans l'affirmer ; je penchais pour une péritonite tuberculeuse et j'étais partisan d'une laparotomie, retenu par la seule crainte que le malade ne soit plus en vie au moment de l'intervention. Son aspect était effroyable et nous le considérions comme incurable, comme perdu. A ce moment critique, mon collaborateur Ruiz de Guardia évoque des cas semblables étudiés dans le service et suggère que l'on pourrait bien être en présence d'un paludéen. J'admets cette hypothèse et, en attendant les résultats du laboratoire, je fais pratiquer une injection de salvarsan. L'analyse éclaira le diagnostic en révélant la présence du plasmodium precox. Nous avions devant nous un cas de paludisme pernicieux. Un traitement intense et soutenu au salvarsan et à la quinine nous donna la satisfaction d'assister à la résurrection de Lazare.

A. Dudan met en relief une notion essentielle, l'*unité* de l'appareil respiratoire ; sur 70 militaires suisses, suspects de tuberculose et expertisés, il a trouvé 47 cas (67 %) d'inflammations banales des voies respiratoires supérieures dues pour la plupart à des affections aiguës ou chroniques du rhino-pharynx ; Hugh J. Morgan insiste sur l'importance de la *continuité* des voies respiratoires. Voici une observation caractéristique de Dudan :

M.A. G., 32 ans, journaliste, souffre d'une grande fatigue depuis six mois avec amaigrissement, toux et expectoration. Dyspnée d'effort, température subfébrile, douleur au sommet droit, où la percussion dénote une submatité et l'auscultation une prédominance du bruit bronchique avec affaiblissement du murmure vésiculaire. Déclaré atteint de tuberculose, G. se voit contraint d'abandonner son travail et de partir dans une station de cure. Un examen plus approfondi de ses voies respiratoires nous permet de déceler l'existence d'une affection chronique des fosses nasales : cloison épaisse, avec crête oblique à gauche, gros cornets congestionnés et hypertrophiés ; pharyngite chronique. L'examen radiologique et bactériologique écarte péremptoirement l'existence d'une lésion tuberculeuse pulmonaire. Le Dr Frey (Montreux) pratique une résection de la cloison et une réduction des cornets. G. ne tarde pas à recouvrer sa santé complète.

Cette observation tend à justifier la boutade d'un ancien médecin de sana rapportée par Alec Cramer : « S'il n'existait pas de malades atteints de rhino-pharyngo-trachéites, les résultats statistiques des sanatoriums d'altitude seraient bien décourageants. »

Une dernière observation nous enseigne qu'il faut se méfier du diagnostic *de visu*, si évident soit-il ; J. Noir rapporte l'histoire d'un cas fort instructif, dans lequel il eut l'occasion de participer à une erreur collective et le mérite de la redresser par la suite :

Cette malheureuse, encore jeune, offrait tous les signes de phtisie pulmonaire à sa période la plus ultime. Hâve, décharnée, couverte d'une sueur visqueuse, elle avait une fièvre intense, délirait, toussait lamentablement et rendait des crachats purulents en abondance.

A l'auscultation, l'on percevait des râles humides dans toute la poitrine. Comme cette malade était seule et sans ressources, nous dûmes l'envoyer au vieil hôpital de la Pitié, où elle fut admise dans le service du Dr Albert Robin. Elle en sortit quelques jours après, ne voulant pas y mourir. Le diagnostic de tuberculose pulmonaire au troisième degré avec fièvre hectique avait été posé.

Nous fûmes appelé de nouveau auprès d'elle. Une personne, qui la gardait, attira notre attention sur la vive douleur que la malade ressentait dans une épaule. Nous portâmes de ce côté notre investigation et nous constatâmes un volumineux phlegmon de l'aisselle que la malade avait jusqu'alors dissimulé. Une large incision donna issue à une grande quantité de pus. L'amé-

lioration fut immédiate et, en quelques jours, la fièvre, la bronchite, l'expectoration disparurent ; l'appétit revint et la malade commença à engraisser.

Nous pûmes expliquer alors notre erreur, erreur partagée d'ailleurs par M. Albert Robin et ses assistants. C'était une morphinomane, d'où sa maigreur et son aspect cachectique. Se piquant sans la plus petite précaution aseptique, elle s'était infectée et une lymphangite avait provoqué l'énorme abcès de l'aisselle ; elle avait en même temps pris froid et contracté une bronchite banale généralisée. Elle avait soigneusement caché sa morphinomanie et son abcès à nous et à tous les médecins qui l'avaient examinée à l'hôpital...

Il n'est pas douteux que si nous avions complètement examiné notre malade, nous ne nous serions pas aussi grossièrement laissé tromper, et le fait de voir notre erreur partagée par les médecins d'un service hospitalier est une médiocre excuse.

Les exemples qui précèdent n'empêcheront certainement pas le renouvellement d'erreurs analogues ; puissent-ils nous rappeler la nécessité de mettre en œuvre tous les moyens d'exploration et d'appliquer toute notre attention à l'établissement et à la discussion du diagnostic !

***

La crise pratique du diagnostic phtisiologique existe, c'est un fait ; elle est imputable aux hommes plutôt qu'aux méthodes, au praticien qui ne pense pas assez à la tuberculose et au spécialiste qui y pense trop, au radiographe qui n'est pas forcément un habile photographe, au bactériologiste qui ne considère que l'équation : analyse de crachats = recherche du B. K. : elle tient à l'oubli des règles élémentaires de l'examen tout court.

Ce n'est pas tout. Au-dessus de la crise pratique il y a une crise théorique grave, due à la carence de la radiologie dans les formes initiales et de la bacilloscopie dans les formes fermées, qui coïncident fréquemment avec les premières. En présence de leurs réponses négatives, que reste-t-il, au spécialiste aussi bien qu'au praticien, pour faire le diagnostic ? Uniquement des signes cliniques, c'est-à-dire des signes de probabilité variable et inégale, toujours insuffisants pour conclure. Les seuls qui comptent vraiment sont l'hémoptysie, la pleurésie et les râles (signes cardinaux de Joress, signes-clefs de Stoll, critères de Brown) ; sans doute auraient-ils une valeur considérable s'ils ne correspondaient à une tuberculose déjà avancée plutôt qu'à une tuberculose initiale (tel est du moins l'avis de G. B. Webb) et s'il n'y avait de grandes chances pour que la radioscopie et la bacilloscopie soient positives, ce qui est en contradiction avec les données du problème.

Les autres signes, correspondant au début de la tuberculose, sont simplement suggestifs soit d'une localisation respiratoire, soit d'une intoxication générale.

Si nous faisons appel une fois de plus à la précieuse statistique de Chapman, nous y verrons que les débuts respiratoires y figurent pour les deux tiers des cas :

Toux	24 %
Frissons et fièvre (grippe, pneumonie)	12,5 %
Douleurs thoraciques	10,5 %
Hémoptysies	8,5 %
Rhume sévère ou prolongé	8,5 %
Enrouement	2 %

A. Dudan insiste sur les débuts cliniques brusques par épisode pneumonique, léger ou massif, qualifiés trop souvent de « coups de froids », de « bronchites répétées » ; il attire l'attention sur la fréquence du début par un accident broncho-pulmonaire d'apparence la plus banale ; le tableau suivant résulte de l'observation de 100 sujets :

Début par hémoptysie	6 %
Début par épisode aigu avec prodromes légers	12 %
Début par épisode aigu sans prodromes ou prodromes ne dépassant pas 48 heures	48 %

soit un total de 66 % concordant exactement avec celui de Chapman.

Valdès Lambea signale les syndromes respiratoires aigus de début avec manifestations catarrhales, B. H. Douglas et M. Pinner les débuts insidieux camouflés en accès de grippe. F. T. Lord a relevé, dans les antécédents de la moitié des tuberculeux pulmonaires, des affections aiguës des voies respiratoires, suivies peu après de toux, d'expectoration et plus tard de signes généraux : fièvre, sueurs nocturnes, perte de poids ; ont-elles précédé, préparé ou annoncé la tuberculose ? La question est difficile à résoudre, elle est à considérer.

Dans ces cas aigus d'apparence banale Dudan recommande, avec raison, de pratiquer les examens radiologique et bactériologique, qui donnent des réponses positives plus souvent qu'on ne s'y attendait ; c'est certain, mais dans l'hypothèse où nous nous plaçons, en l'absence de ces deux critères, devrons-nous tomber dans l'excès contraire et suspecter toutes les pneumonies, toutes les grippes, tous les rhumes ? Le mieux qu'on puisse dire c'est que de tels épisodes fallacieux quand ils sont considérés isolément, deviennent suggestifs par leur répétition.

L'auscultation est naturellement en déficit dans les cas initiaux et dans la période muette qui suit les épisodes aigus ; Burnand insiste cependant et à juste titre sur la valeur de l'*obscurité respiratoire* en matière de tuberculose même incipiente ; faudra-t-il paraphraser le mot fameux : « J'en entends un qui ne compte pas » et dire : « J'en entends un qui ne respire pas », pour conclure : il est tuberculeux, ce qui est peut-être exact après tout ? Selig Simon est d'avis que la tuberculose initiale, ayant un point de départ hilaire profondément situé, ne se traduit cliniquement que par des *signes légers* : submatité, respiration bronchique entre la 2e et la 5e vertèbre dorsale dans l'espace interscapulaire.

Le dernier tiers de sujets au début présente simplement les signes insidieux, au complet ou non, du syndrome toxémique, qui a pour Macleod Munro et Struthers Steward une valeur considérable ; ces signes sont nombreux, inégaux et difficiles à mettre en évidence ; les opinions des auteurs sont variables et contradictoires : quelques-unes méritent d'être citées, surtout dans la mesure où elles diffèrent des données classiques.

Frank A. Craig s'inquiète peu de l'étude de la température, qui est la plus souvent égale et même inférieure à la normale, et de celle du pouls, si importante pour W. Stobie ; il attribue une grande valeur à la perte de poids, à condition de faire entrer en ligne de compte l'âge et la taille ; il signale l'intérêt de l'abaissement de la pression artérielle, inférieure dans un tiers des cas à 120 millimètres (méthode auscultatoire) ; il conseille de se baser sur l'ensemble des symptômes dans chaque cas particulier.

Pour H. Simon et G. Lewin le premier signe de l'infection tuberculeuse consiste dans une tendance à la transpiration, qui ne fait qu'exceptionnellement défaut et qui est indépendant de la température.

E. O. Otis tient grand compte de la fatigue et R. B. Kerr des *troubles vagues* et mal définis, notion clinique nouvelle qu'il importe de souligner.

***


CHLORO-CALCION
SOLUTION STABILISÉE, RIGOUREUSEMENT DOSÉE, DE CHLORURE DE CALCIUM CHIMIQUEMENT PUR
80 gouttes ou 1/2 cuiller à café = 1gr. Ca Cl²
Recalcifiant
Hémostatique
Déchlorurant
DIRECTEMENT
ASSIMILABLE
Littér. Échant. LABORATOIRE MICHELS 9, Rue Castex, PARIS (IVe)

En l'absence des éléments de certitude et de localisation, en présence de signes physiques, fonctionnels et généraux non pathognomoniques, la valeur du diagnostic ne dépend plus que de la perspicacité du clinicien, pour ne pas dire de sa chance ; elle n'est pas chiffrable, ce qui est peu plaisant à une époque où l'on attache une importance énorme, bien qu'exagérée, aux valeurs numériques et où l'on tend à tout standardiser.

Il ne reste donc plus, semble-t-il, qu'à s'adresser au laboratoire et à utiliser les réactions sérologiques fort nombreuses, mais peu employées. Que valent-elles en réalité ?

Si l'on étudie les deux principales, fixation du complément par la méthode de Besredka et floculation par la méthode de Vernes, elles donnent, dans la tuberculose pulmonaire en général (toutes formes et toutes périodes) une proportion appréciable mais insuffisante de résultats positifs : 70 % pour la première et 80 % pour la seconde; de plus elles sont influencées, la réaction de Besredka par la syphilis (si bien qu'elle n'a de signification qu'accompagnée d'un Wassermann négatif), la réaction de Vernes par la syphilis et aussi par la plupart des maladies.

Les résultats sont encore moins satisfaisants dans les cas suspects ou douteux. A. M. Valléjo de Simon, pratiquant la fixation du complément dans seize cas bien étudiés cliniquement, a obtenu huit résultats positifs et huit négatifs ; sur les huits sujets positifs, quatre étaient sûrement tuberculeux et quatre probablement non tuberculeux, sur les huit négatifs, un était sûrement tuberculeux et sept probablement non tuberculeux. La méthode de Vernes, bien que d'apparence plus précise, est de peu d'utilité comme le remarque R. Jordan ; il est évident qu'entre une réponse négative < 15 et une réponse positive > 30 il y a une échelle de probabilités croissantes, mais ce ne sont pas des probabilités que l'on demande.

Si nous passons aux résultats sérologiques négatifs, ils ont par contre une importance considérable, tant par leur exactitude réelle que par leur valeur d'exclusion. Les sujets sains et non tuberculeux sont négatifs au Besredka et au Vernes dans une proportion variable suivant les statistiques mais oscillant autour de 90 % et cette négativité demeure valable pour le Besredka en cas de Wassermann positif. La marge d'erreur paraît donc limitée à 10 %, ce qui est très honorable. L'élimination de la tuberculose serait assurée si la réaction ne restait pas négative dans les cinq premiers mois qui suivent l'évolution du processus soit de primo-infection soit de réinfection.

La pratique simultanée des diverses réactions biologiques a été recommandée. J. L. Dufour et V. E. Badoux préconisent le Besredka, le Vernes et la vitesse de sédimentation ; la concordance des résultats en augmente la valeur ; les discordances, qui existent aussi, doivent être interprétées ; c'est ainsi qu'un Besredka négatif serait plus important qu'un Vernes positif.

***

La sérologie ne donne pas la clef du diagnostic. En l'absence de signes valables, chez un suspect, il n'y a qu'un parti à prendre, c'est la mise en observation prolongée ; Lawrason Brown et R. Courtois utilisent l'épreuve à la tuberculine en injections sous-cutanées à doses croissantes ; le danger, à vrai dire exagéré, des réactions focales et générales enlève à ce procédé toutes chances de passer dans la pratique.

Le diagnostic précoce de la tuberculose se réduit en définitive à une mise en observation, à une attente, à une perte de temps. Cette attitude passive est peu brillante ; nous préférons sans hésitation celle d'E. M. Ellison, qui considère comme positifs tous les cas suspects et choisit le terrain solide d'une situation nette.

Il y aurait mieux à faire encore ; ce serait d'appliquer aux cas douteux le traitement d'épreuve, constitué par les ressources actuelles d'une chimiothérapie adaptée à cette fin et par les possibilités pr sentes et futures de la sérothérapie et de la vaccinothérapie. S'il est prématuré de préconiser comme traitement d'épreuve des médications discutées, contestées ou hypothétiques, s'il est paradoxal de proposer, comme épreuve révélatrice du diagnostic, des moyens thérapeutiques destinées à tuer dans l'œuf ce même diagnostic, il n'est ni défendu ni chimérique de prévoir les progrès et le développement d'une thérapeutique antituberculeuse sous des formes diverses et son application au diagnostic précoce, en vertu du principe : qui peut le plus peut le moins.

Le traitement d'épreuve joue déjà un rôle important dans le diagnostic de certaines affections non tuberculeuses des voies respiratoires, qui sont trop souvent prises pour de la tuberculose initiale ou avancée. L'emploi de l'arsenic, du bismuth et du mercure dans la syphilis, de l'iodure dans l'actinomycose, de l'émétine dans l'amibiase, de la quinine et de l'arsenic dans le paludisme réalise la combinaison idéale d'un diagnostic précis et d'un traitement héroïque.

BIBLIOGRAPHIE

1. Harry Lee Barnes. The X ray in the diagnosis of pulmonary tuberculosis. *American Review of Tuberculosis*, mai 1923. — 2. Miles J. Breuer. Thoughts on the « early cases » of tuberculosis. *American Review of Tuberculosis*, janvier 1930. — 3. Lawrason Brown. The diagnosis of pulmonary tuberculosis for the general practitioner. *Journal of the American medical Association*, 31 mars 1928. — 4. R. Burnand. La crise de l'auscultation en tuberculose. *Revue médicale de la Suisse Romande*, 15 juin 1925. — 5. W. E. Carroll. Errors in the diagnosis of tuberculosis of children. *American Review of Tuberculosis*, juin 1926. — 6. Edward N. Chapman. Errors of omission and commission in the diagnosis of the pulmonary tuberculosis. *American Review of Tuberculosis*, avril 1928. — 7. R. Courtois. Remarques sur quelques erreurs de diagnostic en tuberculose pulmonaire. *Scalpel*, 11 octobre 1930. — 8. Frank A. Craig. The diagnosis of pulmonary tuberculosis from the standpoint of the industrial physician. *American Review of Tuberculosis*, juin 1922. — 9. Alec Cramer. Diagnostic différentiel de quelques affections chroniques de l'appareil respiratoire d'avec la tuberculose pulmonaire (communication à la Société de Médecine de Genève du 23 avril 1925) *Revue médicale de la Suisse Romande*, 25 septembre 1925). — 10. Rodolfo Dassen. El error de diagnostico en la colecistitis cronica considerado desde el punte de vista de la semiologia practica. *Semana Medica*, 7 août 1930. — 11. C. Jimenez Diaz. Asma y tuberculosis. *Revista Espanola de Tuberculosis*, avril 1930. — 12. B. H. Douglas and M. Pinner Acute subapical versus insidious apical tuberculosis ; pathogenesis and clinical significance. *American Review of Tuberculosis*, mars 1930. — 13. A. Dudan. De l'examen des suspects de tuberculose pulmonaire. Les « fausses tuberculoses » dues à des affections des voies aériennes supérieures. *Revue médicale de la Suisse Romande*, 25 juin 1929. — 14. J. L. Dufour et V. E. Badoux. A propos de la sérologie de la tuberculose. *Revue médicale de la Suisse Romande*, 25 octobre 1930. — 15. E. M. Ellison. The early diagnosis of pulmonary tuberculosis. *Medical Journal and Record*, 7 novembre 1928. — 16 R. Jordan. Vernes Photometric Test in the diagnosis and prognosis of Tuberculosis. *British Journal of Tuberculosis*, avril 1929. — 17. M. H. Joress. Differential Diagnosis in pulmonary diseases (with particular reference to the diagnostic of pulmonary tuberculosis). *New England Journal of medicine*, 21 juin 1928). — 18. R. B. Kerr. The Responsability of the General Practitioner of medicine for the Cure and Prevention of Tuberculosis, *New England Journal of medicine*, 6 juin 1929. —19. Valdès Lambea. Los modos del comienzo de la tuberculosis pulmonar. *Revista espanola de Tuberculosis*, octobre 1930. — 20. Valdès Lambea. Sobre algunos errores de diagnostico principalemente por abuso del de tuberculosis. *Revista de Higiene y de Tuberculosis*, février 1928. — 21. Valdès Lambea. Los errores de diagnostico. *Siglo medico*, 29 mars 1930. — 22. F.

T. LORD. The effect of bronchitis, influenza and pneumonia on pulmonary tuberculosis. Section of Tuberculosis, Massachussets Medical Society, 10 juin 1929; in *New England Journal of medicine*, 29 août 1929. — 23 A. S. MACGREGOR. Radiology in the diagnosis of pulmory tuberculosis. A discussion and X ray demonstration at Ruchill Hospital, Glasgow. *Edinburgh medical Journal*, mars 1924. — 24. D. G. MACLEOD MUNRO. On the relative value of symptoms and physical signs in the early diagno sis of pulmonary tuberculosis. *Practitioner*, avril 1925. — 25. Hugh J. MORGAN. Subacute and chronic pulmonary infections commonly mistaken for pulmonary tuberculosis. *American Review of Tuberculosis*, novembre 1930. — 26. J. NOIR. Errare humanum est. *Concours médical*, 10 novembre 1929. — 27. E. O. OTIS. Some deceptions and surprises in the course of pulmonary tuberculosis. *New England Journal of medicine*, 29 novembre 1928. — 28. H. SIMON et C. LEWIN. Ueber die gesteigerte Schweissekretion der Phtisiker. *Zeitschrift fur Tuberkulose*, 1927, XLVIII, 220. — 29. Selig SIMON What constitutes the early recognition of tuberculosis. *American Review of Tuberculosis*, juillet 1921. — 30. David A. STEWART. Some considerations regarding the diagnosis of pulmonary tuberculosis. *American Review of Tuberculosis*, février 1922. — 31. J. STRUTHERS STEWART. Early diagnosis of pulmonary tubercle. *Glasgow medical Journal* septembre 1925. — 32. W. STOBIE. Some observations on the assessment of the value of certain symptoms and signs in the diagnosis of early tuberculous infection. *British Journal of Tuberculosis*, juillet 1929. — 33. H. F. STOLL. Mistakes we make in the diagnosis and treatement of pulmonary tuberculosis. *Boston medical and Surgical Journal*, 1er décembre 1927. — 34. H. TECON. Hémoptysies non tuberculeuses. *Revue médicale de la Suisse Romande*, 10 septembre 1929. — 35. A. M. VALLEJO DE SIMON. La fijacion de complemento en la tuberculosis. *Revista Espanola de Tuberculosis*, juin 1930. — 36. G. B. WEBB. The early diagnosis and early care of pulmonary tuberculosis. *Journal of the American medical Association*, 1er juin 1929. — 37. L. R. WILLIAMS and A. M. HILL. The utilization of certain diagnostic aids of special value in determining tuberculosis. *Journal of the American medical Association*, 15 juin 1929.

Grippe et complications dentaires

Par le Dr MARTIN
Professeur à l'Ecole française de Stomatologie

Cela n'est pas nouveau et tous, soit en médecine générale, soit en spécialité, avons vu des cas de mortification pulpaire avec accidents plus ou moins sérieux au cours de la grippe.

Dernièrement un de mes clients, retenu hors Paris par la grippe a fait une dégénérescence pulpaire au cinquième jour de sa convalescence de grippe. La gangrène pulpaire évolua rapidement, avec la névralgie réglementaire, vers l'abcès.

Ceci se passait au niveau de G2 (incisive latérale inférieure gauche). Cette dent portait depuis 10 ans une obturation au ciment porcelaine, épine irritative possible.

En présence des accidents aigus, avec température à 39°, le confrère de médecine générale demande l'intervention du spécialiste pour pratiquer l'extraction.

Ce qui fut fait. Ce mode opératoire, radical, était-il indispensable ? Je ne le pense pas et quand il s'agit d'une dent aussi importante pour l'esthétique, je prétends que l'on pourrait et devrait recommander la trépanation de la dent, avec curage apical dans la même séance.

Je l'ai fait dans des cas aussi aigus et n'ai eu qu'à m'en louer.

Il peut paraître curieux que je vienne dire ceci aux praticiens de médecine générale.

C'est que bien souvent ce sera d'eux que la décision dépendra, surtout dans les cas où le spécialiste sera un chirurgien-dentiste.

Je crois donc utile d'attirer l'attention du médecin sur la possibilité d'un traitement conservateur, et rapidement curateur dans de tels cas.

Neuro-psychiatrie et laboratoire d'hygiène

Par MM. Henri DAMAYE et Bernard POIRIER
Médecins des Asiles d'aliénés

Les nécessités de la thérapeutique et les recherches étiologiques amènent le psychiatre à rechercher, aujourd'hui, la collaboration du bactériologiste. Pendant quelque vingt ans au plus avant la guerre, les recherches de laboratoire, en psychiatrie, se sont bornées à l'anatomie pathologique. On a ainsi découvert les méningo-encéphalites des psychoses toxi-infectieuses, grâce surtout aux méthodes histologiques de Nissl et de Weigert-Pal. Cette connaissance du substratum des psychoses toxi-infectieuses permit de les différencier de ces autres, où nos méthodes actuelles ne découvrent pas encore de lésions et qu'on nomme psychoses constitutionnelles. Les lésions y existent très certainement aussi, mais sont cytologiques. Ceci nous montre, en définitive, que la méningo encéphalite des psychoses toxi-infectieuses n'est pas indispensable pour déterminer des troubles mentaux, puisque ces troubles peuvent exister sans elle. Les lésions véritables, essentielles, sont celles des fins éléments de la cellule cérébrale : lésions que nos microscopes et nos méthodes colorantes ne sauraient encore ni apercevoir, ni caractériser.

Mais, fort heureusement, cette ignorance où nous sommes encore des fines altérations de la cellule cérébrale n'empêche pas les recherches thérapeutiques de s'effectuer. L'étiologie fait également son chemin ; on peut maintenant, traiter avec succès les psychoses fébriles aiguës, dont les plus graves sont le délire aigu et le delirium tremens. On les traite par la médication anti-infectieuse : électrargol ou urométine intra-veineux, par exemple, et abcès de fixation.

Nous traitons ainsi sans avoir mis positivement en évidence les agents infectieux locaux des méningo-encephalites. L'hémoculture nous a déjà fourni des renseignements, mis sur la piste ; mais les examens de liquide céphalo-rachidien, qui seraient, à notre point de vue, plus intéressants, ne donnent pas de renseignements bactériologiques. On ne trouve pas d'agents microbiens dans le liquide céphalo rachidien des psychoses toxi-infectieuses. Et cependant, l'hémoculture révèle, dans le sang des délires aigus et des deliriums tremens, le staphylocoque, le streptocoque, le pneumocoque ou des associations de ces germes infectieux. Mais un grand point est acquis pour ce qui concerne la thérapeutique et l'étiologie des deliriums tremens et des délires aigus : ce sont des septicémies, des psychoses toxi-infectieuses.

L'appoint du bactériologue devient, aujourd'hui, tout à fait indispensable au psychiatre. Nous avons eu longtemps recours aux lumières de M. le Professeur Rappin, directeur de l'Institut Pasteur de Nantes. Depuis un an, le département de la Vendée, où nous exerçons, possède un laboratoire d'hygiène, de bactériologie et de sérologie. Le directeur de ce laboratoire, M. le Dr Duvic a, le premier en France, croyons-nous, su réaliser la jonction du service de neuro-psychiatrie de l'asile avec le laboratoire départemental. M. le Dr Duvic pratique systématiquement chez nos entrants, les réactions de Wassermann, de Desmoulière, de Hecht, de Meinicke, de Kahn. Il a pu ainsi découvrir la syphilis chez des malades pour lesquels on ne la soupçonnait pas. Il a pu, en même temps, faire traiter des femmes de nos malades et prévenir des avortements (1).

M. Duvic pratique l'hémoculture chez les malades atteints de psychoses fébriles.

(1) DUVIC. — La prophylaxie de la syphilis dans les asiles d'aliénés. *Annales des maladies vénériennes*, juin 1930.

D'après notre très distingué collaborateur, les agents microbiens, que l'on décèle ainsi par l'ensemencement du sang, ne peuvent être décelés de même dans le liquide céphalo-rachidien. Car si ce liquide contenait des germes infectieux non filtrants, on aurait, soit de la purulence de ce liquide, soit des symptômes cliniques classiques de méningite, durant l'évolution des psychoses toxi-infectieuses. Or, on ne constate jamais rien de semblable dans les affections mentales à substratum de méningo-encéphalite. M. Duvic pense que les méningo-encéphalites du délire aigu, du delirium tremens, de toutes les psychoses toxi-infectieuses sont dues à des germes filtrants, que des inoculations au lapin, par trépanation de cet animal, pourraient seules, peut-être, arriver à caractériser.

De même, il est possible que les méningo-encéphalites des psychoses constatées chez les tuberculeux des schizophrénies entre autres, soient le fait du bacille de Koch à l'état filtrant.

Le bactériologue a énormément à faire dans les services de psychiatrie. C'est par lui que s'éclairera peu à peu, l'étiologie d'une vaste catégorie d'affections mentales. C'est lui aussi qui fournira à la thérapeutique psychiatrique les plus précieuses indications.

VARIÉTÉS

Du pronostic

par le Docteur **Paul LE GENDRE**

Optimiste et pessimisme — Eléments du pronostic
Principales causes d'embarras — Manières d'exposer le pronostic

C'est dans l'exposition du pronostic que réside une des plus grandes difficultés professionnelles. D'abord il est très souvent difficile à faire et Hippocrate signalait déjà que c'est la pierre de touche de l'expérience du médecin.

Il est difficile au début des maladies : qui n'a vu tourner mal, contre toute apparence, une maladie qui paraissait bénigne dans les premiers jours ? Et par contre, quand on avait désespéré d'un malade qui paraissait à la veille de succomber, n'éprouve-t-on pas quelquefois l'heureuse surprise de voir se produire une crise imprévue et un retour rapide à la santé ou une lente réparation ?

Les vieux praticiens ont tous dans leur mémoire des souvenirs de ce genre, qui les rendent plus prudents que les jeunes. Ceux-ci doivent-ils en conclure qu'il ne faut jamais désespérer d'un malade et laisser toujours l'entourage dans la confiance ? — Ce serait peut-être excessif. Toutefois *il vaut mieux en somme être optimiste que pessimiste* ; mais chacun de nous obéit le plus souvent, à ce point de vue, à son tempérament naturel.

Pour avoir le plus sûr pronostic il faut avoir non seulement vu *beaucoup* de malades, mais les avoir *bien* vus et *suivis*. C'est dire que les étudiants qui ne voient les malades qu'en passant, à une étape de leur maladie n'apprennent pas à poser un pronostic ; on n'en acquiert les éléments qu'en examinant chaque jour et jusqu'à la dernière heure les malades. A l'hôpital les internes sont plus favorisés à ce point de vue que les externes, et à plus forte raison que les stagiaires, parce qu'ils peuvent voir les malades à toute heure.

Il est pourtant d'une importance extrême de formuler le mieux possible le pronostic ; car *c'est surtout sur le pronostic que nous sommes jugés par les clients et leurs familles* : — ce qui est bien naturel, puisque c'est la seule partie de nos capacités qui leur soit accessible. C'est aussi la seule chose qui leur importe. Aussi nous n'avons quelquefois pas même terminé l'examen du malade que celui-ci ou ses proches nous demandent déjà « si c'est grave » ou non.

Il faut donc d'abord résumer les éléments du pronostic autant que nous le pouvons et ensuite réfléchir à la manière de le formuler.

Les *éléments du pronostic* se tirent non seulement des symptômes actuels, mais du *stade* de la maladie (tel symptôme est très alarmant au début parce que d'ordinaire il n'existe qu'à son acmé : par exemple l'élévation thermique excessive), — de l'analyse minutieuse des *appareils fondamentaux* : la pression artérielle et la résistance cardiaque, la sécrétion urinaire, les réactions pupillaires, — de la connaissance du *tempérament* et de la *constitution* du patient. Ainsi le médecin qui a déjà soigné le malade dans une ou plusieurs maladies, qui connaît ses réactions personnelles, les preuves qu'il a données déjà de sa capacité de résistance, en meilleure posture pour établir son pronostic que le médecin appelé par hasard et qui n'a pas assisté aux phases antérieures de la maladie. D'où le conseil d'*être d'autant plus réservé qu'on voit le malade pour la première fois*.

Il ne faudrait pas prendre toujours un air grave et solennel quand on est appelé pour une indisposition évidemment insignifiante, afin de se donner les gants d'une guérison qui va se produire toute seule. Ce procédé de charlatan n'est pas seulement blâmable, il serait vite dépisté et n'assurerait pas la réussite ultérieure d'un jeune praticien.

Les symptômes qui peuvent souvent nous porter à exagérer involontairement la gravité d'un pronostic sont ceux *d'ordre nerveux*, s'ils dépendent de l'état psychique ou des réactions d'ensemble, sans avoir la valeur d'une localisation sur les centres vitaux. L'abattement, l'indifférence, la prostration la plus profonde (qu'il faut savoir distinguer du coma) sont souvent aussi trompeurs que le délire, les convulsions désordonnées et autres signes d'excitation chez les grands nerveux, psychasthéniques ou hystériques, suivant le sexe et l'âge.

Une difficulté professionnelle au sujet du pronostic de certaines *hyperthermies vespérales, prolongées* plusieurs mois et même un an ou deux sans cause appréciable, mérite d'être étudiée par les praticiens. Il s'agit généralement d'enfants ou d'adolescents en période de croissance, plus rarement d'adultes, de femme à la période de préménopause ; les élévations thermiques peuvent atteindre 38° et même exceptionnellement 39°, exacerbées par l'effort et la fatigue. Les examens réitérés les plus minutieux ne permettent de déceler ni signes de tuberculose, ni adénopathies notables, ni appendicite chronique, ni adénoïdite suppurante ; les sujets en dehors de l'élévation thermique n'accusent pas de symptômes morbides ou seulement un peu de fatigue à l'heure de la montée thermique. Ces états ont été catalogués souvent fièvre de croissance par les médecins d'enfants ; parmi ces cas il se peut que se cachent quelques tuberculoses latentes et bénignes : mais pour ceux qui ne réagissent pas à la tuberculine, dont la radioscopie ne décèle aucune localisation pulmonaire, et qui au bout d'un temps variable récupèrent la température normale, l'embarras persiste. Certains invoquent un affaiblissement passager des centres thermo-régulateurs (il s'agit presque toujours de sujets très nerveux) à la suite d'une affection antérieure quelconque (grippe, rhumatisme, fièvre éruptive). D'autres pour les fillettes prépubères et les femmes préménopausiques ont parlé d'une phase d'hyperthyroïdisme (Sergent). Le rôle du praticien

(1) Extrait de *La Vie médicale* (Déontologie et Technique professionnelle). Tome I du *Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée*. Prix : 80 fr., Maloine, éditeur, 27, rue de l'Ecole de Médecine. Paris.

dans ces cas est délicat : il doit s'entourer de tous les moyens modernes (examens de spécialistes pour les cavités rhinopharyngiennes, auriculaires. radioscopie, tuberculinoréactions, examens du sang) avant de conclure à l'impossibilité d'un diagnostic ferme et de rassurer la famille au sujet de l'avenir. Mais l'embarras persiste si la question se pose d'un mariage prochain. La plupart de ces sujets retrouvent l'équilibre ; néanmoins il serait, croyons-nous, imprudent de la part du médecin de conseiller le mariage tant que l'équilibre thermique n'est pas rétabli et il vaut mieux décliner la responsabilité d'une décision immédiate, en laissant la famille libre de la prendre.

Dans l'appréciation du pronostic, il ne faut pas non plus se laisser impressionner par des circonstances fortuites (la nuit, certains événements qui ont pu agir à notre insu parfois), le caractère du milieu : il y a des familles de détraqués où chacun s'affole, grossit et déforme tous les renseignements.

Plus les circonstances où nous sommes appelés sont exceptionnelles ou impressionnantes, plus il faut nous défier d'une première impression et garder le plus grand calme, tout écouter, tout regarder avant de tirer des conclusions en nous-mêmes et peser avec soin nos paroles avant de formuler un pronostic. Il importe toujours, même si notre diagnostic est rapidement fait et s'impose presque d'emblée à notre esprit, que nous ayons examiné avec le plus grand soin et complètement tous les grands appareils avant de donner notre opinion.

En présence d'une première attaque d'hystérie convulsive, il ne faut pas dire « Ce n'est rien », car il faut penser que probablement c'est la première manifestation d'un état qui se reproduira. Quand on assiste à une attaque d'épilepsie, il y a encore plus de réserves à faire, mais les ménagements sont surtout en vue de l'avenir.

Au malade lui-même il va de soi que le pronostic doit être le plus souvent formulé comme rassurant, et d'autant plus qu'il paraît pusillanime ou inquiet ; il y a toutefois certains cas où il ne faut pas être trop rassurant, si on ne croit pas pouvoir obtenir de lui les mesures d'hygiène ou le traitement nécessaires. Une attaque d'ivresse, même accidentelle, ne doit pas être considérée comme négligeable.

Il faut, quand on a des réserves sérieuses à formuler vis-à-vis de l'entourage, avoir bien soin de s'assurer que le malade ne peut entendre, et même que les personnes qu'on est obligé d'alarmer ne vont pas immédiatement retourner auprès de lui avec une expression de découragement et de tristesse.

Le langage dans lequel on formule son pronostic doit être mûrement réfléchi, et cependant il est désirable *qu'on n'ait pas l'air de chercher ses mots*, bien qu'on les ait soigneusement pesés. Il faut surtout s'assurer que les personnes à qui l'on parle prennent bien les mots dont nous nous servons dans le même sens que nous. Il vaut mieux employer le mot « sérieux » que le mot « grave », quand on a en vue un état curable ; car dans beaucoup de familles « grave » est considéré comme synonyme de « désespéré ».

D'ailleurs, nous devons proportionner nos termes au caractère connu ou présumé des personnes : il y a des familles où, soit par légèreté naturelle, soit par une affection modérée pour le malade, on est porté à penser que nous exagérons toujours ; il y a au contraire des familles de pessimistes ou dont l'affection pour le patient exagère encore ce que nous avons dit : il est certain qu'en général une mère est plus à ménager qu'une belle-mère (réserves faites pour certains cas qui donnent tort à l'adage).

Le pronostic qu'on nous demande est le plus souvent celui qui sera vérifié à brève échéance dans les maladies aiguës ; il n'y a lieu d'insister sur sa gravité que si des conséquences thérapeutiques immédiates et capitales doivent en découler et si le malade ou son entourage se refusent à les appliquer : tels une transfusion du sang en cas d'excessive hémorragie, une saignée dans l'urémie ou l'éclampsie, un curettage dans la rétention placentaire, des bains froids dans certaines hyperthermies ; une injection de sérum antidiphtérique, antitétanique, etc., un abcès de fixation dans certaines septicémies ; une injection d'arsénobenzol pour faire disparaître rapidement les accidents syphilitiques contagieux ; l'immobilité, l'abstinence d'alimentation buccale dans un ulcus gastrique ou duodénal après une hématémèse ou un melœna, la diète absolue dans une péritonite aiguë, etc.

Quand il s'agit d'une affection qu'on prévoit mortelle, mais pour une échéance encore assez éloignée (méningite tuberculeuse), il serait inhumain de prononcer le mot incurable plusieurs semaines ou plusieurs jours d'avance, car, à partir de ce moment, on aura paralysé tous les efforts de traitement et de dévouement en les déclarant d'avance inutiles. Enfin, comme il y a encore d'assez nombreux cas où une erreur de diagnostic et de pronostic peut être faite par les médecins les plus expérimentés, il faut différer, pour enlever tout espoir aux proches, jusqu'à l'échéance imminente.

Dans les affections chroniques il faut se garder de faire prévoir sans nécessité une catastrophe lointaine dans le seul but de faire vérifier plus tard notre perspicacité ou notre science. Ainsi, pour la syphilis, ira-t-on entretenir le malade ou son entourage de l'éventualité possible d'une paralysie générale, d'une aortite lointaine ? On ne serait excusable d'assombrir ainsi le pronostic que si on se trouvait en présence d'un refus ou de négligence de traitement.

Le *médecin consultant*, qui ne voit en général le malade qu'une ou deux fois et duquel on attend un véritable verdict, est tenu à poser le pronostic avec plus de sévérité immédiate que le médecin traitant, qui peut jour par jour modifier les termes de son appréciation. Cette rigueur du consultant, qui peut et doit toujours d'ailleurs être enveloppée dans des formes de sympathie et de bonté, est utile pour ne pas créer des embarras au confrère traitant.

Il y a des consultants qui sont systématiquement d'un optimisme qu'ils savent excessif, mais qui leur vaut d'être accompagnés par les remerciements et les sourires de la famille, même dans des cas où la mort est à la porte. Cet égoïsme professionel est d'une mauvaise confraternité. Si le confrère avant leur venue avait déjà fait pressentir la terminaison fatale, sa situation vis-à-vis de l'entourage devient très difficile jusqu'à ce que son pronostic personnel soit vérifié ; encore est-il exposé, si un certain délai s'écoule, à ce que l'issue soit attribuée à une mauvaise exécution par lui des conseils du consultant.

Bains pour prurit. — 1° Bains chauds à 40°-42°. 2° Le bain d'*alun* se prépare avec 200 gr. d'alun. 3° Le bain au *silicate de soude* nécessite un demi-litre de silicate de soude qui rend l'eau opaline. Si on ajoute 200 gr. d'aclide chlorhydrique, l'aspect de l'eau redevient celui de l'eau naturelle et procure une sensation de bien-être. (VEYRIÈRES et HUERRE. *Traitement externe des dermatoses*, Masson, édit.).)

Surrénales et grossesse. — SH. NISHIZAKI a essayé d'élucider le rôle de la médullo-surrénale pendant la gestation (Biological significance of the adrenal function in the process of pregnancy and parturition. *Japanese journ. of obst. and gyn.* déc. 1929, p. 386). 1° La mortalité après surrénalectomie uni ou bilatérale est plus élevée chez les femelles gravides que chez les non gravides. 2° L'ingestion de tyrosine qui stimule l'adrénalinogenèse et la fonction médullaire, augmente la résistance aux maladies à la fin de la gestation et est utile pour l'accouchement. 3° Les femelles enceintes sont plus tolérantes à l'intoxication par l'adrénaline que les non-enceintes.

Les **métrorrhagies de la puberté** résultent souvent, d'après MAURIZIO, d'une diathèse hémorrhagipare. Aussi les traite-t-il pas des transfusions de 15 cc. de sang, pratiquées au nombre de quatre ou cinq avec intervalles de deux jours (*Zentral. f. Gyn.*, 12 juillet 1930). H. V.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La Renaissance de la P. M. C.

C'est de la Pratique Médico-Chirurgicale qu'il s'agit (1), la dernière édition était épuisée depuis 10 ans. La disparition de deux de ses directeurs et surtout l'explosion de la guerre avaient arrêté son bel essor. Mais elle n'était pas morte ni dans l'esprit des auteurs ni dans celui des éditeurs. Elle était simplement endormie et elle vient de se réveiller.

Elle a conservé le même visage et la même parure ; elle est toujours alerte et élégante. L'abondance de ses articles sera précieuse aux chercheurs et la somptuosité de son habit rouge et or enrichira nos bibliothèques.

Trois amis, trois grands noms de notre médecine française, Couvelaire, Lenormant, Lemierre la présentent au public.

Ils savent que les éditions antérieures ont fourni 14.000 exemplaires, et que ces exemplaires ont été en peu de temps enlevés, dispersés aux quatre coins du monde.

Ils savent aussi toutes les séductions et les qualités de leur enfant et ils ne doutent pas d'un égal triomphe.

Par un véritable tour de force, grâce au concours actif de tous, et ils étaient 200, la nouvelle P. M. C. fut rapidement conçue, imprimée et publiée.

Son but a été exactement défini : être un guide où chacun doit immédiatement trouver, avec tous les détails nécessaires, le conseil d'ordre pratique et le renseignement précis dont il a besoin. Il ne suffit pas de donner la description méthodique des maladies, de leur diagnostic et de leur traitement ; il faut envisager encore le côté social, l'hygiène ; apporter dans les questions les plus modernes une opinion autorisée ; traiter des assurances sociales, des alcaloïdes ou de l'arthrotomie, de la bactériothérapie, de la collapsothérapie ou des agents physiques et de la pharmacodynamie avec une compétence égale : ces problèmes, la P. M. C. a su les résoudre et ce n'était pas facile.

J'ai déjà parcouru avec intérêt — et je ne saurais trop louer — le petit traité de Crouzon sur les accidents du travail ; la belle étude de Gaston Giraud sur l'asystolie ; celle de Bethoux sur l'arthritisme maladie précipitante ; de Charrier sur l'appendicite ; de Nové Josserand sur les arthrites ; de Mouriquand sur les avitaminoses ; de Marcel Labbé sur les aliments.

On excusera le thérapeute que je dois être de marquer son enthousiasme aussi pour la thérapeutique cardio-vasculaire d'Aubertin, la climatothérapie de Piéry, la curiethérapie de Proust et la pharmacologie de Hazard.

Ce sont là autant d'articles admirablement au point. Et la liste des collaborateurs garantit la perfection des autres. La nouvelle P. M. C. nous apporte par ordre alphabétique tout ce que nous apportaient les vieux dictionnaires, mais combien la présentation en est plus élégante, l'esprit plus pratique, la forme plus alerte et plus vivante ! Et elle ne traînera pas. Sous l'énergique impulsion de ses directeurs et de son secrétaire général elle sera rapidement achevée.

Je suis heureux de pouvoir, un des premiers, saluer la naissance d'une telle œuvre et féliciter très sincèremen ceux qui l'ont dirigée et éditée, de l'effort qu'ils viennent d'accomplir et qui leur fait grand honneur.

La P. M. C. sera accueillie du public médical avec le même intérêt et le même enthousiasme que ses devancières.

Elle viendra au secours du médecin dans sa tâche quotidienne de plus en plus complexe et trépidante ; elle sera pour lui à la fois un bon instrument de travail, un guide de tous les jours et un conseiller sûr.

Maurice LOEPER.

(1) *La Pratique Médico-Chirurgicale* sous la direction de A. Couvelaire, A. Lemierre et Ch. Lenormant, Secrétaire général Ravina. Masson, éditeur 1931, souscription jusqu'en mars.

ACTUALITÉS

Les 3 Chambres (Théâtre Edouard-VII)

vues par un Médecin

Nous étions brelan de joie (Marcel ARNAC).

C'est un brelan, ce n'est pas un brelan de joie, c'est tout au plus un brelan de déliquescence mentale, fort intéressant au point de vue médical.

L'action principale se passe dans *les 3 chambres contiguës* d'un hôtel de montagne, qui ressemblent fort à 3 cabanons dont un gardien distrait aurait négligé de fermer les portes communicantes.

Dans la cellule du centre, toute désignée pour loger un égocentrique, s'agite Pierre, artiste de métier, quadragénaire d'âge et déséquilibré de constitution. Il présente des troubles cénesthésiques variés ; il a du coton dans les narines, de la cendre dans les veines ; il cherche son oxygène. Au point de vue psychique, il a perdu sa faculté de refoulement ; il ne refoule pas, il refoule mal, il refoule à contre-temps ; il crache, il vomit son inconscient à pleine bouche, ce qui représente un joli travail pour son merveilleux interprète, M. Victor Francen. Pêcheur d'ombres, passionné de subtilités psychologiques, il s'attache à saisir l'insaisissable. Il considère sa femme Florence, qui habite la chambre de gauche, comme une âme pure et sa voisine de droite Rose comme un corps tangible ; le sort a voulu que ce corps et cette âme soient « injustement séparés » et c'est ce qui fera le malheur de Pierre, de Florence, de Rose et des spectateurs par dessus le marché.

Par le plus grand des hasards, Florence a une constitution mélancolique ; Mme Marie Kalff a traduit d'une façon magnifique la concentration douloureuse de l'esprit par son visage contracté, sa tristesse inquiète, son attitude déprimée. Rose qu'incarne au mieux Mme Renée Corciade, est, par un dernier hasard non moins admirable, une cyclothymique à humeur oscillante, qui évolue de l'expansion psychique et de la variabilité émotionnelle à l'atonie physique et à la dépression morale.

Voilà bien un joli brelan d'anormaux, dont M. Lenormand nous expose habilement l'histoire psychanalytique. Il est évident que l'on considère trop les déséquilibrés isolément et qu'on les étudie rarement dans leurs rapports mutuels, d'autant plus fréquents qu'ils ont une tendance instinctive à se réunir, à se grouper ; du choc de leurs mentalités, du contraste de leurs affectivités, du heurt de leurs

réactions jaillissent des situations pleines d'imprévu et d'intérêt ; il faut savoir gré à M. Lenormand de nous en avoir présenté quelques-uns dans une pièce d'une valeur psychiatrique réelle. La formule convient-elle au théâtre ? C'est une autre question, qu'il ne nous appartient pas de trancher ; une telle psychologie est nécessairement subtile, réclame un grand effort d'attention ; elle est traînante et c'est l'action elle-même, quand il y a de l'action, qui paraît irréelle. La tentative reste intéressante pour le médecin et pour un public réduit.

La pièce se développe avec une rigueur et une logique mathématiques.

Pierre cherche à réunir l'âme et le corps ; Florence l'y encourage et Rose tente de concilier l'inconciliable : rester fidèle à un amour antérieur, dont elle a failli mourir, tout en devenant la maîtresse de Pierre ; elle résout temporairement la difficulté en absorbant une forte dose de véronal, à laquelle elle résiste très bien, beaucoup mieux que les spectateurs.

Dans un des tableaux suivants tout s'est arrangé ; on voit un lit occupé, dans l'obscurité, par Pierre et Rose ; on est un peu désillusionné, car on s'attendait à les y voir tous les trois ; l'auteur n'a pas osé s'avancer jusque-là. Florence est tenue au courant par son mari et elle trouve tout naturel de vivre en bonne entente avec Rose, de l'appeler par son prénom et de la tutoyer.

Ce serait parfait si Florence ne sombrait dans un accès de mélancolie ; elle décide de se suicider en disparaissant *sans bruit* ; aussi choisit-elle naturellement le revolver de Rose, instrument périmé qui détone et détonne dans cette pièce d'avant-garde. Le suicide est raconté par la servante au grand cœur qui se précipite en criant : « Madame s'est fusillée ! » Nous apprenons en outre que Madame a commencé par s'asphyxier en se plongeant, horrible détail, la tête sous ses draps et couvertures. Passons

Nous sommes débarrassés, au moins autant que Pierre et Rose, de l'être falot, fragile et pitoyable ; mais Rose s'aperçoit bientôt que la morte lui a légué son âme ; elle évolue de l'expansion à la dépression, tandis que Pierre a réalisé son rêve le plus cher : faire passer l'âme de Florence dans le corps de Rose et obtenir la femme idéale par la fusion de deux femmes incomplètes ; il épousera Rose ou, si elle refuse, il se suicidera, menace très vague qui suffit cependant à décider Rose.

Cinq ans après. Pierre s'est mis résolument au travail ; cinq ans d'efforts, d'angoisses et de labeur lui ont permis d'écrire le second acte de son drame. Pour se reposer il est retourné à l'hôtel de montagne ; il occupe la même cellule ; Rose a pris l'ancienne chambre de Florence et la meilleure part, la tendresse de Pierre, qui ne lui sera point enlevée, tandis que ce dernier pénètre déjà dans la pièce de droite, où se trouve une jeune fille. Le douzième tableau reproduit fidèlement le premier et il n'y a plus qu'à enchaîner avec le deuxième pour avoir l'illusion du cinéma permanent. Dans cinq ans la jeune fille passera à gauche et Pierre aura terminé son troisième acte.

Une bonne adaptation musicale a essayé de calmer tous ces pauvres fous sans y réussir ; seul un refrain connu a tiré le public de sa torpeur en le mettant en résonnance avec l'âme saine et simple du peuple des faubourgs parisiens.

> C'est ainsi qu'cœur à cœur
> On cueill', comme une fleur,
> Sous les toits de Paris, le bonheur.

J. LAFONT.

Rupture très précoce des membranes. — RHENTER a publié une observation de « rupture des membranes au cinquième mois de la gestation, accouchement à terme d'un enfant normal ». (*Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1930, p. 500).

Il pense à une rupture haute, donnant issue par intermittence au liquide amniotique. MM. TRILLAT, GONNET pensent qu'il s'agit plus tôt d'une hydrorrhée déciduale.

H. V.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 février 1931

Diabète insipide, syphilis et allassothérapie. — *MM. Sézary, Lichtwitz* et *Benoist* rapportent une observation de diabète insipide chez une femme syphilitique, au cours duquel la polyurie disparut successivement sous l'influence d'injections d'extrait hypophysaire, d'extrait orchitique, de lait, de cocaïne, de bismuth. Chacun de ces traitements n'eut qu'une action transitoire, la polyurie reparaissant dès que les médicaments étaient éliminés. Il semble bien qu'ils ont tous agi non tant par un phénomène de choc que par un changement des conditions biologiques générales de l'organisme, selon un processus thérapeutique qu'on peut retrouver au cours du traitement de nombreuses maladies et auquel M. Sézary a donné en 1927 le nom d'allossothérapie.

Pleurésie purulente à pasteurella. — *MM. Rimbaud* et *Lisbonne* (de Montpellier).

Essai de pathogénie de l'hydrémie insulinique. — *M. G. R. Deré* (de Brest) a suivi sept mois et demi un diabétique acidosique, et traité par trente unites seulement d'insuline. Il insiste sur la discordance entre la stabilité du taux urinaire et les œdèmes, dus ou non à l'insuline. Le rapprochement avec une clinique de Dieulafoy montre que l'insuline n'a pas d'action sur les œdèmes et qu'elle ne les provoque même peut-être pas.

Sur l'importance de l'intoxication mercurielle chronique chez les employés des tirs forains. — *MM. Raymond Garcin, J. Christophe, A. Bocage* et *Hélion*. — A l'occasion de plusieurs malades atteints de formes sérieuses de tremblement mercuriel ayant simulé en particulier la sclerose en plaques, insistent sur cette étiologie très spéciale qu'il leur a été donné d'observer. Le fulminate de mercure entrant dans la composition des amorces des cartouches a été depuis longtemps reconnue d'ailleurs comme cause d'intoxication chez les employés des stands. Les auteurs insistent sur les autres stigmates de l'intoxication mercurielle chronique chez les employés des tirs forains (gingivite, diarrhée dysentériforme, rhinite congestive) de même que sur le dédorage des alliances, des colliers autant de signes qui leur ont ici permis de dépister la nature exacte des accidents. D'ailleurs la présence contrôlée du mercure dans le liquide céphalo-rachidien autentifie les faits qu'ils apportent. Etudiant les modes d'intoxication chez les employés des tirs forains, ils montrent la fréquence de ces accidents, bien connus des intéressés d'ailleurs. Ils croient faire œuvre utile en signalant à nouveau cette cause d'intoxication car les séquelles nerveuses ont un pronostic sérieux. Une meilleure ventilation des stands s'impose pour diminuer les sources d'intoxication. Ils conseillent pour le moins l'abandon immédiat de leur profession aux sujets qui présentent les premiers signes révélateurs de l'intoxication.

Poussées leucocytaires chez un radiologue. — *M. Aubertin* rapporte l'observation d'un manipulateur de radiologie qui, en 1928, présenta un état d'asthénie extrême avec céphalée ; l'examen du sang montra une leucocytose de 36.800 portant à la fois sur les granulocytes et les mononucléaires avec présence de quelques myélocytes et hématies nucléées.

Après cessation de tout travail radiologique la leucocytose commença de décroître mais elle mit plus de dix mois à revenir aux environs de la normale. Ultérieurement, en octobre 1930, et bien que le sujet ait continué à se tenir éloigné des rayons X, une nouvelle poussée à 20.000 sans aucun trouble subjectif, fut constatée ; elle avait disparu quatre mois plus tard, mais il persistait à ce moment une légère tendance à la mononucléose.

Etant donnée la relative fréquence de la leucémie chez les radiologues, l'auteur a recherché avec soin les états préleucémiques chez les sujets qui manipulent les rayons X. Généralement on ne constate chez eux que de la leucopénie avec neutropénie ; ce fait est le premier qui puisse faire penser non à un état véritablement préleucémique, mais à un état de leucocytose chronique par types fonctionnement médullaire.

Réticulo-endothélio sarcomes développés sur le trajet lymphatique d'une plaie injectée du médius. — *MM. Coste, Ehrenschmitt* et *Foulon* rapportent l'observation d'un homme de 57 ans, chez lquel apparurent successivement deux tuméfactions développées sur le trajet lymphatique du médius gauche.

On pratiqua l'ablation d'abord de la tumeur sus-épitrochléenne, puis de la tumeur axillaire.

Dans l'intervalle qui sépara ces deux interventions apparut un vitiligo généralisé.

L'examen histologique des pièces montraqu'il s'agissait de réticulo-endothélio-sarcomes.

Les auteurs insistent sur l'évolution en apparence bénigne de l'affection qui contraste avec la nature indiscutablement maligne des tumeurs dont on fit l'ablation. Ils invoquent, pour expliquer l'apparition du vitiligo, des troubles sympathiques qui pourraient être en relation avec une irritation du plexus solaire par une tumeur cœlique qu'un examen radiologique récent permit de déceler chez leur malade.

Traitement de l'asthme par l'anesthésie générale. — *MM. Jean Troisier* et *Yves Boquiem* proposent de traiter les cas d'asthmes grave, rebelles à la thérapeutique courante, par l'anesthésie générale au mélange de Schleich. Le malade est préparé par une cure préalable d'évatmine et reçoit une dernière injection une heure avant l'anesthésie. Celle-ci doit être complète et prolongée pendant 3/4 d'heure. L'état de mal asthmatique disparaît immédiatement et le malade reste guéri pendant plusieurs mois.

L'avenir dira la durée et la fréquence de ces résultats thérapeutiques.

Ces auteurs s'appuient sur les travaux de Besredka pour donner une base expérimentale à leur méthode. On sait en effet, que Besredka a supprimé le choc anaphylactique chez les cobayes sensibilisés au sérum de cheval en pratiquant l'injection déchaînante sous anesthésie.

M. Vallery-Radot rappelle qn'on doit considérer comme la règle la disparition des crises d'asthme pendant les deux ou trois mois qui suivent une intervention chirurgicale quelle qu'elle soit. Vallery-Radot pense que trois facteurs peuvent être invoqués pour expliquer la disparition des crises asthmatiques : l'anesthésie, l'hémorragie, le choc.

M. Raudin ajoute que les cas publiés d'asthme vrai, anaphylactique ou non améliorés après une intervention portant sur un organe abdominal sont fréquents, en particulier ceux qui paraissent être en relation étroite avec des lésions chroniques ou aiguës du tube digestif.

M. Bernard rapproche de tels faits ceux publiés aufrefois par M. de Jouy sous le nom d'asthme ovarien.

M. Gutmann se souvient d'avoir fait opérer une malade asthmatique pour appendicite. Elle « se réveilla guérie » et pendant huit ans, jamais plus les crises d'asthme ne réapparurent.

M. Troisier a vu, non seulement des crises d'asthme, mais encore des urticaires rebelles et des œdèmes de Quincke disparaître définitivement après une appendicectomie. Il ne pense pas qu'il faille retenir dans ces cas le rôle de l'hémorragie provoquée par l'opération. Mais il pense que l'anesthésie ou les phénomènes de choc peuvent expliquer ces rémissions qui, dans certaines observations, équivalent à des guérisons.

Grand éthylisme. Cirrhose du foie. Lithiase vésiculaire. — *M. Henri Dufour* a procédé depuis vingt ans à un grand nombre d'autopsies de cirrhose alcoolique du foie dans son service de l'hôpital Broussais. Il a recherché systématiquement l'existence de calculs de la vésicule biliaire chez tous les sujet autopsiés et ayant succombé à une maladie quelconque. Il a eu l'attention attirée sur l'absence de calculs biliaires dans les vésicules des cirrhotiques et par l'absence de coliques hépatiques lithiasiques dans les antécédents des malades grands éthyliques ou cirrhotiques.

Pour fixer les idées par des chiffres, il a commencé depuis peu la statistique des nouveaux cas soumis à son observation. Celle-ci n'est pas encore très considérable et ne peut le devenir rapidement qu'avec le concours de ses collègues. Aussi invite-t-il tous les médecins à apporter sur cette question des documents nécropsiques, ce qui permettra d'arriver plus vite à une solution définitive.

Dans ces derniers mois, huit cirrhoses éthyliques ont montré une seule fois la présence de deux petits calculs pigmentaires, de formation récente et agoniques sans cholestérine, quatre cirrhotiques vivants n'ont jamais eu de coliques hépatiques. Il en est de même d'un grand éthylique. On peut invoquer deux pathogénies. La première consiste à mettre en évidence dans le sang des cirrhotiques une diminution de cholestérine. Cette recherche a déjà été faite par d'autres médecins. Les investigations de l'auteur montrent qu'en pareil cas l'hypocholestérinémie n'est pas la règle. Chez certains cirrhotiques on obtient des chiffres évoluant entre 1 gr. 50 et 1 gr. 80 pour 1000. La deuxième explication à laquelle se rallie l'auteur est fondée sur les propriétés de l'alcool qui est un solvant de la cholestérine (une partie pour 8). Celle-ci a donc plus de difficulté à se précipiter et à constituer des calculs vésiculaires. L'auteur observe en ce moment une femme atteinte de cirrhose chez laquelle l'alcool n'est pas en cause, mais très probablement la syphilis. Cette femme a eu autrefois une colique hépathique. Il ne s'agit pas bien entendu de recommander les excès de boissons alcooliques, mais simplement d'éclaircir un côté intéressant de la pathologie hépatique.

Séance du 27 février 1931

Erythromélie de Pick-Herxheimer et paraspasme facial bilatéral. — *MM. F. Rathery et J. Sigwald* présentent une malade atteinte de deux affections chroniques dissemblables, mais rares l'une et l'autre. Ils ont fait chez elles diverses recherches pour en élucider la pathogénie. L'augmentation des chronaxies dans les muscles qui correspondent à la distribution des lésions cutanées de l'érythromélie est, pour eux, un argument important en faveur de l'origine sympathique de cette affection. L'observation du paraspasme apporte quelques symptômes cliniques qui confirment l'origine centrale de ces crises de contracture ; il en est de même du caractère normal des chronaxies dans le domaine du spasme. L'existence d'obésité, d'hyperglycémie sans glycosurie, et d'hypercalcémie, sert de base à ces deux affections dont il est peut-être possible d'envisager une même étiologie endocrino-sympathique.

Amélioration d'un cas d'érythromélie par la diélectrolyse (ou ionisation) transcérébrale de magnésium (malade présentée par MM. Rathery et Sigwald). — *MM. Bourguignon et Eliopoulos*.

Evolution de la chronaxie. Action générale de la diélectrolyse transcérébrale de la crise oscillométrique. — *MM. Bourguignon* et *Eliopoulos*.

Œdème angioneurotique et crises solaires. Etude de la circulation artério capillaire. — *M. Laubry, Mlle Brosse* et *M. Van Bogaert* présentent une malade atteinte depuis l'enfance d'œdème de Quincke, avec manifestations œdémateuses typiques, survenant par périodes et présentant concurremment des crises douloureuses abdominales caractérisées par des douleurs et des phénomènes digestifs.

Les auteurs rattachent ces deux phénomènes à des manifestations sympathiques, ils en ont donne une preuve élégante en étudiant chez elle, au moyen d'un certain nombre de tests, l'état de l'arbre vasculaire.

Au moment d'une de ses crises, la malade présente une hypertonie vasculaire avec anacrotisme ; sous l'influence d'un bain chaud et entre les crises, cet anacrotisme disparaît.

Cela confirme, d'une part, la signification de l'anacrotisme et d'autre part la valeur de ce test dans les hypertonies.

Il est intéressant de faire remarquer que l œdème de Quincke ne s'accompagne pas chez cette malade de vaso-dilatation, mais de vaso-constriction.

Les auteurs signalent encore l'existence de manifestations œdémateuses de même nature, et présentant les mêmes caractères chez le père de leur malade.

Encéphalite varicelleuse. — *M. Gautier* (de Genève) apporte l'observation d'un malade qui présenta des signes d'encéphalite aiguë au cours de l'évolution d'une varicelle caractéristique.

M. Debré insiste sur ce fait que dans toutes les observations semblables publiées jusqu'alors, le tableau clinique est toujours le même.

Il s'agit dans tous les cas d'une varicelle avec éruption intense au cours de laquelle apparaissent des signes nerveux graves d'emblée : convulsions, hyperthermie, coma.

L'évolution peut se faire vers la guérison qui s'effectue alors sans séquelles.

Tremblement mercuriel chez une tenancière de tir. — *M. Paraf*, à propos de la récente communication de M. Garcin rappelle qu'il lui a été donné d'observer avec Sicard

une malade, tenancière d'un tir, présentant un tremblement généralisé surtout marqué aux lèvres et à la langue, simulant la paralysie générale.

Les examens du sang et du liquide céphalo-rachidien ne permirent pas de confirmer ce diagnostic.

Après deux mois d'hospitalisation, le tremblement disparut pour réapparaître quelques temps après, accompagné d'une stomatite mercurielle. M. VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 février 1931

Présentation d'ouvrage. — *M. Dartigues* présente un ouvrage de M. *Mélamet* intitulé *Vivre vieux, vivre mieux*, mise au point parfaite des méthodes diverses pour obtenir une vieillesse à rendement social, notamment la volonté et une saine hygiène.

A propos du traitement médical de l'appendicite. — *M. Fernand Masmonteil* s'élève contre le traitement médical de l'appendicite. Pour lui, en présence d'un cas récent, l'opération systématique est toujours indiquée, car il n'existe aucun signe clinique qui permette de reconnaître la gravité ou la bénignité d'une affection appendiculaire au début de la crise. « Pas de désarmement chirurgical sans sécurité » voilà la prudence et la sagesse.

A propos de la cellulite. — *M. Sédillot* se plaçant au point de vue clinique et anatomique, prétend que l'élément anatomique douloureux à la pression est non pas la branche sensitive émergente, mais le plexus de fibres sympathiques qui entoure ce tronc nerveux et que la soi-disant cellulite n'est pas autre chose qu'une névrite des filets sympathiques amenant secondairement un trouble trophique : l'épaississement du tissu cellulaire sous-cutané. Pour lui, le mot « cellulite » doit donc disparaître.

M. M.-P. Weil a du mal à se figurer que le processus cellulitique soit un processus nerveux et que la douleur cellulitique soit d'origine sympathique ; la chose est possible ; mais les noyaux cellulitiques ne sont pas toujours spontanément douloureux, si bien que *M. M.-P. Weil* se demande si ce n'est pas confondre deux ordres differents de phénomènes que de vouloir ramener le processus sous-cutané à l'irritation nerveuse que, secondairement, il entraîne.

Bactériophage et chirurgie. — *M. Petit de la Villéon* lit une note sur le rôle que le bactériophage doit jouer dans la pratique de la chirurgie courante.

Rôle de l'analyse cytologique des crachats dans le diagnostic des diverses pneumopathies à pneumobacilles de Friedlander. — *M. André Tardieu* fait connaître un nouvel exemple clinique de pneumopathie suraiguë à pneumobacilles, à forme rapidement hémorragique et nécrobiotique. Au point de vue clinique, il insiste sur la discordance existant au début entre les phénomènes généraux et l'absence de signes locaux pulmonaires perceptibles. Cette forme de pneumopathies à pneumobacilles doit être distinguée quand au pronostic des œdèmes congestifs pulmonaires à pneumo-bacilles.

Urticaire par effort et cure thermale. — *M. A. Debidour* rapporte l'observation d'un malade chez lequel, consécutivement à un coryza spasmodique printanier, accompagné de crises de dyspnée asthmatiforme, est apparue brusquement une urticaire causée uniquement par l'effort musculaire brusque et rapide. Cette urticaire datant de deux ans, gênant considérablement le travail disparut complètement et définitivement à la suite d'une cure thermale au Mont-Dore. L'auteur attribue ce résultat au rétablissement de l'équilibre humoral et neuro-végétatif du sujet.

Insuffisance de la radioscopie seule dans le diagnostic, des affections pulmonaires. — *M. Nemours-Auguste* rapporte le cas d'un malade ayant eu antérieurement un examen radioscopique, seul, des poumons qui n'avait montré aucune lésion. Un examen radioscopique et radiographique révéla de nombreuses métastases pulmonaires.

L'auteur insiste sur l'inutilité, voire le danger, des examens radioscopiques pratiqués sans radiographie. P. PROST.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 février 1931

Adénopathie inguinale dans les séminomes du testicule. — *M. Chevrier* a observé un malade atteint d'un séminome du testicule avec grosse masse lombaire et ganglions pris dans la fosse iliaque droite et les deux triangles du Scarpa. L'examen histologique les montra envahies par le séminome. M. Ch. rappelle que l'on a décrit un vaisseau lymphatique direct entre le testicule et les ganglions de l'aine. De plus, il peut y avoir des anastomoses lymphatiques. Il faut donc admettre la possibilité d'adénopathie inguinale dans le séminome du testicule.

M. Chevassu n'a jamais observé d'adénopathie inguinale, sauf une fois où il existait un envahissement du scrotum.

Hernie diaphragmatique congénitale. — *M. Picot* relate un travail de *M. J. Quénu*. La malade âgée de 47 ans, avait fait de nombreuses crises à l'occasion des repas.

Le diagnostic fut fait par la radioscopie. A l'intervention, pratiquée par thoraco-phréno-laparotomie oblique, il trouve un sac qu'il résèque. Guérison sans incidents.

Le rapporteur ajoute une observation personnelle opérée ainsi par thoraco-phréno-laparotomie. Guérison.

M. Schwartz montre que la meilleure méthode de traitement des hernies diaphragmatiques est évidemment la thoraco-phréno-laparotomie.

Néoformations osseuses dans un cas de paralysie dissociée du nerf sciatique. — *M. Sorrel* rapporte une observation de *M. Paitre*. Il s'agit d'un homme ayant eu il y a quatorze ans une plaie associée de l'artère fémorale et du nerf sciatique.

Il existait des masses osseuses importantes dans les masses musculaires de la jambe, qui ne donnaient d'ailleurs lieu à aucun symptôme. Le rapporteur montre qu'elles ressemblent aux néoformations osseuses que l'on a observé dans les paraplégies par blessure de la moelle ; il n'en existe pas d'ailleurs dans les paraplégies pothiques.

Volvulus de la vésicule biliaire. — *M. Brocq* a observé un cas de cette maladie rare. Il existait une tumeur rénitente dans l'hypochondre droit, très douloureuse, mobile de haut en bas et dans le sens transversal. M. Brocq fit le diagnostic d'hydrocholécystite.

L'intervention fut refusée. Le lendemain, il y avait une contracture nette. Opération 33 heures après le début des accidents. Incision paramédiane droite. La vésicule était tordue au niveau du cystique, sans rupture vraie. Cholécystectomie. Guérison.

Il n'existe actuellement que 31 observations de cette affection.

M. Routier a vu une malade de 78 ans avec un syndrome douloureux de l'hypochondre droit. Il existait une énorme vésicule noire, qui s'est rompue au cours de l'extériorisation.

M. Leriche a opéré une fois une vésicule volvulée au niveau d'un rétrécissement à sa partie moyenne.

Anthrax traité par le bactériophage. — *M. Sauvé* présente un malade guéri par cette méthode.

Tumeur de l'angle ponto cérébelleux. — *M. Petit-Dutaillis.* G. MENEGAUX.

« Ils sont encore nombreux les médecins, les chirurgiens, qui sont dignes de ce beau nom et de ce sacerdose ; nombreux encore ceux dont la vie est commandée par l'exhortation de Trousseau : « Il faut vous résigner, écrit-il au terme de l'introduction à ses admirables Leçons, il faut vous résigner à semer en dévouement ce qu'on recueille si souvent en ingratitude ; il faut renoncer aux douces joies de la famille, au repos si cher après la fatigue d'une vie laborieuse ; il faut savoir affronter les dégoûts, les déboires, les dangers : il ne faut pas reculer devant la mort quand elle vous menace ; car la mort conquise au milieu des périls de notre profession fera prononcer votre nom avec respect. » C'est peut être parmi les médecins qu'on peut trouver aujourd'hui les consciences les plus intransigeantes, et des exemples de dévouement et de désintéressement absolus. »

(Maurice MARTIN, du Gard. — (*Les Nouvelles Littéraires.*)

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Maladies infectieuses

La tétanie au cours de la fièvre typhoïde est une manifestation assez rare ; aussi convient-il de mentionner l'observation suivante.

Un enfant de 3 ans, entré à l'hôpital Debrousse le 17 février 1930, pour entérite avec température à 40° depuis 8 jours, est atteint d'une fièvre typhoïde, confirmée par le séro-diagnostic. Traitement par la balnéation et le camphre.

Le 23 février on remarque des phénomènes de contracture des extrémités (main d'accoucheur, spasme carpo-pédal). Cet état de contracture n'est pas continu ; il survient par périodes de crises : il ne semble pas être douloureux. Pas de signes d'atteinte pyramidale. On donne chaque jour 2 milligrammes d'extrait parathyroïdien.

Cet état persiste jusqu'au 8 mars, puis s'améliore sensiblement. L'examen électrique montre un état d'hypoexcitabilité des muscles des membres inférieurs ; le sang contient un taux de 115 milligrammes de calcium par litre de sérum.

La question de la tétanie est toujours aussi obscure. On ignore si cette complication est créée de toutes pièces par le bacille d'Eberth ou si elle est provoquée par l'infection chez un spasmophile latent. On a émis l'hypothèse qu'elle est le résultat d'une localisation de l'infection typhique sur les glandes parathyroïdes et que l'hyperthyroïdie agit par l'intermédiaire de l'hypocalcémie. Les extraits parathyroïdiens et le chlorure de calcium paraissent indiqués, bien que cette forme de tétanie ait un pronostic bénin et guérisse sans aucune médication (Ch. Gardère et J. Savoye, Tétanie au cours de la fièvre typhoïde, *Journal de médecine de Lyon*, 5 janvier 1931).

Voies respiratoires

Le coryza spasmodique et l'asthme sont traités avec succès par les injections intradermiques de peptone dans la moitié des cas environ.

On utilise une solution de peptone à 50 %, une seringue (type tuberculine) graduée en dixièmes de cc. et une aiguille fine (5/10e ou 6/10e de millimètre). Les piqûres se pratiquent dans l'épaisseur du derme, soit dans la région deltoïdienne, soit à la face externe de la cuisse. On injecte 1/10e de cc. le premier jour, 2/10e le second jour, 3/10e le troisième jour et de 3 à 4/10 jusqu'au vingtième jour.

Une femme de 25 ans présente un coryza spasmodique qui a résisté aux pulvérisations nasales, aux cautérisations galvaniques, à la peptone et à la belladone *per os*. Le traitement par la peptone intra-dermique a donné la guérison en un mois, malgré une grippe intercurrente.

Une asthmatique de 44 ans, qui présente des crises depuis 1913 et a fait, sans aucun résultat, trois saisons au Mont-Dore en 1927, 1928 et 1929, obtient une amélioration considérable à la suite du traitement à la peptone ; elle dort de 8 à 10 heures par nuit, n'a plus de crises et peut sortir chaques jour, même par mauvais temps. Il persiste toujours un peu d'emphysème et de bronchite chronique, sur laquelle le thiocol a une action favorable. Depuis un an la guérison persiste, les crises ont disparu ; la malade a exigé une seconde série de piqûres pour consolider les résultats. (E. Beynes, Asthme et peptone intradermique, *Gazette médicale limousine*, novembre 1930).

L'aurothérapie chez les tuberculeux est efficace à condition de la réserver aux formes relativement récentes et faiblement évolutives, avec état général suffisamment conservé pour permettre de la supporter ; l'indication optima c'est la lésion jeune, faiblement évolutive, chez le malade jeune, atteint de lésions soit bilatérales soit unilatérales, pour lesquelles on n'aura pas pu pratiquer le pneumothorax ; en général le malade vieux et le vieux malade ne retirent pas grand bénéfice des sels d'or ; ils ont de plus, l'un et l'autre, des voies d'élimination fragiles, qui les prédisposent aux accidents auriques.

L'aurothérapie est sans danger si l'on prend soin de commen-

cer par de très faibles doses (un centigramme), en les espaçant, sans dépasser le seuil de tolerance, ni la dose totale de 3 grammes pour une série. Le *seuil de tolérance* et le *seuil d'action* sont deux notions importantes dont il faut tenir grand compte dans la pratique. On recherche 'dabord quelle est la dose tolérée et ensuite si cette dose tolérée est efficace ; le seuil de tolérance peut être inférieur au seuil d'action ; s'il est inutile de dépasser le seuil d'action, parfois très bas, il est formellement contre-indiqué de dépasser le seuil de tolérance Les A ont constaté des résultats appréciables chez des sujets pour lesquels ils en étaient restés à des doses infimes (non indiquées) ; ils ont abandonné la sanocrysine intraveineuse pour l'allochrysine intramusculaire, dont ils injectent au maximum 20 centigrammes une fois par semaine. (C. Colbert et R. Pigeon, La pratique de l'aurothérapie chez les tuberculeux, *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 21 décembre 1930).

Paludisme

Le paludisme a disparu dans le Centre et plus particulièrement dans les départements de la Haute Vienne, de la Creuse et de la Corrèze, bien que l'anophèle maculipennis y pullule dans toutes les collections d'eau relativement pure et limpide, avec végétation aquatique ; les seuls points, où on ne le rencontre pas, sont situés à plus de 800 mètres d'altitude (environs de Feniers dans la Creuse, massif des Monnédières dans la Corrèze).

Charles Alluaud constate que les fièvres, *la feurei*, en patois limousin, ne se rencontrent plus depuis une trentaine d'années ; l'habitude de prendre des sels de quinine explique bien la disparition de l'hématozoaire chez les paludiques, qui, ne pouvant plus transmettre les germes morbides aux anopheles, rendent désormais leurs piqûres inoffensives ; mais il est difficile d'admettre que les moustiques n'aient pas trouvé le moyen de se réinfecter grâce aux nombreux Limousins revenant impaludés d'Algérie ou des colonies.

L'A. a posé la question à divers médecins de la Haute-Vienne et de la Creuse ; parmi leurs réponses, une des plus intéressantes a été celle de Bordier, de Guéret. Avant son installation (1894), le paludisme était très répandu dans un rayon de 25 à 30 kilomètres autour de Guéret ; à la première foire de mai on vendait pour *plusieurs centaines de francs* de quinine aux gens de la campagne qui s'approvisionnaient en vue d'une recrudescence considérée comme inévitable. Depuis son installation Bordier n'a pas constaté un seul cas de fièvre paludéenne indigène. Le retour au foyer des paludéens d'Algérie autrefois et de Macédoine après la guerre n'a jamais créé de foyer de paludisme. Le point important c'est la non-contamination de gens vivant dans les régions, où les anophèles pullulent, par des paludéens caractérisés. C'est un fait certain, dont l'explication reste difficile. (Ch. Alluaud, La disparition du paludisme dans le Centre, séance du 3 octobre 1930 de la Société médico-chirurgicale et pharmaceutique du Limousin, *Gazette médicale limousine*, octobre 1930).

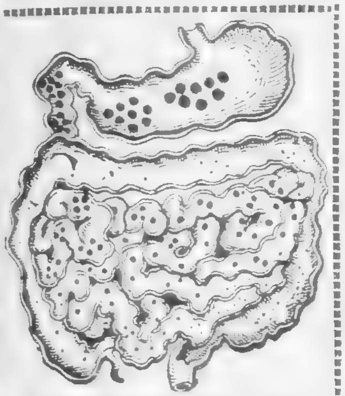
Rayons X

A propos de la radiothérapie des fibromes, L. Bazert rapporte une observation curieuse d'une malade sur laquelle échouèrent dix applications de rayons X et qui, opérée un an après, présentait deux fibromes du fond de l'utérus coexistant avec une grossesse d'environ un mois ; il considère que l'existence de cette grossesse révèle une application défectueuse de la méthode.

Puifferrat cite un cas très net de succès de la radiothérapie. En 1925 une vieille fille, ayant dépassé largement la quarantaine, est atteinte d'un fibrome, qui grossit très rapidement jusqu'à dépasser l'ombilic de deux travers de doigts ; des hémorragies assez sérieuses se produisent et une phlébite des membres inférieurs immobilise la malade pendant plusieurs mois. Les chirurgiens hésitant à intervenir, on applique la radiothérapie avec un plein succès, ce qui prouve que les fibromes volumineux sont justiciables des rayons X. (Bazert, A propos de la radiothérapie des fibromes, séance du 3 octobre 1930 de la Société médico-chirurgicale et pharmaceutique du Limousin, *Gazette médicale limousine*, octobre 1930).

Oto-rhino-laryngologie

Les néphropathies d'origine amygdalienne ne sont pas des faits d'exception ; Quanquin rapporte huit observations



SUR LA ROUTE D'HIVER DES ALPES EN AUTOCARS P. L. M.

Jusqu'au 21 mars, les cars P. L. M. de la Route d'hiver des Alpes vont de Nice à Aix-les-Bains et d'Aix-les-Bains à Nice en trois étapes d'une journée chacune : Nice-Digne ; Digne-Grenoble ; Grenoble-Aix.

A partir du 1er avril, les deux étapes Digne-Grenoble et Grenoble-Aix, n'en font plus qu'une d'un seul jour

Départs tous les jours, dans les deux sens du 1er mars au 20 mai.

personnelles d'albuminurie, dans lesquelles l'amygdalectomie fut suivie de guérison. Trois observations étaient caractérisées par la latence des phénomènes pharyngés et le peu d'évidence des foyers d'infection amygdalienne : deux autres présentaient des manifestations angineuses évidentes : les trois dernières concernaient des enfants dont deux avaient des hématuries.

Le point sur lequel il est important d'insister, c'est la latence des phénomènes infectieux et de l'albuminurie ; seul l'état général est plus ou moins gravement atteint. Quand on découvre une néphrite et que son origine reste obscure, l'examen de la gorge est indispensable : il ne faut pas s'attacher à trouver de l'hypertrophie amygdalienne ; le seul point important est de savoir s'il existe des foyers d'infection, lors même que l'amygdale serait petite. (Quanquin, Les néphropathies d'origine amygdalienne, *Bourgogne médicale*, novembre 1930).

Obstétrique

La conduite à tenir dans les hémorragies tardives est schématisée par A. Grosse de la manière suivante :

Premier cas. — Hémorragies avec rétention de cotylédon, sans fièvre ou avec fièvre peu élevée, bon état général, pouls satisfaisant, utérus de consistance normale.

Pratiquer le curage digital ou le curetage instrumental qui donne le plus souvent un résultat excellent et rapide.

Deuxième cas. — Hémorragies avec rétention, mais s'accompagnant de fièvre élevée, lochies purulentes. S'abstenir du curetage qui donnerait un coup de fouet. Essayer le curage digital avec douceur et prudence.

Si l'état général est mauvais, l'utérus fortement infecté, faire un traitement médical en s'abstenant de toute manœuvre intra-utérine ou, si les circonstances l'exigent, pratiquer d'emblée l'hystérectomie.

Troisième cas. — Hémorragie infectieuse sans rétention. Pas de curetage (inutile et dangereux). Traitement médical ou, si la situation est ou devient grave, traitement radical par l'hystérectomie.

L'A. reconnaît que, dans bien des cas, ce schéma ne se présente pas aussi nettement, que la situation est indécise et qu'on hésite, avec raison, entre une hystérectomie qui peut être inutile et la crainte de laisser passer l'heure où elle aurait pu sauver la malade. (A. Grosse, Conduite à tenir dans les hémorragies tardives des suites de couches, *Gazette médicale de Nantes*, 1er janvier 1931).

Petite chirurgie

La suture intra-dermique au catgut présente à l'une des extrémités de la plaie un gros nœud, dont le volume rend la coaptation défectueuse et à l'autre extrémité un autre nœud d'arrêt, qui ne peut pas être enfoui correctement.

E. et G. Perdu utilisent le fil de lin fin, qui permet l'emploi d'aiguilles fines ; ils emploient, pour arrêter les extrémités, des plombs de chasse fendus, dont se servent les pêcheurs pour charger leurs lignes en les fixant par écrasement.

Les sutures ainsi faites sont plus fines et mieux coaptées ; la manœuvre opératoire est d'ailleurs plus simple et plus facile.

Pour enlever le fil, on tire sur un des plombs, ce qui fait apparaître quelques millimètres de fil que l'on coupe ; le reste du fil s'en va facilement avec l'autre plomb. (E. et G. Perdu, Perfectionnement à la technique des sutures intradermiques, *Gazette médicale de Picardie*, décembre 1930).

Aphorismes

de Jean Perrin, de Marseille, sur l'urologie

Grâce aux découvertes de l'urologie moderne, on explore un rein avec presque autant de précision que l'on ausculte le poumon.

On juge un arbre à ses fruits ; on apprécie un rein à ses urines.

En chirurgie urinaire, ce n'est pas la rétention des chlorures qui est à redouter, mais la néphrite urémigène.

Néphrectomiser un malade en se basant uniquement sur la constante, c'est jouer sa vie à pile ou face.

J. Lafont.

Echos et Glanures

Tarifs médicaux et assurances sociales. — Du *Journal officiel*, Chambre des députés. Séance du 13 février 1931 :

....

M. Charles DE LASTEYRIE.... Le premier effet de la loi sur les assurances sociales a été, en effet, que les médecins et les pharmaciens ont élevé leurs tarifs. Ils l'ont fait dans des proportions beaucoup plus considérables que l'honorable M. Briquet ne l'a admis hier. Pour ma part, d'une enquête à laquelle j'ai procédé, à Paris, auprès de sociétés de secours mutuels, il résulte que le tarif habituel des médecins de quartier, à Paris, était avant l'application de la loi, de 15 fr. pour la consultation et de 20 fr. pour la visite. Le tarif syndical officiel a été porté, aujourd'hui, à 25 fr. pour la consultation et à 30 fr. pour la visite. Cela fait une augmentation de plus d'un tiers. D'autre part, les tarifs de responsabilité des caisses, à Paris notamment, ont été fixés à 15 fr. et à 17 fr. Déduisez de ces chiffres les 20 p. 100 de retenue, vous arriverez à ce résultat que, sur ces tarifs de 25 et 30 fr., les caisses ne remboursent effectivement aux intéressés que 12 fr. et 13 fr. 50. Par conséquent, les assurés se trouvent avoir à payer des frais de maladie.

....

M. Louis DUVAL-ARNOULD..... Vous nous avez parlé des frais médicaux et pharmaceutiques. Je ne me rappelle pas vous avoir entendu parler des prestations journalières. Or, cette prestation du demi-salaire, c'est une innovation, et qui change du tout au tout la situation. Au point de vue des frais médicaux et pharmaceutiques, je vous dirai toute ma pensée. Toute cette gratuité qui existait et qu'on obtenait assez facilement à Paris et même ailleurs, constitue, pour une part, un véritable parasitisme social. Si nous arrivons à diminuer ce parasitisme, à faire que celui qui peut payer un peu, paye un peu ; si nous arrivons à supprimer pour lui la gratuité complète, en obligeant chacun à un effort personnel qu'il ne s'agira plus que de compléter, je ne le regretterai pas.

A propos des médecins et des pharmaciens vous avez parlé des grincements qui se sont produits dans des engrenages encore neufs, qui ne sont pas encore polis les uns contre les autres et ne tournent pas encore assez facilement. Sans doute, il y a des abus. Il y en aura encore et il faudra essayer de les réprimer ou mieux de les prévenir. Mais n'exagérons rien, non plus. De la situation pour Paris, vous avez fait un tableau noir. J'ajoute sans entrer dans le détail que parmi ces médecins, dont vous avez parlé qui ont élevé leur tarif, tous ne l'ont pas fait en vue de la loi sur les assurances sociales. Cette loi survient à un moment où les médecins — qu'il s'agisse des assujettis aux assurances ou de leur clientèle libre — sont obligés d'ajuster plus ou moins bien les taux d'avant-guerre à la valeur nouvelle du franc et aux nécessités actuelles. Il ne faut pas oublier que les médecins — et je parle des plus sérieux, des meilleurs — comme d'ailleurs en général ceux qui exercent les professions libérales, ne sont pas encore arrivés, et c'est tout à leur louange, à ce fameux coefficient 5...

SUR DIVERS BANCS. Ils appliquent le coefficient 10.

Le droit de révocation dans les hôpitaux. — 11434. — M. Doriot demande à M. le ministre de la santé publique si un interne, licencié de l'hôpital d'Argenteuil, sans avoir été entendu par la commission administrative de cet hôpital, contrairement aux prescriptions contenues dans la loi des finances, pour des motifs d'ordre politique, a le droit d'exiger sa parution devant la commission administrative de l'hôpital. (Question du 22 janvier 1931).

Réponse. — La question ne saurait être résolue que sur le vu du règlement intérieur de l'établissement. Les internes ne doivent pas être considérés comme des employés, ayant droit, en cas de révocation, à certaines garanties, mais comme des étudiants admis à compléter des études dans des conditions particulièrement favorables. L'arrêt du conseil d'Etat du 8 avril 1911 (Dalloz périodique 1913-3-74) a décidé qu'aucune disposition de loi ou de règlement n'impose à la commission admi-

nistrative l'obligation, avant de révoquer un interne, d'inviter celui-ci à fournir un rapport écrit sur les faits qui lui sont reprochés, ni au préfet l'obligation de l'entendre avant d'approuver la délibération prononçant sa révocation. Le requérant n'est pas fondé à demander l'annulation de la délibération, lorsqu'il ne justifie pas qu'elle ait été prise pour un motif étranger à l'intérêt du service dont il était chargé.

Médecine sociale et éducation clinique. — La *Revue de Paris* (15 février 1931) vient de publier un article de M. le Professeur Léon Bernard, intitulé *L'Evolution sociale de la médecine*, article dont nous extrayons le passage suivant :

« ... Que deviennent, par suite de cette évolution de la pratique médicale, les prérogatives et les obligations de la clinique, la formation technique du médecin, sa moralité professionnelle ?

Duclaux a soutenu qu'avec les progrès de l'hygiène sociale, « l'éducation clinique prendra de moins en moins de temps au regard du médecin, et d'importance au regard du malade ». Malgré tout le respect dû à cette grande mémoire, j'estime qu'il ne serait pas d'erreur plus néfaste à l'heure actuelle, que d'adopter pareille conception. D'abord, n'ayons pas la prétention de pouvoir chasser la maladie de l'humanité ; tant qu'il y aura des hommes, — et même des médecins, — il y aura des malades ; et le premier devoir du médecin restera d'apprendre à reconnaître, à soigner, et si possible à guérir le malade. Mais, dira-t-on, faisons des médecins de médecine curative et des médecins de médecine préventive. Ce serait là une aberration pleine de périls : pour faire de la médecine préventive exacte et donc utile, il faut connaître la médecine, et la connaître en clinicien ; on ne peut éviter l'incidence et la propagation des maladies qu'en sachant les diagnostiquer. En outre deux catégories de médecins, ainsi constitués par suite, d'ailleurs, de formations scolaires dont je n'imagine même pas la différenciation, ne parleraient plus la même langue et la coexistence de deux mentalités médicales différentes pour combattre les maladies aboutirait à un échec certain. En réalité il n'y a qu'une médecine, et elle est d'essence clinique. Le médecin de l'avenir aura un double objectif : traiter la maladie là où elle existe, la prévenir là où elle n'est pas encore, pour atteindre ces deux objectifs, il doit la connaître et savoir la reconnaître. Ne creusons pas de fossé entre la médecine curative et la médecine préventive.

Une seconde considération, que nous inspire la nouvelle médecine, a trait aux prétentions qu'elle affiche envers la clinique, mais aussi aux prétentions que la clinique doit maintenir à son endroit. J'ai déjà dit qu'à l'origine de tout acte médico-social, il y a de toute nécessité un diagnostic, c'est-à-dire un médecin éclairé. Hors de cette condition, il ne peut se produire qu'erreurs, abus et gaspillage, d'énergies et de deniers. Mais, d'autre part, bien des institutions et surtout des législations de médecine sociale impliquent je ne sais quelle codification des diagnostics à laquelle s'oppose la nature même des choses : le malade ne s'assujettit pas aux catégorisations impératives et l'esprit clinique s'insurge contre de pareils commandements. Il gît là une redoutable équivoque, dont je pourrais multiplier les exemples. L'obstacle — car il est réel et même angoissant — ne peut trouver son maître que dans la conscience du médecin. Un précepte à coup sûr n'en devra jamais être exilé : c'est que, dans les applications de la médecine sociale comme dans celles de la médecine individuelle, les exigences de la clinique restent intangibles. Toutes ces raisons nous mènent à conclure que l'éducation clinique demeure la base même de l'instruction médicale... ».

L'éducation morale du médecin, écrit M. le professeur Léon Bernard doit être orientée vers les idéals nouveaux.

« ... Devenu trop souvent comme un rouage impersonnel d'un mécanisme quasi-anonyme, où la notion de responsabilité se dissout, pour ainsi dire, dans la houle bariolée des intérêts en présence autant qu'elle s'aiguise dans le corps à corps avec le malade, le médecin, aigri par le fléchissement de la considération qui, dans le fonctionnement de la machine sociale auquel il participe, a remplacé les égards qu'il recevait des êtres dont il était le confident, la sauvegarde, l'ami — le médecin, dis-je peut parfois s'abandonner, et oublier le haut idéal dont ses nouvelles attributions semblent l'éloigner. Il importe d'opérer ici un redressement que commandent les conjonctures du temps présent. Nul n'arrêtera la marche des idées ; nul n'empêchera la médecine sociale de s'instaurer dans la vie des peuples. Et il ne convient pas de le tenter. Ne nous enfermons pas dans des formules vaines ; sans devenir un fonctionnaire, le médecin possède désormais une fonction sociale ; celle-ci l'invite nécessairement à abdiquer certaines prérogatives, dont

la respectabilité vétuste ne doit pas entraver la conduite d'une carrière renovée. .».

« Mais si l'idéal hippocratique ne peut plus être conservé dans toute son hermétique rigueur, il ne s'ensuit pas que la valeur morale du médecin soit forcément entamée. Elle peut, elle doit affirmer, dans l'exercice de la médecine sociale, les mêmes prétentions dont le monde lui a traditionnellement reconnu la légitimité et l'obligation.

Notre profession a de tout temps été décorée d'une honorabilité que ne lui ont même pas refusée les contempteurs de notre science ni les railleurs de nos travers ; dans ses attributions nouvelles elle doit cultiver un idéal aussi élevé que par le passé ; la conscience du médecin, pour s'adapter aux conditions de l'époque, n'a pas à consentir de capitulation... ».

Une famille d'oculistes: les Demours. — Il existe dans le quartier Monceau une rue Demours. Qui était-ce Demours ? Un conseiller municipal vient d'en faire un opticien. En réalité les Demours furent des oculistes célèbres en leur temps et oubliés aujourd hui. Le Dr J. Noir qui, possède d'intéressants documents sur ces médecins, vient de remettre pour un instant leur nom au palmarès de la gloire (*Concours médical*, 22 février 1931) :

Pierre Demours, le premier du nom qui ait acquis une véritable réputation, naquit à Marseille en 1702 ; il était fils d'un médecin déjà spécialisé dans le traitement des maladies des yeux. Il fit ses études à Avignon et y devint docteur le 1er avril 1728.

Venu à Paris, il fut le préparateur de l'anatomiste Duverney, de l'Académie des sciences, démonstrateur au Jardin du Roi. A la mort de Duverney, protégé par Chirac, premier médecin du Roi et surintendant du Jardin, il fut nommé démonstrateur. En 1732, après la mort de Chirac, il abandonna le Jardin du Roi pour se consacrer entièrement à l'ophtalmologie. Comme il était médecin oculiste du Roi, il jouissait d'une grande réputation, ayant une riche clientèle et acquérait en même temps la célébrité et la fortune.

Il mourut à Paris le 3 prairial an III, (1795) dans la rue Mazarine.

Son fils Antoine-Pierre, né le 16 décembre 1762 à Paris, fut reçu docteur en médecine à la Faculté de Paris le 30 août 1784. Il se consacra comme son père à l'ophtalmologie, jouit comme lui d'une grande réputation et fut à son tour médecin oculiste du roi. Il était membre de l'Académie des Sciences. Il habitait 19, rue de l'Université et mourut en 1837.

Son fils Pierre-Camille se destinait aussi à la médecine quand il fut victime d'une catastrophe ; il se noya à 23 ans, le 19 juillet 1836, entre le pont Royal et le pont de la Concorde.

Antoine Pierre Demours possédait de vastes terrains aux Ternes. Ces terrains furent lotis au commencement du siècle dernier et on donna à une voie nouvelle qui les traversait le nom de son propriétaire, Demours.

Pierre Demours fit au Jardin du Roi de nombreuses recherches sur l'anatomie de l œil. Il découvrir la membrane de l'humeur aqueuse. Cette découverte lui fut contestée par Descemet, professeur de chirurgie en langue française à l'ancienne Faculté de médecine de Paris. Il publia de nombreux travaux dans les Mémoires de l'Académie des sciences et on lui doit la traduction de plusieurs ouvrages anglais importants.

Antoine-Pierre Demours jouit d'une grande réputation d'oculiste, mais ne laissa aucun travail digne d'être cité.

La rastoule. — Voici un curieux exemple des ressources de la thérapeutique rurale. Il nous vient du Vivarais et le bon poète Charles Forot l'a consigné dans son Almanach de 1931 (édit. du Pigeonnier).

C'est un menuisier qui guérit les rhumatismes dans la région de Joyeuse. On va le trouver quand on a des douleurs. Le membre atteint est placé sur l'établi. L'opérateur met à côté de la partie malade deux petits morceaux de bois en croix ; il les fend d'un coup de hache en disant : « Je te coupe la rastoule», et elle est coupée... du moins on l'assure.

Un des derniers coupeurs était connu dans le pays sous le sobriquet de Picounet ; il est mort pendant la guerre. — U.R.

(*Journal des Débats*).

La médecine et le fisc. — M. Antonelli demande à M. le ministre du budget si la veuve d'un médecin décédé en 1927, après avoir cessé l'exercice de sa profession en 1926, doit être imposée ou ne pas être imposée à la cédule des professions non commerciales, au titre de 1929, pour 15.000 francs d'honoraires arriérés et récupérés en 1928.

Réponse. — Réponse négative.

(*Journal officiel* (14 janvier 1931). Question n° 10265.)

BIBLIOGRAPHIE

Etude clinique de la tuberculose infantile, par Jean LEVESQUE. Un volume de 152 pages, planches (*Collectiou Médecine et Chirurgie Pratiques*) : 22 fr. Masson, éditeurs 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'auteur se propose ici beaucoup moins de décrire tout le détail des localisations de la tuberculose de l'enfance, que de retracer son évolution générale, les méthodes de diagnostic, les moyens d'établir un pronostic, en soulignant la succession des phases bien différentes de la maladie, depuis la contamination jsqu'à ses réveils tardifs.

La véritable originalité de la tuberculose infantile tient à deux faits : d'une part, dans nos pays tout au moins, c'est dans l'enfance que débute la tuberculose humaine, que se fait la rencontre d'un organisme vierge avec le bacille de Koch, alors que chez l'adulte il ne s'agit le plus souvent, que du réveil de la tuberculose prise dans l'enfance ; d'autre part, pour peu que la contamination tuberculeuse ait lieu dans les premières années, suivantes de l'enfance peuvent voir survenir ces réveils de la tuberculose. Or, l'observation clinique ainsi que toutes les connaissances théoriques déduites de l'étude expérimentale de la tuberculose, prouvent que le diagnostic, le pronostic et la thérapeutique de la tuberculose sont essentiellement différents suivant qu'il s'agit de la première réaction de l'organisme au bacille récemment introduit, à la suite de laquelle la généralisation granulique est constamment à craindre, ou d'une reprise tardive de l'infection tuberculeuse chez un sujet depuis longtemps contaminé, pendant laquelle l'évolution du processus tuberculeux est avant tout locale.

Le point capital de l'étude de la tuberculose infantile est de retracer successivement ces deux aspects de la maladie, seul procédé permettant en présence de chaque cas de porter un pronostic et d'établir une thérapeutique convenable.

Au seuil de notre Histoire, Tome II, par Camille JULLIAN, de l'Académie française. Un vol. in-16 jésus, broché 20 fr. Boivin et Cie, éditeurs, 5, rue Palatine, Paris.

Voici le Tome second, d'un premier grand et beau livre dont toute la presse a dit la hauteur de pensée, de noblesse de facture et la solidité de science. D'aussi rares qualités sa retrouvent dans le tome II d'*Au seuil de notre Histoire*. L'auteur l'a écrit avec la fougue et la foi d'un cœur de solide trempe française.

Le volume redit au grand public les leçons d'un des premiere historiens de notre temps, telles qu'elles ont été prononcées. Erudition sans pédanterie, philosophie humaine, clarté vigoureuse, saine, vue générale des choses, simplicité d'exposition, esprit magistral de vulgarisation font de ce livre une œuvre pour le lettré comme pour le Français moyen envers lequel l'auteur professe une tendresse de race et de tradition qu'il affirme en de nombreusss pages.

Revue des cours et conférences. Parait le 15 et le 30 de chaque mois du 15 décembre au 30 juillet. Le nº : 4 fr. 50. Abonnement : France : 60 fr. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du nº du 30 janvier 1931 : A. Siegfrid : Les religions aux Etats-Unis et leurs conséquences dans la vie pratique. — P. Jourda : Un centenaire romantique ; le Rouge et le Noir (I). — A. Spaier : Quelques aspects de l'idéalisme (IV) ; Existence et transcendances (*suite*). — F. Gaiffe : L'évolution du comique sur la scène française (IV) ; Le Moyen-âge (*suite*). — G. Connes : L'Angleterre en 1929 (IX) ; La vie de l'esprit. — E. Sourian : L'esthétique et l'art de vivre (V) ; Composition dramatique de la vie. — M. Raymond ; La poésie française contemporaine (II) ; Les poètes de la vie retrouvée. — J. Tourneur-Aumont : Centenaire d'un historien : Justel de Coulanges (XI).

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMP. THIRON ET CIE. — R. C. 4264
MAISON SPÉCIALE POUR PUBLICATIONS MÉDICALES

Bureau P. L. M. de Grasse, avenue Thiers

Dans ce bureau de ville, tout nouvellement créé, les voyageurs trouvent tous renseignements concernant les voyages en chemin de fer et en autocars.

Ils peuvent s'y procurer des billets de chemin de fer au départ de Grasse et faire enregistrer leurs bagages pour la destination définitive.

Ce bureau délivre également des billets d'autobus pour le service « Grasse-Cannes ».

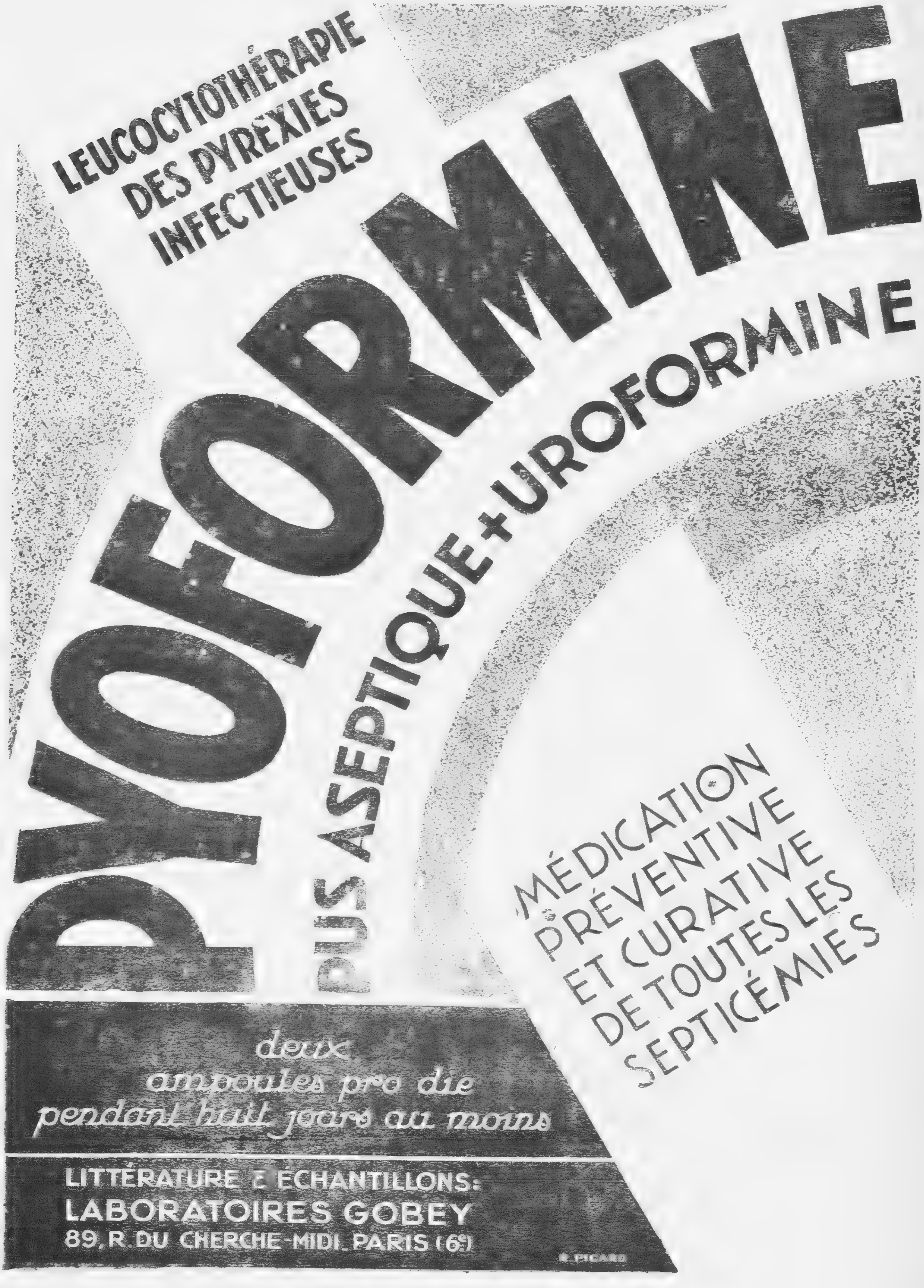
Il assure la location des places dans les trains au départ de Cannes.

…EN 1873. — N° 11 LE NUMÉRO : 50 Centimes 14 MARS 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE


LEUCOCYTOTHÉRAPIE
DES PYREXIES
INFECTIEUSES
PYOFORMINE
PUS ASEPTIQUE + UROFORMINE
MÉDICATION
PRÉVENTIVE
ET CURATIVE
DE TOUTES LES
SEPTICÉMIES
deux
ampoules pro die
pendant huit jours au moins
LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS:
LABORATOIRES GOBEY
89, R. DU CHERCHE-MIDI. PARIS (6e)

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 9 mars. — M. AUCLAIR. Les traitements de la septicémie puerpérale par l'immuno-transfusion. — M. RENAULT. La prohibition américaine.

10 mars. — M. KANNER. La virulence du tréponème de la paralysie générale. — M. LACROIX. Etude des phénomènes physiologiques concomitants de l'émotion. — M. KOTZAREFF. Traitement des cancers. — M. MAGNIN. L'ostéochondrite disséquante de la hanche.

11 mars. — M. KALMANOVITCH. Résultats obtenus dans 155 cas de broncho-pneumonie infantile traitée par injections d'or colloïdal. — Mlle DUCLAUX. L'action des rayons ultra-violets sur les organismes. — M. QUÉTIN. La lutte contre le péril vénérien en France par le service social. — M. ROSNER. Etude de l'épidémiologie de la poliomyélite (épidémie de 1930). — M. SZEKELY. La pyéloscopie dans les pyélonéphrites.— M. BRETON. Considérations sur les tumeurs de la loge hyo-thyro-épiglottique.

13 mars. — Thèses vétérinaires. — M. CORNEC. Exportation du cheval breton.

14 mars. — Mlle COLIN-LETAILLEUR. Le chancre cutané tuberculeux par primo-infection chez l'enfant. — M. LECADRE. Contribution à l'étude de l'anorexie du nourrisson. — M. LEMAITRE. Etude de la vaccination antidiphtérique par l'anatoxine de Ramon à propos de quelques résultats obtenus par la méthode de l'Ecole départementale de Vitry.

Thèses vétérinaires. — M. CHEVILLARD. Action du gaz chloré asphyxiant chez le cheval.

Concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le mardi 2 juin 1931, à 9 heures, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'Administration, de 14 heures à 17 heures, du mardi 5 mai au samedi 16 mai 1931 inclusivement.

Concours pour la nomination à deux places de prosecteur à l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux. — Ce concours sera ouvert le mardi 9 juin 1931, à 16 heures, dans la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères.

Les candidats qui voudront concourir se feront inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé), à partir du lundi 11 mai jusqu'au vendredi 22 mai 1931 inclusivement, de 14 heures à 17 heures.

Hôpitaux thermaux. — Sont désignés pour 1931 :

Hôpital militaire de Barèges. — MM. le médecin lieutenant-colonel Rebierre, de l'hôpital militaire de Marseille, médecin chef ; le médecin capitaine Dumont, de la 18e compagnie du train, Bordeaux ; le pharmacien commandant Massy, de l'hôpital militaire de Bordeaux.

Hôpital militaire de Bourbonne. — MM. le médecin commandant Dellys, des salles militaires de l'hospice mixte d'Orléans médecin chef ; le médecin capitaine Fontaine, du 305e d'artillerie, Besançon.

Hôpital militaire de Châtel-Guyon. — M. le médecin commandant Delacroix, médecin des hôpitaux militaires, des salles militaires de l'hospice mixte de Nice, médecin chef.

Hôpital militaire du Mont-Dore. — M. le médecin commandant Langlois, des salles militaires de l'hospice mixte de Clermont-Ferrand, médecin chef.

Hôpital militaire de Vichy. — MM. le médecin commandant Xambeu, médecin des hôpitaux militaires de l'hôpital militaire de Toulouse ; le médecin commandant Fauque, médecin des hôpitaux militaires, de l'hôpital militaire de Bordeaux ; le médecin commandant Audouy, médecin des hôpitaux militaires, de l'hôpital militaire de Toulouse : le médecin capitaine Picot, de l'hôpital militaire Villemin, à Paris ; le médecin capitaine Gauch, médecin des hôpitaux militaires, des salles militaires de l'hospice mixte de Clermont-Ferrand.

Station thermale militaire de Saint-Nectaire. — M. le médecin commandant Maire, médecin des hôpitaux militaires, 1er génie, Strasbourg.

Hôpital militaire de Barèges. — M. le médecin lieutenant Dhers, de l'hôpital militaire de Toulouse.

Hôpital militaire de Bourbonne. — M. le médecin lieutenant Proust, des hôpitaux militaires de la région de Paris.

Hôpital militaire du Mont-Dore. — M. le médecin lieutenant Moret, de l'hôpital militaire de Bordeaux.

Guerre. — Mutations :

Médecins commandants. — MM. de Lagoanere, de l'hôpital militaire de Nantes, laboratoire de bactériologie, est affecté à l'hôpital militaire de Talence ; Wulliam, du 508e de chars de combat, Lunéville, est affecté au 120e d'artillerie lourde, Epinal.

Médecins capitaines. — MM. Farjot, du 405e d'artillerie à Sathonay, est affecté à l'hôpital militaire de Grenoble ; Fonta, du 107e d'inf. à Angoulême, est affecté à l'Ecole militaire préparatoire de Saint-Hippolyte-du-Fort ; Ducoureau, des territoires du Sud-Algérien, est affecté aux troupes de Tunisie.

Médecin lieutenant. — M. Fraimbault, du 170e d'inf., Remiremont, est affecté aux troupes du Levant.

Congrès international des hôpitaux. — Il y a quelques jours, l'assemblée constituante du second Congrès international des hôpitaux s'est réunie sous la présidence du conseiller municipal Dr Tandler. Cette session importante à laquelle prendront part des médecins et des spécialistes de tous les pays du monde, tiendra ses assises à Vienne du 8 au 14 juin. Il a été décidé d'organiser en même temps une grande exposition internationale des hôpitaux. La direction des affaires de secrétariat ainsi que l'organisation de l'exposition arrangée par l'International Hospital Comitee ont été confiées à la Foire de Vienne.

L'inauguration solennelle du Congrès aura lieu le 8 juin dans les salles de la Hofburg ; les séances du Congrès se tiendront dans le Palais de la Foire. La direction du Congrès attend pour la session viennoise un nombre de participants internationaux aussi important que l'a été celui du premier Congrès international des hôpitaux en 1929 à Atlantic City.

Ligue française contre le rhumatisme. — *Conférences cliniques.* — La deuxième conférence clinique de la Ligue a eu lieu le 11 février dans la clinique médicale de l'hôpital Cochin (Prof. Achard) sous la présidence du Dr Weissenbach.

MM. Coste et Lacapère ont présenté une étude sur la cuti-vaccination dans les rhumatismes chroniques.

M. J. Forestier a traité de l'épreuve de la sédimentation globulaire dans le rhumatisme chronique.

Ces conférences ont été accompagnées de présentation de malades, et ont été suivies de discussions auxquelles ont pris part les membres présents.

La prochaine réunion clinique aura lieu le mercredi 11 mars à 10 heures, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du Dr Mouchet, chirurgien des hôpitaux, et sera faite par MM. Mouchet et Rœderer.

Les réunions suivantes auront lieu aux dates ci-après : jeudi 26 mars (Dr Weissenbach, hôpital Broca) ; jeudi 22 avril (Dr Dausset (Hôtel-Dieu).

Syndicat professionnel de la Presse scientifique. — Le syndicat professionnel de la Presse scientifique vient de tenir son assemblée générale.

Le Comité des syndics a élu, pour 1931, le bureau du syndicat: président : M. le Dr Foveau de Courmelles ; vice-présidents : MM. Saugrain et Coissac ; trésorier : M. le Dr Barierin : secrétaire général : M. J. Toutain.

A l'issue de l'assemblée générale a eu lieu un banquet présidé par M. Roussel, directeur de la Mutualité au ministère du travail et de la prévoyance sociale.

Parmi les convives : M. A. Schiller, président de l'Association des secrétaires de rédaction ; Mlle Leleu, secrétaire de l'Union internationale des Associations de Presse : MM. Mounier, président de la Fédération internationale de la presse technique ; Descroix, vice-président ; Thuau, secrétaire général du syndicat de la presse technique : P. Vivien, président du syndicat de la presse coloniale ; de la Chanoine, président de la presse monarchique départementale ; Dr Terwagne, de Bruxelles, etc.

Les discours du président, de M. A. Schiller, du Dr Terwagne, ancien député d'Anvers, de M. G. Roussel ont été très applaudis et ont contribué au succès de cette réunion, dont l'éclat était rehaussé par la présence de nombreuses et charmantes invitées.

Hospices civils de Versailles. — La Commission administrative des hospices civils de Versailles donne avis que le vendredi 27 mars 1931, à 9 heures du matin, il sera ouvert un concours public pour la nomination de six internes en médecine (3 titulaires et 3 provisoires).

Lyon. — Le concours ouvert le 2 mars pour la nomination d'un médecin des hôpitaux s'est terminé par la désignation de M. le docteur Dechaume.

Hospice des Enfants-Assistés (74, rue Denfert-Rochereau, clinique Parrot.) — *Cours de Pâques* 1931 sous la direction de M. le Professeur P. Lereboullet, avec le concours de M. Cathala, professeur agrégé, de M. Lelong, médecins des hôpitaux, des chefs de clinique et de laboratoire et des assistants du service.

Chaque leçon sera constituée par un exposé théorique aussi court que possible, complété par des présentations cliniques et des exercices individuels au lit du malade ou au laboratoire.

Hygiène et pathologie du premier âge. — Jeudi 26 mars, 10 h. 45, M. Lereboullet : Introduction à l'étude de la pathologie du premier âge. La lutte contre la mortalité infantile. — 16 heures, M. Bohn : Le babeurre et ses indications en diététique infantile. — 16 h. 45, Mme Odier-Dollfus : Les difficultés de l'allaitement artificiel. — Vendredi 27 mars, 10 h. 45, M. Cathala : Notions récentes sur le choléra infantile et son traitement. — 16 heures, M. Pichon : Le développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant plus âgé. Voir importance séméiologique. — 16 h. 45, M. Chabrun : Les régimes sans lait et les farines azotées dans l'alimentation des nourrissons.

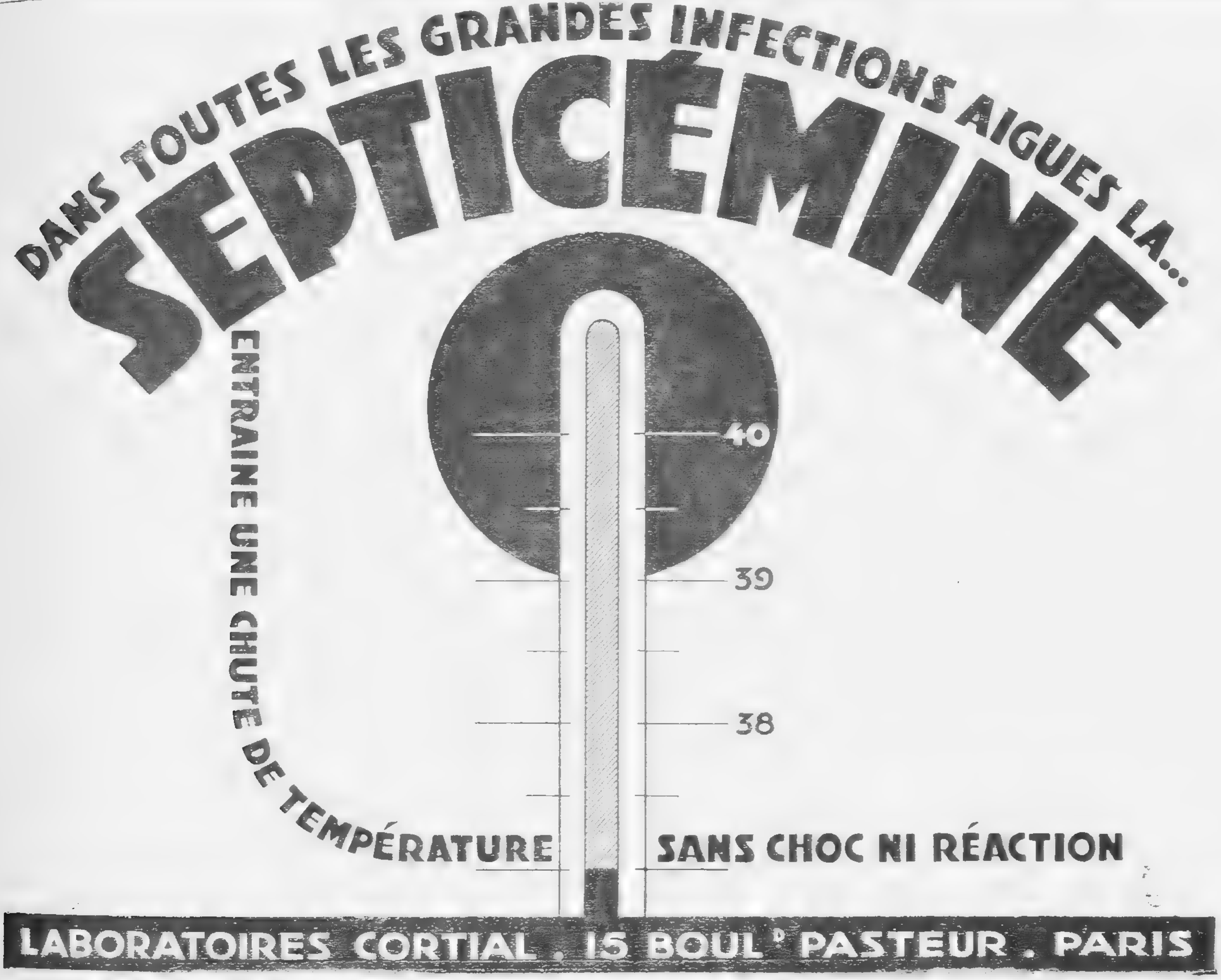
Samedi 28 mars, 10 h. 45, M. Lelong : Notions récentes sur le scorbut infantile. — 16 heures, M. Benoist : L'asthme du nourrisson. — 16 h. 45, M. Detrois : Le métabolisme du calcium et du phosphore : ses troubles en pathologie infantile.

Lundi 31 mars, 10 h. 45, M. Lereboullet : Les nourrissons vomisseurs et la sténose hypertrophique congénitale du pylore. — 16 heures, M. Bohn : Les anémies du nourrisson et leur traitement. Indications et technique de la transfusion sanguine dans le premier âge. — 16 h. 45, M. Gournay : Les aliments et les stérols irradiés et le traitement du rachitisme.

Mardi 1er avril, 10 h. 45, M. Lelong : Evolution et pronostic de la tuberculose du nourrisson. — 16 heures, M. Benoist : L'eczéma du nourrisson. Notions nouvelles sur son traitement. — 16 h. 45, M. Saint-Girons : La coli-bacillose du nourrisson.

Mercredi 2 avril, 10 h. 45, M. Cathala : Séméiologie de la fièvre chez le nourrisson. — 16 heures, M. Brizard : Traitement actuel de l'hérédo-syphilis du nourrisson. — 16 h. 45, M. Chabrun : Les ostéopathies syphilitiques de la première enfance.

Jeudi 3 avril, 10 h. 45, M. Lereboullet : La diphtérie du nourrisson. — 16 heures, M. Baize : La spasmophilie du nourrisson. — 16 h. 45, M. Bohn : Formes cliniques et traitement actuel des broncho-pneumonies du nourrisson.


DANS TOUTES LES GRANDES INFECTIONS AIGUES LA...
SEPTICÉMINE
ENTRAINE UNE CHUTE DE TEMPÉRATURE
SANS CHOC NI RÉACTION
40
39
38
LABORATOIRES CORTIAL . 15 BOUL^D PASTEUR . PARIS

Vendredi 4 avril, 10 h. 45, M. LELONG : La vaccination par le B. C. G. — 16 heures, M. BENOIST : Les hémorragies méningées du nouveau-né et du nourrisson. — 16 h. 45, M. CHABRUN : Hypotrophies du premier âge et carences frustes.

S'inscrire à la Faculté, le droit à verser est de 250 francs.

Chaire d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques (Professeur Maurice VILLARET.) — *Cours de perfectionnement* (Pâques 1931, 20 avril au 3 mai) : La thérapeutique médicale et hydrologique des maladies du tube digestif, du foie et de la nutrition à la faveur des acquisitions récentes de la clinique et du laboratoire.

Cet enseignement de vacances, d'ordre essentiellement pratique, commencera le lundi 20 avril 1931, à 9 heures, à l'hôpital Necker, amphithéâtre Guyon et salle Delpech), avec la collaboration de MM. Henri BÉNARD, Henry BITH, François MOUTIER, SAINT-GIRONS, JUSTIN-BESANÇON.

Il aura lieu régulièrement, le matin, à 9 heures ; l'après-midi, à 14 h. 30 et 16 heures. Il comprendra 36 leçons, et sera complet en deux semaines.

Des examens au lit des malades et des démonstrations radiologiques, complément de l'enseignement à l'amphithéâtre, seront faits après la leçon du matin, au cours de la visite dans les salles, à partir de 11 heures, par le Professeur Maurice VILLARET et le Docteur Henry BITH, avec le concours du Docteur BRUNET, assistant radiologique du service.

Des sommaires détaillés, résumant chaque leçon, seront distribués à chaque élève. Un voyage d'étude hydrologique sera organisé les 2, 3 et 4 mai, à Vichy. Les élèves de ce cours et des autres cours de vacances de l'année désireux d'y participer, sont priés de s'inscrire à l'avance, au laboratoire d'hydrologie et climatologie thérapeutiques, à la Faculté de médecine, auprès de M. Roger EVEN, chef de laboratoire adjoint, qui leur fera connaître le programme détaillé et les conditions du voyage. Les inscriptions sont limitées.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue de ce cours. Droit d'inscription : 300 fr.

Société française d'ophtalmologie. — La Société française d'ophtalmologie tiendra son XLIVe Congrès à la Faculté de médecine, le lundi 4 mai et jours suivants.

Le rapport d'usage sera présenté par le Professeur M. VAN DUYSE (de Gand) sur « L'hérédité dans les affections oculaires ».

Une visite de l'Exposition coloniale sera organisée le mardi 5 mai et suivie du banquet traditionnel.

Pendant la durée du Congrès visites dans les hôpitaux et laboratoires et exposition d'instruments d'optique et de chirurgie oculaire et de produits thérapeutiques à la Faculté.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétaire général : Dr René ONFRAY, 6, avenue de la Motte-Picquet, Paris (VIIe).

Nécrologie. — Dr Georges ANDRÉ, de Montmorillon (Vienne) décédé dans sa 37e année. — Dr Edouard BOIDIN, de Paris, 88, rue de Miromesnil, décédé à l'âge de 88 ans. — Médecin commandant CHABARDES, médecin de l'hôpital militaire de Talɩs. — Dr G. CUEILLE, de Pamiers (Ariège), ancien interne des hôpitaux de Bordeaux. — Dr Paul OLIVIER, de Lyon, médecin colonel en retraite, décédé à l'âge de 72 ans. — Dr REMOUSSENARD, de Levallois-Perret. — Dr André SOREL, de Paris, électro-radiologiste de l'hôpital Saint-Michel, décédé subitement à l'âge de 44 ans. — Dr Ubaldo FERNANDEZ, professeur de clinique obst trical à la Faculté de Buenos-Ayres.

VOIR LA SUITE DES « NOUVELLES » PAGE 508



TRAVAUX ORIGINAUX

L'action du chlorure de baryum sur le tonus du vaisseau isolé en survie in vitro

Par M. LOEPER, A. MOUGEOT et A. LEMAIRE

La méthode du lambeau vasculaire suspendu est bien connue. Inaugurée par Mac William, reprise par Oskar B. Meyer, elle serait capable, d'après M. Brouha (1) de déterminer quelles sont parmi les réactions vasculaires celles qui doivent être attribuées à une action directe sur la fibre lisse sans intervention du système nerveux. Nous l'avons appliquée aux carotides de chien et de bovin et les réactions obtenues de l'addition de chlorure de baryum au liquide de Tyrode nous paraissent mériter quelque intérêt.

Le chlorure de baryum, ni à faible, ni à forte dose, ne nous a jamais donné sur le muscle artériel le spasme, la contracture, l'hypertonie qu'on lui connaît sur les autres muscles lisses et que K. J. Franklin (2) signale sur les préparations de veine mésentérique de mouton. Cependant nous avons poursuivi l'inscription de tonus artériel pendant quinze et vingt minutes après l'adjonction de $Ba\,Cl^2$ au liquide de Tyrode ou de Ringer.

Par contre le chlorure de baryum s'est montré un *sensibilisateur* très efficace, très puissant quant à la réponse du muscle artériel à l'effet vaso-constricteur de l'adrénaline et de l'histamine.

Si l'on compare l'amplitude des vagues hypertoniques produites par l'adjonction de très faibles doses d'adrénaline ou d'histamine selon que le vaso-constricteur agit ou non en présence de $Ba\,Cl^2$, on voit le baryum rendre beaucoup plus puissante, beaucoup plus ample et durable, la phase de contraction vasculaire, bien qu'il puisse la retarder : de plus il la déforme, en lui imprimant une courbe en marches d'escaliers, avec des périodes de paliers séparant des phases ascensionnelles successives qui s'ajoutent les unes aux autres.

L'action renforçatrice du baryum possède encore cette particularité d'être à retardement ; elle ne s'exerce qu'après un temps mort, une période de latence d'environ neuf à dix minutes. Si le vaso-constricteur est ajouté au liquide d'imbibition peu de minutes après l'addition du chlorure de Ba on assiste à une première phase d'hypertonie modérée présentant les caractères, l'amplitude, la courbe et la forme habituelle, tout se passant comme si le baryum était absent. Mais quelque dix minutes après l'adjonction du chlorure de Ba, on constate un renforcement très marqué de la vaso-constriction : l'action synergique ou sensibilisatrice ne paraît se faire sentir qu'à partir de ce moment.

Autre particularité : sur le lambeau artériel contracturé par l'adrénaline ou l'histamine seules, le nitrite d'amyle exerce une action hypotonisante nette qui manque si le lambeau artériel se trouve en état d'hypercontracture, du fait de la synergie entre le baryum et le médicament vaso-contricteur.

Nous disons synergie ou sensibilisation : ce dernier terme nous paraît plus adapté, plus adéquat, à condition qu'on le considère en dehors de toute arrière pensée d'anaphylaxie. L'effet est à rapporter au métal, au cation Ba, car on n'obtient rien de semblable avec le chlorure de calcium.

En tous cas les faits observés nous conduisent à penser que l'hypertension déterminée chez le chien vivant par l'injection intra veineuse de chlorure de baryum tient non pas à une action vaso-constrictive directe, mais à une sensibilisation du système vasculaire aux hormones que charrie le courant sanguin, hormones vaso-toniques normales. Un autre argument en faveur de cette manière de voir se trouve dans la très longue durée de l'hypertension obtenue à la suite de l'injection de chlorure de Ba. *In vitro*, le Ba a parfois paru provoquer une hypertonie vasculaire : en réalité cela ne s'est produit que si, par défaut de lavage, une trace de produit vaso-constricteur était restée dans le vase : aucune hypertonie ne fut jamais constatée après un lavage soigneux.

Quelques expériences analogues sur les lambeaux de jugulaire de chien ont fourni exactement les mêmes résultats que sur les carotides de bovins.

Laboratoire de Thérapeutique de la Faculté de Médecine de Paris.

(1) Lucien Brouha. — CR. Soc. Biologie. (1925) T. XCII, p. 202.
(2) K. J. Franklin. — J. of. Pharmacology. Vol. XXVI. (1925) p. 215.

De l'emploi du sérum de Normet dans le traitement de choix des hémorragies et du shock

Par E. BRESSOT
Chirurgien de l'Hôpital Laveran (Constantine)

La thérapeutique des états hémorragiques et du shock a fait une acquisition fort importante avec le sérum citraté de Normet.

D'application facile puisqu'il suffit pour l'obtenir d'ajouter à un litre d'eau physiologique à 7 ‰ (1) 20 cmc. de la solution préconisée par Normet (solution que l'on trouve dans le commerce), il a rendu des services signalés dans des cas où une transfusion était pratiquement irréalisable. Depuis que Cunéo en a préconisé l'emploi à la séance du 12 juin 1929 de la Société de Chirurgie de Paris de nombreux essais ont été faits et des succès intéressants obtenus.

Nous avons eu l'occasion de l'employer dans cinq cas d'urgence où nous ne pouvions pas pratiquer une transfusion.

OBSERVATION 1. — Broiement du membre inférieur gauche et fracture du bassin par accident d'automobile. Hémorragie abondante et schock intense. Pouls à peine perceptible à la fémorale. Décoloration des muqueuses. Mydriase. Amputation de cuisse. Un litre de sérum de Normet est injecté en 45 minutes dans une veine du pli du coude préalablement dénudée. Au bout de 15 minutes le pouls est mieux frappé à la fémorale et le pouls radial réapparaît.

Numération globulaire le soir même 2.150.000 qui passe en six jours à 3.900.000.

La tension de 7-9 après l'intervention remontera le surlendemain à 9-12.5

OBSERVATION 2. — Broiement de l'avant-bras gauche et du pied droit par éclatement prématuré de mine.

Hémorragie abondante ; pouls imperceptible et incomptable ; extrémités glacées. Etat de collapsus prononcé. Les oscillations au Pachon sont insignifiantes.

Amputation du bras gauche et du pied droit. A la fin de l'intervention le blessé donne l'impression de mort imminente. Un litre de sérum de Normet est injecté dans une veine du pli du coude droit préalablement dénudée.

Une heure après l'injection le faciès se recolore et le pouls fémoral apparaît.

(1) Ne jamais employer pour le mélange du sérum glucosé.

Cinq heures après l'injection la tension est de 6-9. Numération globulaire = 1.950.000.

Quoique nettement amélioré l'état général est encore le lendemain précaire ; le pouls radial est faible ; la tension demeure à 6-1/2-9. On se propose de refaire une nouvelle injection de sérum de Normet ; mais une transfusion étant possible on lui donne la préférence et 300 cmc. de sang citraté sont injectés à la seringue de Jubé.

Observation 3. — Fracture des deuxième et troisième lombaires par passage de roue de voiture. Volumineux hématome lombaire. Hématurie importante avec paraplégie transitoire et troubles des sphincters. Shock intense. Pouls filant. Respiration courte et superficielle. Vomissements. Injection intra-veineuse de 500 cmc. de sérum Normet. Pendant l'injection le pouls redevient perceptible la tension qui avant l'injection, était de 5-7 passe trois heures après l'injection à 7 1/2-10.

Observation 4. — Plaie de la face et du cou par coups de couteau. Section des artères faciale et temporale béantes. Malade exsangue. Pouls filiforme. Extrémités froides. Etat syncopal. Tandis que les vaisseaux sont ligaturés et que les plaies sont suturées après épluchage, 500 cmc. de sérum de Norme sont injectés dans une veine du pli du coude. A la fin de l'injection un mieux réel s'établit et le pouls radial réapparaît ; une heure après ce dernier est à 130 ; mais nettement senti. La tension de 6-9 est le lendemain de 8-12. Les globules rouges passent en sept jours de 2.255.000 à 4.310.000.

Observation 5. — Mme G..., 32 ans. Fausse couche de quatre mois et demi le 8 novembre 1930, vers 18 heures. Expulsion du fœtus.. Rétention placentaire. Le lendemain 9 novembre, essai de curettage digital et avec une curette, au dire de la malade. Aucune évacuation placentaire ne se fait. L'hémorragie, d'abord abondante, paraît se tarir le soir pour recommencer le lendemain 10 novembre, ce qui fait décider son hospitalisation.

Elle arrive dans notre service à 13 heures. Nous la voyons à 14 heures : malade anémiée ; pouls à 120, petit : mais nettement perceptible. Température 39°2.

Sous anesthésie à l'éther : curettage utérin. La malade, complètement réveillée, est reportée dans son lit. Le pouls est faible, les lèvres fortement décolorées. Nous pratiquons une injection intra-veineuse de sérum de Normet poussée *très lentement* à 10 pour 500. Quatre à cinq minutes après brusquemenlla malade, qui causait et souriait à son entourage, est prise de grands frissons et de tremblement : elle accuse une doulour vive et brutale dans les reins. Les lèvres, la face et les extrémités deviennent violettes ; glacée et insensible, la malade ne répond plus aux questions posées, le pouls n'est plus perçu à la radiale ni à la fémorale ; les bruits du cœur deviennent imperceptibles. Cet état angoissant dure 10 à 15 minutes pendant lesquelles furent faits de l'huile camphrée spartéinée, de la respiration artificielle, du réchauffement et de l'adrénaline intracardiaque. Puis peu à peu le choc se dissipa et la malade revint à elle ne paraissant plus quelques heures après se ressentir de cette rude alerte. Le lendemain : pouls à 110 bien frappé. Tension 12-8 1/2.

Urines rien à signaler. Urée sanguine 0.45. Temps de coagulation 10. Temps de saignement 4.

Formule sanguine (Dr Esquier)		
	Hémoglobine	= 60
	Globules rouges	= 3.750.000
	Globules blancs	= 8.200
	Poly.	= 76 %
	Plaquettes	= 166.500

Aucune tare apparente après examen somatique le plus complet possible. Femme robuste. mais terrain infecté.

Ainsi, chez trois blessés présentant une hémorragie sévère, et chez un autre atteint de shock intense (observation n° 3) le sérum de Normet, d'application facile, nous a donné, comme à bon nombre de chirurgiens, des résultats indéniables et particulièrement intéressants.

Par contre, nous avons observé un cas dramatique dont la relation un peu détaillée nous a paru utile. Ce choc hémoclassique est à rapprocher des incidents que citaient MM. Giraud et Silhol à la séance du 23 juin 1930 de la Société de Chirurgie de Marseille.

Pour cette malade nous avions décidé de pratiquer cette injection intraveineuse en raison d'un accident hémorragique sans doute important, mais à la vérité non angoissant et de pronostic *a priori* favorable, toute question d'infection mise à part.

La malade était nettement réveillée et l'anesthésie ne peut être mise en cause. Le réveil s'était fait sur la table même d'opération en raison de la faible dose d'anesthésique employée. Elle était depuis plus de vingt minutes reportée dans son lit.

Un examen aussi approfondi que possible ne nous a pas permis de noter une tare organique, ni aucune déficience apparente des glandes à sécrétion interne. Cette crise hémoclasique a présenté un tableau absolument analogue à celui que l'on peut observer au cours d'une transfusion sanguine.

C'est d'ailleurs là, à notre connaissance, un des rares incidents observés malgré les nombreux usages faits de la méthode. Il n'en diminue en rien la valeur : il incite seulement à faire avec une extrême lenteur l'injection intraveineuse. MM. Giraud et Silhol pensent qu'il s'agit, dans ces cas exceptionnels, « d'un véritable choc chimique de l'ordre de ceux observés avec des produits tels que la gonacrine ou la trypaflavine ».

La quantité de sérum injecté n'a jamais, dans nos cas, dépassé un litre. Cette dose peut être insuffisante et il n'y a aucun inconvénient à la renouveler si le pouls ou l'état de shock le demandent. Pour le malade de l'observation n° 2 nous nous proposions de faire une nouvelle injection le lendemain quand une transfusion nous apparaissant possible, nous lui avons donné la préférence.

Sans vouloir en effet prétendre remplacer la transfusion qui demeure, quand elle est possible, le traitement héroïque de toute hémorragie sévère, le sérum de Normet, de réalisation facile, d'application simple, à la portée de tout praticien isolé est appelé à rendre d'inappréciables services dans tous les cas où se pose l'indication d'une transfusion qui, pour un motif quelconque, ne peut être pratiquée.

Elle pourra également être un utile adjuvant de cette dernière quand le volume de sang perdu particulièrement important, permet difficilement de transfuser une quantité de sang équivalente.

La grossesse prolongée n'est pas, à elle seule, pour KÜSTLER, un motif de provoquer l'accouchement. Mais il faut surveiller le rapport entre les dimensions du fœtus et celle du bassin. Si le fœtus est trop volumineux, il faut interrompre la gestation, et. surtout, 1° chez les primipares à tissus rigides. 2° chez les pluripares ayant eu des enfants morts in utero (*Archiv f. Gyn.* t. C XLII, p. 352).

H. V.

Testicule. — G. LUNDH. (On the problem of the interstitial cells of the testes and their influence upon internal secretion. *Acta Obst. et Gyn. Scandinavica.* Vol. X Fasc 1-4-19[illegible]) a examiné trois testicules de pseudohermaphrodites masculins avec cryptorchidie et un testicule normal d'adulte jeune, qui lui a servi de point de comparaison. Dans deux cas de cryptorchidie, sur trois, il a trouvé une forte augmentation du poids absolu des cellules interstitielles ou, plutôt du tissu insterstitiel total. Par ailleurs, des différences importantes ont été constatées dans la quantité des cellules interstitielles selon que l'individu présentait des caractères sexuels secondaires féminins ou masculins. Dans le premier cas, le tissu interstietiel était un peu inférieur au poids normal, il y avait des signes manifestes de spermogénèse avec développement de spermatogonies. Dans le second, les cellules interstitielles étaient fort augmentées, les canaux spermatiques étaient atrophiés, il n'y avait aucune trace de spermogénèse. L'A. se défend de toute interprétation et expose simplement les faits constatés.

M. L. LAVEDAN.

Phobie du bruit et monomanie du repos

Par le Docteur **M. AMELINE**
Médecin des Asiles

Ce sont là deux véritables maladies dont paraissent atteints quantité de nos contemporains depuis quelques années. Peur du bruit (1) et soif du calme seraient des termes trop faibles, trop modérés pour caractériser un état d'esprit particulièrement contagieux et qui conduit les « malades » à une activité telle qu'en ont été émus les pouvoirs publics sommés de défendre et de réglementer au plus vite et vigoureusement : *Tabou* et *Verbot* ont toujours eu l'affection des « linottes » humaines : « Moi : Si j'étais le gouvernement ! Ah! mais ! . . . »

Maladies ? Oui ! Car comment qualifier autrement des assertions contraires aux faits les plus exacts, aux données physiologiques les mieux constatées et, peut-on ajouter, journellement appliquées ? Il faut bien que l'esprit soit mal fait pour s'insurger contre le vrai, pour tomber dans l'erreur et s'y complaire au point de se muer en fanatique désireux de forcer autrui d'entrer dans une fausse voie.

Les bruits, y compris les sons avec les vibrations et le mouvement, leurs compagnons nécessaires, sont en effet essentiellement dynamogéniques. « Toute excitation détermine non pas seulement la tension d'un muscle ou d'un groupe de muscles mais de l'organisme tout entier », nous dit Ch. Féré, ce grand travailleur méconnu, après avoir réalisé quantité d'expériences toutes plus démonstratives les unes que les autres (2) et d'ailleurs d'accord avec celles d'autres chercheurs.

N'est-ce pas pour accroître la puissance d'impression visuelle du spectateur que des orchestres ont été installés dans les salles de cinéma, et n'est-ce pas cette action dynamogénique réciproque entre l'œil et l'oreille qui a contribué au si vif et rapide succès du film sonore ? Sans contredit. Et alors ? Qui n'a pas constaté le manque de goût et d'odeur du tabac fumé dans l'obscurité ? A-t-on déjà oublié le fauteuil vibrant dans lequel, trop passagèrement, d'où son abandon, les tabétiques retrouvaient la possibilité d'une meilleure coordination de leurs mouvements ? Faut-il rappeler le cas du notaire aboulique qui ne pouvait donner sa signature qu'après une assez longue promenade en voiture sur une route raboteuse ; etc.....

Le mouvement est à ce point dynamogénique, que non seulement sa vue ne se borne pas à suggérer l'imitation, mais qu'elle augmente la sensibilité ; par exemple, telle personne qui confondait le violet et le noir dans un objet immobile, perçut la coloration lorsque Féré mit l'objet en mouvement. Si le mouvement est effectué par le sujet, l'action dynamogénique est naturellement plus accentuée ; le savent bien, les écrivains qui composent debout, ou en marchant dans leur cabinet de travail. Car, il faut le remarquer, c'est le cerveau qui bénéficie tout particulièrement de l'excitation générale venue des muscles, des organes des sens, surtout quand il y a fonctionnement simultané de la motricité et de la sensibilité. Bien entendu, l'effet est réciproque et le travail mental augmente la puissance musculaire.

Citons quelques chiffres empruntés à Féré (force des deux mains au dynamomètre) :

Normale	Après avoir compté jusqu'à 45	Après addition mentale de 366 et 374	Après 20 flexions de la jambe sur la cuisse	
23	44	41	46	(main droite)
15	24	36	28	(main gauche

Féré a même observé dans de nombreuses expériences (à l'ergographe de Mosso), qu'après avoir épuisé la puissance musculaire d'une main, on pouvait lui rendre immédiatement sa puissance primitive et même l'augmenter si l'on faisait travailler l'autre main simultanément, mais avec un léger retard sur la première. Il semble donc y avoir non seulement récupération du capital vital, mais régénération ; et comme le cerveau profite de la chose, puis en fait profiter à son tour l'organisme entier, les excitations sensitivo-motrices aussi bien que l'effort cérébral tendent à augmenter la durée, la longévité (prise relativement à l'individu qui peut être constitutionnellement pauvre en capital vital) de l'individu. Cela répond à la constatation faite (Vallon) que les travailleurs du cerveau vivent d'autant plus vieux qu'ils font travailler davantage cet organe. Ce n'est pas d'accord, manifestement avec ce qu'on nomme le « surmenage scolaire », mais tant pis pour les partisans de cette « farce » comme disent des gens prudents qui ne parlent pas sans étude soignée de la question. J'espère qu'on ne nous objectera pas, ainsi qu'on nous l'a fait : « Que m'importent les expériences et les mesures ; moi, je sais bien, etc, etc. « Les préjugés, comme la prétention de juger d'emblée et à priori sans examen, l'invocation de l'« Evidence », sont tenaces.

En ce qui regarde l'adulte, et quoiqu'il en soit des enfants, il semble que l'excitation générale consécutive au bruit, aux vibrations, au mouvement actif ou passif, ou encore perçu, serait plutôt un remède à ce qu'on appelle neurasthénie ou psychasthénie, lesquelles relèvent de causes plus purement intimes, internes ; sans bruit, sans vibrations, dans le calme plat de l'ambiance, les neurasthéniques seraient ordinairement plus malades, plus impuissants. Lorsque bruits, vibrations agacent, c'est qu'est mise en branle la sonnette d'alarme avertissant qu'il est besoin de se soigner. Supprimer la cause d'agacement qui annonce le danger c'est imiter l'autruche légendaire, tout uniment et sans plus de profit.

Sans doute, la phobie du bruit et la monomanie du calme ne sont-elles pas des folies caractérisées mais simplement des sortes de « Microphrénies », des « gouttelettes » d'un sub-délire que l'on pourrait dire teinté de persécution, car accuser l'ambiance et réagir contre elle en s'adressant à la Police, comme font ces « petits mentaux », évoque toutes proportions gardées, les hallucinés persécutés qui, eux aussi, réagissent contre autrui sans consentir à admettre que c'est leur organisme, leur cerveau qui est souffrant.

La nuit, avec son cortège de silence, de calme, d'obscurité, est « la nourrice, la mère des terreurs et des angoisses », selon le poète ancien : que dirait-on de qui demanderait l'arrêt du soleil pour éviter angoisse et terreur ? C'est pourtant, un peu ce que font les exaspérés qui voudraient arrêter la vie de la cité pour leur satisfaction sans base justifiée, ni raisonnable.

Le séjour à la campagne, quoiqu'on en pense et dise trop souvent, est aussi défavorable que la nuit et l'obscurité par le silence et le calme qui y règnent en général aux organismes trop excitables qui se plaignent du bruit et du mouvement à quoi ils attribuent à tort leur neurasthénie ». La campagne exerce une action déprimante indéniable ; toute tendance à l'effort, toute tentative d'agir est éteinte, car le temps y perd sa valeur normale, et la remise au lendemain y triomphe. Et là est l'origine d'une angoisse et même d'une anxiété provenant de l'avortement, de la répression des tendances et tentations, selon la règle. A cela s'ajoute bientôt un sentiment de déchéance, d'inutilité, source du tædium vitæ qui conduit à la recherche d'excitations artificielles, particulièrement demandées à l'alcool. En somme le séjour à la campagne produit presque les mêmes effets que le sevrage trop brusque du tabac pour les nerveux et les porteurs de lésions dans quelque organe essentiel sans que le tabac soit véritablement et nécessairement en cause.

Plaignons les phobiques du bruit et du mouvement, les monomanes du repos et du calme comme on plaint les phobiques du moindre courant d'air, les monomanes de la claustration, mais demandons-leur de ne pas chercher à opprimer les bien portants, et rappelons-leur que le monde ne tourne pas pour eux : qu'il se soignent, car leur susceptibilité maladive ne provient pas du bruit, du mouvement, des vibrations qui n'ont que des effets dynamogéniques dont ils profitent sans s'en douter, comme tout autre de leurs concitoyens physiologiquement normaux.

(1) Voir, sous ce titre, dans le *Journal* du 13 février 1931, un article de M. Latzarus.
(2) Sensation et Mouvement, Travail et Plaisir, etc.

Un cas d'urémie trypaflavinique

Par M. Elie ACHITOV (de Constantinople)

Au cours d'un large usage que nous avons fait de la trypaflavine (1), dans divers états morbides, nous avions noté quelques symptômes d'intoxication, qui, pour être passagers, n'étaient pas moins évidents et assez sérieux. Après une période où l'inocuité et le peu de toxicité de ce produit étaient prônées de tous côtés, on assiste à l'heure qu'il est à un revirement d'opinion. Si, par rapport au nombre des auteurs ayant employé cette préparation, ceux qui mettent en garde contre sa toxicité ne sont pas encore très nombreux, cela nous semble dû à ce que l'engouement premier n'avait permis que de timides corrections à l'endroit de l'enthousiasme qu'avait suscité l'emploi thérapeutique de ce colorant d'aniline. Néanmoins, alors qu'à cette période Willisch (*Klin. therapeut. Wschr.* 1920, n° 31-32) ne peut se décider à mettre sur le compte de la trypaflavine, l'urobilinurie et la cylindrurie de son malade, Bohland (*Med. Klinik* 1919, n° 46) n'hésite pas à lui imputer l'irritation rénale observée par lui chez des personnes indemnes jusqu'alors de toute tare néphritique. L'observation que nous avons eu l'occasion de recueillir nous paraît être intéressante par la contribution qu'elle apporte aux conclusions ici-même émises par Ch. Richet fils et Condier, Bénard et Tassin, Lemierre.

B... (Robert) est âgé de 40 ans : il est fils unique de parents encore vivants. Son passé pathologique se résume en une méningite épidémique, qui en 1912 le retint au lit durant un mois et demi et qui guérit sans laisser de traces apparentes, en 1922 en une double pneumonie qui guérit totalement au bout d'un mois.

La maladie qui nous occupe apparut au début de juin 1930 et consistait en une furonculose exclusivement localisée aux membres inférieurs. Son médecin le traita par des injections antistaphylococciques à doses progressives. Les deux premières piqûres se passèrent sans réaction aucune ; à la troisième le malade dit avoir ressenti de violents frissons avec courbatures, abattement, inappétence et une forte fièvre. Les piqûres successives pratiquées à intervalles de quarante-huit heures le trouvèrent dans la suite dans cet état de réaction fébrile qui allait en s'accentuant. On s'arrêta à la dixième piqûre, la furonculose ayant complètement disparue. La fièvre et tous les autres troubles concomitants persistant toujours, le malade vint nous consulter.

Le 24 juin B..., pâle, amaigri, fébricitant (38°7) était en dépit de sa maladie capable de se déplacer pour venir à nous. En dehors d'une rate percutable et pas palpable et d'une douleur provoquée à la région hépatique, notre examen ne nous révéla aucune localisation de l'infection. Ce n'était pas le point vésiculaire qui était sensible, mais le foie paraissait congestionné et débordait les fausses côtes de deux travers de doigt. Cette douleur intéressait plutôt le lobe droit et n'était pas exacerbée par les mouvements respiratoires.

La pointe du cœur bat au cinquième espace intercostal au niveau de la ligne mamelonnaire. Ses bruits sont réguliers, bien frappés et rythmés et au nombre de 110 par minute. Pas de signe ni de souffrance du myocarde ni de lésion orificielle. La tension artérielle prise au Pachon marque 13.5 et 8,5.

Les poumons et les voies aériennes supérieures sont parfaitement indemnes.

Les urines ne contiennent ni albumine ni sucre, mais présentent de l'urobiline en abondance. Aucun signe somatique d'ictère.

(1) Nous avons toujours utilisé le produit préparé par la maison Bayer-Meister Lucius.

La langue est saburrale, l'haleine fétide, l'appétit inexistant, et la constipation tenace. Les dents et les gencives ne présentent aucune particularité digne de remarque.

Aucune irruption ni tache du côté de la peau où on ne découvre que les traces des furoncles. Les ganglions axillaires et inguinaux sont normaux. Un examen de sang pratiqué ce jour même nous apprend que les leucocytes sont au nombre de 13.360 par mmc. et que la formule leucocytaire est la suivante : « 71 polymucléaires, 25 monomucléaires, 4 lymphocytes ».

Il semblait pour nous indubitable que nous nous trouvions en présence d'une infection en corrélation apparente avec les hautes doses plusieurs fois répétées d'un vaccin antistaphylococcique. Bien que l'infection nous paraissait peu intense, elle ne semblait pas disposée à guérir spontanément. La douleur et le volume du foie joint à l'urobilinurie, nous faisait appréhender une localisation possible. Nous demandions alors une investigation radiologique qui ne pût être faite, de même qu'une hémoculture n'a pu être pratiquée.

Le 25 juin nous injections par voie veineuse 5 cc. de la solution à 2 % de trypaflavine. Le 26 et le 27 cette piqûre fut répétée sans grand effet sur la température. Aussi au 28 décidions-nous d'injecter 10 cc. de la même solution. La teinte jaune des téguments s'accentua aussitôt en même temps que les urines et les matières devinrent franchement jaunes. La température céda d'un degré et les soirs des jours suivants, elle n'atteignait plus que 38°2, au lieu de dépasser 39°. Le 29, les nausées dont se plaignait le malade s'accentuèrent assez pour devoir arrêter toute alimentation. Le 30 après sa piqûre, il ne cesse de vomir et rend même la glace qui, jusqu'alors, paraissait calmer ses nausées. Nous décidions alors d'arrêter le traitement trypaflavinique qui nous paraissait avoir déjà épuisé son action sur l'infection, car la température qui ne dépassait plus 38°, n'était pas descendue à la normale. L'hémoculture ne put être faite qu'au premier juillet, elle resta négative. Le même jour fut pratiquée une séro-agglutination à l'Eberth para A et B qui donna le même résultat.

Dix jours durant le malade resta chez lui en dehors de toute surveillance médicale et ce n'est qu'arrivé au dernier degré d'épuisement par suite de ses vomissements incessants, qu'il se décida, en notre absence, d'aller consulter un confrère.

Voici les renseignements qu'il nous a été possible d'obtenir :

10 *juillet* : En présence des vomissements incoercibles, on procéda à un dosage de l'urée du sang, qui révéla le taux de 1,04 gr. La température oscillait entre 38° et 39°. Ainsi que le démontrait une nouvelle numération des leucocytes qui donna le chiffre de 18.640, l'infection momentanément arrêtée par la trypaflavine avait repris son cours. Une nouvelle hémoculture ne donna pas plus de résultat que la précédente. La formule leucocytaire était ainsi formée : 88 poly, 10 mono et 2 lympho.

Au 13, en présence d'une plus forte ascension thermique, une nouvelle séro-agglutination de Widal est pratiquée qui n'apprend rien de nouveau.

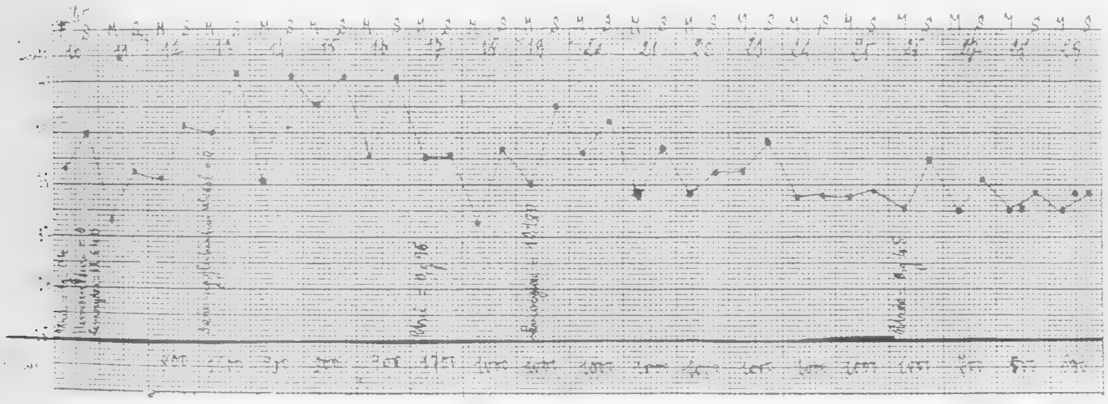
Par suite de la déficience de la diurèse, du sérum physiologique est injecté, ce qui rétablit le taux des urines à un litre.

17 *juillet* : La température baisse d'un degré et l'urée tombe à 0,96 gr. Le 19, la leucocytose tombe à son tour à 12.180. L'état général du malade accusait une amélioration parallèle. Bien que moins intense les vomissements persistaient toujours et la couleur acridinique des téguments et des urines était encore évidente. A partir du 24 le malade entre dans une phase subfébrile qui durera jusqu'au 6 août pour se rétablir ensuite complètement. Au 26, coïncidant avec l'éclaircissement presque total des urines et des téguments, l'urée atteint dans sa chute 0,45 gr. Du coup les vomissements disparaissent graduel-

lement. L'alimentation redevient possible et ne nécessite plus ni subterfuge ni glace pour la faire tolérer. Le malade guérit sans encombre, quoique avec lenteur.

Quand nous le revîmes, 6 mois après la guérison, son taux d'urée était à 0,28 gr. Il a repris 6 kgr. et pèse actuellement 74. Les urines et son foie ne présentent rien d'anormal.

En résumé, au cours d'une infection, dont, à aucun stade de la maladie, on n'a pu identifier le germe causal, sans localisation évidente, en dehors d'une certaine atteinte possible du foie, apparaissent des vomissements symptomatiques d'une urémie aiguë atteignant le taux de 1,04 gr. et dont l'origine première semble en corrélation étroite avec les piqûres de trypaflavine. Celle-ci faite à la dose de 0,20 gr. par jour correspond, par rapport au poids de 68 kgr. du malade, au taux d'environ 0,003 gr. par kgr. de poids. Comme on le voit, nous sommes bien loin de la dose limite de 1 centigr. par kgr. fixé soit par la fabrique même, soit aussi par certains auteurs. D'autre part si on totalise les 6 piqûres faites du 25 au 30 juin, on obtient la somme de 0,90 gr. de produit actif, ce qui ne nous semble pas excessif. Remarquons que si on a été obligé de doubler la dose de 5 cc., c'était parce que le résultat se faisait attendre. Néanmoins la chute thermique avec les doses plus fortes n'a été que passagère, et l'infection un moment arrêtée, reprit son cours tout de suite après, atteignant son acmé le treizième jour qui suivit la cessation du traitement. Ces considérations nous semblent dignes de remarque, car d'une part le médicament n'est sans doute pas aussi inoffensif qu'on tendait à l'admettre, et d'autre part son action sur l'infection peut parfois n'être que momentanée et on n'a certes pas le droit de viser obstinément l'extinction de l'infection en perdant de vue qu'à des doses répétées, la trypaflavine accumule ses effets nocifs et aboutit ainsi à bloquer les reins. Cette filiation de cause à effet, nous semble évidente dans cette observation. Toutefois la leucocytose, la température et l'urémie semblant marcher parallèlement, nous ne saurions écarter l'influence possible de l'infection sur l'apparition de l'urémie, d'autant plus qu'il nous a semblé devoir assister à une localisation hépatique. Malheureusement, l'ignorance dans laquelle nous sommes de l'état des urines du malade dans le cours de la maladie, ne nous permet pas d'avancer la moindre conjecture, quant à la pathogénie de cette urémie. Au demeurant, il nous paraît plus que vraisemblable d'attribuer au sel d'acridine, l'urémie qui s'objectiva par les vomissements dont l'apparition coïncide nettement avec l'imbibition de l'organisme par la drogue. Du reste, cette urémie aiguë à forme digestive, qui compliqua l'infection et même dériva toute l'attention de son côté, tant le tableau morbide en était influencé, prit fin avec l'éclaircissement des téguments et des urines. Cette fin coïncide aussi avec la cessation des vomissements.



En égard à la bénignité première de l'infection qui s'objectivait entre autre par la capacité de déplacement du malade, il nous semble permis d'affirmer qu'en attribuant à l'infection un pouvoir urémigène, ni son intensité, ni sa durée n'auraient pu être que bien moindre que celles observées. Si donc nous envisageons la participation causale de l'infection dans la pathogénie de l'urémie, il ne nous paraît admissible de lui attribuer qu'une part bien limitée dans l'éclosion de celle-ci, qui doit largement sa raison d'être au sel d'acridine. Pour nous, il nous semble difficile de douter de son rôle déterminant dans l'élévation de l'urée sanguine.

Nous avions déjà noté chez d'autres malades l'action nocive de cette préparation. Notamment, nous avions remarqué une oligurie et une douleur terminale à la miction, chez les typiques à forme traînante qui nous ont paru devoir bénéficier de cette médication. Nous avons trouvé consigné par d'autres auteurs, tous les accidents relevant de l'appareil digestif qui ont aussi été observés par nous. Cependant, qu'il nous soit permis d'insister sur la souffrance du cœur, à la suite de l'administration de la trypaflavine. Outre les palpitations que le malade ressent pendant la piqûre même, nous avons été témoin chez une urinaire, qui ignorait jusque-là la lésion de la valvule mitrale, dont elle était porteuse congénitalement, des symptômes de décompensation cardiaque qui nous obligèrent à prescrire la digitaline. L'état de cette urinaire, ayant nécessité plusieurs cures espacées de trypaflavine, nous avons régulièrement noté l'apparition de dyspnée d'effort et d'œdème malléolaire, à chaque reprise du traitement. Aussi avons-nous ultérieurement pris la précaution systématique de prescrire chez cette malade, une cure préalable de digitaline. Une autre jeune fille de 24 ans également urinaire et qui manifeste les mêmes symptômes de défaillance cardiaque à la suite de l'administration de cette préparation, vit ses troubles disparaître sous l'effet d'un cardiotonique.

La conclusion à laquelle nous a conduit notre expérience de cette médication nous engage à recommander, aux malades, de venir se faire injecter à jeun. L'appareil cardio-vasculaire retient toute notre attention, car nous avons acquis la notion que l'hyposystolie et l'hypotension contre-indiquent l'usage de ce médicament. Il s'avère ainsi pour nous, qu'à côté des reins et des fonctions digestives, le cœur est aussi un organe qui souffre par l'imbibition acridinique.

La prophylaxie des phlébites et des embolies post-partum comporte pour WACHTEL, les précautions suivantes : régime nourrissant, pas de constipation, traitement des varices par injection oblitérante pendant la grossesse et, en particulier, traitement des varices vulvaires (injection de dextrose à 15 %), strophantus dans les derniers mois de la grossesse chez les femmes qui ont eu des phlébites à leurs autres accouchement, digitaline après l'accouchement, traitement de l'anémie (transfusion, sérum glucosé), gymnastique post-partum (et, en particulier gymnastique respiratoire dès le premier jour(et pas plus tard), (*Munch. med. Woch.* 27 juin 1930, p. 1094.)

Grossesse prolongée. — VERMELIN, « A propos d'une grossesse prolongée », rapporte l'observation d'une femme ayant eu ses dernières règles du 18 au 22 mars, qui semble entrer en travail le 8 janvier, mais dont la grossesse dure jusqu'au 3 février cependant que la hauteur utérine diminue. L'enfant mesurait 54 cm. et pesait 2.500. Il mourut deux jours après la naissance. VERMELIN, pour expliquer cet amaigrissement, invoque une inversion du métabolisme des hydrates de carbone. (*B. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1930, p. 532.)

H. V.

ACTUALITÉS

Le mois médico-psychologique

Par le Dr Jacques ROUBINOVITCH

La vieille *Société médico-psychologique* qui sera centenaire en 1943, s'est tout à coup rajeunie en incorporant dans son sein deux jeunes compagnies psychiatriques, la *Société Clinique de médecine mentale* et celle de *Psychiatrie*. Au cours du mois de janvier dernier sa vitalité s'est affirmée par une série de présentations et communications tout à fait intéressantes, non seulement pour des spécialistes, mais pour tous les médecins, en général.

Ainsi, à propos du *traitement de la paralysie générale*, MM. LEROY, MÉDAKOVITCH et MASQUIN ont présenté une jeune femme atteinte de paralysie générale progressive et qui est entrée dans leur service asilaire au septième mois d'une grossesse. Ces messieurs n'ont point hésité à la traiter par la malaria en provoquant chez elle huit accès fébriles successifs suivis de l'administration, à trois reprises différentes, de 3 gr. 50 de quinine. L'accouchement se fit à terme, dans les conditions les plus normales. La mère et l'enfant sont en bon état. La réaction de Bordet-Wassermann est négative dans le sang du bébé, dont le développement se poursuit, peut-être, d'une façon un peu plus lente que chez un enfant indemne de toute tare. Et, point important, l'état mental de la mère, qui était démentiel avant l'impaludation, s'est considérablement amélioré... Quand on rapproche ce cas d'autres analogues, déjà publiés par divers auteurs étrangers et français, on est disposé à admettre la possibilité de traiter utilement par l'impaludation les femmes enceintes, atteintes de paralysie générale... L'éclectisme, cependant, est de rigueur dans tous les problèmes d'ordre thérapeutique. Il y a des cas, et tous les psychiatres en connaissent par leurs études ou par leur expérience personnelle, dans lesquels la paralysie générale progressive régresse spontanément, entre à l'état de rémission qui ressemble singulièrement à certains états de « guérison » obtenus soit par la malaria, soit par le stovarsol, etc. Et, justement, MM. COURBON et MONTASSUT présentèrent dans la même séance, une femme de 36 ans, paralytique générale progressive à la période d'état. Au huitième mois de cette méningo-encéphalite se déclara chez elle une occlusion intestinale par torsion sigmoïde traitée, dans le service chirurgical de l'asile Sainte-Anne, par la sigmoïdopexie... Et, fait constaté cliniquement, les troubles mentaux se sont atténués, ont régressé aussi complètement que dans des cas des cures les plus énergiques par la malaria ou par le stovarsol : plus de délire mégalomaniaque ; auto-critique des anciennes idées absurdes ; complète récupération des souvenirs anciens et récents ; reprise très correcte de l'activité professionnelle... Une seule ombre dans ce beau tableau : les réactions biologiques de la paralysie générale progressive ne se sont pas modifiées dans un sens favorable et, sans délirer à proprement parler, la malade conserve un certain optimisme qui engage le psychiatre à faire quelques réserves pour l'avenir.

***

Le côté organique dans les affections mentales est toujours au premier plan de la psychiatrie moderne. C'est ainsi que les *troubles psychiques liés à l'évolution des tumeurs cérébrales* et, notamment, à celle d'un gliome temporal ont fait l'objet d'une présentation anatomo-pathologique par MM. CLAUDE et BARÜK. Il s'agissait d'un homme de 33 ans qui se présentait comme un malheureux vagabond, hostile, anxieux, inquiet, agité, articulant avec difficulté, se plaignant de céphalée depuis plusieurs mois. Une ponction lombaire indique une forte hypertension du liquide céphalo-rachidien.

Vingt-quatre heures après, le malade meurt subitement, et à l'autopsie on trouve un gros gliome kystique du lobe temporal gauche.

L'enquête, faite auprès de sa famille, a révélé ceci : jusqu'à il y a quatre ans, cet homme avait mené une vie normale ; d'habitude plutôt renfermé, avec une tendance marquée à la solitude, il devint peu à peu haineux à l'égard de sa famille, impulsif, désordonné, contradictoire, de plus en plus diminué dans son activité sociale, renfermé en lui-même avec autisme et hyperactivité spéculative...

On avait là un syndrome schizophrénique dans l'éclosion duquel le rôle de la tumeur cérébrale apparaît comme ayant favorisé le développement des tendances constitutionnelles anormales...

C'est encore par la fragilité constitutionnelle de l'encéphale qu'on peut expliquer la singulière évolution d'un cas de *psychose polynévritique* rapporté par M. MARCHAND.

A la suite d'excès alcooliques, une femme de 38 ans contracte la psychose de Korsakoff (psychose polynévritique) et alors que les troubles polynévritiques disparaissent en quelques mois, la psychose, elle, devient de la démence totale. Seule la fragilité congénitale du cerveau semble pouvoir expliquer une pareille évolution des troubles mentaux.

Une autre forme de démence, la *démence précoce succédant à une poliomyélite aiguë* a été observée par MM. COURTOIS et MARÉCHAL chez une jeune fille de 18 ans, sans antécédents névropathiques.

La poliomyélite est survenue à l'âge de 7 ans et a laissé comme séquelle une paraplégie flasque à prédominance crurale gauche. A la suite de cette poliomyélite, s'est produit un arrêt du développement intellectuel, des troubles de l'humeur, une indifférence affective, des périodes d'inertie avec mutisme, des impulsions, des crises d'excitation, du gâtisme... L'étude attentive du cas démontre une continuité des phénomènes infectieux, névropathiques et psychopathiques, de telle sorte que la démence précoce apparaît ici comme une véritable séquelle mentale de la poliomyélite aiguë.

Et voici un autre cas d'un *syndrome hébéphréno-catatonique* rapporté par M. PETIT et Mlle MARTVILLE. Ce syndrome, qui évolue chez une jeune fille depuis plus de vingt mois, s'accompagnait, concurremment avec une anémie notable, d'une paraplégie avec contracture en flexion, un désordre des réflexes tendineux (d'abord exagération ; ensuite, abolition, absence de Babinski). Les auteurs ont appliqué la *méthode de Whipple* et ont obtenu une amélioration lente et progressive des troubles psycho-organiques. Comme étiologie, il s'agirait très vraisemblablement d'une infection neurotrope par le virus de l'encéphalo-myélite épidémique, à cause de la présence parallèle des signes organiques, tels que : fièvre, myoclonies, parkinsonisme fruste, etc...

***

Dans cette même séance, j'ai communiqué une observation d'un cas de *psychose onirique consécutifs à la dengue* que j'ai eu l'occasion d'étudier en commun avec MM. MIGNON, LEUILLIER et PICARD. Notre malade, une jeune fille de 20 ans, a contracté la dengue à Smyrne, en septembre 1929, et c'est pendant la convalescence de cette maladie qui a duré une huitaine de jours à l'état aigu, qu'elle a présenté des troubles mentaux de nature onirique liés à des désordres endocriniens importants. Amenée à Paris en pleine psychose onirique avec troubles sensoriels divers, fausses reconnaissances, paramnésies, rêveries érotiques, agitation intermittente, etc... et, au point de vue somatique, avec anémie, tachycardie paroxystique, dysménorrhée, hypotension, faible métabolisme basal, cette malade s'est rétablie entièrement, après trois mois d'un traitement opothérapique. Point intéressant à noter : d'après les recherches des auteurs de Grèce et d'Asie-Mineure, l'influence de la dengue sur la zone psychique est une manifestation relativement rare et, quand elle se produit, elle affecte volontiers la forme onirique endocrinienne.

***

La *loi sur les aliénés* qui fait l'objet depuis plus de cinquante ans d'un nombre incalculable de projets de réforme vient de subir un nouvel assaut devant le Parlement. Le projet, dernier en date, prévoit l'*intervention judiciaire pour tout internement « volontaire »* d'un malade... Le mot « volontaire » ne s'applique pas, naturellement, à l'aliéné, mais à ceux de son entourage (parents et amis) qui « veulent » le faire traiter, malgré lui dans un asile spécial. MM. XAVIER et PAUL ABELY considèrent cette intervention comme inutile, inefficace et vexatoire, et cela non seulement pour les malades, mais aussi pour leurs familles et même pour la sécurité et l'ordre publics... La question est d'importance : elle fera l'objet d'une discussion au cours des prochaines séances.

***

Enfin, il était intéressant d'entendre parler de la fameuse *stérilisation eugénique* pratiquée dans un certain nombre d'États d'Amérique du Nord et destinée à combattre les conséquences

BIBLIOGRAPHIE

Leçon du jeudi soir à la clinique Tarnier. Septième année. Vigot frères, ed. 1931.

La série des leçons de la clinique Tarnier pour 1930 commence par d'intéressantes considérations du professeur BRINDEAU sur l'hermaphrodisme, richement illustrées. STIASMI étudie, ensuite, les rapports de la tuberculose et de la grossesse.

Puis H. Keiffer (Bruxelles) expose ses recherches sur la maturation des fibres lisses de l'utérus humain. Au cours de la grossesse, l'utérus humain « s'enrichit : 1° de fibroblastes d'origine conjonctive et d'origine sanguine qui, se développant parallèlement, parcourent les divers stades de maturation ; 2° plus tard, de fibres-cellules jeunes récemment formées, mais au stade de complète maturation ; 3° enfin de fibres-cellules mûres qui se transforment en cellules à glycogène ».

Il y a, en même temps, maturation des vieilles fibres, développement de nouvelles fibres, destruction de fibres anciennes et nouvelles, c'est-à-dire véritable régénération de l'utérus à chaque grossesse.

Sous le titre de « Considérations sur l'hérédo-syphilis en clientèle ». METZGER réunit une série d'observations personnelles montrant les difficultés du dépistage et du traitement de la syphilis congénitale ; la syphilis étant encore trop souvent considérée comme une maladie inavouable.

Le professeur E. HAUCH de Copenhague rappelle l'historique de l'accouchement provoqué et conclut que la meilleure méthode est la dilatation du col et rupture des membranes en position de Trendelenburg, suivie d'administration de quinine et d'extrait hypophysaire, que les indications sont le bassin rétréci, inférieur à 8 cm. 5, avec enfant d'environ 2.500 grammes, 3 à 4 semaines avant terme, que les contre-indications se tirent des présentations anormales et de la principarité. Pratiqué dans une clinique ou une maternité, l'accouchement provoqué entraine pour la mère, le minimum de danger immédiat et éloigné : il est supérieur à la césarienne et à la symphysiotomie ; pour l'enfant, les résultats sont comparables entre ces trois méthodes.

P. LANTUÉJOUL traite en entier la question des hémorragies intracraniennes du nouveau-né en insistant surtout sur l'étiologie et l'anatomie pathologique.

E. CHOMÉ groupe les métrorragies en dehors de la puerpéralité en métrorragies d'origine néoplasiques, d'origine circulatoire, d'origine sanguine, liées à un trouble de la contractilité utérine, d'origine ovarienne.

Le traitement relève, suivant ces différents cas, de la chirurgie, des médications décongestives, de transfusions de sérum de Normet, des extraits hypophysaires, des extraits lipoïdiques de l'ovaire, et de l'insuline. Il faut lire ce que dit Chomé des métrorragies d'origine endocrinienne. On connait les rapports intimes qui existent entre la glande thyroïde et l'ovaire et qu'il est fréquent de constater des anomalies des règles chez des malades présentant des troubles thyroïdiens. Les malades présentant des signes d'insuffisance thyroïdienne ont souvent des métrorragies. Etant donné ce que nous savons du rôle de la thyroïde sur la vitalité de ces mêmes cellules, il n'est pas surprenant que l'ovule de ces malades soit plus vulnérable. CHOMÉ rappelle les publications que j'ai consacré à l'emploi de l'extrait thyroïdien, dans la prophylaxie de l'avortement habituel et les cas de mort du fœtus *in utéro* : il a du vérifier à plusieurs reprises l'efficacité de la médication thyroïdienne dans ces cas. Les troubles de l'hypophyse doivent nécessairement retenir sur les phénomènes de l'ovulation. On a pu dire que l'hormone hypophysaire est le véritable « moteur de la fonction sexuelle ». Les grands syndromes hypophysaires, tels que l'acromégalie et la dystrophie adiposo-génitale s'accompagnent de troubles de la menstruation.

NATTAN-LARRIER rapporte les résultats d'expériences personnelles sur l'anaphylaxie héréditaire et l'anaphylaxie au cours de la gestation chez le cobaye. Toute femelle sensibilisée avant ou pendant la gestation transmet à ses petits une anaphylaxie passive transitoire ; si la substance sensibilisante est capable de traverser le placenta (c'est le cas des sérums antitoxiques) les petits acquièrent, après un certain délai, une anaphylaxie active et permanente. La sensibilisation du mâle ne se transmet pas. Les femelles pleines sont plus résistantes au choc anaphylactique : l'augmentation du poids global, l'augmentation de la masse sanguine semblent en être les causes.

R. VAUDESCAL étudie le pronostic de l'accouchement par le siège d'après des statistiques récentes.

RIBADEAU-DUMAS insiste sur la difficulté du diagnostic chez le nouveau-né, des infections en général et notamment de la diphtérie. La localisation nasale est la plus fréquente. Les formes larvées sont la règle : coryza, signes généraux minimes, chute de poids rebelle aux thérapeutiques habituelles. La forme pseudo-membraneuse est exceptionnelle. Les formes ocultes avec brusque déshydratation massive ne sont pas rares. Les complications ne peuvent pas servir au diagnostic : les paralysies sont exceptionnelles, sauf cependant le syndrome cardio-bulbaire : la broncho-pneumonie est à germes multiples. Il existe des nouveaux-nés porteurs de germe, la réaction de Schick est sujette à erreurs : la peau des nouveaux-nés est souvent anergique. L'épreuve thérapeutique du sérum antidiphtérique est le meilleur moyen pratique, mais pour affirmer le diagnostic il faut une amélioration *relativement durable*. Les récidives ne sont pas rares six semaines après sérothérapie. Le dosage quantitatif de l'antitoxine dans le sang est le seul élément de certitude; mais sans intérêt pratique puis qu'il demande cinq jours. Les accidents sériques sont rares mais existent et se compliquent souvent de pyodermite mortelle. En dehors de la sérothérapie l'auteur préconise l'anatoxine à doses relativement plus fortes que chez l'adulte et suivie de réinjections périodiques de réactivation.

Hystérectomie totale ou sub-totale. — J.-L. FAURE conclut en faveur de la subtotale, opération plus facile et dont la mortalité moindre l'emporte sur le risque de cancérisation du moignon.

H. HINGLAIS rappelle les divers moyens étudiés de diagnostic biologique de la grossesse.

Henri VIGNES.

La néoplasmogénèse. Etudes cliniques, biologiques et expérimentales sur la cancérisation, par le docteur Ch. PFEIFFER. Un vol. in-8°. Prix : 25 fr. Editions Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 1930.

L'auteur fait de la néoplasmogénèse un phénomène biologique très général et dû essentiellement à l'action des formes ultra-microscopiques de certaines bactéries et certaines spirochètes.

dégénératives de l'hérédité psychopathique. Pour nous montrer les difficultés pratiques et, très souvent, l'inutilité de cette méthode, MM. SCHIFF et MARESCHAL nous ont présenté une dame atteinte d'un délire *sénile* de persécution et dont la fille et la petite fille sont toutes deux internées dans un asile, l'une pour démence précoce, l'autre pour psychose hallucinatoire chronique.

Or, le délire de la grand'mère n'ayant apparu que cinquante-trois années après la naissance de la fille, et le délire de la fille ne s'étant déclaré que vingt-cinq ans après la naissance de la petite fille, il est évident que dans ces cas une stérilité eugénique selon la formule américaine n'aurait nullement empêché cette succession d'aliénés.

En étudiant l'arbre généalogique de cette famille pendant cinq générations, on constate que des cas de psychose, de méningite, d'épilepsie y sont fréquents, mais, en même temps, on découvre, dans la même famille aussi tarée, de sujets particulièrement bien doués intellectuellement et moralement. En outre, comme l'a déjà démontré l'illustre MOREL dans son *Traité des dégénérescences*, ces « familles à fous » ont la tendance à s'éteindre spontanément, soit par la mortinatalité, soit par la stérilité...

Et cela reviendrait à dire qu'il faut laisser opérer... la nature. Il est vrai aussi que les lois mendeliennes en psychiatrie ne sont guère connues.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 février 1931

A propos du B. C. G. — *M. Calmette* à propos de l'interdiction de l'emploi du B. C. G. en Allemagne et au Chili, à laquelle M. Lignières avait fait allusion, dit, qu'en Allemagne, il n'a nullement été question d'en interdire l'emploi, mais il a été simplement décidé de s'abstenir de recommander l'application générale de la vaccination antituberculeuse jusqu'à ce que soit édictée la législation actuellement en projet sur la préparation, la distribution et l'application de toutes sortes de vaccins. En ce qui concerne les accidents de Lubeck le Conseil supérieur de l'Empire a, en outre, déclaré que les maladies et les décès de nourrissons survenus à Lubeck ne peuvent être attribués au procédé Calmette. Au Chili, la vaccination n'a pas été interdite, elle a été seulement suspendue.

M. Vaquez intervient alors dans les termes suivants au sujet de la discussion sur le B. C. G. :

« Je m'excuse de prendre la parole à propos du procès-verbal « de l'avant-dernière séance, mais je n'ai pu le faire aupara- « vant, n'ayant eu que tout récemment connaissance de nos « bulletins.

« Le 20 janvier, M. Léon Bernard a dit : « M. Lignières est « sans doute le seul ici à s'étonner de l'attitude de silence op- « posée aux considérations par lesquelles il entend justifier la « campagne qu'il mène contre le B. C. G. ». J'en ai pourtant « été surpris également. Les questions de personne, s'il y en « a, n'ont rien à faire avec le souci de la vérité. Une seule « question m'angoisse, qui est primordiale : elle nécessiterait « au moins une réponse, c'est celle-ci : Existe-t-il des circons- « tances expérimentales ou humaines où le B. C. G. peut re- « prendre sa virulence ? Tout est là, et le reste est littéra- « ture. »

Le surmenage scolaire. — *M. Legendre* lit les conclusions du rapport de la Commission chargée d'étudier la question de la date d'ouverture des grandes vacances. Ces conclusions sont les suivantes :

1° L'Académie admet que les chaleurs excessives et déprimantes qui se produisent en général pendant la deuxième quinzaine de juillet, mais sont quelquefois plus précoces et varient suivant les régions et les localités, peuvent entraver l'effort intellectuel nécessité par les examens et concours de fin d'année scolaire, et porter préjudice à la santé de certains élèves peu résistants.

2° L'Académie n'a pas qualité pour décider si l'avance des vacances n'aurait pas de répercussions administratives ou sociales fâcheuses.

3° L'Académie estime, en tout cas, qu'il serait utile dans l'intérêt de la santé des élèves et des maîtres de modifier pendant les périodes des chaleurs excessives les horaires des études et des classes de manière à suspendre le travail intellectuel pendant les heures les plus chaudes, soit de 11 heures à 16 heures en assurant l'usage quotidien de l'hydrothérapie froide (bain, douche, bain de rivière ou de piscine).

Dans quels cas un médecin est-il tenu de faire une injection de sérum antitétanique. — *M. Hartmann* émet l'opinion que l'Academie de médecine devrait fixer les médecins sur ce point, parfois embarassante. On nomme une commission pour étudier la question.

Le traitement de la pneumonie par le salicylate de soude. — *MM. Couvy* et *Popoff*, qui preconisent depuis longtemps cette méthode, apportent de nouveaux résultats. Ils utilisent une solution au 1/30° par voie intra-veineuses ; ils injectent un gramme de médicament une ou deux fois par 24 heures. Leur mortalite a eté de 5 %.

Le contrôle médical des chauffeurs conduisant des véhicules publics. — *MM. Cazeneuve* et *Tanon* analysent l'organisation du contrôle médical des chauffeurs de gros véhicules automobiles, autobus, auto-cars, etc., tel que le commande l'arrêté du ministere des Travaux publics du 1er août 1930. Poussant leurs investigations dans une dizaine de départements importants à grand chef-lieu, et en particulier, dans la Seine, ils mettent en relief, se basant sur les renseignements donnés par les préfets, l'intensité croissante des moyens de transport des personnes par autobus et auto-cars. En raison du nombre des voyageurs transportés, un accident peut être catastrophique. L'état de santé parfait des chauffeurs de ces voitures s'impose. Un examen médical minutieux est donc de rigueur. MM. Cazeneuve et Tanon demandent à l'Académie d'émettre le vœu que cet examen, indépendant du permis de conduire, ait lieu tous les deux ans, comme le suggèrent d'ailleurs tous les préfets et M. Liard, secrétaire général de la Préfecture de police. Ils demandent, en outre, que certains services privés automobiles transportant de nombreux employés ou ouvriers soient soumis à ce même contrôle médical.

Technique et valeur du traitement des tuberculoses par le chlorhydrate de choline. — *MM. Jacques Carles* et *François Leuret* confirment dans leur communication les résultats qu'ils avaient annoncés antérieurement au sujet de l'action souvent remarquable du chlorhydrate de choline dans le traitement de toutes les tuberculoses. Mais ils insistent sur ce fait que le chlorhydrate de choline n'est pas un médicament spécifique de la tuberculose. Il n'agit qu'en augmentant ou en rétablissant dans l'organisme les moyens de défense normaux. Un traitement de quelques jours ne saurait donc donner de résultats. Il faut que l'organisme soit comme remanié et vivifié par une médication prolongée. La continuité du traitement est indispensable tout comme pour l'emploi de l'insuline dans le diabète. Le traitement par le chlorhydrate de choline n'est d'ailleurs pas exclusif. Il n'empêche point l'usage des autres moyens utilisés classiquement contre la tuberculose. Il rend seulement leur action beaucoup plus rapide et plus efficace. L'innocuité du traitement (sauf, peut-être, chez certains hypercholestérolémiques) permet d'essayer de son action chez tous les tuberculeux. En dehors des bons effets produits, il est indispensable de savoir *a priori* si un tuberculeux bénéficiera ou non du traitement par le chlorhydrate de choline.

Election. — *M. Rouvière* est élu membre titulaire.

Séance du 10 février 1931

A propos du B. C. G. — *M. Lignières*, au sujet de la dernière intervention de M. Calmette, fait la déclaration suivante :

« Un premier point doit rester nettement établi, c'est l'accord parfait qui existe entre M. Calmette et moi pour reconnaître que le B.C.G. préparé suivant sa technique ne peut être incriminé dans les malheureux accidents de Lubeck ; je disais en effet textuellement dans ma communication : « Il suffit « d'avoir expérimenté avec le vrai vaccin Calmette pour être « convaincu que ces accidents ne peuvent avoir été causés par « du B.C.G., cultivé par des passages successifs en pomme de « terre glycérinée et biliée M. Calmette, le premier, et les expé-

« rimentateurs allemands ensuite, ont donc parfaitement raison « d'affirmer que le vaccin B.C.G. classique n'est pour rien dans « la catastrophe de Lubeck ».

« Mais il importe, au plus haut degré, de rechercher la cause de ces accidents. Je la vois plutôt dans le fait qu'on a, à Lubeck, erronément cultivé le B.C.G. dans un milieu à l'œuf, que dans la possibilité d'un melange du vaccin avec une culture de tuberculose virulente.

« Sur les deux autres points touchés par M. Calmette, nous ne sommes pas loin de nous entendre.

« J'indique qu'à la suite et depuis les accidents de Lubeck, l'emploi du vaccin B.C.G. a été prohibé par le Reich. M. Calmette répond que c'est dans l'attente d'une nouvelle législation qu'on a decidé, dans ce pays, de s'abstenir pour le moment de recommander l'application générale de la vaccination antituberculeuse. Là encore, il n'y a pas de contradiction entre M. Calmette et moi.

« En ce qui concerne le Chili, M. Calmette nous apprend que le B.C.G. est à nouveau autorisé par l'Assistance publique, et qu'il n'a pas cessé d'être appliqué par certains médecins dans leur clientèle privee. Je m'en rejouis : j'ai toujours soutenu qu'on doit essayer le vaccin B. C. G. chez les enfants destinés à vivre dans un milieu bacillifère ; c'est, en effet, le seul moyen d'en reconnaître la valeur, de sorte que je ne saurais d'aucune façon approuver actuellement une prohibition totale.

« Ce que l'on doit désirer de mieux, c'est un contrôle sérieux de l'État (1) sur l'élaboration, la distribution et l'application du vaccin dans l'espèce humaine, au lieu de le laisser employer en toute liberté.

« En définitive et pour conclure, M. Vaquez, dans sa très judicieuse intervention après la lecture de la lettre de M. Calmette, vous a rappelé le point capital de toutes ces discussions : « Une seule question m'engoisse qui est primordiale, a-t-il dit ; elle mériterait au moins une réponse, c'est celle-ci : Existe-t-il des circonstances expérimentales ou humaines où le B.C.G. peut reprendre sa virulence ? Tout est là et le reste est littérature ».

« Voilà bien le problème à résoudre : au lieu de se dépenser en polémiques stériles, combien il serait plus scientifique, plus utile, plus agréable aussi de l'étudier de bonne foi, sans autre souci que celui d'en trouver la solution et d'en faire profiter l'humanité.

« Oui, toute la question est de savoir si le B.C.G. peu reprendre de la virulence ou s'il en est absolument incapable ; tout est là, le reste est secondaire, puisque dans le premier cas il faut en limiter avec soin l'application aux enfants exposés à la contagion, tandis que dans le deuxième cas on peut réclamer la généralisation.

« Les faits se multiplient qui semblent établir définitivement que dans certaines circonstances dont nous commençons à peine à entrevoir les raisons, le B. C. G. peut récupérer une certaine action pathogène. Alors n'est-il pas logique, n'est-il pas prudent de suspendre momentanément toute idée de généralisation d'une méthode « encore en pleine évolution scientifique ? » Les vaccinations qui ont été faites partout sont, d'autre part, plus que suffisantes pour nous fixer dans l'avenir sur l'efficacité de la methode Calmette Guérin. »

M. Marchoux fait observer que l'enquête faite en Allemagne a montré qu'il y avait eu « contamination » des cultures et non « régéneration » du bacille Calmette-Guérin.

La transmission de la poliomyélite par voie digestive. Action du chlore sur le virus poliomyélitique. — *MM Levaditi, Kling* et *Lépine* ont démontré antérieurement la transmission de la poliomyélite au singe par introduction de virus dans le tube digestif et la conservation du germe dans l'eau de conduite pendant au moins 114 jours. Dans le présent travail, ils prouvent que la maladie peut être conférée aux simiens en leur faisant ingérer des aliments contaminés, telles les bananes. Le virus s'élimine par les matières fécales ; on a pu le déceler dans les fèces 24 à 48 heures après le repas infectant, même lorsque l'animal donneur n'a pas contracté la maladie. Des porteurs de germes peuvent donc éliminer du virus par les matières fécales, sans qu'ils soient malades eux-mêmes. L'addition de chlore à la dose de 4 décimilligrammes de Cl par litre suffit à stériliser de l'eau artificiellement contaminée par le virus poliomyélitique. Dans les conditions normales, la simple javellisation de l'eau de boisson suffit pour détruire le virus poliomyélitique qu'elle peut contenir.

(1) Je dis de l'Etat et non des Laboratoires producteurs de vaccin.

Des possibilités de transmission de la fièvre ondulante par les oiseaux. — *M. H. Violle* démontre par diverses expériences faites chez les oiseaux migrateurs ou non (pigeons, grives), qu'il est possible, tantôt de déterminer chez ces espèces une infection rapidement mortelle due aux bacillus abattus, tantôt de les infecter sans que leur état ne paraisse s'en ressentir.

L'auteur attire l'attention sur ces formes d'infection survenant chez des oiseaux qui transportent ainsi dans leur organisme à de longues distances et peuvent les disséminer dans la nature, les bacilles par lesquels ils ont été contaminés. Ils peuvent donc être éventuellement la cause de cas de fièvre ondulante chez l'homme et les animaux, cause insoupçonnée parfois lorsqu'il s'agit de régions jusque-là indemnes.

Il faut donc envisager dans la lutte contre la transmission de la fièvre ondulante les voies de l'air et les oiseaux migrateurs qui les sillonnent pouvant transmettre au loin et rapidement des bacilles pathogènes.

Le traitement spécifique des infections gastro-intestinales des enfants du premier âge. — *M. Henri de Rothschild* pense l'avoir réalisé par le lacto-sérum (plasma lacté). Ce produit, dont l'activité cytophylactique s'était déjà affirmée au cours de recherches effectuées antérieurement par l'auteur dans le traitement des plaies infectées, des lésions gangrénées et sphacélées, des infections péritonéales, rénales ou vésicales, peut être considére comme la médication spécifique des affections gastro-intestinales aiguës ou suraiguës du nourrisson. Quelle que soit la forme de l'infection gastro-intestinale, le traitement est à peu près le même. Suppression de l'alimentation par le lait, et administration cinq ou six fois par jour, pendant 36 ou 48 heures, de biberons de lacto-sérum pur (60 à 100 cc. par biberon, selon l'âge du petit malade). En même temps, il convient de pratiquer des lavages de l'intestin au lacto-sérum (500 à 600 cc.) deux ou trois fois par jour, pendant les premières 24 heures. Ces lavages sont remplacés par trois ou quatre lavements de 20 à 30 cc. de lacto sérum, au cours des 3 ou 4 jours suivants. Dès que les vomissements et la diarrhée ont cessé et que la température est redevenue normale, au plus tard le troisième ou le quatrième jour, on reprend l'alimentation lactée sous la forme de lait de vache bouilli ou stérilisé, coupé d'orgamine à 5 % les premiers jours, puis 30 %, 20 % et 10 % les jours suivants, jusqu'au rétablissement normal des fonctions digestives.

Au cours du traitement, toute autre médication, quelle qu'elle soit, doit être supprimée. Dans les cas graves, on peut, sans inconvient, prolonger le régime du lacto-sérum pendant 8 à 10 jours et même davantage.

M. Cruchet. — Traitement du tétanos, de la diphtérie et des maladies neurotropes par la méthode phylactique.

M. Trabaud. — Sur le neurotropisme de la fièvre de trois jours.

Elections. — *MM. Fruhinsholz* (de Nancy) et *Bégouin* (de Bordeaux), sont élus membres correspondants nationaux dans la section de chirurgie.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 20 février 1931

A propos du vissage de l'olécrane. — *M. Judet* présente un malade chez lequel il a traite une fracture de l'olécrane par la suture au tendon de renne.

La rachianesthésie en obstétrique. — *M. Devraigne* fait un rapport sur un travail de *M. Vaudescal* (de Paris) portant sur 600 rachianesthesies faites à la clinique Tarnier.

La chirurgie du sinus frontal par voie endonasale. — *M. Dufourmentel* fait un rapport sur un travail de *M. Henri-Fischer* (de Bordeaux) dans lequel l'anatomie du canal fronto-nasal, est étudiée en détail pour mettre en lumière les dangers de son cathérisme et de son élargissement. On ne peut en effet réaliser aucune manœuvre par cette voie, sans une connaissance très exacte de sa topographie. L'auteur présente également une instrumentation personnelle appropriée.

Hypernéphrome. Extirpation par l'incision de Louis Bazy. — *M. Victor Pauchet* communique ce cas observé chez

une jeune fille de seize ans. Guérison opératoire mais pronostic grave par suite de récidive probable à brève échéance.

Occlusion du grêle à la suite d'une gastro entérostomie postérieure. — *M. Hautefort* a observé ce cas rare chez un homme de 57 ans. Quatre semaines après une gastro-entérostomie pour ulcère du duodénum, apparut un syndrome d'occlusion du grêle. A l'opération, l'auteur trouva une longue portion du grêle (environ 2 m. 50) engagée dans un orifice situé entre l'anastomose et l'angle de Treitz. Mort onze jours après.

La voie d'abord sus rotulienne dans la chirurgie du genou. — *M. Raphaël Massart* décrit cette voie d'abord utilisée par Putti (de Bologne) en montrant les avantages qu'elle offre lorsqu'on veut conserver la mobilité articulaire. Il a pu, grâce à elle, obtenir d'excellents résultats chez des malades présentant des lesions méniscales et ligamenteuses. Elle permet, l'exploration articulaire parfaite et aussi la reconstitution articulaire indispensable si l'on veut mobiliser précocement les opérés, et obtenir un bon résultat fonctionnel.

Curieuse adaptation des hanches d'une luxation congénitale non traitée. — *M. Rœderer* présente une très intéressante radiographie faite chez un adulte de quarante ans. Il n'existe plus de têtes fémorales et les petits trochanters sont devenus articulaires. La nature a constitué d'une part au-dessus de la tête, d'autre part, au-dessus du petit trochanter des butées et a réalisé à la fois la bifurcation de Lorenz et la butée avec résection de la tête.

Résultat éloigné d'une autoplastie par lambeau. — *M. Burty* présente une malade qu'il a opérée pour un lupus de la joue gauche. La brèche opératoire a été comblée par un lambeau autoplastique prélevé au niveau de la région sous-maxillaire avec charnière postérieure.

Tumeur solide du mésentère. — *M. R. Bonneau* présente une tumeur solide en deux lobes, développée dans la partie inférieure du mésentère et dont le poids total est supérieur à cinq kgr.. L'ablation, quoique difficile, a pu être menée à bien grâce à une section du péritoine au-dessous de l'angle iléo-cæcal et au relèvement en masse vers le diaphragme du cæcum, de l'iléon et des vaisseaux mésentériques. Quelques ligatures de pédicules vasculaires profonds partant des vaisseaux aorte et veine cave, ont été néanmoins nécessaires.

Arthrite chronique du genou avec ostéophytes. Blocage de la rotule. Ablation de la rotule. Guérison avec intégrité des mouvements. — *M. H. Blanc* à propos de cette observation, soulève la question du traitement chirurgical des manifestations rhumatismales. Souvent une intervention simple sera bienfaisante et permettra la reprise d'une vie normale.

M. R. Massart est déjà intervenu plusieurs fois avec succès pour des arthrites rhumatismales du genou ; il croit nécessaire d'attendre les résultats lointains de ces interventions avant de donner un avis.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 février 1931.

M. Filderman présente un malade atteint de *rétraction de l'aponévrose palmaire* en bonne voie de guérison par l'hémocrinothérapie orchitique. Il rappelle la règle établie par Léopold-Lévi qu'en hémocrinothérapie, on traite le malade et non la maladie. Le choix de la glande à faire intervenir dépend non du diagnostic de l'affection en cause mais de l'état de l'appareil endocrinien du malade. C'est pourquoi le même traitement peut s'appliquer à différentes maladies et la même maladie peut réclamer des traitements variés.

Pour *M. Léopold Lévi*, l'orchitine qui a fourni à M. Filderman un résultat très intéressant par le procédé de l'hémocrinothérapie n'est pas seule à utiliser dans la rétraction de l'aponévrose palmaire. La parathyroïde est actuellement recommandée. Il a lui-même présenté à l'Académie de Médecine un mémoire sur le traitement avec succès de cette maladie par le corps thyroïde.

A propos de la cellulite. — *M. G. Didsbury* dit qu'il n'y a pas toujours cellulite chez les migraineux. Chez les enfants migraineux, mêmes très jeunes, on sent sous la peau des nerfs très douloureux et ils ne présentent pas de zônes de cellulite. D'autre part, que les nerfs soient douloureux par eux-mêmes ou par leur anastomose, avec le sympathique c'est tout un, puisque la sensibilité propre du sympathique est discutée.

M. Léopold-Lévi décrit la forme de cellulite localisée au tissu cellulaire et celle qui atteint les nerfs et les racines nerveuses. Il fournit de nouveaux arguments en faveur de l'origine sympathique de ce syndrome, insiste sur son étiologie, son mécanisme de production, rapporte de nombreux faits à l'appui du diagnostic et du traitement de cette affection si fréquente et encore si peu connue.

Des sensibilisations thérapeutiques. — Pour *M. Foveau de Courmelles*, certaines substances, surtout colorantes, peuvent, superposées aux radiations, par ingestion, injection ou badigeonnage) préparer l'organisme et le rendre sensible. Un de ces agents, employé seul, ne donnerait pas de résultat.

Abcès du poumon consécutifs à des corps étrangers latents des voies aériennes. — *Jean Guisez*, à propos de trois cas récents de volumineux abcès du poumon consécutifs à des corps étrangers, ayant échappé à la radiographie, relate la technique employée pour essayer de débarrasser les malades de ces suppurations par les méthodes directes. (Bronchoscopie). Il rappelle qu'il a employé la bronchoscopie à la cure de ces abcès dès 1910 et 1911, bien avant les Américains. Dès que le diagnostic bronchoscopique est fait, il préfère aux bronchoscopies répétées la méthode des injections massives transglottiques, tout aussi efficaces, et mieux supportées par le malade. Mais les résultats sont surtout bons si le cas n'est pas trop ancien et s'il n'y a pas de poche purulente nettement organisée.

M. Rosenthal recommande le pneumothorax artificiel dans les cas d'abcès des bronches ou d'abcès du poumon dans les cas rebelles aux premiers efforts thérapeutiques.

Contamination syphilitique avant le chancre. — *M. E. Schulmann* étudie ce mode de contamination dont il a pu recueillir neuf observations. Les dates de contagion varient de quatre à douze jours avant l'apparition du syphilome, et la maladie ainsi contractée ne diffère en rien de ses formes habituelles. Une telle contagion s'explique vraisemblablement par une lésion microscopique ; mais il est possible que le sperme, et même accidentellement le sang puisse être vecteur du tréponème.

Traitement chirurgical des infirmes de la hanche. — *M. Raphaël Massart* groupe sous ce titre toutes les affections chroniques de la hanche qui modifient l'appui du bassin et gênent la marche par suite de l'adaptation insuffisante ou imparfaite du fémur à l'os iliaque.

Les vieilles fractures du col du fémur, les luxations invétérées et les subluxations coxo-fémorales, les séquelles d'arthrites sub-aiguës ou chroniques (de la coxalgie en particulier) peuvent être améliorées par des interventions chirurgicales orthopédiques que l'auteur décrit et dont il présente des résultats. Grâce à ces opérations, on modifie l'évolution de ces affections dont l'aboutissant fatal à plus ou moins longue échéance est l'impotence et on permet à ces infirmes la reprise d'une vie à peu près normale.

Intérêt de la ponction exploratrice dans les collections suppurées du pharynx. — *M. Jean Tarneaud* relate les avantages de la ponction exploratrice qu'il emploie systématiquement depuis plusieurs années. Cette exploration préalable permet : 1° de constater la présence du pus ; 2° de repérer le lieu exact de l'abcès ; 3° de faire à coup sûr, l'intervention libératrice ; 4° de prouver au malade, le cas échéant, la nécessité de l'opération.

Polypes nasaux et sinusites. — *M. Louis Leroux.* — La polypose nasale ne doit plus être considérée comme une affection purement ethmoïdale, elle atteint toujours plusieurs cavités sinusales, mais en l'absence de tout signe clinique de cette extension, on pratiquera une injection de lipiodol suivie de radiographie.

Le rôle étiologique de l'infection semble minime à côté de l'importance du terrain : la syphilis acquise et surtout héréditaire, la rhinite spasmodique, l'asthme souvent chez des tuberculeux sont trop fréquemment rencontrés pour ne pas comporter une importance prépondérante et nécessiter une thérapeutique médicale associée à l'acte chirurgical.

P. Prost.

SOCIETÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 mars 1931

Fièvre paratyphique B avec cystite hémorragique et azotémie. — *M. Roch* (de Genève). — Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans ayant un état fébrile grave avec une cystite hémorragique intense. Celle-ci était due au bacille paratyphique B dont la présence dans le sang ne fut constaté que quelques jours plus tard. L'azotémie monta jusqu'au taux de 5,26 0/00.

Poussée basedowienne aiguë et transitoire consécutive à la grippe. — *MM. Paul Jacquet Roger Even.* — Les auteurs présentent un cas de maladie de Basedow, (suivi dans le service de M. le Professeur Baudouin) apparu en quelques jours à la suite d'une angine grippale.

Ils insistent sur l'intensité considérable et la rapidité de l'amaigrissement, qui dominaient le tableau clinique, bien que l'exophtalmie, le tremblement, la tachycardie et l'élévation du métabolisme basal fussent manifestes.

Ce cas mérite d'être retenu par sa rareté d'une part et d'autre part, par l'évolution favorable contrairement à la plupart des cas antérieurement signalés.

Les fausses hypertensions diastoliques des obèses. — *M. Ed. Doumer* (de Lille) pense qu'une formule tensionnelle convergente n'indique pas fatalement une diminution de l'énergie fonctionnelle du cœur. Il n'est pas rare de noter chez les obèses une minima élevée et une formule convergente sans qu'on trouve à l'examen clinique ou radioscopique du cœur des raisons de douter de son intégrité fonctionnelle.

L'étude des modifications de la pulsatilité de l'onde systolique sous le brassard montre que le critère de la minima peut être en défaut et fait croire dans certains cas à une élevation de la pression diastolique qui n'existe pas. Chez les obèses, les conditions particulières que créent pour la mesure l'abondance excessive des parties molles et la longueur réduite du segment artériel soumis au decollapsus favorisent, sous pression décroissante, l'atténuation prematurée de la pulsatilité de l'onde de décollapsus et sollicitent ainsi de façon prématurée ces modifications de l'amplitude oscillométrique ou des tons artériels qui servent à fixer le chiffre de la minima. Il existe chez les obèses de fausses hypertensions diastoliques qui feraient douter à tort de l'intégrité de l'énergie de contraction du myocarde si l'on continuait à croire qu'une formule convergente est une preuve suffisante de sa défaillance.

Sur les modifications circulatoires périphériques au cours de la crise d'asthme. — *MM. J. Tinel et André Jacquelin,* par l'etude du pouls artériel effectuée à l'aide des traces chez un certain nombre d'asthmatiques, ont pu établir l'existence, au moment des accès dyspnéiques :

1° D'une dépression inspiratoire du pouls réalisant l'anomalie connue depuis Griesinger et Kussmaul sous le nom de « pouls paradoxal » ;

2° D'une chute de la tension artérielle maxima atteignant 2 à 3 cm. de Hg ;

3° D'une élévation de la tension minima ;

4° D'une réduction très sensible de l'amplitude oscillo-métrique ;

5° D'une accélération du pouls.

Ces dernières modifications témoignent, au cours de l'accès d'asthme, d'un obstacle à la circulation pulmonaire, réduisant le débit sanguin de la circulation artérielle.

Cet obstacle apporté à la circulation pulmonaire paraîtrait imputable aux conditions mécaniques créées par la crise dyspnéique (diminution de l'amplitude des mouvements respiratoires, développement d'un état d'emphysème aigu) si la dépression inspiratoire du pouls, phénomène capital et constant de l'accès d'asthme s'accommodait de cette explication.

Or les auteurs, étudiant les modifications du tracé artériel par l'épreuve de Müller, n'ont jamais pu reproduire ce « pouls paradoxal ».

Ils en concluent que ce phénomène ne peut s'expliquer par l'obstacle apporté à la ventilation des voies aériennes par la crise d'asthme, mais y traduit une perturbation vaso motrice intra-pulmonaire.

M. Rist fait remarquer que le pouls paradoxal est de constatation banale dans nombre d'affections de l'appareil respiratoire, en particulier dans la sclérose pulmonaire généralisée et dans le grand emphysème. Ce défaut d'élasticité du parenchyme pulmonaire entraîne une diminution de la distension du poumon, et une augmentation de la distension cardiaque à l'inspiration ainsi qu'il est facile de l'observer sous l'écran. Cet obstacle à la systole, amène une diminution de la tension artérielle ce qui permet d'expliquer la dépression inspiratoire du pouls. Il n'est pas douteux que dans la crise d'asthme, le même mécanisme intervient dans la production du pouls paradoxal qui n'est d'ailleurs qu'un phenomène normal.

« Ulcère duodénal » ou « ulcère duodéno-pylorique ». — *M. René A. Gutmann.* — La conception classique en France distingue un ulcère duodénal pur, dit de Bucquoy, éloigné du pylore, sans retentissement pylorique ou gastrique, et un ulcère dit duodéno-pylorique situé près du pylore, sur le versant gastrique ou duodénal de cet orifice.

Rien ne justifie cette conception. Historiquement même, elle ne tient pas compte des travaux de Bucquoy qui, au contraire, a insisté sur la situation juxta-pylorique de l'ulcère du bulbe et décrit tous les signes de participation pylorique et gastrique.

Pratiquement il est capital de distinguer l'ulcère du bulbe duodenal, qu'il soit près ou loin du pylore d'avec l'ulcère juxtapylorique de l'estomac.

Ces deux maladies diffèrent à tous points de vue : pronostic, complications, rapports éventuels avec le cancer, décisions opératoires à discuter. Elles sont faciles à distinguer si l'on étudie de bonnes radiographies en série.

L'ulcère doit donc être diagnostiqué soit duodénal soit gastrique juxta-pylorique et toute autre dénomination ne sert qu'à perpetuer une confusion gênante en pratique.

Sur le traitement de la syphilis par l'halarsol. — *MM. C. Levaditi, Marcel Pinard et R. Even* ont utilisé l'halarsol dans le traitement de la syphilis. C'est un hydrochlorure amino hydroxyphényl dichloarsine dont un cc. contient 0,025 d'hydrochlorure de dichloarsine soit 0,0064 d'arsenic. Dans le plan, Chestermann et Tado l'ont trouvé plus actif que le 914. Dans la syphilis, employé à doses beaucoup plus fortes, il fait disparaître rapidement les tréponèmes du chancre, influence très vite certaines réactions serologiques sensibles comme la floculation de Vernes mais n'empêche pas les accidents secondaires de survenir. Cette différence d'action souligne encore la profonde différence entre le plan et la syphilis.

La réanimation du cœur. (Etude expérimentale sur hélix pomatio). — *MM. Léon Binet, J. Gibert I. Queratto* rapportent le résultat d'expériences effectuées sur le cœur de l'escargot dit de Bourgogne Isolé et placé dans une solution saline appropriée, ce cœur se contracte rythmiquement pendant des heures et même pendant des jours. L'adjonction de chloroforme au sérum nourricier amène un arrêt de ces contractions. Les auteurs étudient les agents pharmaco-dynamiques qui sont capables de rappeler la contraction d'un cœur intoxiqué par le chloroforme et ils soulignent, avec tracés à l'appui, les bons effets obtenus avec la caféine et le camphre.

Les accidents de l'acridinothérapie. Innocuité des doses usuelles. — *MM. Jausion, Pecker et G. Medioni,* rappellent, à propos des cas d'azotémie trypaflavinique récemment relatés chez de grands malades, qu'ils ont, tant chez les blennorragiens que les peladiques, impunément injecte la gonacrine, *à dose convenable*, soit 10 centigrammes, renouvelés trois fois par semaine. Leur pratique, actuellement considérable, porte sur 9 kgr. 735 de produit brut, soit 97.350 injections de 10 centigrammes, faites chez environ 6.000 patients.

Les auteurs insistent sur les accidents les plus fréquents, dont ils dressent un inventaire détaillé : choc gonacrinique, injections extra-veineuses, pénétration intra-artérielle du produit, coup de lumière acridinique, accidents photobiotropiques, accidents hépato-toxiques, sont ainsi passés en revue.

Les accidents nephro-toxiques graves et l'azotémie, que Jausion, Peker et G. Medioni n'ont pour leur part jamais constatés, semblent relever dans les observations déjà publiées et d'une tare rénale antérieure et de la chromaffinité plus grande des tissus lésés par une grande infection.

La pharmacodynamie des dérivés acridiniques est au reste parfaitement connue, et les récentes recherches de Levrat et Badinand ont établi que le lapin, animal des plus sensibles, tolérait un dixième de centigramme de trypaflavine par kgr. L'homme peut recevoir impunément semble-t-il, 1/6e de centigramme.

Les auteurs ont vérifié sur une série de malades, traités par un nombre important d'injections, le taux de l'urée sanguine. Il ne s'est pas montré plus élevé qu'après une quelconque chimiothérapie de même importance.

Jausion. Pecker et G. Medioni concluent, qu'à condition d'étudier la perméabilité rénale des vieillards ou des grands malades, la gonacrine est injectable à tous, à la dose qu'ils préconisent de 5 c³ d'une solution à 2 %.

Toutefois, la formule « Petits malades, petites doses » leur parait intégrer la destination essentielle du médicament. En cures ambulatoires, il est un merveilleux analeptique, susceptible de capter la lumière et d'en faire un double profit : eutrophique pour les tissus, bactéricide contre les microbes (Radiocridine de Dujarric de la Rivière).

Un cas d'abcès putride du poumon secondaire à l'inhalation d'un corps étranger. — *M. Rist* relate l'observation d'un enfant de 13 ans qui, trois jours après l'inhalation d'un épi de blé présente une fièvre élevée faisant penser à une fièvre typhoïde. Après quelques mois de convalescence survient une expectoration muqueuse, peu abondante tandis que la fièvre reprend. Un examen radiologique du thorax montre l'intégrité du poumon dont la transparence est tout à fait normale. Peu de temps après, on pratique l'ablation de végétations adenoïdes. Par la suite, les accès fébriles se répètent la toux ramène une expectoration purulente, l'haleine devient nettement fétide. Enfin, l'enfant finit par rejeter par vomique l'épi de blé inhalé neuf mois auparavant. Une nouvelle radiographie montre une condensation importante du lobe inférieur droit dans une zone où l'auscultation décèle un souffle et des râles. Les semaines suivantes, on assiste à la disparition des signes fonctionnels suivie d'un nettoyage radiologique complet.

M. Rist souligne quelques points de cette observation qui lui paraissent intéressants : 1° la brièveté des phénomènes réactionnels par introduction des corps étrangers : l'inhalation de l'épi de blé n'a été suivie que d'un accès de toux ; 2° l'apparition tardive des signes fonctionnels et radiologiques faisant penser à un abcès du poumon ; 3° le rôle joué par l'intervention sur le cavum qui a vraisemblablement favorisé la formation de la suppuration intrapulmonaire par apport de germes d'injection secondaire ; 4° la résorption très rapide de l'abcès en trois mois à peine.

M. Debré insiste sur la nécessité de penser aux corps étrangers des voies aériennes en présence d'abcès ou de gangrène du poumon. Il pense que les interventions sur les voies aériennes supérieures ou le pharynx sont capables de déterminer des abcès pulmonaires qui guérissent après vomique dans laquelle on peut retrouver des fragments de végétations adénoïdes ou d'amygdale inhalés au cours de l'opération.

M. Flandin rappelle qu'il lui a été donné d'observer un cas d'abcès chronique dans lequel l'examen radiologique permit de déceler la présence d'un clou au milieu de l'ombre pulmonaire.

M. Labbé pense que les corps étrangers qui se forment dans les voies respiratoires, (en particulier les concrétions lithiasiques) peuvent, eux aussi, déterminer l'apparition d'abcès pulmonaires.

M. Valentin.

Traitement de syphilis congénitale. Dans un court article de l'*Infirmière française* (janvier 1931, p. 8), intitule « Syphilis héréditaire infantile et séro-réaction », Louis Queyrat, après s'être élevé, à juste titre, contre l'opinion de médecins trop nombreux et de parents pour qui Wassermann négatif veut dire « pas de traitement » formule des réflexions que j'estime infiniment utile, à propos du traitement. Parlant d'un cas qu'il expose en détail, il dit : « étant donné l'aspect tertiaire des lésions, j'ai pensé que le meilleur traitement d'attaque était : les frictions mercurielles associées à l'iodure de potassium ; le résultat de cette thérapeutique a été remarquable et rapide et je ne crois pas que ni un arsenical, ni le bismuth, eussent pu faire aussi bien dans ce cas particulier.

La vaginite à trichomonas, avec son écoulement jaune et sa muqueuse rouge et œdématiée, est due tantôt à une cause locale (paramétrite, annexite, ménorragies de la ménopause, déchirures périnéales), tantôt à une cause générale (troubles thyroïdiens, chlorose, syndrome adiposo-génital, troubles constitutionnels.). Le trichomonas ne pullule que sur une muqueuse déficiente. Winter se loue du traitement par une solution aqueuse au millième de sulfate d'oxyquinoléine ; qui vient à bout des parasites et, en même temps, exalte les dépenses de la muqueuse. (*Klin. Woch.*, 25 oct. 1930, p. 2017.) H. V.

CONSULTATIONS DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIQUES

Incident au cours d'un traitement antisyphilitique (Rougeole biotropique)

Par Louis BORY

L'emploi des arsénobenzènes dans le traitement de la syphilis implique une surveillance attentive : des incidents peuvent survenir, qui nous impressionnent toujours, car nous pouvons craindre de les voir se transformer en un de ces accidents graves, mortels même, dont la période initiale de cette thérapeutique, si précieuse pourtant, nous a laissé le fâcheux souvenir.

Donc, l'apparition d'une fièvre intense, accompagnée de somnolence, au lendemain d'une injection intraveineuse de novarsénobenzol, faite à une malade de 52 ans, en pleine septicémie syphilitique, devait-elle à juste titre m'inquiéter, lorsqu'il y a peu de temps un appel téléphonique me mettait au courant de ces deux faits brutalement survenus : fièvre à 40°, somnolence. De la somnolence au coma de l'apoplexie séreuse, par intoxication arsenicale ou réaction d'Herxheimer peu importe, il n'y a qu'un faible intervalle qu'une imagination pessimiste eût vite fait de franchir. Je ne suis pas pessimiste ; néanmoins je me précipitai chez ma malade, après m'être muni du nécessaire pour pratiquer au besoin une injection d'adrénaline.

Mais revenons un peu en arrière.

Il s'agissait d'une femme, qui m'avait été adressée, une dizaine de jours avant, par un éminent oto-rhino-laryngologiste, consulté par elle pour des maux de gorge et une surdité de l'oreille gauche survenue depuis peu. Les maux de gorge étaient dus à des plaques muqueuses. Une éruption suspecte couvrait les avant-bras et les mains. La réaction de B.-W. enfin s'était montrée fortement positive.

De fait cette malade était atteinte d'une syphilis secondaire floride, papulo-squameuse, avec plaques muqueuses anovulvaires, amygdaliennes et linguales.

Il ne s'agissait que de la mettre rapidement au traitement spécifique.

Elle avait eu la scarlatine et la rougeole dans l'enfance, une deuxième rougeole encore, me dit-elle, il y a huit ans et suivie de traces d'albumine urinaire, qui lui firent conseiller une cure à Saint-Nectaire : très rapidement ces traces avaient disparu et n'avaient pas été constatées depuis. Je n'en constatai pas davantage. L'état général, la tension, l'élimination urinaire et les fonctions hépato-intestinales, tout paraissant normal, je fis le 24 décembre une injection intra-veineuse de novarsénobenzol (Rhodarsan) à 0.15 et une intra-musculaire de cardyl; le 27 décembre une intraveineuse de 0,30 de novar. et une intramusculaire de cardyl ; le 31 décembre une intraveineuse de 0,45 de novar. et une intramusculaire de cardyl ; je comptais cesser ce dernier dès ce moment et continuer la série d'attaque classique par le novar.

Mais, le lendemain de l'injection, la malade se sent mal à l'aise, courbaturée, fébrile ; elle reste couchée et somnole. Le 2 janvier, la température du matin dépasse 40° ; l'abattement s'exagère ; c'est dans la soirée que je vais voir ce qui en est. Etat grippal, 40°, la malade a somnolé tout le jour et délire un peu.

Symptômes rassurants : les urines sont assez abondantes, relativement claires et ne contiennent pas d'albumine ; pas de céphalée ; la fièvre suffit à expliquer la courbature et l'abattement. Etat saburral, mauvais état de la bouche, constipation. En somme, rien qui traduise une intoxication arsenicale ; comme nous somme en période de grippe, nous pouvons supposer qu'il s'agit de cette maladie.

Je me contente d'ordonner un grand bain chaud prolongé pour le soir, un purgatif et la diète hydrique pour le lendemain. Quelques boutons rouges me semblent s'être ajoutés aux éléments papuleux syphilitiques disséminés ; c'est seulement le lendemain que je songe à les différencier de ces derniers.

Une éruption morbilliforme couvre, en effet, à ce moment ; presque toute la surface du tronc et la racine des membres ; la température qui était encore élevée le matin est tombée ce soir à 38.5. L'état général est meilleur, les urines sont toujours claires et ne contiennent pas d'albumine.

A ce moment le diagnostic s'éclaire ; il m'est permis de rassurer la malade et son entourage et de me rassurer moi-même. Il s'agit à n'en pas douter d'un *érythème du 9e jour*, d'un de ces érythèmes biotropiques tels que Milian nous a appris à les différencier des érythèmes toxiques arsenicaux et dont la gravité n'est pas comparable.

Le choc arsénico-bismuthique a réveillé le biotropisme latent du germe morbilleux, auquel la malade est particulièrement sensible, puisque voici en réalité sa troisième rougeole.

Tout est rentré rapidement dans l'ordre et le 12 janvier la malade revenait à mon cabinet pour la reprise du traitement spécifique.

Devions-nous et avec quoi continuer la première série d'attaque commencée ?

Il n'y a aucun doute que nous eussions été fondés à reprendre les injections intraveineuses de novar, au point où nous les avions laissées, c'est-à-dire à 0,45 pour suivre ensuite la progression habituelle ; mais nous nous exposions à faire reparaître l'éruption biotropique, atténuée certes, mais gênante. Nous avons donc décidé de terminer cette première série par une dizaine d'injections de bismuth (huit ont été faites depuis le 12, sans incident, les urines demeurant toujours normales), au rythme de deux injections de cardyl (bismuth lipo-soluble) par semaine. Nous reprendrons ensuite le novarsénobenzol, après un repos de trois semaines. Nous aurons toutes les chances à ce moment pour qu'aucune éruption biotropique nouvelle se manifeste.

J'ajoute que toutes les manifestations cutanéo-muqueuses de la syphilis ont parfaitement guéri, chez notre malade, malgré cet incident.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Cœur

L'insuffisance ventriculaire droite pure s'observe assez rarement en clinique ; une observation de Gaujoux et Edouard Giraud, dont le diagnostic a été confirmé à l'autopsie, concerne un chemineau de 64 ans vieux tousseur. Ce malade présentait une cyanose marquée des téguments et des muqueuses, de la dyspnée exagérée par le moindre effort, un foie un peu douloureux, un léger œdème des membres inférieurs ; pas de congestion des bases ; pouls rapide, mais régulier.

La percussion montre un gros cœur droit ; l'auscultation décèle, à l'appendice xiphoïde, un rythme à trois temps, galop présystolique, qui se propage le long des dernières côtes, autant du côté droit que du côté gauche.

Il ne faut pas confondre cette insuffisance ventriculaire droite vraie avec l'insuffisance banale des scléreux pulmonaires emphysémateux ; dans la première forme, il existe une dilatation du cœur droit, qui ne régresse pas et qui entraîne l'insuffisance cardiaque ; dans la seconde il s'ajoute à l'insuffisance latente du cœur de mauvaises conditions mécaniques du fonctionnement auriculaire ; l'oreillette se laisse distendre, mais tout rentre dans l'ordre dès que les conditions défavorables disparaissent. (*Marseille Médical*, 15 juin 1930).

Tuberculose

Les brides pleurales persistantes, dont l'emplacement et la forme sont nettement démontrés par la radiographie, au cours d'un pneumothorax artificiel, peuvent produire, après une insufflation et même pendant les quelques jours qui suivent, des bruits spéciaux à chaque inspiration, dus à leur tension et variables selon leur forme.

Ces bruits, que Domela propose d'appeler *bruits de guitare*, sont nettement musicaux et ressemblent, d'une façon quelquefois frappante, aux sons provoqués par le glissement du pouce sur les 4e, 5e ou 6e cordes d'une guitare. (Demande de priorité pour une dénomination « Bruits de Guitare », *Tunisie Médicale*, août-septembre 1930).

Les images annulaires sont une excellente illustration de la dissociation des signes cliniques et radiologiques.

Les images les mieux visibles sont celles qui se trouvent dans un parenchyme sain ; les contours bien apparents se détachent nettement sur un poumon clair et elles ne donnent le plus souvent que peu de signes d'auscultation ; au contraire, les cavités creusées dans un parenchyme infiltré, ont des contours flous, indécis, voilés par des ombres additionnelles et elles s'accompagnent très souvent d'un syndrome cavitaire au grand complet.

La disparition des images cavitaires soulève un important problème, celui de la guérison des cavernes. Elle s'observe au cours d'un pneumothorax artificiel, à la suite de différentes thérapeutiques, en particulier de l'aurothérapie, même en dehors de tout traitement spécial. La disparition peut être extrêmement rapide, quatre ou cinq mois ; après quoi la radiographie montre soit exceptionnellement un poumon normal, soit le plus souvent quelques travées, des marbrures ou une cicatrice linéaire plus ou moins sombre.

Il faut être très prudent dans l'interprétation des films à ce sujet ; les modifications rapides peuvent s'expliquer par les variations des poussées congestives ; parfois la sclérose environnante masque la cavité en créant des ombres additionnelles. La disparition d'une image annulaire ne correspond pas à la guérison de la caverne, comme l'ont prouvé quelques autopsies.

Il ne faut pas non plus se montrer sceptique dans tous les cas et considérer comme douteuse toute guérison de cavernes ; on peut observer une guérison relative par obstruction de la bronche de drainage encerclée dans un tissu de sclérose rétractile, ce qui constitue un premier acheminement vers une guérison extrêmement lente à s'effectuer (Ch. Roubier et M. Treppoz. Les images annulaires du poumon, *Journal de Médecine de Lyon*, 20 octodre 1930).

Neurologie

Le traitement antisyphilitique peut nuire, pour deux raisons :

1° *La syphilis n'est pas en cause.*

Le traitement ne donnera aucun résultat on ne causera qu'une amélioration fugace ou trompeuse ; parfois même il pourra être indirectement très nuisible, comme dans les tumeurs cérébrales, où l'on voit passer l'heure favorable de l'intervention chirurgicale. Une malade de 26 ans, présente une hémiplégie gauche et un syndrome d'hypertension intra-crânienne très net : céphalée, vomissements, stase papillaire, baisse de l'acuité visuelle (2/10 à droite, 4/10 à gauche) ; une intervention immédiate permet d'extirper un hémangiome ; la malade guérit complètement ; supposons qu'on ait prolongé le traitement antisyphilitique, prescrit par un autre médecin ; la malade était vouée à une cécité définitive.

2° *La syphilis est avérée ou douteuse.*

Il ne s'agit plus d'une erreur de diagnostic ; la syphilis est reconnue ou soupçonnée ; on a mis en œuvre un traitement spécifique, mais d'une façon timide ; on l'a suspendu dès que les accidents ont disparu ou se sont modifiés. Une femme de 51 ans présente de la dysurie émotionnelle ; la réaction de Bordet Wasserman est légèrement positive, celle de Hecht très franchement positive. On fait quatre injections d'acétylarsan : une paralysie faciale gauche apparaît ; les troubles urinaires s'accentuent ; on suspend alors le traitement. Six semaines plus tard on constate l'existence d'un signe de Babinski et en quelques jours s'installe une raideur des jambes qui s'accentue rapidement et constitue avec les signes sphinctériens le tableau classique d'une paraplégie d'Erb. Sans doute pourrait-on dire que cette malade était atteinte d'une syphilis ancienne, qui entrait dans une nouvelle phase d'évolution, et que le traitement institué n'a eu aucune manière influencé les accidents ; mais il est logique de se demander non seulement si un traitement intensif d'emblée n'en eût pas arrêté le cours, mais encore si le traitement insuffisant et timoré n'a pas activé une syphilis longtemps latente et jusqu'alors assez bénigne. (J. Dereux. Les

méfaits du traitement antisyphilitique dans la thérapeutique des maladies nerveuses. (*Gazette médicale du Centre*, 1er novembre 1930).

Chirurgie

Onze cas d'ulcères perforés de l'estomac, opérés à l'anesthésie locale, ont donné à Guibal huit guérisons et trois décès ; les malades guéris ont tous été opérés avant la dixième heure.

Le pronostic dépend beaucoup de la précocité de l'intervention ; il n'est pas toujours indispensable de faire un diagnostic précis ; l'important est de poser l'indication opératoire d'urgence sans attendre l'apparition des symptômes péritonéaux complets.

Dans deux cas l'A. à procédé à des sutures simples et ultérieurement à une gastro-entérostomie postérieure. Les trois sujets décédés ont été opérés après la vingtième heure (Onze cas d'ulcères perforés de l'estomac, *Revue médicale de l'Est*, 1er juillet 1930.)

La statistique des extractions de calculs urétro-vésicaux pratiquées à l'hôpital Sadiki du 1er mai 1923 au 1er mai 1930, donne les chiffres suivants : 46 enfants (1 décès), 32 adultes, 21 vieillards (2 décès).

Sur les 46 enfants on trouve 45 garçons ; les calculs se décomposent ainsi : 30 vésicaux, 11 urétro-vésicaux, 5 urétraux.

Les calculs en boutons de chemise se trouvent donc presque dans la proportion du quart. Le diagnostic est fait assez facilement par le doigt rectal, qui localise un calcul immobile.

Les difficultés; rencontrées au cours de l'extraction, sont assez grandes. (Deleuil. A propos des calculs urétro-vésicaux en bouton de chemise chez les petits musulmans. *Tunisie Médicale*, août-septembre 1930.)

Oto rhino-laryngologie

Les causes habituelles des céphalées d'origine nasale sont évidentes ou latentes et, par conséquent, souvent méconnues.

Les causes évidentes sont le coryza aigu, la rhinite (hypertrophique, polypoïdale, etc.) pour le nez, les végétations pour le rhino-pharynx et les infections aiguës ou chroniques pour les sinus.

Très souvent il s'agit de causes latentes méconnues, à chercher ; habituellement il s'agit d'un défaut d'aération nasale surtout de gêne postérieure au niveau du carrefour ethmoïdo-sphénoïdal, de lésions légères des sinus.

Quand le malade a tout essayé, on est en droit de chercher l'origine nasale sympathico-trijemellaire par un traitement simple : l'anesthésie par badigeonnage de la région sphéno palatine. (A. Sargnon. Les céphalées d'origine nasale. *Journal de Médecine de Lyon*, 5 novembre 1930).

Pathologie coloniale

Il convient quelquefois de penser à la typhoïde chez les soldats indigènes, même stationnés en France, devant des températures persistantes et inexpliquées.

Qu'il s'agisse de jaunes, de noirs ou d'aryens bronzés, la maladie évolue de façon très classique, sans accidents exceptionnels. (Médecin commandant Montel. Indigènes et fièvre typhoïde en France *Marseille Médical*, 5 juin 1930).

Aphorismes

D'une chute de la réserve alcaline on n'a jamais le droit de conclure directement à une acidose (L. Ambard, de Strasbourg).

La phrénicectomie donne et ne donne qu'un coup de pouce. Le secret de la guérison, c'est en lui-même que le malade le porte. (F. Dumarest, d'Hauteville).

Les petits hépatiques méconnus sont légion (Vittot, de Belfort).

J. LAFONT.

NOUVELLES

[SUITE DE LA PAGE 478]

Hôpital Foch. — Le Docteur Deniker, chirurgien des hôpitaux, est nommé chirurgien en chef de l'hôpital Foch en remplacement du Docteur Pierre Descomps, décédé.

Le Docteur René Bloch, chirurgien des hôpitaux et le Docteur Le Gac, ancien interne des hôpitaux sont nommés chirurgiens adjoints.

Clinique médicale de l'hôpital Cochin (47, faubourg Saint-Jacques. Professeur M. Ch. ACHARD.) — Un cours de perfectionnement clinique aura lieu sous la direction du Professeur ACHARD, à l'hôpital Cochin, du 6 au 11 juillet 1931.

Ce cours aura lieu tous les jours de 10 heures à midi et de 14 à 16 heures.

Il ne comportera que des présentations de malades. A propos de chaque cas on exposera dans une courte conférence la séméiologie de l'affection, les moyens de laboratoire mis en œuvre, la discussion du diagnostic et du traitement. Les élèves pourront examiner eux-mêmes les malades sous la direction des chefs de clinique. Les cas seront choisis de façon à permettre une révision complète des dernières acquisitions concernant la clinique générale.

Ce cours est réservé aux docteurs en médecine français et étrangers. On est prié de s'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine.

Le droit d'inscription est de 250 francs.

Un second cours semblable aura lieu du 28 septembre au 3 octobre 1931.

Dispensaires antituberculeux de l'Eure. — Un concours sur titres doit avoir lieu à Evreux le 25 mars prochain, pour une place de médecin spécialisé en tuberculose, chargé des dispensaires de Vernon, B[illegible]ay, Gi[illegible]rs et Pont-Audemer.

Le titulaire pourra être appelé à assurer la consultation de vénérologie dans l'un ou plusieurs de ces centres de consultations.

Les conditions et avantages sont ceux du statut du Comité national.

Pour plus amples renseignements, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (6e).

Association amicale des chefs de clinique de la Faculté de médecine de Marseille. — *Programme du cycle de conférences.* 10 au 24 avril 1931.) — Vendredi 10 avril, 10 h. 30, Albert ROUSLACROIX : Anatomie et physiologie du système réticulo-endothélial ; 18 heures , André TRISTANT : La radiologie en chirurgie urinaire. — Samedi 11 avril , 10 heures, Jean OLMER : Les anémies spléniques de l'adulte. — Lundi 13 avril, 10 heures , André FOURNIER et Marcel BOURRET : Les Bordet-Wassermann irréductibles ; 11 heures : Jean PAOLI : Les fibromes saignants de la ménopause ; 18 heures , Albert CAIRE : Les états péritonéaux au cours des hernies. — Mardi 14 avril, 10 heures, Paul BONNET : Traitement chirurgical des goitres exophtalmiques ; 11 heures, Jean TURRIES : La question des dyspepsies nerveuses ; 18 heures, Félix TRABUC : Rhumatisme et hérédo-syphilis. — Mercredi 15 avril, 10 heures, Jean BRAHIC : Les œdèmes des cirrhotiques : 11 heures, Gabriel AVON : Etat actuel de nos connaissances au sujet des phlébo-scléroses artificielles ; 18 heures, Marcel ARNAUD : Etude physio-pathologique des hémorragies chirurgicales graves, traitements actuels. — Jeudi 16 avril, 11 heures, Raymond IMBERT : Curithérapie des cancers du col utérin ; 18 heures, Charles TOINON : Les pleurésies du pneumothorax artificiel. — Vendredi 17 avril, 10 heures, Léon ISEMEIN : Traitement médical des suppurations pulmonaires fétides. — Vendredi 17 avril, 11 heures, Jules GIRAUD : Notions sur l'appendicite pelvienne; 18 heures, Georges ZUCCOLI: Les états thymo-lymphatiques chez l'enfant. — Samedi 18 avril, 10 heures, Adrien ARTAUD : Procédés de dilatation du col utérin ; 11 heures, Robert POINSO : Les syndromes hémorragiques, leur diagnostic, leur interprétation. — Lundi 20 avril, 11 heures, Georges DARCOURT : Traitement des Pieds bots chez l'enfant ; 18 heures, Roger GUILLINY : Les dernières acquisitions en matière de fèv[illegible] [illegible]. — Mardi 21 avril 10 heures, Louis ARTAUD : Diagnostic[illegible]

traitement des sténoses duodénales ; 11 heures, Gustave COUSIN : Les métrottagies au cours des annexites ; 18 heures, Raymond ACQUAVIVA : Les techniques modernes de césarienne. — Mercredi 22 avril, 10 heures, Louis MONTAGNIER : A propos du pneumothorax bilatéral : 11 heures , Charles LAHAYVILLE : Traitement de la tuberculose génitale chez l'homme ; 18 heures, Jean CHOSSON : La névralgie pelvienne. — Jeudi 23 avril, 11 heures, Antoine RAYBAUD : Le syndrôme d'imperméabilité pulmonaire ; 18 heures, Edouard GIRAUD-COSTA : Les palpitations, leur valeur psychologique et leur pronostic. — Vendredi 24 avril, 10 heures, Jean BOUYALA : Fractures de cuisse de l'enfant ; 17 heures, Albert CRÉMIEUX : Manifestations nerveuses de l'insuffisance rénale.

Ces conférences auront lieu à l'Htôtel-Dieu (Salle des Concours) .

Congrès des pédiatres de langue française. — Ce Congrès aura lieu à Strasbourg du 5 au 7 octobre 1931, sous la présidence du Professeur ROHMER. Les sujets mis à l'ordre du jour sont : 1° Les fièvres alimentaires. Rapporteurs : *a*) Professeur SCHAEFFER, Strasbourg : Les bases physiologiques de la fièvre alimentaire ; *b*) Docteurs CORCAN et VALETTE : Etudes expérimentales sur la fièvre alimentaire et leur application à la clinique ; *c*) Docteurs MATHIEU et CHABRUN, Paris : La fièvre alimentaire en clinique. — 2e Diagnostic et traitement des tumeurs cérébrales chez l'enfant. Rapporteurs : *a*) Docteurs : HEUKER et CLAIRE VOGT, Paris : Symptômes et diagnostic des tumeurs cérébrales chez l'enfant ; *b*) Docteur CLOVIS-VINCENT, Paris : Traitement des tumeurs cérébrales chez l'enfant, particulièrement de la fosse postérieure. — 3e Formes frustes et atypiques des avitaminoses dans la première enfance. Rapporteur : Docteur BERTOYE, Lyon.

Les inscriptions au Congrès sont à adresser au Docteur WORINGER, secrétaire du Congrès, (Strasbourg, 18, rue des Veaux). La cotisation est de 100 francs, et est à verser au Docteur FOREST trésorier du Congrès, (Strasbourg, 1, avenue de la Paix, Compte courant postal Strasbourg 4513).

Une « Journée de protection de l'enfance ». — Organisée par le Comité français de l'Union internationale pour la protection de l'enfance, qui se tiendra à Strasbourg, le 4 octobre 1931, sous la présidence du Professeur Rohmer, la Journée sera consacrée exclusivement à la question suivante : « Organisation méthodique de la protection maternelle et infantile en France ». Rapporteur : Docteur ROCAZ, Bordeaux ; Co-rapporteurs : 1°) Docteur PIGOT et Mademoiselle DELAGRANGE, Paris : 2°) Docteur STRAUSS, Strasbourg.

Le Bureau de la Presse médicale latine. — Nous rappelons à nos lecteurs que le Bureau parisien de la Presse Médicale latine, 101, rue de Richelieu (angle du boulevard des Italiens) est ouvert, à titre entièrement gracieux, à tous les médecins et étudiants en médecine de toutes nationalités habitant Paris ou de passage dans cette ville, tous les jours non fériés, de 9 heures et demie à midi et de 15 heures à 18 heures.

Ils peuvent y consulter les périodiques médicaux rédigés dans les cinq langues latines (espagnol, français, italien, portugais et roumain) ainsi qu'un grand nombre d'ouvrages scientifiques publiés dans les mêmes langues.

Ils y trouveront, en outre, des renseignements concernant les universités, cliniques, hôpitaux etc. ainsi que certains avantages d'ordre matériel (réduction dans les hôtels, etc.).

Pour tous renseignements complémentaires, écrire au Dr L. M. PIERRA, secrétaire général de la Fédération de la Presse médicale latine, 101, rue de Richelieu, Paris, (2e).

Hôtel-Dieu. — Le Dr G. LEVEN fera le dimanche 22 mars à 10 heures 30 (amphithéâtre Dupuytren) à l'Hôtel-Dieu une leçon sur la cure radicale des vomissements incoercibles de la grossesse, à tous les degrés de gravité.

Association amicale des Anciens médecins des Corps combattants. — L'assemblée générale aura lieu le mardi 17 mars, à 18 h. 30, au Cercle national des armées de terre et de mer, 2, avenue Portalis (salon 5).

Elle sera suivie d'un dîner qui sera présidé par M. Claude Farrère, président de l'Association des écrivains combattants.

Pour tous renseignements s'adresser au Dr Rémy-Néris, 74, rue du Rocher, Paris (VIIIe).

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMP. THIRON ET CIE. — R. C. 4264

FONDÉ EN 1873. — N° 12 LE NUMÉRO : 50 Centimes 21 MARS 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (Ve)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Étudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Étranger 1re zone	70 fr.
Étranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 17 mars. — M. BERTRAND. Asthme et troubles vaso-moteurs. — M. GELBART. Etude du pansement gastrique. Emploi du charbon. — M. PANZAZI. Les manifestations cutanées de la leucémie myéloïde. — Mlle GAIDÈRE. Etude des accidents cutanés de l'aurothérapie en cas de kératodermie. — M. JOSSERAN. Les ulcérations chroniques de la vulve chez les prostituées. — M. PHALIPPOU. L'hémolysothérapie intradermique dans le traitement de quelques dermatoses.

Hôpital Lariboisière. — *Consultation Civiale* (voies urinaires. Service de M. le Professeur agrégé MARION.) — Une série complémentaire de leçons sera faite les lundi, mardi et vendredi, à 11 heures, à partir du lundi 13 avril 1931 avec le programme suivant : La blennorragie chez l'homme ; anatomie pathologique et symptomatologie des urétrites aiguës et chroniques et de leurs complications génito-urinaires : Les traitements et leurs indications, par M. EUDEL, ancien assistant du service. — La blennorragie chez la femme, par M. BORDIER, assistant adjoint, chargé de la consultation des femmes. — L'urétroscopie, par M. BUSSON, chargé des examens urétroscopiques du service. — La haute fréquence en urologie ; Principes généraux ;La diathermie chez l'homme et chez la femme, par M. ROUCAYROL, chargé du service de la diathermie. — Bactériologie des urétrites : diagnostic bactériologique de la guérison, pa M. COLOMBET, chef du laboratoire Civiale.

Le nombre des élèves étant limité, prière de s'inscrire à la Faculté de médecine, A. D. R. M., salle Béclard. Un certificat d'assiduité sera délivré à la fin des cours aux élèves qui en feront la demande. Droit d'inscription : 300 fr.

L'appui maternel de la Clinique Tarnier. — L'Appui maternel créé il y a 8 ans déjà à la Clinique Tarnier, sur l'initiative de M. Brindeau, dans une assemblée générale tenue à la clinique même, sous la présidence de M. Paul Strauss, alors ministre de l'Hygiène, s'est retrouvé mardi dernier dans la salle du Conseil de la Faculté.

La séance était présidée par M. le Prof. Roger, doyen honoraire de la Faculté qui sut, avec son esprit habituel, féliciter les fées modernes » qui se dévouent si largement aux mères aux enfants, et assurent l'extension sans cesse plus large, de l'Appui maternel.

L'assemblée était nombreuse : M. le Doyen Balthazard, avait tenu à y assister, ainsi que M. le Prof. Bar.

De nombreux rapports y furent lus et applaudis : de Madame Bloch, rapport moral de l'exercice 1930 qui traduit avec les efforts de l'œuvre ses magnifiques résultats ; de Madame Ben-Simon, sur le fonctionnement des consultations de nourrissons, chaque année plus fréquentées ; de Madame Marx-Levy, sur le fonctionnement des centres de nourrissons de Longue, Palaiseau, Saint-Germain-en-Laye, Petit-Clamart, du Centre familial et préventorium de Mlles Papillon et Valloires, de Madame la Comtesse de Mortemart, de M. Gerbidan, à Neuilly-Plaisance ; enfin le rapport financier de Madame Robert Zunz qui montre l'heureuse progression des ressources ; mais les dépenses croissent aussi et très vite : les dons de vêtements, lainages, layettes, etc., par exemple, qui s'élevaient à 42.000 fr. en 1927, ont atteint 70.000 fr. en 1930 ; puis le succès de l'œuvre auprès des mères et des enfants, étend sa clientèle inlassablement : aussi est-il désirable infiniment que de nouveaux et nombreux concours se groupent autour de la si dévouée présidente-fondatrice, Madame Brindeau, et que les recettes se fassent plus importantes pour permettre à l'Appui maternel d'exercer chaque année une protection plus efficace encore.

Huit années d'activité bienfaisante ont montré les résultats que l'œuvre obtient et il est souhaitable que l'Appui maternel trouve des imitateurs dans toutes les maternités importantes.

A. F.

Congrès national de la tuberculose du 30 mars au 2 avril à Bordeaux. — Le ministre de la guerre (7e direction) fait connaître que le VIIe Congrès national de la tuberculose organisé de concert, par le Comité national de défense contre la tuberculose et par la Fédération girondine des œuvres antituberculeuses se tiendra à Bordeaux du 30 mars au 2 avril 1931 et sera suivi de deux journées de visites aux principales institutions de lutte antituberculeuse du Sud-Ouest de la France.

Le ministre a décidé d'autoriser les médecins officiers de réserve de la métropole à assister à ce Congrès.

Leur participation à cette manifestation sera considérée comme période d'exercices de six jours et entrera en ligne de compte dans la durée totale des périodes fixées par la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'armée ; toutefois, cette période ne sera pas comptée comme période exigée pour l'avancement.

Les médecins de réserve du Service de santé de la Région militaire de Paris désireux de prendre part à ce Congrès, devront adresser avant le 20 mars 1931 leur demande à la Direction du Service de santé (hôtel des Invalides) qui leur adressera une convocation.

Des programmes sont tenus à la disposition des intéressés à la Direction du Service de santé de la Région de Paris.

Journées prophylactiques de Toulouse-Luchon (21-23 mai 1931.) — Jeudi 21 mai : Conférence de M. HAURION, professeur à la Faculté de droit sur : Les rapports juridiques entre les Centres antivénériens et les administrations municipales et départementales. — Conférence de M. le Dr CHATELLIER, directeur adjoint de l'Institut de sérologie et de prophylaxie, sur : Les techniques de laboratoire. Rapports des centres antivénériens avec les médecins et les administrations.

Vendredi 22 mai : Conférence de M. le Dr RISER, professeur de clinique neurologique sur : La prophylaxie de la syphilis nerveuse et l'organisation de la malariathérapie. — Conférence de M. le Dr LAURENTIER, vénéréologiste des hôpitaux, sous-directeur de l'Institut de sérologie et de prophylaxie, sur : Les procédés récents dans la recherche de la syphilis héréditaire.

Ces conférences seront complétées par la visite des principaux établissements prophylactiques de Toulouse, en particulier la visite du laboratoire et du dispensaire prophylactique de la compagnie des chemins de fer du Midi, à Toulouse.

Pour tous renseignements s'adresser à M. le Dr SICARD DE PLAUZOLES, 44, rue de Lisbonne, Paris (8e).

Clinique ophtalmologique de la Faculté de médecine de Bordeaux. — *Cours de perfectionnement du Professeur Teulières.* — Comme les années précédentes, le Professeur TEULIÈRES fera un cours de perfectionnement d'ophtalmologie, avec la collaboration des Professeurs PETGES et PORTMANN ; des Professeurs agrégés AUBERTIN, BEAUVIEUX et JEANNENEY ; des Docteurs MONBRUN, ophtalmologiste des hôpitaux de Paris ; de SAINT-MARTIN, de Toulouse ; des Docteurs J. VIAUD, assistant ; DOUCET, chef de clinique, et SARRABEZOLLES, chef de clinique adjoint.

Cet enseignement, essentiellement pratique, au point de vue clinique, thérapeutique et opératoire, comprendra, en même

temps, des conférences dans lesquelles seront exposées les grandes questions à l'ordre du jour.

Il aura lieu du lundi 15 juin au samedi 27 juin 1931.

Tous les jours, à 9 heures (mercredis et samedis exceptés) à la clinique ophtalmologique de l'hôpital Saint-André : Consultation expliquée par le Professeur Teulières.

Au cours de la consultation, les auditeurs seront exercés, individuellement, aux examens ophtalmoscopiques ou de réfraction et à la manipulation des appareils spéciaux (Thorner, Gullstrand, etc.).

Ils feront, sous la direction du chef de laboratoire, les examens biologiques ou microscopiques extemporanés usités en clinique.

Mercredis et samedis, à 9 heures : séance opératoire.

Tous les jours, à 11 heures et à 15 heures, conférences portant sur les grandes questions d'actualité en ophtalmologie ou sur les méthodes les plus modernes de traitement des maladies à complications oculaires fréquentes (syphilis, diabète, cancer). Lorsque les conférences traiteront de la thérapeutique chirurgicale d'une affection par des procédés nouveaux (décollement de la rétine, dérivation des voies lacrymales, extraction du cristallin dans sa capsule), elles seront suivies de démonstrations opératoires sur le malade.

Tous les soirs, à 17 heures : conférences de chirurgie oculaire suivies d'exercices pratiques de médecine opératoire sur le cadavre, au cours desquels tous les auditeurs seront invités à pratiquer eux-mêmes les différentes opérations.

Pendant la durée du cours, il sera donné un enseignement théorique complet de biomicroscopie. Chaque leçon sera suivie d'examens pratiques de l'œil humain au biomicroscope, auxquels seront exercés tous les auditeurs. Un très grand nombre de malades sera convoqué, afin que l'on puisse observer plusieurs cas de toutes les affections que l'on rencontre dans la pratique ophtalmologique.

Un programme du cours sera envoyé sur demande.

Association confraternelle des médecins français. — Mercredi 4 mars, à 9 heures du soir, a eu lieu à l'Hôtel de la Confédération des Syndicats médicaux l'assemblée générale annuelle de l'Association confraternelle des médecins français

Plus de 600 secrétaires étaient présents ou représentés. Le rapport moral et financier, présenté par le Dr P. Barlerin, trésorier, fait connaître la situation très prospère de la société, qui compte actuellement 1.450 adhérents, répartis dans toute la France, et a distribué 200.000 francs de secours aux familles de ses membres décédés au cours de l'année 1930.

D'autre part, le fonds de réserve social atteint 300.000 francs.

Après approbation des comptes, le Dr Le Filliatre, qui présidait la réunion, insiste sur la nécessité pour le médecin de faire acte de prévoyance dès qu'il s'installe, et de s'inscrire à la Confraternelle laquelle, en cas de décès, remet à sa famille un secours de 10.000 francs, secours immédiat et de droit.

L'assemblée réélit son bureau pour 1931 : MM. les Drs Thiroloix, professeur, médecin des hôpitaux, président : Le Filliatre, vice-président ; Grahaud, secrétaire général ; O'Followell, secrétaire adjoint : Barlerin, trésorier ; Tissot, Agasse-Lafont, Bérillon, Tulasne, Peytoureau, membres du Conseil de surveillance.

Pour renseignements, écrire : au Dr Grahaud, 7, rue Labie, Paris (17e) ; au Dr Barlerin, 10, rue de Strasbourg, Paris (10e).

Académie de médecine. — *Enquête sur le B.C.G.* — La Commission du B. C. G. prie instamment les médecins, les sages-femmes et les vétérinaires qui ont pratiqué la vaccination par le B. C. G. de vouloir bien lui faire connaître, *s'ils sont encore inédits*, les faits *favorables* ou *défavorables* à la méthode qu'ils ont observés et demande que ces documents soient aussi complets et explicites que possible.

Prière de les envoyer au secrétariat de l'Académie de médecine, 16, rue Bonaparte, avant le 30 avril.

IIe Congrès international de la lumière (Copenhague, 15-18 août 1932). — Le IIe Congrès international de la lumière aura lieu à Copenhague le 15 au 18 août 1932 sous la présidence du Docteur A. Reyn. Il a pour but l'étude de toutes questions relatives aux recherches biophysiologiques de la lumière et de l'emploi thérapeutique de la lumière.

Tout médecin et physicien peut se faire inscrire comme membre.

Tout renseignement ultérieur concernant le Congrès sera donné par le secrétaire général, le docteur A. Kissmeyer, Finsens Lysinstitut, Strandboulevarden, Copenhague.

Union internationale de protection de l'enfance. — Le 7e Congrès international de l'Union internationale de protection de l'enfance se tiendra en 1932.

Pour tous renseignements s'adresser, 26, boulevard de Vaugirard, Paris (XVe).

Nécrologie. — Dr Paul Bruyère, de Lyon, décédé dans sa 78e année. — Professeur Maurice Mendelssohn, ex-professeur à l'Université de Pétrograd, membre correspondant de l'Académie de médecine. — Dr César Martinez, décédé à l'âge de 69 ans, à Santiago (Chili).

BIBLIOGRAPHIE

Sœur Catherine. Notes biographiques sur la mystique lorraine Catherine Filljung, religieuse dominicaine, fondatrice de l'orphelinat de Biding (1848-1915), par Eugène EBEL. 456 p. E. Ebel, 32, rue Grand-Pont. Rouen.

La vie d'une extatique relatée avec une conscience scrupuleuse par un croyant, sœur Catherine est de celles qu'une existence de sacrifices et de persécutions ne met hors de discussion que bien des années après leur mort. Une œuvre de foi dont la partie documentaire comporte des enseignements pour quiconque et qui fait grand honneur à son auteur.

E. DE M.

La Reine Aliénor, Duchesse d'Aquitaine, par Félix V. MAGNE. Collection des Histoires de France. Un volume in-16 jésus de 206 pages, illustré de 6 planches hors-texte et de vignettes dans le texte. Librairie Firmin-Didot, 56, rue Jacob, Paris. Broché : 25 fr.

Au milieu du Moyen-Age, entre les drames de l'An mille et celui des guerres de religion, une civillisation brillante et enjouée fleurit au Sud de la Loire dans le pays de langue d'oc. Cette civilisation s'est incarnée dans Aliénor, comtesse des Poitevins, duchesse d'Aquitaine, reine de France puis d'Angleterre.

Un destin tour à tour magnifique et misérable ajoute au puissant attrait de cette femme intelligente, cultivée, si énergique qu'on la vit, reine croisée, suivre Louis VII en Palestine, traverser et retraverser le Détroit, ou, déjà septuagénaire, franchir les Alpes, guerroyer, lutter jusqu'au dernier jour pour défendre les droits de ses fils.

Tempérament ardent, épouse infidèle disent certains, le problème a suscité de nombreuses controverses. L'auteur s'est appliqué en remontant aux sources à percer le « mystère des nuits d'Antioche » et à retracer en toute impartialité la vie dramatique d'une famille royale.

Autour de Louis VII, des premiers Plantagenêts, que domine, semi-légendaire, la figure du fils préféré d'Aliénor, Richard Cœur-de-Lion, renaissent les mœurs, la psychologie profonde d'une époque trop peu connue et de ces chevaliers soldats et poètes dont le Midi a gardé le vivant souvenir.

Encyclopédie par l'Image : Le XVIIIe siècle. Un vol. in-8°, avec 14 illustrations, papier de luxe, couverture en couleurs, broché : 5 fr. Librairie Hachette.

Il suffit de prononcer le nom du XVIIIe siècle pour évoquer les idées d'élégance, de raffinement et de beauté. L'exposition qui a été organisée au printemps de 1928 au Musée Carnavalet, nous a donné la joie d'en admirer quelques-unes des expressions les plus gracieuses.

On les retrouvera avec bien d'autres dans le fascicule, si magnifiquement illustré et d'une lecture si attachante, que l' « Encyclopédie par l'Image » consacre au XVIIIe siècle, siècle de la grâce, de la beauté, et aussi de la liberté. N'a-t-il pas vu éclore toutes les idées qui ont inspiré les penseurs et les réformateurs du XIXe et dont le XXe continue à vivre ?

Fouché, par Stefan ZWEIG. 1 vol. Prix : 20 fr. Grasset, éditeur, 61, rue des Saint Pères, Paris.

Que l'auteur de tant de biographies passionnées, le peintre admirable de Balzac, de Rodin, de Dostoïevski, de Dickens, de Nietzsche, ait arrêté son pinceau sur un tel modèle, il s'en explique dans une lettre à Bernard Grasset : « On ne peut pas toujours écrire la vie des héros, il y en a si peu dans notre monde ; et il sera, j'espère, divertissant de lire la vie d'un homme trop humain. Je crois que le public fera attention à ce superbe tricheur ».

TRAVAUX ORIGINAUX

Production d'acide oxalique par le tænia

Par M. LOEPER et J. TONNET

La production d'acide oxalique est fréquente dans les cultures microbiennes. Schittenhelm l'a constatée avec le bactérium coli, de Sandro avec un bacille dénommé par lui B. diabéticus.

Elle est quasi-constante dans les cultures d'aspergillus Raulin), dans celles du mucor Rouxii (Calmette). Elle est signalée aussi depuis longtemps par Zopf dans les cultures de certains champignons et je l'ai vue moi-même dans les cultures d'une levure Rose que j'ai étudiée avec M. Brault.

L'acide oxalique naît de tous les aliments riches en carbone, mais il naît en majeure partie des hydrocarbonés, tantôt du sucre que contient le milieu de culture, tantôt des matériaux sucrés même qui constituent le protoplasma des levures ou les spores des champignons.

Ces matériaux, chez les unes et les autres, sont surtout du glycogène.

Les parasites supérieurs n'échappent pas à cette règle et le tænia, comme la levure et le champignon, fait de l'acide oxalique avec son propre glycogène.

Nous avons, en 1900, avec Brault, montré la richesse extrême du tænia en glycogène, richesse qui atteint jusqu'à 1 pour 100 de substance fraîche (1). Ce glycogène disparaît presque entièrement par autolyse et se transforme en un sucre réducteur que l'on retrouve dans le tissu du parasite et dans le liquide qui le baigne.

Tandis que se fait cette transformation, l'acide oxalique apparaît. Et la proportion en est élevée.

Nous avons mis, pendant 24 heures, à l'étuve, un tænia soigneusement lavé et nous avons pratiqué nos dosages avant l'étuve et 24 heures après.

L'acide oxalique augmente en même temps que le glycogène disparaît et que le glycose s'accroît.

Voici les chiffres obtenus :

	Acide oxalique	*Glucose*
	pour 1.000 de tissu frais	
Tænia avant l'étuve.....	0,48	3
24 heures après	1,86	6,44

Cet acide oxalique se combine très rapidement au calcium qui est si abondant (1,3 % de tissu frais) dans le tissu du parasite, et l'examen microscopique permet souvent de reconnaître les cristaux d'oxalate de chaux.

Ces constatations sont doublement intéressantes.

Elles montrent que les tissus animaux peuvent produire de l'acide oxalique aux dépens même du glycogène qu'ils contiennent et qu'un porteur de tænia peut faire de l'oxalorrhée par autolyse même de son tænia.

(1) A. BRAULT et M. LOEPER. — *Journal de physiologie et de pathologie générales*, mai 1904.

Hematocolpos. — Jules GIRAUD (*Marseille médical*, 1930, p. 695) a rapporté l'observation d'une fillette non réglée chez qui on fit le diagnostic d'occlusion intestinale. Envies de pousser. Le toucher rectal montre une tumeur prérectale : l'anus est distendu, la vulve élargie. On constate une imperforation hyménéale. Incision : une litre de sang. Pas d'hématométrie.

H. V.

La formation d'acide oxalique dans certains tissus glycogènes

Par M. LOEPER, R. DEGOS et J. TONNET

La production de l'acide oxalique par le glycogène du tænia remet en question l'origine de l'acide oxalique dans l'organisme animal.

Beaucoup d'auteurs l'attribuent à des transformations de l'acide urique après les étapes successives de l'alxane, de l'acide parabanique et de l'acide oxalurique. Cette filiation est possible, l'acide oxalique pouvant naître de toute substance qui contient du carbone. Mais elle n'est pas la seule. L'acide oxalique a été appelé acide saccharin ; c'est à partir du saccharose qu'on le prépare au Laboratoire. Il nous paraît donc très probable qu'il se forme dans les tissus animaux aux dépens des hydrates de carbone et particulièrement du glycogène.

Le foie étant l'organe le plus riche en glycogène, nous l'avons étudié tout d'abord.

Nous avons dosé l'acide oxalique du foie de deux lapins, dès la mort de l'animal. Puis, aussi aseptiquement que possible, nous avons mis ces foies à l'étuve et nous avons fait notre dosage environ 24 h. après.

Nous avons obtenu les chiffres suivants :

		Glucose	*Acide Oxalique*	
		% de tissu frais		
1er foie	avant	1,28	0,08	
	après étuve	2,21	0,13	+ 40 %
2e foie	avant	0,86	0,07	
	après	2,38	0,098	+ 29 %

L'acide oxalique existe donc dans le foie du lapin, sa proportion s'accroît au fur et à mesure de la production du sucre.

Elle est certainement due à la destruction du glycogène.

Le pouvoir oxaloformateur n'appartient pas qu'au foie, mais aussi à d'autres tissus glycogénés, comme le tissu musculaire.

Pour le démontrer, nous avons pris du cœur frais de veau et nous avons dosé encore l'acide oxalique avant l'étuve et 24 heures après.

Avant l'étuve, le cœur donne 0,037 % de tissu frais ; après l'étuve, 0,057.

Soit une augmentation de 40 %.

Ici encore, la formation de l'acide oxalique va de pair avec la destruction du glycogène que met en évidence l'examen microscopique.

Il s'agit bien d'un processus fermentaire et autolytique car l'ensemencement du matériel animal a tendance à diminuer l'acide oxalique plutôt qu'à l'accroître.

Les conditions expérimentales que nous avons réalisées ont quelque analogie avec les conditions de vie ralentie que réalise parfois la pathologie humaine.

L'acide oxalique nous apparaît donc comme le produit anormal de la transformation de certains glucides et spécialement du glycogène, dans des états de ralentissement nutritif.

Il peut être source de réactions toxiques et de précipitations tant dans l'organe où il naît que dans l'organisme où il peut se répandre.

Le rôle du terrain en dermatologie (*suite*) [1]

II

Conditions favorisant l'apparition de la réaction cutanée morbide, pathologique, inflammatoire, c'est-à-dire de l'inflammation.

Par A. DESAUX

Une *excitation légère inoffensive* pour la *plupart* des hommes agit sur un tégument « *prédisposé à réagir morbidement* » (L. Brocq) « *intolérant* » (Darier et Tzanck) et provoque l'apparition d'une réaction cutanée inflammatoire, d'une inflammation cutanée.

Si l'on veut expliquer la « prédisposition morbide » de L. Brocq ou « intolérance » de Darier et Tzanck, on est actuellement réduit à émettre des hypothèses.

a) On peut penser qu'une excitation *légère* et *réputée inoffensive* est capable de déterminer l'apparition d'altérations structurales et objectives caractérisant la dermatose, si elle agit sur des *cellules tégumentaires dont la réactivité* ou *sensibilité* ou *irritabilité est exagérée.*

Ce sont là des faits d'inflammation cutanée liés à l'état *d'hypersensibilité cellulaire.*

Fréquemment cette hypersensibilité ne se manifeste qu'en présence d'un agent bien déterminé ; elle est élective, *spécifique* et de nature *allergique.*

Plus rarement *non spécifique*, elle est en relation avec une altération de la composition sanguine ou avec un déséquilibre neuro-endocrino-végétatif.

b) Dans d'autres cas, il apparaît que l'excitation *légère* et *réputée inoffensive* agit sur des *cellules de sensibilité normale,* qui réagissent proportionnellement à l'excitation, *mais la réaction cutanée se développe à travers un système d'échanges fonctionnant anormalement ou irrégulièrement.*

Malgré la faiblesse de l'excitation, malgré le peu d'importance de la réaction cellulaire proportionnelle à l'irritation :

Le système d'échanges ne suffit pas à la tâche qui lui est imposée et n'assure ni le ravitaillement des cellules engagées dans la réaction ni l'évacuation des déchets ;

La triple réaction des vaisseaux dermiques est intense et revêt un caractère inflammatoire.

* * *

J'envisagerai ailleurs l'*allergie cutanée*, état de *sursensibilité élective, spécifique des cellules cutanées.*

L'état de sursensibilité cellulaire non spécifique

A côté de l'allergie cutanée (état de sursensibilité cellulaire spécifique) étayée sur une riche et solide experimentation, la sursensibilité cellulaire non élective, dont on commence l'étude, fait figure de parente pauvre. Elle existe cependant.

En l'*absence de tout état allergique*, une excitation de nature *quelconque*, d'intensité faible, et *réputée inoffensive*, agissant sur des cellules cutanées dont la réactivité (ou irritabilité ou sensibilité) est exagérée vis-à-vis de *toute* irritation, détermine l'apparition d'une réaction protoplasmique *violente* : une énorme quantité de déchets cellulaires est évacuée dans le système lacunaire épidermo-dermique.

En conséquence, outre le *prurit* (dont l'apparition est probablement liée à une variation du pH tissulaire) :

(1) A. Desaux. — « Conception de la réaction cutanée. » *Progrès Médical* n° 23, 7 juin 1930 — « Hypothèses concernant les principales réactions inflammatoires simples de la plaie normale » *Progrès Médical* n° 28 12 juillet 1930 — « Le rôle du terrain en dermatologie. La réceptivité morbide » *Progrès Médical,* n° 7, 14 février 1931.

a) *Déclenchement d'une triple réaction vasculaire important, cliniquement appréciable, inflammatoire* : congestion dermique (*érythème*), *œdème dermique.*

On connaît le phénomène de « la raie dite vaso-motrice ». On trace sur la peau un trait *modérément appuyé* à l'aide de la pointe d'une épingle faisant un angle de 60° sur le tégument. Normalement, on détermine une raie d'abord blanche de la largeur de la pointe traçante ; cette raie devient rouge, bordée de deux bandes blanches ; enfin, les deux bords de la raie rouge se dilatent en dents de scie rose dans les deux bandes blanches dont les limites s'effacent, puis tout disparaît (Laignel-Lavastine).

C'est là un phénomène vaso-moteur pur, lié à l'action directe de la pointe d'épingle sur le système vasculo-nerveux dermique, l'excitation légère des cellules cutanées normales ne donnant lieu à aucune manifestation clinique appréciable.

La réaction produite par l'*éraillement douloureux* (traumatisme) du tégument est plus complexe : raie rouge ou rose qui, progressivement, s'élargit, « présente des contours très flous et irréguliers avec apparition de stries, de taches, de placards correspondant à l'arborisation des territoires artériolaires » (Layani). Qui ne reconnaît là, la réaction capillaire et artériolaire de Lewis déclenchée par la souffrance des cellules cutanées traumatisées ? Les cellules irritées évacuent, d'après Lewis, une substance H (pour moi complexe acide) qui agit sur les petits vaisseaux.

Dans le cas où la *réactivité cellulaire est exagérée*, le trait modérément appuyé, qui produit normalement la raie vasomotrice, détermine, comme l'éraillement douloureux, une réaction cellulaire vive : une raie rouge précoce, accentuée, durable. Parfois à la congestion se joint l'œdème dermique cliniquement appréciable : raie rouge, saillante, urticarienne (dermographisme saillant).

b *Les exigences nutritives des cellules réagissantes et l'abondance des déchets cellulaires* (en grande majorité acides *peuvent être telles que le système d'échanges, quoique normal, ne suffit pas à la tache qui lui est imposée* et n'assure qu'incomplètement le ravitaillement des cellules et l'évacuation des déchets : comme d'habitude, l'insuffisance des apports nutritifs aboutit à la viciation du métabolisme cellulaire normal et la mauvaise évacuation des déchets à l'acidose du système lacunaire et à l'imbibition du tissu cutané.

C'est ainsi que peuvent se développer des lésions de *parakératose avec squames*, d'*œdème épidermique* (avec spongiose et vésiculation) ou *dermique.*

c) On conçoit d'ailleurs qu'il est possible de voir apparaître, pour peu que l'excitation persiste, l'*hyperacanthose* et la *pigmentation.*

Hypothèses concernant les causes de sursensibilité (exagération de la réactivité ou de l'irritabilité) cellulaire cutanée non spécifique.

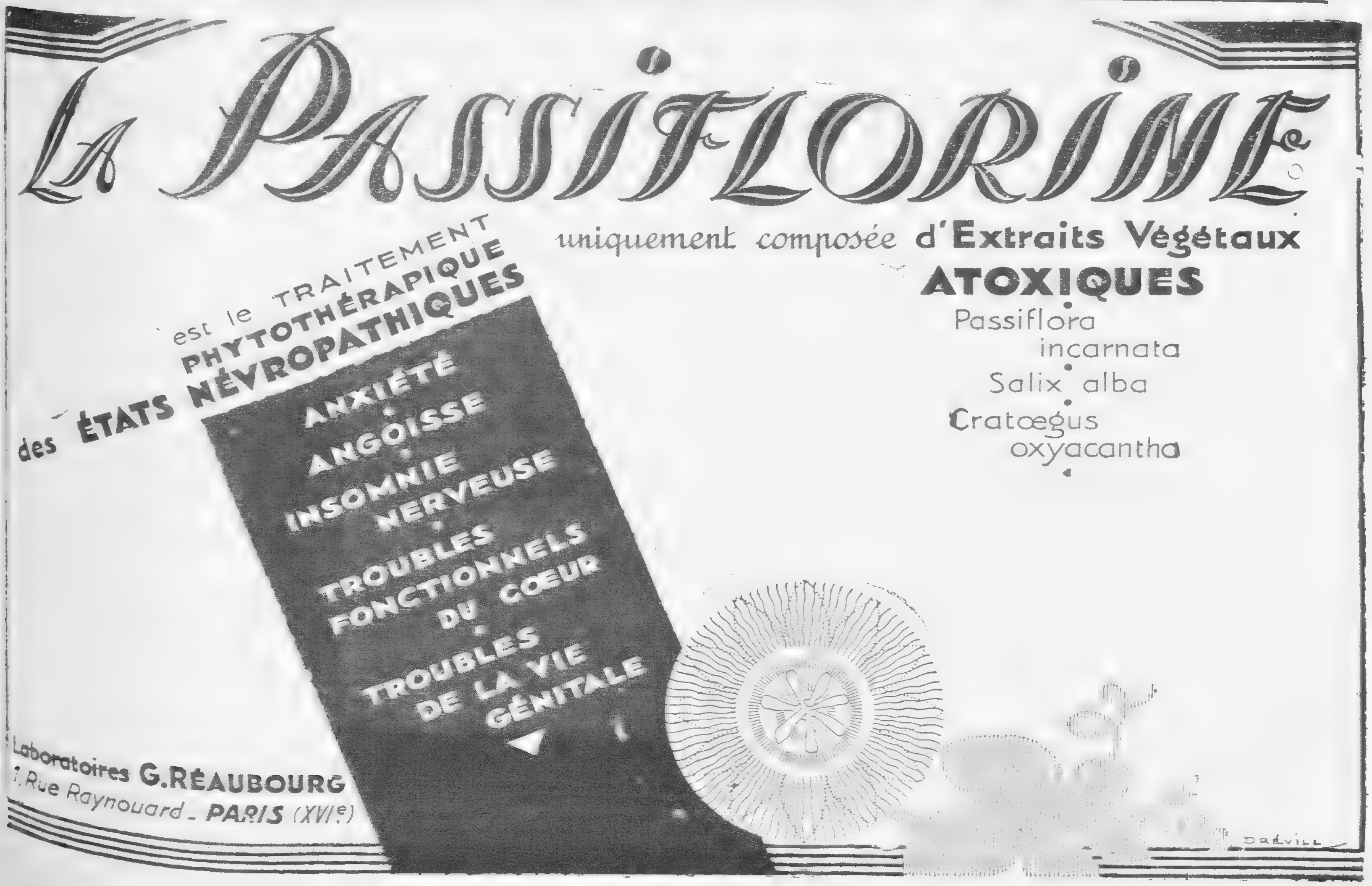
La cellule cutanée réagit à l'excitation avec ses constituants chimiques et sa structure colloïdale.

Tout facteur capable de rompre, au sein du protoplasme, *les équilibres exprimés par les constantes biochimiques cellulaires et toute cause susceptible de faire varier la structure colloïdale du gel protoplasmique, entraînent vraisemblablement une modification de la réactivité* (irritabilité ou sensibilité) *de la cellule cutanée.*

J'ai signalé, à propos de la chimie biologique cutanée, l'importance des constantes biochimiques cellulaires qui règlent la vie normale du protoplasme : pour fonctionner *normalement*, pour réagir *proportionnellement* à l'excitation reçue, la cellule doit, semble-t-il, renfermer une proportion définie d'ions minéraux, de corps autoxydables, d'ions H libres, de lipoïdes, de cholestérol, probablement de nucléo-protéides, de pigments, de corps métabolisables, etc... ; cette proportion, au cours des différents actes cellulaires de la vie normale, varie dans une marge très étroite, au delà ou en deçà de laquelle surviennent des désordres.

On peut admettre que la prédominance d'ions K intracellulaire, la présence au sein du protoplasme d'une « cer-


IODAMÉLIS
Le spécifique
CARDIO-VASCULAIRE TOTAL
chez les
ARTÉRIO-SCLÉREUX
Uricémiques
Hypervisqueux
chez les
HYPERTENDUS VEINEUX
Cyanotiques
Variqueux
IODAMÉLIS
Iodo-Iodure de Potassium et Hamamelidine
Doses
25 gouttes
aux deux principaux repas.
3 semaines par mois.
LABORATOIRES J. LOGEAIS - BOULOGNE-SUR-SEINE PRÈS PARIS


LA PASSIFLORINE
uniquement composée d'Extraits Végétaux
ATOXIQUES
Passiflora incarnata
Salix alba
Cratœgus oxyacantha
est le TRAITEMENT
PHYTOTHÉRAPIQUE
des ÉTATS NÉVROPATHIQUES
ANXIÉTÉ
ANGOISSE
INSOMNIE NERVEUSE
TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR
TROUBLES DE LA VIE GÉNITALE
Laboratoires G. RÉAUBOURG
7, Rue Raynouard - PARIS (XVIe)

taine » abondance de corps autoxydables (glutathion par exemple), de diastases (1), de lipoïdes, de cholestérol, de nucléo-protéides, de pigments, de corps métabolisables, etc., exercent une action *bio-cellulo-tropique* (si on étend la terminologie proposée par Milian) sur la cellule, exaltent sa vitalité et sa réactivité.

Les mêmes éléments, qui, à une concentration déterminée et plus forte que normalement, sont bio-cellulo-tropes, réduisent, selon toute vraisemblance, s'ils sont trop abondants, la vitalité et la réactivité de la cellule qu'ils encombrent : ils deviennent alors nécro-cellulo-tropes.

Suivant cette hypothèse, la pauvreté de la cellule en éléments bio-cellulo-tropes, sa richesse en ions calciques, etc., entraineraient la diminution de la réactivité du protoplasme du pouvoir de défense.

A vrai dire, les analyses micro-chimiques portant sur les fragments de peau malade sont assez rares et l'hypothèse exposée ci-dessus n'est pas étayée sur des résultats irréfutables, d'autant plus que le fait de trouver en abondance dans l'épiderme et dans le derme une substance quelconque ne prouve pas que cette substance ait joué un rôle actif dans la pathogénie de la maladie cutanée.

Il faut cependant tenir compte de certains faits expérimentaux et, en particulier des remarquables recherches de Klauder et Brown (*Arch. of Derm. and Syph.*, janvier 1929, « Etudes expérimentales sur l'eczéma »). Ces auteurs ont établi que l'irritabilité cutanée des animaux est proportionnelle au taux du potassium et inversement proportionnelle à celui du calcium, contenus dans la peau, Ca, Mg, Na et K réglant l'activité cellulaire.

D'autres expériences semblent prouver que l'excitabilité cutanée varie avec la composition ionique du tissu tégumentaire et que cette composition elle-même se modifie sous l'influence de l'alimentation, de la teneur sanguine, d'un déséquilibre vagosympathique.

A) Bien qu'on ne puisse pas conclure de la composition sanguine à celle d'un tissu, à celle du tégument (2), il apparaît cependant que des *altérations de la composition sanguine*, coïncident avec des modifications de la réactivité de la cellule cutanée ; peut-être les entraînent-elles en déterminant au sein du protoplasme la rupture des équilibres exprimés par les constantes biochimiques cellulaires.

a) Alcalose sanguine. — Divers auteurs ont constaté l'existence d'une alcalose sanguine manifeste dans de nombreuses maladies cutanées, et, qui plus est, un parallélisme entre l'évolution de la dermatose et celle de la réaction sanguine (3).

Spillmann, Drouet, Vérain ont étudié l'équilibre acido-basique du sang de malades atteints de dermatoses variées : eczéma, urticaire, prurigo, érythrodermies, lichen plan, psoriasis. Dans tous les cas, trouble de l'équilibre acido-basique. Il y a tantôt acidose simple, tantôt alcalose et le déséquilibre est rarement accentué.

Conséquences pratiques : chez un malade eczémateux, les lésions s'accentuèrent sous l'influence d'un traitement alcalin (eau alcaline, régime sévère, hyposulfite de soude *per os*) : or, le malade présentait un déséquilibre en alcalose et seule la médication acide (phosoforme) fit disparaître les lésions en quatre jours. Chez un malade atteint de prurigo, le bromure de sodium (acidifiant) échoua totalement ; le malade étant en acidose, le bicarbonate (alcalinisant) le guérit rapidement.

L'acidose et l'alcalose peuvent se rencontrer indifféremment dans chacune des dermatoses étudiées. « Il n'y a donc pas de constante humorale pour chaque cas », disent Spillmann, Drouet et Vérain.

Cette constatation s'explique, si on admet les diverses hypothèses que j'ai exposées.

Exemple : la spongiose avec vésiculation de l'eczéma peut coexister avec l'alcalose sanguine qui entraîne la surréactivité cellulaire : une excitation faible déclenche une réaction cellulaire violente et réalise l'encombrement acide du système lacunaire épidermique, c'est-à-dire l'œdème.

La spongiose avec vésiculation de l'eczéma peut coexister avec l'acidose sanguine : une excitation faible déclenche une réaction cellulaire faible proportionnelle, mais cependant réalise l'encombrement acide du système lacunaire épidermique et l'œdème, parce que la réserve d'alcali sanguine ne suffit pas à neutraliser les déchets cellulaires, bien que leur quantité soit minime.

Il est probable qu'on peut trouver un trouble de l'équilibre acide base dans le sens de l'alcalose, associé à un abaissement du taux du calcium ionisé ou actif, dans le sang de certains malades dont la dermatose, liée à une sursensibilité cellulaire, est irritable (1).

Ce double trouble humoral se rencontre, du reste, au cours de la tétanie et de certaines maladies convulsivantes dont les crises sont déclenchées par l'action d'une excitation agissant sur des cellules neuro-musculaires dont la réactivité est exagérée.

Je n'insisterai pas sur les causes de l'alcalose sanguine ; je renvoie au dernier article de Goiffon (2). Retenons que l'alcalose peut résulter :

De l'introduction dans l'organisme d'un excès de bases (alcalose par hyperalcalinité) ; il est donc possible d'aggraver une dermatose en relation avec l'alcalose par un régime végétarien mal compris ou par une médication alcalinisante intempestive ;

b) D'une élimination exagérée d'acides (vomissements acides, perte de CO^2 par ventilation pulmonaire excessive) ;

D'une insuffisance de l'élimination des bases par les émonctoires naturels. Goiffon a montré le rôle actif de l'émonctoire intestinal dans l'élimination des bases ; « avec une alimentation normalement riche en bases, une diminution de l'excrétion digestive des alcalins les laisse dans le sang qui, par le fait même devient trop alcalin ; ces bases prennent alors la voie rénale. » A son avis, « la pathogénie d'une alcalose que l'abondance des alcalins ingérés n'explique pas doit être recherchée dans l'insuffisance de l'émonctoire digestif. » C'est là une notion de première importance qui éclaire l'étiologie de certaines dermatoses irritables des constipés.

A Goiffon revient également le mérite d'avoir pu établir de l'alcalose « un diagnostic assez nuancé par une méthode spéciale d'analyse d'urine » (3).

b Haute teneur du sang en *soufre*, en *cholestérol*, en *acide urique*, en *glucose*.

Les travaux de Loeper et ses collaborateurs ont précisé le métabolisme du *soufre* : les modifications de la thiémie (4), pourraient retentir sur la peau : en particulier, l'augmentation du soufre sanguin coïncide avec l'accumulation du soufre dans le tégument, avec la pigmentation.

On entend par « cholestérinie » ou « cholestérolie », le poids en grammes de *cholestérine* ou *cholestérol* contenu dans un kilogramme de productions cutanées (squames, croûtes, sérosité, etc...) ; la normale est voisine de 12 grammes. Y a-t-il une

(1) « Certaines dermatoses ne seraient-elles pas les manifestations d'un déséquilibre des réactions diastasiques cutanées, provoqué par un excès ou un déficit de l'un de ces puissants catalyseurs ». (De Saint-[illegible].)

(2) « Le sang n'est pas le reflet constant des troubles dont les tissus sont le siège..... Si un prélèvement sanguin représente incontestablement une biopsie, celle-ci n'est que la biopsie d'un tissu particulier, et il est plus que hasardeux de vouloir conclure de son état à celui des autres tissus. » (M. P. Weill et Ch.-E. Guillaumin.)

Cependant Kaplanski a montré que, chez le lapin (dont le pH est [illegible] moins constant que celui de l'homme), l'alimentation acide entraîne d'abord un abaissement du pH du sang, puis une acidification cutanée plus tardive et moins profonde que celle du milieu circulant sanguin. Krœtz constate que la composition ionique de la peau varie sous l'influence d'une alimentation acide ou basique.

(3) « L'équilibre acido-basique en dermatologie ». (Spillmann, Drouet, Vérain. *Ann. de derm. et de syph.*, décembre 1929.)

(1) Watrin signale que la médication *acidifiante* amène un résultat beaucoup plus durable dans les dermatoses *irritables*.

(2) R. Goiffon. — Alcalose et diathèse alcaline. (*Presse médicale*, 1er septembre 1928 et 1er décembre 1928.)

(3) R. Goiffon. — La mesure de l'équilibre acide-base et de ses variations par l'analyse d'urine. (*Gaz. méd. de France*, 15 mai 1929.)

(4) Sézary et Mlle Leblanc. — « Thiémie dans certaines dermatoses ». (Soc. derm., 1927.)

relation entre la cholestérolémie et la cholestérolie ? Lacroix (*Bulletin Soc. franç. de derm.*, 1926) conclue, à propos du psoriasis, que pour des cholestérolies élevées (dépassant 15 grammes par kilogramme de squames), il y a un rapport net entre le métabolisme du cholestérol et la dermatose.

Il est très fréquent de rencontrer dans le sang des malades atteints d'affection cutanée irritable et généralisée un excès de *cholestérol*, d'*acide urique* ou d'*urée*.

L. Brocq insistait, dans son enseignement, sur la fluxion cutanée de l'arthritique et du goutteux ; à une irritation minime (autour d'une petite infection par exemple) le tégument réagit avec une extrême violence et une grande rapidité, la congestion et l'œdème sont très marqués ; c'est un feu de paille ; l'inflammation dure peu et disparaît rapidement ; elle récidive facilement.

La question de l'*hyperglycémie*, en dermatologie, a donné lieu à de nombreux travaux.

On connaît les diabétides.

La glycémie peut exister, même avec l'absence de glycosurie, au cours des maladies cutanées, infections folliculaires, psoriasis, eczémas aigus en voie de généralisation (Hudelo), prurits, etc. (1). Toutefois, elle n'est pas très fréquente.

Il semble que l'hyperglycémie puisse s'accompagner d'une augmentation du glucose cutané. Dans certains cas de diabète provoqué, on a signalé la haute teneur de la peau en glucose.

Il est fort possible que le glucose, comme le soufre, le cholestérol, l'acide urique, etc., exalte la vitalité, la réactivité cellulaire, lorsqu'il s'accumule dans le protoplasme sans toutefois dépasser une concentration déterminée.

S'il devient trop abondant, il encombre la cellule dont il diminue la vitalité, la réactivité et le pouvoir de défense : la peau du diabétique est un tissu sucré dont la réactivité et la défense sont diminuées ; sur lui cultivent aisément microbes et parasites qui souvent réalisent des lésions nécrotiques sans inflammation.

B. Selon toute vraisemblance, *les troubles neuro-endocrino-végétatifs* retentissent sur la réactivité de la cellule cutanée parce qu'ils font varier la composition ionique de la peau (rupture des équilibres exprimés par les constantes cellulaires).

Klauder et Brown ont montré que tout déséquilibre du système vago-sympathique entraîne une rupture de l'équilibre $\frac{K}{Ca}$ dans les tissus : *l'excitation du sympathique réduit l'irritabilité cutanée et augmente le taux du calcium dans la peau* cependant que, *par excitation du vague, l'irritabilité du tégument grandit parallèlement au rapport* $\frac{K}{Ca}$. Il semble que les substances qui exercent une influence sur le système vago-sympathique *font varier la réactivité cutanée en modifiant l'équilibre* $\frac{K}{Ca}$ *du tégument.*

L'influence sur la peau du dysfonctionnement de quelques glandes endocrines (parathyroïdes, cortico-surrénale, thymus, etc.), qui peut-être interviennent dans le maintien de certaines constantes biochimiques cutanées (2), paraît éloignée et indirecte. Plus précise est l'influence des troubles de sécrétions internes vagotonisantes ou sympathicotonisantes.

Insuffisance de fonctionnement du système d'échanges

L'excitation, de faible intensité, réputée inoffensive agit sur des cellules de réactivité normale.

Malgré la faiblesse de l'excitation, malgré le peu d'importance de la réaction cellulaire proportionnelle à l'irritation, le système d'échanges ne suffit pas à la tâche qui lui est imposée et n'assure ni le ravitaillement des cellules engagées dans la réaction ni l'évacuation des déchets cellulaires.

Comme d'habitude, l'insuffisance des apports nutritifs aboutit à la viciation du métabolisme cellulaire normal, la mauvaise évacuation à l'acidose du système lacunaire et à l'œdème.

Aussi voit-on, au niveau de la zone cutanée dont le système d'échanges est insuffisant, et à l'occasion des multiples petites excitations de la vie quotidienne d'ordinaire inoffensives, se développer :

1° Des lésions de *parakératose avec squames* ;

2° De l'*œdème épidermique avec spongiose, vésiculation* et même *bulles* à la formation desquelles prédispose l'altération du système des tonifibrilles intercellulaires ;

3° De l'*œdème dermique* ; de la *dégénérescence graisseuse du derme* ;

4° L'*arrêt de croissance du tissu*, l'*amincissement de l'épiderme et du derme*, voire même la *nécrose* avec *ulcération*.

Suivant ces hypothèses, l'œdème cutané épidermique ou dermique, résultat de l'acidose non compensée du système lacunaire cutané, peut-être.

Ou réalisé au cours de l'alcalose protoplasmique qui, exaltant la réactivité cellulaire, provoque à la moindre excitation la formation d'abondants déchets en grande majorité acides.

Ou déterminé par le mauvais fonctionnement du système d'échanges, incapable d'assurer l'évacuation et la neutralisation d'une petite quantité de déchets acides élaborés par les cellules de réactivité normale qui réagissent faiblement et proportionnellement à une irritation légère.

Hypothèses concernant les causes de l'insuffisance du système d'échanges.

A) Normalement, une partie de l'acide carbonique, évacué par les cellules épidermiques engagées dans la réaction, s'échappe à l'extérieur en traversant les couches superficielles cornées et précornées. L'altération de ces assises ou l'application sur la surface cutanée d'un corps, d'un dispositif imperméable (emplâtre) peut prédisposer à l'inflammation du tégument.

B. — *Les substances nutritives et les déchets cellulaires diffusent à travers un système lacunaire dermo-épidermique anormalement constitué.*

L'épiderme et le derme n'ont point leur structure normale (altérations diverses ; présence d'infiltrats inflammatoires, d'infiltrats de réserve, sclérose, etc.).

Le colloïde interstitiel, intercellulaire (substance fondamentale conjonctive, lymphe interstitielle épidermique) n'a pas sa composition normale : variation du rapport $\frac{Na}{Ca}$ (1).

C. — *La rigidité, l'immobilité, l'imperméabilité de la paroi du capillaire dermique, s'opposent aux échanges.*

« La perméabilité dépend de la viscosité plus ou moins grande du protoplasme endothélial. Les ions calciques, qui augmentent la rigidité protoplasmique diminuent la perméabilité de la paroi. » (Policard). Altération de la structure du vaisseau, capillarite d'origine toxique, exogène, endogène (rôle de l'insuffisance hépatique), d'origine infectieuse (rôle de la syphilis).

---

(1) Hudelo. « Faut-il interdire le sucre dans l'eczéma ? » (Clinique et Laboratoire). — Lévy-Frankel et Brétillon. « La glycémie dans les dermatoses. (*Journal de méd. de Paris*, 1926). Dans ces deux travaux, on trouvera la bibliographie complète. — Terris et Markianaos (service du prof. Jeanselme), dans *Paris médical*, 1927. — Albero Devoto. « Recherches sur la glycémie dans quelques dermatoses » (*Giornale italiano di Dermatologia et Sifilologia*, décembre 1929) ; abondante bibliographie, recherches sur 400 sujets.

(2) Exemple : Les parathyroïdes agissent sur le métabolisme calcique « *en contrôlant l'équilibre entre le sang et les tissus*, ou *l'équilibre entre les différentes formes avec lesquelles le calcium est combiné* ». (M. P. Weill et Ch.-O. Guillaumin). Les troubles de ces glandes retentissent-ils sur la composition ionique de la peau ?

(1) T. Scommazzoni. — « Etude sur le métabolisme du chlore dans les affections bulleuses et dans quelques autres affections cutanées » (*Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, Décembre 1929). Dosage [illegible] dans la peau, le sang, les bulles provoquées ou spontanées et dans l'urine au cours de huit de cas de pemphigus vrai ou foliacé ou de maladie de Duhring. Au moment des phases aiguës, l'auteur a constaté une hypochlorurie plus accentuée et, en général, l'élévation du taux de Cl cutané. La rétention de Cl ne représenterait qu'une tentative de l'organisme pour s'opposer à la destruction des substances protéiques. Aussi les altérations du métabolisme chlorosodique se rencontrent-elles au cours d'autres affections cutanées et particulièrement de celles qui sont très [illegible]


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS

D. — *Imperfection et réduction des échanges résultant de la diminution du débit sanguin dans l'anse capillaire dermique.*

Par blocage de la voie artérielle d'arrivée : oblitération ou réduction du calibre artériolaire d'ordre mécanique (embolie, thrombose par artériolite toxique ou infectieuse) ; blocage spasmodique réalisé par l'impulsion vaso-constrictive (hypertonie du sympathique local).

Par arrêt ou gêne de la circulation veineuse du retour : hypotonie du sympathique local, insuffisance des sécrétions endocriniennes vaso-constrictives, déterminant une diminution du tonus veinulaire et probablement artériolulaire (cyanose) ; insuffisance du réseau veineux profond (varices des gros collecteurs profonds, réalisation du terrain cutané variqueux qui est complexe).

La régularité du débit sanguin est une condition indispensable au maintien du caractère endothélial du revêtement capillaire et tout arrêt durable de la circulation provoque des désordres, des altérations structurales du capillaire qui peuvent aller jusqu'à la régression par prolifération endothéliale : c'est là une notion fondamentale qu'on devra toujours avoir à l'esprit, en présence d'un trouble circulatoire durable.

Importance du rôle des variations du tonus du sympathique local dans les modifications du débit sanguin des vaisseaux dermiques. Causes des variations du tonus du sympathique cutané local.

On peut considérer le corps humain comme composé de segments métamériques.

Suivant les travaux de Ross et Head, dans chaque métamère, à un segment axial nerveux (neuromère), spinal, ou sympathique, correspondent un territoire musculaire (myomère), un territoire viscéral (splanchnomère) et une zone cutanée (dermatomère).

a. — Le neuromère sympathique représenté par le centre axial peut :

Subir les variations des sécrétions endocriniennes chargées de maintenir son tonus ;

Etre lésé (la lésion entraînant l'apparition de troubles de la vie neuro-végétative à topographie métamérique) ;

Recevoir des appels sensitifs émanant du splanchnomère, du myomère, du dermatomère et répondre par un réflexe localisé d'abord dans la métamère, mais qui peut diffuser dans les metamères voisins, grâce aux connexions existant entre les centres axiaux (1).

Grâce aux connexions, les excitations des autres centres axiaux sont transmises au neuromère sympathique, comme lui parviennent celles issues des centres psycho-directeurs encéphaliques qui dirigent le conscient et l'inconscient.

D'après nombre d'auteurs, quel que soit l'appel, le réflexe du centre axial est normalement (2) un réflexe vaso-constricteur diminuant le débit sanguin cutané. Si cette vaso-constriction à quelque durée, elle peut déterminer des altérations structurales : le phénomène est fixé.

Ainsi, s'expliquent les *phénomènes de sympathie*, le retentissement d'une émotion, d'une souffrance viscérale ou musculaire sur la peau ; « au point de vue pathologique comme au point de vue affectif, la sympathie exprime le partage de la souffrance » (A. Thomas).

Etant donnée l'existence de la métamérie, on a pu supposer que la souffrance du splanchnomère se réfléchissait dans le dermatomère correspondant ; le plus souvent le réflexe diffuse.

b. — Des lésions du tronc sympathique (issu du centre axial) ou des altérations des ramifications cutanées de ce tronc peuvent exister (la topographie des troubles neuro-végétatifs est alors soit tronculaire, soit celle des ramifications). Je n'insisterai pas sur les effets de la destruction des fibres sympathiques. Plus intéressante est leur sensibilisation ; intervention des *phénomènes de répercussivité*, grâce auxquels se répercutent d'une façon excessive, sur un territoire cutané dont les fibres sympathiques sont sensibilisées, une ou quelques-unes des fluctuations physiologiques se produisant à distance dans un organe ou dans un segment cutané apparemment sains. (« Phénomènes de répercussivité » A. Thomas).

Ces troubles de l'appareil nerveux cutané local ont une importance considérable sur l'apparition, l'extension, la propagation (de proche en proche, par points distants les uns des autres, symétriquement dans le même métamère, dans les métamères voisins, etc.), sur l'ampleur, la durée, la disparition, la récidive, etc., de la dermatose (1).

E. — *Insuffisance de la réserve alcaline.* — Nombre d'auteurs signalent l'insuffisance, la diminution de la réserve alcaline sanguine au cours des dermatoses : Cerchiai (Clinique du prof. Mibelli, 1927) a trouvé une légère acidose non gazeuse dans la plupart des cas d'eczéma et notait une amélioration de la dermatose à mesure que l'équilibre acide base se rétablissait.

J'ai signalé, les intéressants travaux de Spillmann, Drouet et Vérain. Il semble à ces auteurs « qu'on pourrait admettre l'existence d'une acidose passagère ou permanente, peut-être d'une diathèse acide (à l'égal de la diathèse alcaline) qui constituerait dans certaines conditions un terrain favorable à la sensibilisation et aux dermatoses. »

Il est possible d'expliquer le rôle de l'insuffisance de la réserve alcaline sanguine dans la pathogénie de certaines dermatoses caractérisées par l'œdème épidermique (eczéma) ou par l'œdème dermique (urticaire), si on admet qu'au cours de la réaction cutanée normale, un peu de la réserve d'alcali sanguine doit traverser le capillaire pour neutraliser les déchets cellulaires en grande majorité acides, évacués dans le système lacunaire épidermique ou dermique ; si cet apport neutralisant est trop faible ou inexistant, le colloïde interstitiel (substance fondamentale conjonctive, lymphe interstitielle épidermique) devient acide, gonfle et absorbe de l'eau, d'où l'œdème.

Il est à remarquer qu'alcalose et acidose sanguines prédisposent à l'eczéma et à l'urticaire. Aussi Spillmann, Drouet et Vérain ont-ils trouvé dans les cas qu'ils ont observés tantôt l'alcalose, tantôt l'acidose.

La première exalte la réactivité protoplasmique, grâce à laquelle se produit, malgré l'excitation minime, une réaction violente avec évacuation d'un abondant excès de déchets acides cellulaires.

L'acidose sanguine empêche la neutralisation d'une quantité même faible de produits acides évacués par les cellules dont la réaction modérée est proportionnelle à l'excitation légère.

Toutes deux, par un mécanisme différent, réalisent l'acidose du système lacunaire épidermique œdème (interstitiel épidermique et eczéma) ou l'acidose du système lacunaire dermique (œdème interstitiel dermique et papule urticarienne).

***

Excès de fonctionnement du système d'échanges

L'excitation, de faible intensité, reputée inoffensive agit sur des cellules de réactivité normale.

Malgré la faiblesse de l'excitation, malgré le peu d'importance de la réaction cellulaire, d'ailleurs proportionnelle à l'irritation, la triple réaction des vaisseaux dermiques est intense, devient cliniquement appréciable, revêt un caractère inflammatoire :

A. — *Vaso-dilatation excessive par altérations des voies dites sensitives et peut-être par modifications des voies sympathiques* qui, au lieu de transporter des impulsions vaso-cons-

(1) RAYBAUD. (Thèse Montpellier, 1927). « Les projections cutanées des affections viscérales » ; ROGER (thèse Paris, 1928) « Phénomènes sympathiques superficiels provoqués dans les lésions hépato-vésiculaires. » Ces deux ouvrages contiennent une abondante bibliographie.

(2) Il est bien probable que dans certains cas le réflexe est vaso-dilatateur.

(1) Est-il besoin de rappeler les travaux de BRISSAUD expliquant, par la théorie de la métamérie, les localisations de la sclérodermie. — ceux de TESTUT (1896) attribuant au système nerveux la symétrie des éruptions, — les phénomènes de transfert, c'est-à-dire « de production spontanée, par propagation irritative transmédullaire, de lésions cutanées en des points homologues à ceux où l'on aurait développé une lésion artificielle ». (E. BESNIER et A. DOYON), etc...

trictives, transmettent, contre leur habitude, des ordres vaso-dilatateurs.

On connaît le rôle des *fibres de la voie dite sensitive* dans le réflexe antidromique vaso-dilatateur d'origine tissulaire.

L'hyperexcitabilité des terminaisons nerveuses sensitives existe-t-elle ? La moindre réaction cellulaire épidermique ou dermique, suivie d'une évacuation pourtant minime de déchets protoplasmiques, déclenche un réflexe d'axone disproportionné et violent, une vaso-dilatation capillaire et artériolaire excessive. D'où production d'érythème.

Par contre l'anesthésie, diminuant l'importance de l'axon réflexe, réduit les échanges et en même temps la vitalité des cellules dont les appels sont mal entendus.

Phénomènes de répercussivité. La rougeur cutanée se produit facilement sur la zone tégumentaire antérieurement atteinte d'apparence guérie, mais où persistent en réalité des altérations des terminaisons nerveuses sensitives.

Il semble que, dans certains cas et sous l'influence de certaines intoxications, les *fibres sympathiques* puissent transporter des impulsions vaso-dilatatrices : d'où probablement troubles de la vascularisation cutanée.

On peut peut-être expliquer, par ces modifications des voies sympathiques ou par les connexions des cellules du ganglion rachidien, les faits de *sympathie*, les phénomènes de congestion cutanée (prédisposantaux dermatoses, à l'inflammation) en rapport avec la souffrance d'un territoire cutané voisin, un choc émotif, une souffrance viscérale. Les exemples abondent en dermatologie : rougeur de la face par carie dentaire, le feu de dents des enfants, la congestion faciale du gastropathe, la rougeur de la pommette de la pneumonie (Grisolle), etc...

B. — *Vaso-dilatation excessive par hypotonie sympathique et insuffisance des sécrétions endocriniennes vaso-constrictives gardiennes du tonus.*

Je rappelle que l'impulsion vaso-constrictive continue émanée des centres sympathiques et certaines sécrétions endocriniennes vaso-constrictives (sécrétion du lobe postérieur de l'hypophyse, adrénaline) sont gardiennes du tonus vasculaire et limitent l'effet de l'incitation vaso-dilatatrice déclenchée par les réactions tissulaires.

Lorsque leur action modératrice de contrôle fléchit, la vaso-dilatation vasculaire, déterminée directement (capillaire) ou par réflexe antidromique (artériole) par les produits issus du métabolisme cellulaire, s'exagère et revêt une ampleur disproportionnée.

C. — *L'exagération de la perméabilité de la paroi capillaire, certaines modifications circulatoires et sanguines, dites facteurs d'œdème, prédisposent à l'extravasation de l'eau et du chlorure de sodium hors des capillaires dans le tissu dermique.*

Elles prédisposent aux dermatoses épidermiques et dermiques œdémateuses sans paraître toutefois pouvoir les provoquer.

Malgré la faiblesse de l'excitation réputée inoffensive, malgré le peu d'importance de la réaction cellulaire d'ailleurs proportionnelle à l'irritation, la transsudation plasmatique est excessive, l'exosérose est abondante : inondation séreuse du système lacunaire cutané réalisant l'œdème.

On conçoit le rôle pathogénique des troubles du métabolisme de l'eau dans les dermatoses œdémateuses épidermiques (eczéma) ou dermiques (urticaire).

« Il existe dans les eczémas tout un ensemble de faits cliniques et de résultats thérapeutiques qui témoignent d'un trouble du métabolisme de l'eau..... Il existe une instabilité remarquable des échanges hydriques..... Cette instabilité du métabolisme de l'eau n'apparaît ..... pas comme une condition de déclenchement de l'eczéma ; elle préexiste chez des eczémateux, et semble plutôt un des caractères du terrain eczémateux ». (J. Meyer : Métabolisme de l'eau dans l'eczéma. *Revue de derm. et de vénér.*, 1925.)

Outre l'augmentation de la pression capillaire de cause locale ou générale (insuffisance cardiaque par exemple ces facteurs d'œdème sont :

1° L'augmentation relative des globulines par rapport aux sérines : diminution du rapport $\frac{\text{albumines}}{\text{globulines}}$ égal normalement à 2 (Govaerts) ; ce trouble de la composition protéique entraîne l'abaissement de la pression osmotique des protéines.

D'après Ribadeau-Dumas, Max Lévy (Société médicale des hôpitaux, 1928), chez certains nourrissons eczémateux suintants et chroniques existe une hypoprotéinémie assez forte, parfois 38 à 50 % au-dessous de la normale. — Erna Lévy, « études sur le taux des protéines du sérum sanguin des nourrissons, en particulier des nourrissons eczémateux ». Thèse de Paris, 1928. — Ribadeau-Dumas, Max Lévy, Dupuy, Mignon (*Le Nourrisson*, mars 1929) : au cours de la plupart des eczémas suintants des nourrissons (les variations du métabolisme aqueux sont importantes dans le premier âge), existent un abaissement du temps de résorption du sérum physiologique, une élévation plus ou moins importante de la teneur en eau du plasma, un fort abaissement du rapport $\frac{\text{albumines}}{\text{globulines}}$

H. Grenet et G. Bonnet (*Gaz. Hôp.*, décembre 1929). « Les modifications de la protéinémie au cours de l'eczéma ». Ces auteurs ont étudié les variations de la protéinémie au cours de l'eczéma des *adultes* : fréquence de l'hypoprotéinémie ; il ne semble pas avoir de rapport entre la teneur du sang des eczémateux en albumines et la cause de leur affection ; dans les eczémas essentiels, diathésiques, la protéinémie est d'autant plus basse que l'eczéma évolue depuis plus longtemps (ces résultats sont d'accord avec ceux de M. Erna Lévy concernant les nourrissons) ; par contre, dans l'éruption érythémato-vésiculeuse artificielle, nommée par les auteurs eczéma artificiel, la protéinémie est d'autant plus élevée que la dermatose évolue plus longtemps ; l'hypoprotéinémie est plus marquée lorsque l'eczéma est plus étendu.

Doit-on chez l'adulte attacher grande importance à l'hypoprotéinémie dans la pathogénie de l'eczéma ? ....« S'il est parfois possible d'améliorer l'eczéma des nourrissons en ajustant leur ration azotée, c'est au contraire en imposant au malade adulte le régime végétarien, c'est-à-dire hypoazoté, qu'on le met dans les meilleures conditions pour guérir ; en outre la guérison clinique obtenue par un traitement externe approprié se double d'une guérison sérologique.... Ces constatations, riches d'enseignement chez le nourrisson puisqu'elles ont une sanction possible dans les modifications à apporter au régime alimentaire, sont sans doute plus spéculatives chez l'adulte où elles ne semblent pas devoir orienter la thérapeutique dans une voie nouvelle. » — Voir pour détails, thèse de Bonnet (Paris, 1929) : « Les modifications de la protéinémie au cours de l'eczéma. »

2° L'élévation de l'indice lipémique, c'est-à-dire, du rapport $\frac{\text{cholestérol}}{\text{acides gras}}$ égal normalement à 0,40 (Achard, Ribot et Leblanc.)

3° La diminution du rapport mineral $\frac{Ca}{Na}$ au-dessous de 0,03 (Violle et Dufourt).

Rôle considérable joué par les substances minérales dans la pathogénie des œdèmes : elles seraient à la base des perturbations de l'équilibre osmotique, de l'équilibre acide-base et de l'équilibre des albumines. (Léon Blum, Grabar et J. Weill, C. R. Académie des Sciences, 13 février 1928). Étant donnée l'influence du système neuro-endocrino-végétatif sur le rapport minéral $\frac{Ca}{Na}$ les perturbations sanguines dites facteurs d'œdème seraient dans certains cas finalement fonction de l'équilibre neuro-endocrino-végétatif.

D. *Influence de la qualité des globules blancs diapédésés.*

E. Feuillé insiste avec raison sur la qualité des globules blancs diapédésés au cours de la réaction inflammatoire cutanée. Leur fragilité (*leucopathie* provoque rapidement au niveau de la peau qu'ils infiltrent, leur destruction et leur dégénérescence protéo-lipoïdique dont les éléments avides d'eau peuvent soit provoquer l'œdème soit intervenir dans le processus inflammatoire œdémateux et l'exagérer. (Participation leucopathique dans la pathogénie des œdèmes locaux). Ne pas oublier que Mauriac et Moureau ont mis en évidence la fragilisation leucocytaire au cours du choc.

Folliculine. — Dans la plupart des cas, pour Neumark, il se produit, après l'injection sous-cutanée de petites quantités de folliculine, une augmentation peu prononcée de la teneur du sang en cholestériol (S. Neumark. Influence de la folliculine sur la cholestérinémie. *C. R. des séances de la Société de biologie*, 1930, n° 26, t. CIV, p. 1125.)

H. V.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Prostitution
Maison de tolérance et prophylaxie

Je viens de parcourir un livre et une revue.

Le Livre ?

Un essai de réglementation sanitaire de la prostitution. Le service sanitaire de la Ville de Lyon par le Dr Pierre Gerbenne. Préface du Dr Carle, médecin-chef du Service sanitaire et du Dispensaire prophylactique de la Ville de Lyon, 90 p. Lyon Imp. Bosc F. et Riou, 42, rue Gailleton, 1930.

La Revue ?

La Race et les Mœurs (Editions du « Roseau », 25, rue de Pétrograd, Paris-VIIIe) n° de déc. 1930.

Je ne puis pas résumer et coordonner ici toutes les réflexions auxquelles ces lectures m'ont conduit. Je dois me borner à signaler quelques-unes d'entre elles :

— Je conseille à tous ceux qu'intéresse la question de la prostitution de lire l'ouvrage de notre confrère Pierre Gerbenne. Le service sanitaire de la Ville de Lyon, le combat qu'il mène contre la maladie vénérienne est à citer en exemple. C'est un modèle insuffisamment connu et qui devrait être imposé aux municipalités. Ayant su faire choix de médecins dévoués, ardents à la tâche, pondérés dans l'exécution, sensés quant à la doctrine, Lyon, ville sage et constante, douée du talent d'organisation et d'un grand sens pratique, donne, une fois de plus, dans notre pays, le ton à l'urbanisme.

— Avant de célébrer sur la foi des statistiques tels succès ou de déplorer tels échecs, d'imputer les uns ou les autres à telle ou telle doctrine, il conviendrait de s'efforcer de discerner *sur de longues périodes* les relations entre prospérité, misère et chômage, conditions de vie plantureuses et prostitution sans quoi on ne manquera pas d'attribuer à la doctrine ce qui est l'effet de conditions sociales. Il est vraisemblable que la prostitution suit le cours des fluctuations économiques, que la misère la renforce quantitativement, la vie luxueuse et amorale qualitativement (si je puis dire ainsi) et même quantitativement. En Rhénanie le phénomène suivant s'est affirmé nettement : chute du mark, donc amour à bon compte, recrudescence très notable des maladies vénériennes ; chute du franc, amour cher, diminution, effondrement de la morbidité vénérienne dans les troupes d'occupation.

— Bien entendu, l'étude de la prostitution en fonction de la morale et de la morale religieuse ne doit pas être négligée, — bien au contraire.

— Il convient aussi de rechercher les mobiles de certains animateurs et entraîneurs dans la croisade antivénérienne, animateurs et entraîneurs conquérant sans peine à leurs vues des cohortes composées : — de *braves cœurs*, bien intentionnés, ne voulant que le bien, mais dépourvus de discernement ; — des *parleurs* et des *écriveurs* enchantés de mettre en vedette leur nom, leurs titres, de faire des communications dans lesquelles ils se mirent, communications que nul n'écoute, mais qui constituent pour eux une précieuse monnaie d'échange, je veux dire d'intercongratulations ; — des *esprits légers*, affligés d'une inaptitude psychologique congénitale malgré les postes, les sièges académiques ou autres, les sommets auxquels ils ont accédé ; — enfin des *instigateurs* souvent secrets acharnés à bouleverser notre équilibre social au profit d'une foi politique ou religieuse étrangère. Si l'on ajoute que l'animateur est souvent dominé à son insu par l'instigateur secret, on conçoit combien il est difficile de se débarrasser au profit de la science et du bien social de quantité de sophismes et de contre-vérités. En Alsace, il est entendu pour tout ce qui est « *anticulture française* » que ce sont les Français qui, par la dépravation de leurs mœurs, leur irréligion, leurs maisons de tolérance, etc., etc., ont importé les maladies vénériennes à Strasbourg et les y font prospérer. Des statistiques, bien entendu, l'on tire tout ce que l'on veut. Et il est inutile de faire remarquer que les bouleversements sociaux — et moraux — les mouvements de troupe, la rupture de nombreux foyers de 1914 à 1919 ont nécessairement favorisé l'essor de la prostitution, que l'équilibre ne peut se rétablir que graduellement. Il n'est pires sourds que ceux qui ne veulent pas entendre...

Là où la maison de tolérance répond à un besoin, la fermeture de la maison de tolérance a pour conséquence l'éclosion de vingt maisons non tolérées, foyers du pire stupre et de la plus nocive dissémination vénérienne. On s'apercevra nettement du fait dans une quinzaine d'années, — et même avant.

Dans une agglomération, la maison de tolérance, quel que soit l'écœurement naturel des gens d'un goût un tant soit peu délicat, satisfait *avec les moindres risques*, à l'une des nécessités primordiales d'une part de la population. Supprimer la prostitution est utopique. La carence sexuelle a pour inévitable conséquence non seulement hypocrisie, dévergondage secret et parasexualité (onanisme, homosexualité, etc.), mais encore attentats, viols, crimes. Je me suis laissé dire non par les trémulistes de la grande Presse, mais par de bons observateurs, revenant d'Amérique que dans nombre des villes des Yankees une *hantise sexuelle*, tenace, incessante était presque universelle, hantise rendant dangereux de nombreux individus et exerçant, directement ou indirectement, des effets nocifs sur la population toute entière. *Prohibition et délinquence vont de pair.* Mais ceci dépasse l'intellect des capitaines de la moderne croisade, incapables qu'ils sont de comprendre, parmi celles qui sont sensées, certaines élucubrations louables de Freud, encore moins de comprendre Voivenel (*de l'incompressibilité de la sensibilité*), incapables, hors pérorer et piper — de tout effort, de tout effort intellectuel.

Nous « *anglosaxoniser* » est le rêve secret de quantité de conducteurs et d'aimables propagandistes pour qui *vertu* signifie tenir des prêches évangéliques édifiants en public et se rouler dans la crapule entre quatre murs.

Le fiasco intégral de la cabine prophylactique dans l'armée devrait rendre modestes nos zélateurs, les incliner au silence. On connaît l'histoire. Un ministre de poids, cervelle légère — tout au moins quant à la psychologie — imposa la cabine. « *Puisqu'elle est pratiquée par les Anglais, disait-il* », témoignant ainsi de la solidité de ses ignorances de l'éthnique — et de l'éthique et de son outrecuidance sinon de nouveau riche du moins de nouveau tout-puissant. Résultat définitif : seul use parfois de la cabine l'infirmier commis à sa garde. « Pour tuer le temps, dit-il » (1). Quant aux résultats immédiats de la mesure... j'ai signalé que la pression exercée par le Ministre, la confiance accordée à sa science, la réclame faite *par ordre* en faveur de la merveilleuse innovation, décidèrent un nombre élevé de soldats d'un bataillon dont j'étais le médecin-major à se transformer d'*abstentionnistes* qu'ils étaient (c'étaient des Basques et des Ardéchois) en *pratiquants* ce qui eut pour résultat de pourvoir l'unité d'une flore vénérienne qui, précédemment, y était presque inconnue. Ce cas fut loin d'être isolé. Quand la passion, surtout la passion politique ou religieuse ou simplement quand le besoin de se faire acclamer sont en jeu, qu'importent bon sens, bonne foi, observation impartiale, honnêteté, qu'importe si au nom de la Science, de l'Humanité, de l'Intérêt public *on répand, on dissémine le mal que l'on prétend chasser*,

(1) Une des causes — entre beaucoup d'autres — du discrédit dont est frappée la cabine prophylactique des casernes est que ses sagaces instaurateurs ont intégralement négligé de recommander le secret professionnel ou la simple discrétion au personnel médical subalterne, omission naturelle de la part de ministres et de *préfets* qui jugent la pudeur de leurs subordonnés à l'aune de la leur. Et puisque les Anglais avaient omis de recommander la discrétion...

qu'importe pourvu que le but soit atteint (*Périsse l'Humanité entière pourvu que triomphent nos Principes !*) ou parfois tout simplement pourvu que soient récoltés des louanges, des applaudissements, des distinctions qui purement honorifiques tout d'abord conduisent nécessairement plus ou moins vite à des avantages matériels : « *J'ai supprimé la guerre*, s'écrie celui-ci » — ! « *Je supprime la prostitution*, clame cet autre » — « Suivez-nous ; admirez-nous. Nous sommes la Foi nouvelle. Avant nous, l'Humanité n'existait pas ! ». Ainsi est grugé Démos, chair à canon et chair à tréponèmes.

— La prostitution est inéluctable. *Elle est indispensable à la Cité, comme la poubelle à la Famille.* La supprimer ne fait que déplacer l'immoralité en augmentant la délinquence générale. Ce qui ne veut pas dire qu'il ne faille pas délimiter et souvent limiter la prostitution, protéger la prostituée, empêcher la traite des mineures. On ne peut qu'approuver la campagne de la revue : *La Race et les Mœurs* (v. *Les faux papiers des mineures*, par Roland Destel *no cit*) à ce sujet et au sujet du relèvement de la prostituée (1) surtout de la prostituée par famine. La — ou le — prostitué par goût est moins digne d'attention. C'est attenter à la liberté que de prétendre contraindre un être à ne se point prostituer si tel est son désir ou sa fantaisie. Ici encore l'éternel conflit entre la liberté de l'individu et l'intérêt général. Notons toutefois qu'entre la prostituée qui prête son corps (ce qui est bien son droit) pour ressentir ou faire éprouver de la jouissance et gagner de l'argent et tous ceux (et ils sont nombreux) qui prostituent vérité, sincérité, convictions, foi pour devenir politicien, député, académicien ou seulement président de quelqu'une des innombrables sociétés de *parleux* qui infectent la planète, nulle hésitation ; c'est moins à celle-là, poubelle mais poubelle utile, qu'à ceux-ci poubelles généralement chargées d'honneurs ou constellées de décorations, mais poubelles malfaisantes, que doit aller notre mépris.

— En France les classes aisées et les classes riches de la population sont sciemment, volontairement néo-malthusiennes (trois enfants par ménage). Le fait dérive inéluctablement des conditions économiques. Ce qui serait comique, si ce n'était répugnant, c'est d'entendre les écrivains et les porte paroles de ces classes prêcher la surnatalité aux classes pauvres, leur interdire le malthusianisme, tout en concédant d'ailleurs en fait la pratique de l'avortement et de l'infanticide. Hypocrisie qui m'inciterait à quelque remords d'avoir vitupéré légèrement les hypocrisies des Anglo-Saxons, si je ne me contentais de leur demander, impuissants qu'ils sont à nous exonérer de la nôtre, à ne pas prétendre nous charger des leurs par surcroît.

— J'ai proposé (*Progrès Médical* du 2 février 1924 et *Invertis et Homosexuels. La Prostitution doit aider à la Prophylaxie.* Une broch. Paris. Vigot fr.) d'utiliser la prostitution dans le combat antivénérien :

— par l'installation de cabines prophylactiques là où est le danger, aux abords des lieux d'accouplement, par exemple dans les quartiers où la fréquence de l'amour vénal rend le risque abondant et, bien entendu, là où existe une maison de tolérance dans la maison même ;

— en intéressant à la prophylaxie par l'emploi judicieux de sanctions d'une part, par l'appat de gains matériels d'autre part les prostituées ainsi que tous ceux et toutes celles qui vivent de la prostitution. (*v. détails explicatifs dans la broch. précitée*).

« Celles qui vivent de la prostitution, écrit le Dr J. Noir, Rédacteur en chef du *Concours Médical* (n° du 18 janvier 1931) sont parmi les plus intéressées à faire acte de prophylaxie antivénérienne. En pareille matière la pudibonderie n'est pas de mise et, comme nous l'avons déjà écrit, au XVIIIe siècle les seigneurs de la Cour du Régent et de Louis XV qui, bien que corrompus, avaient une terrible peur de la vérole, auraient bien accueilli l'idée pratique et ingénieuse du Dr G. Saint-Paul. A cette époque sa proposition n'aurait pas été jugée scabreuse. Pourquoi de nos jours ne serait-elle pas prise en considération ? »

La mesure étant simple, pratique et devant combattre efficacement et autrement que par des mots la dissémination des maladies vénériennes, on doit considérer comme un miracle qu'elle ait réussi à trouver une approbation de poids dans un espace de temps aussi court que sept années.

Le Dr Carle a fait preuve de qualités (le courage, l'indépendance), tout à fait exceptionnelles à notre époque, puisqu'il a osé contredire l'opinion des prépotents. Il se doit de ne pas traiter par le mépris, d'étudier et de mettre en application une méthode qui fera l'économie de bien des blennorragies et de bien des syphilis.

Médecin Général G. SAINT-PAUL,
(G. Espé de Metz.)

(Reproduction autorisée)

(1) Du *Siècle médical*, 1er mars 1931, Nantes :

Et voici une femme à la tribune. C'est Mme Merlet, secrétaire générale du comité de la ligue auxiliaire de l'hygiène publique de Paris.

Mme Merlet, qui se réclame de son titre de mère de famille, prend le contre-pied de la thèse de M. Hellos.

Elle montre l'accroissement des maladies vénériennes à Strasbourg.

En 1929 : 1.020 consultations de filles enregistrées à la préfecture pour le premier trimestre : 1.220 pour le second ; 1.640 pour le troisième et 1.840 pour le quatrième trimestre.

A Grenoble, les maisons de tolérance ont été fermées, mais la ville est ceinturée de maisons de débauche.

Très applaudie, Mme Merlet déclare :

— Ce n'est pas en mettant sur le pavé les femmes qui sont dans les maisons de tolérance qu'on diminuera la prostitution. Il faut surveiller surtout les clandestines, essayer de relever celles de ces malheureuses femmes qui sont susceptibles de relèvement, surveiller étroitement les autres.

« Il faudrait aussi que les femmes employées gagnassent mieux leur vie, elles ne seraient pas tentées d'obtenir de l'argent par la prostitution.

« Des recherches médicales sont poussées actuellement, qui, dans l'avenir arriveront peut-être à immuniser contre la syphilis ; il faudrait créer des dispensaires, faire une campagne aussi active que celle qui est menée contre la tuberculose. »

CHRONIQUE

Affections cutanées et état gravidique

Pigmentation cutanée et grossesse. — Sh. NISHIZAKI (Standard degree of the skin pigmentation of nulligravida in Japan *Japanese J. of obst. and gyn.*, déc. 1929, p. 368.) s'est proposé de fixer les caractères de la pigmentation cutanée en dehors de la gestation et des affections gynécologiques.

Pour cela, il a mis sur pied un teintomètre sur lequel il ne donne pas de renseignements. Il a employé cet instrument sur cinq régions : face (milieu du front), poitrine (ligne m[illegible] pré-sternale), seins, paroi abdominale devant les droits et [illegible] ombilico-pubienne. La région mammaire est la plus fo[illegible] puis vient la ligne ombilico-pubienne, puis la face, puis la région des droits, puis la ligne présternale.

La menstruation ne modifie pas cet ordre. Mais l'activité menstruelle et l'âge peuvent modifier, dans l'ensemble, l'intensité de la pigmentation.

Sh. NISHIZAKI a constaté que, pendant la grossesse, la pigmentation augmente progressivement. L'organe le plus pigmenté est le sein ; puis vient la ligne ombilico-pubienne et la face sur le même rang ; puis vient la peau qui est devant les droits ; puis la région présternale. Les femmes très pigmentées accouchent, en moyenne, plus rapidement que les autres, ont moins d'hémorragies post-partum par atonie et moins de déchirures périnéales. Elles ont, plus souvent, des vomissements. En classant la pigmentation en trois groupes (le groupe I étant le plus foncé) et en faisant abstraction du groupe II, l'auteur a étudié les rapports de la pigmentation et des tests pharmacologiques qui permettent de se renseigner sur le système nerveux végétatif. Voici ses résultats. Sur 13 cas d'augmentation de tonus du vague et du sympathique il y a 8 groupes I et 5 groupes III. Sur 11 cas d'augmentation de sensibilité du vagin et du sympathique, 4 groupes I et 7 groupes III. Sur 4 hypersympathicotonies 1 groupe I et 3 groupes III. Sur 7 hypervagotonies, 7 groupes I

L'auteur a, alors, cherché dans le sang la quantité de tyro-

BIBLIOGRAPHIE

Etude sur la matière médicale homœopathique. Les polychrestes, par le Dr Tétau. Prix : 12 fr. Editions médicales, 7, rue de Valois, Paris.

Tout médecin, sans distinction d'Ecole, qui désire se rendre compte de ce qu'est l'homœopathie, des principes sur lesquels elle repose, de l'action physiologique de ses médicaments, de l'emploi raisonné de la dose infinitésimale, de l'effet parfois extraordinaire de l'application de ses remèdes, de leur action élective sur le système neuro-endocrino sympathique, lira ce livre avec le plus vif intérêt.

La lecture de cet ouvrage est rendue facile et agréable par la présentation qui est faite de la matière médicale sous forme d'observation clinique.

Chirurgie esthétique pure (techniques et résultats), par Raymond Passot. Ancien interne des Hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8° de 300 pages avec 80 figures dans le texte et 8 planches hors texte : 45 fr. Collection des actualités de médecine pratique. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Auparavant la chirurgie réparatrice des mutilations, les rhino, cheiloplasties... etc., étaient seules connues ; certes Morestin avait, dans quelques-uns de ses travaux (ablation des tumeurs bénignes du sein, extirpation des ganglions du cou) introduit cette notion dans le domaine chirurgical ; mais il ne concevait dans ce terme de chirurgie esthétique que l'application de méthodes laissant un minimum de cicatrices à des opérations usuelles de chirurgie générale courante ; Joseph (de Berlin) avait aussi pratiqué la correction des nez défectueux, mais il avait toujours limité ses travaux à cette disgrâce isolée.

C'est indiscutablement le Dr Passot qui, dès sa démobilisation, en décrivant la correction des rides du visage (*Presse Médicale*, mai 1919), puis par une série d'articles parus au cours des années 1919 et 1920, a éveillé l'intérêt sur cette spécialité nouvelle qu'il appela « chirurgie esthétique pure ».

Il faut reconnaître que son action d'abord isolée rencontrera alors quelques critiques qui mirent en doute l'intérêt et la valeur sociale d'un tel programme. Mais les années suivantes, cette cause a trouvé de nouveaux défenseurs actuellement, les articles de chirurgie esthétique se rencontrent disséminés dans tous les journaux médicaux, les revues, les bulletins de sociétés, etc.

Il appartenait au promoteur de ces méthodes qui a si courageusement ouvert le débat, en des circonstances particulièrement difficiles, de mettre au point l'état actuel de cette question qui fut si controversée ; le programme de ce livre et la personnalité de son auteur sont garants de son intérêt passionnant.

Ce livre doit intéresser tous les praticiens ; certes la chirurgie esthétique est une spécialité très distincte, « Le chirurgien esthétique, écrit le Dr Passot, doit comme l'otologiste, l'ophtalmologiste être rigoureusement spécialisé. Mais les praticiens connaissent les rudiments de l'otologie et de l'ophtalmologie. De même ne peuvent-ils plus maintenant ignorer les possibilités de la dernière venue des spécialités.

Quand le public se passionne, ce qui est le cas présent, nous ne saurions rester indifférents.

Cette branche chirurgicale nouvelle est représentative de notre époque, elle est née des besoins de la vie moderne ; c'est bien le type de question d'actualité ».

La goutte : son mécanisme et son traitement, par Daniel Critzman. Edition posthume mise au point par le Dr Jacques Forestier. Un volume in-16 de 240 pages : 25 fr. Collection des actualités de médecine pratique. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Depuis l'époque où Garrod a montré que l'augmentation de l'acide urique sanguin était le stigmate humoral de la goutte, bien des théories pathogéniques ont été édifiées pour expliquer cette accumulation. Le Dr Critzman qui, pendant de longues années s'est livré à l'étude des maladies de la nutrition, a condensé en un volume de 240 pages un exposé à la fois théorique et pratique de la question.

Dans la première partie il passe en revue les diverses théories pathogéniques de la goutte, et tente de démontrer l'importance capitale du facteur rénal dans sa genèse.

Dans la deuxième partie, il fait une étude clinique et thérapeutique de la maladie où se révèlent les éminentes qualités de thérapeute et de diététicien de l'auteur.

Le décès prématuré du Dr Critzmann en 1929 ne lui ayant pas permis de publier cet ouvrage à peine fini, c'est le Dr Jacques Forestier, qui a assuré la mise au point de ces pages pleines d'un vif esprit critique, et d'un sens clinique qui les rendront utiles à tous les praticiens.

-ine, celle-ci étant supposée le chromogène aux dépens duquel les ferments de la peau fabriquent la mélanine.

Chez les femmes enceintes normales, la tyrosine n'est pas augmentée. Mais elle est très augmentée en cas de vomissements, de néphrite et d'éclampsie. Les femmes du groupe I, c'est-à-dire du groupe pigmenté, ont souvent, une tyrosine plus faible que celles du groupe III.

Les ferments sont plus abondants dans la peau chez les femmes enceintes que chez les non-enceintes, mais ils sont plus pauvres chez les femmes atteintes de toxémie gravidique. (Skin pigmentation during pregnancy *Japanese Journ. of obst. and gyn.*, déc. 1929, p. 371, 374, 377).

***

L'impétigo herpétiforme, rappelle MILIAN, s'observe presque uniquement à l'occasion de la gestation et se caractérise par fièvre, pustules et micropustules très nombreuses dont la desquamation met à découvert de vastes surfaces érosives. Sa nature est inconnue : infection ? auto-intoxication ? dysendocrinie ? (Recherches expérimentales sur l'impétigo herpétiforme, *Bul. de la Soc. fr. de Derm. et de Syph.*, juin 1929, p. 580.)

MILIAN a inoculé dans la cornée du lapin le contenu des bulles d'un impétigo herpétiforme qu'il a observé chez une femme ; le résultat fut positif et le lapin présenta une pustule cornéenne entourée de kératite interstitielle, lésion réinoculable en série, mais avec atténuation progressive de la virulence. L'impétigo herpétiforme serait donc, bien une maladie infectieuse.

Pour BUSCHKE et CURTH, l'impétigo herpétiforme est toujours une indication d'interrompre la grossesse (Ueber die Bedeutung der Graviditätsdermatosen für die künsliche Unterbrechung der Schwangershaft *Munch.méd. Woch*, 1er mars 1929, p. 361), encore que la guérison ne soit pas sûre. L'herpès gravidique a un pronostic plus favorable. Le pemphigus est souvent grave, mais il ne faut interrompre la grossesse que si l'état général devient mauvais. Le pemphigus disparaît, en général, peu après l'accouchement. Le pemphigus antérieur à la grossesse est plus grave que les formes purement gravidiques.

***

Neurofibromatose et grossesse. — MAUNEL VICENTE MOREIRA a publié récemment, dans *Gynécologie et Obstétrique* (1930, 2e sem.), un cas de « Neurofibromatose généralisée et gestation ». A l'âge de 10 ans, apparition d'une petite tumeur souscutanée de la cuisse. A 22 ans, première grossesse.

La pigmentation au cours de cette première gestation, s'accentue au cours de l'allaitement et au cours de la deuxième gestation qui a lieu deux ans plus tard ; elle cède après celle-ci, mais reparaît dès le début d'une troisième grossesse ; cependant que d'autres tumeurs apparaissent au troisième mois de cette grossesse qui se termine par la naissance de jumeaux bi-ovulaires. Il y a donc eu aggravation, en même temps que les grossesses évoluaient.

***

Fonction sexuelle et prolifération des cellules épidermiques. — Pour LOEB et HAVEN, pendant le cycle sexuel du cobaye femelle, la prolifération de l'épiderme est diminuée par rapport au mâle adulte normal de même poids et de même âge. Le nombre des mitoses reste faible pendant la période folliculaire et la période lutéinique, il se relève vers la fin de celle-ci. Si la femelle est gravide, la prolifération de l'épiderme augmente et se rapproche de celle du mâle, au fur et à mesure que la gestation se rapproche du terme. La hauteur de la couche non kératinisée de l'épiderme devient beaucoup plus considérable. La femelle qui allaite conserve, quoique à un moindre degré, une notable activité des mitoses. Les femelles hystérectomisées ont une activité mitosique supérieure à celle du cycle sexuel, mais inférieure à celle des mâles ; les cellules épidermiques montrent en outre une tendance faible la kératinisation. (The relation between functional states of the sex organsain the female guinea pig and the cell proliferation in the epidermis, *Anatomical record*, t. XLIII. 1929. p. 1.)

***

Hypertrichose et grossesse. — Au cours d'une étude sur l'influence exercée par la coupe des cheveux féminins sur l'hypertrichose (ligne médiane de l'abdomen, menton), I. MÜLLER relève que sur 46 femmes à cheveux coupés, 7 ont noté une hypertrichose après la coupe ; 2 étaient enceintes. Après accouchement, on compte 26 femmes sans hypertrichose et 6 avec hypertrichose, soit 23 pour 100. Chez 132 femmes à cheveux longs, 16 seulement incriminent la gestation d'avoir été l'origine de leur hypertrichose, soit 12 p. 100.

(Hypertrichose consécutive à la coupe des cheveux. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 15 février 1929.)

Henri VIGNES.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Séance du 7 mars 1931

M. Barbillion communique un travail sur Antoine Petit et l'enseignement de la physiologie au XVIIIe siècle. Il nous décrit à cette occasion l'état de cette science vers 1750. Elle est encore encombrée d'une foule de notions hypothétiques héritées des anciens ; molécules organiques se faisant jour à travers le « gluten », comme l'eau à travers la terre : fibres plates et fibres rondes, esprits animaux de Malebranche et de Descartes, naissant du sang et se dirigeant parmi les fibres du cerveau, où leur mouvement détermine la sensibilité et la motilité ; fluide animal, source de la motilité ; conception de la génération, de la respiration, des tempéraments.

Cette étude permet de comprendre la pathogénie du temps, qui frappait si fort l'imagination des malades, qu'ils se passionnaient pour elle, comme on le vit à l'époque des vapeurs.

M. Félix Regnault rappelle que quelques-unes de ces hypothèses furent fécondes notamment celle du fluide ou de l'influx nerveux, qui peut être mesuré aujourd'hui par la méthode de la chronaxie.

M. Menetrier étudie ensuite le rôle des médecins de langue arabe ou persane dans le développement de la médecine.

Il insiste particulièrement sur le célèbre médecin de l'hôpital de Soudisabour, Rhazès, dont l'influence fut considérable vers l'an 860 de l'ère chrétienne. Il montre les voies par lesquelles se fit l'échange des idées entre les derniers tenants de la science gréco-romaine et les Arabes, la pénétration par Damas et Bagdad d'une part, par l'Espagne d'autre part. Comme Rhazès, la plupart des médecins arabes et persans s'adonnèrent à la philosophie, à la médecine, et à l'alchimie. Ils publièrent des compilations des auteurs antiques et aussi quelques mémoires originaux, comme les traités de Rhazès sur la variole et la rougeole. Les médecins tenaient un rang important dans la société musulmane. Quelques-uns vivaient princièrement dans des palais. Ils possédaient des bibliothèques très importantes détruites au cours des guerres qui bouleversèrent le monde arabe. Beaucoup furent de bons cliniciens et des thérapeutes savants. Leurs découvertes enrichirent la matière médicale de nombreuses drogues, utilisées encore aujourd'hui, malheureusement beaucoup de leurs œuvres ne sont connues qu'à travers les traductions, souvent incorrectes, et il est difficile d'établir la part originale de leurs auteurs. Il est à souhaiter que les étudiants musulmans de l'Afrique du Nord et de Syrie, reprennent l'étude des manuscrits du fonds de la Bibliothèque nationale, riche en ouvrages orientaux, les traduisent correctement et les commentent, à l'aide des lumières des découvertes modernes.

Jean VINCHON.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 mars 1931

A propos de la résection du genou. — *M. Fredet* insiste sur les avantages de la technique de résection extra-capsulaire.

Grossesse extra-utérine méconnue. — *M. Doubrère* (de Rambouillet). Rapporteur : *M. d'Allaines.* Il s'agit d'une femme de 28 ans présentant des accidents abdominaux pendant plusieurs mois. Puis elle rendit par l'anus un morceau d'occipital du fœtus. On intervint quelques mois plus tard et on trouva une poche formée par des anses grêles et le sigmoïde qui renfermait encore des os fœtaux. L'auteur péritonisa tant bien que mal, il se produisit une fistulette stercorale qui guérit spontanément.

Les cas analogues sont rares : le rapporteur en a retrouvé 17 observations avec cinq morts.

Luxation de la 4e vertèbre cervicale. — *M. Sorrel* rapporte une observation de *M. Oberthur.* La réduction fut facile et la guérison complète. Les signes nerveux avaient été assez

importants : paralysie totale d'un des plexus brachiaux et paraplégie. Des neurologistes consultés mirent ces phénomènes sur le compte d'une hématomyélie. Ils rétrocédèrent et il ne persista qu'une parésie du deltoïde.

Perforation d'un ulcère gastrique après traumatisme. — Le malade de *M. Magnant* (de Bordeaux), dont l'histoire est rapportée par *M. Guimbellot*, avait subi un traumatisme abdominal important. Le diagnostic fut fait avant l'intervention. Celle-ci consista dans la suture de l'ulcère. Mais le malade mourut quatre jours après.

Traitement chirurgical de la maladie de Basedow. *M. Desplas* apporte huit observations dont cinq de maladie de Basedow vraie avec une mort par hyperpara-thyroïdisme, et trois de goitre toxique qui ont guéries. Il décrit sa technique personnelle, insistant particulièrement sur la ligature-résection des pédicules, ce qui réalise une véritable sympathectomie.

M. Moulonguet relate les résultats de M. Lecène. Il insiste sur les bons résultats obtenus par l'énucléation simple des adénomes thyroïdiens toxiques. Il indique combien l'opération peut être grave dans les goitres exophtalmiques vrais.

Hématome périrénal au cours du cancer du rein. — *M. d'Allaines* a observé chez une femme de 40 ans un syndrome péritonéal avec masse dure dans l'hypochondre gauche. On pensa à une tumeur colique et on mit la malade au repos. On discute alors entre tumeur splénique ou rénale. Il utilisa une incision oblique. Il s'agissait d'une tumeur à siège rénal. Hémostase. Extirpation. La pièce ouverte, il s'agit d'un petit néoplasme du rein avec un hématome spontané périrenal. Il s'agissait d'un liposarcome.

Traitement des infections pulmonaires par les lysats-vaccins. — *MM. Lejars, Brocq* et *Duchon* apportent leur expérience sur la question. Ils ont utilisé la propriété qu'à le bacille pyocyanique à lyser les autres microbes. Ils ont traité 70 cas avec 4 morts.

M Lapointe a utilisé cette méthode depuis 18 mois comme moyen préventif dans la chirurgie gastrique. Il n'a observé aucune complication pulmonaire post-opératoire.

Synovectomie par voie trans-rotulienne. — *M. Alglave* : bon résultat à la suite d'une synovectomie des deux genoux.

Cal vicieux des deux os de l'avant-bras. — *M. Dujarier* : excellent résultat après rupture des cals et ostéosynthese.

G. Menegaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 mars 1931

De l'influence des interventions chirurgicales sur les crises d'asthme. — *MM. Pasteur Vallery-Radot, Pierre Blamoutier* et *François Claude* ont constaté depuis de nombreuses années qu'une intervention chirurgicale peut faire disparaître les crises d'asthme pendant un temps plus ou moins prolongé. A l'appui de la communication récente de M. Troisier, ils rapportent onze observations où des crises d'asthme subintrantes cessèrent après une opération pendant 15 jours, 2 mois, 6 mois ou même davantage. Dans tous ces cas l'asthme disparut immédiatement après l'intervention.

L'interprétation de ces faits est difficile : action de l'anesthésie générale, émission sanguine, choc opératoire, ablation de l'épine irritative ? Ces hypothèses ne rendent pas compte de faits opposés : chez certains malades, une intervention chirurgicale peut déclencher des crises d'asthme. Les auteurs en rapportent plusieurs cas.

On admet actuellement que la crise d'asthme, quelle qu'en soit l'origine, ne peut survenir que sous l'influence d'un déséquilibre vago-sympathique. On conçoit donc qu'une action sur le système nerveux végétatif provoquée par une intervention chirurgicale puisse faire cesser ou déclenche des crises.

Quelle que soit la pathogénie, il faut retenir ce fait clinique qu'une intervention chirurgicale peut avoir une action sur les crises d'asthme. Elle peut les faire disparaître pendant un temps variable. Inversement, elle peut, dans des cas d'ailleurs exceptionnels et chez des sujets prédisposés, les faire apparaître.

Forme latente de l'artérite pulmonaire primitive. — *M. C. Lian* rapporte deux observations où le seul trouble fonctionnel est une légère dyspnée d'effort, et le seul signe sthétoscopique cardiaque un éclat du 2e bruit au foyer pulmonaire. L'examen radiologique montre une forte saillie convexe de l'arc moyen dans les positions frontale et oblique antérieure droite. L'absence d'abaissement du point G, et l'absence de saillie auriculaire gauche en position transverse gauche font écarter le diagnostic de rétrécissement mitral muet et conduisent par élimination à admettre l'existence d'une artérite pulmonaire primitive revêtant une forme latente.

Une troisième observation est en tous points superposable, mais comporte un souffle systolique au foyer pulmonaire. Toutefois les caractères du souffle, le début récent des troubles fonctionnels chez une femme de 48 ans font écarter le diagnostic de rétrécissement pulmonaire congénital, et conduisent à la même conclusion que dans les deux observations précédentes.

Il existe donc une forme latente de l'artérite pulmonaire primitive, dont le diagnostic est possible grâce à l'exploration radiologique.

Sclérose pulmonaire consécutive à la persistance pendant cinq ans d'un corps étranger dans une bronche. Infection tuberculeuse secondaire. — *MM. A. Lemierre* et *R. Cattan* rapportent l'histoire d'un homme de 51 ans entré à l'hôpital pour une hémoptysie bénigne et chez lequel les examens sthétacoustique et radiologique démontrèrent l'existence d'une sclérose étendue du poumon gauche avec attraction accentuée du médiastin vers ce côté. Cet homme avait, à l'âge de 11 ans inhalé un petit tube de verre qui provoqua par la suite des hémoptysies et ne fut expulsé par la toux que cinq ans plus tard.

Les seuls accidents qui persistèrent ultérieurement furent des hémoptysies survenant tous les trois ou quatre mois ; mais cet homme put exercer aisément le métier de couvreur, puis de maçon. A part ces hémoptysies et une expectoration matutinale très peu abondante, les importantes lésions pulmonaires dont il était porteur n'ont jamais entraîné chez lui le moindre trouble fonctionnel.

Pourtant l'examen des crachats a montré, après homogénéisation seulement, la présence de rares bacilles de Koch. Il s'agit sans doute là d'une tuberculose greffée secondairement sur les lésions scléreuses, et non évolutive car cet homme n'a jamais présenté ni fièvre, ni amaigrissement.

Cette observation montre d'une part l'importance des scléroses pulmonaires qui peuvent être provoqués par les corps étrangers persistant longtemps dans les bronches et d'autre part comment ces scléroses pulmonaires peuvent occasionnellement être bien tolérées.

Diabète bronzé avec infantilisme tardif. — *MM. Labbé, Boulin, Azerard* et *Uhry.* — Les auteurs présentent un malade chez qui s'associent : une cirrhose hypertrophique du foie, une pigmentation ardoisée de la peau, un diabète avec acidose et dénutrition sans signes de déficit, de la sécrétion externe du pancreas, de l'atrophie des organes génitaux avec disparition des fonctions génitales et chute des poils, de l'ichtyose.

L'ensemble s'est installé en l'espace de deux ans. Aucun antécédent pathologique n'est à noter. Le métabolisme basal est supérieur à la normale.

Les auteurs, ayant déjà observé un cas absolument identique, estiment qu'il ne s'agit vraisemblablement pas d'une coïncidence fortuite, et qu'il constitue un type de syndrome pluriglandulaire non décrit à leur connaissance.

Ils rappellent la possibilité au cours des cirrhoses banales d'observer des modifications tégumentaires et de l'atrophie génitale.

Etude dynamique de la pulsation artérielle par les divers procédés sphygmomanométriques. — *M. Barbier.* Comme contribution à la tendance actuelle à étudier la dynamique de la pulsation artérielle, l'auteur apporte à la Société trois procédés publiés par lui en 1921 et 1923, permettant de mettre en évidence dans la pulsation et surtout chez les hypertendus deux portions de valeur inégale : une barre, dynamiquement puissante et qui seule a une valeur d'efficacité, et un clocher grêle, sans valeur, correspondant à l'élement variable.

Ces trois procédés reviennent à dépister et à doser l'anacrotisme de la pulsation. Il insiste surtout, comme moyen très simple d'effectuer cette recherche sur le petit signe qu'il a décrit sous le nom de « retard provoqué du pouls radial ».

Septicémie staphylococcique à forme endocarditique. — *MM. Laignel-Lavastine* et *Paul George*, à propos d'une observation personnelle de septicémie à staphylocoque, insis-


CHLORO-CALCION
SOLUTION STABILISÉE, RIGOUREUSEMENT DOSÉE, DE CHLORURE DE CALCIUM CHIMIQUEMENT PUR
80 gouttes ou ½ cuiller à café = 1gr. Ca Cl²
Recalcifiant
Hémostatique
Déchlorurant
DIRECTEMENT
ASSIMILABLE
Littér. Echant. LABORATOIRE MICHELS
9, Rue Castex — PARIS

…ent sur les caractères cliniques qui permettent, assez souvent, de faire le diagnostic de staphylococcémie avant toute hémoculture.

Dans certains cas, en effet, au milieu d'un syndrome infectieux grave, on observe un certain nombre de manifestations cutanées des plus importantes.

A côté des éléments purpuriques on trouve des vésico-pustules et des pustules siégeant principalement au niveau des extrémités, et dont le pus contient du staphylocoque doré à l'exclusion de tout autre germe. Ces déterminations cutanées sont de nature embolique et traduisent un processus d'endocardite végétante presque toujours mitrale. C'est cette forme que l'un des auteurs a proposé avec H. Giroire, de nommer forme endocarditique.

Sur le type morphologique des asthmatiques. — MM. *A. Jacquelin* et *D. Œconomou*, étudiant la morphologie des asthmatiques, insistent sur la fréquence considérable tantôt d'une dystrophie générale, tantôt de malformations et de dystrophies localisées chez ces malades. Les irrégularités et les malformations dentaires, les déviations de la cloison nasale, la voûte palatine ogivale, la cyphoscoliose et les déformations du thorax, le genu valgum, les incurvations du tibia et de nombreux stigmates d'élastopathie font partie de ces caractères dystrophiques et permettent de comprendre, par l'existence d'un terrain constitutionnel particulier, portant également sur les glandes endocrines et le système nerveux végétatif, les rapports de l'asthme avec l'emphysème, la tuberculose fibreuse, l'hérédo-arthritisme et l'hérédo-syphilis.

Eventration diaphragmatique avec pneumothorax généralisé. — MM. *Labbé*, *Boulin*, *Azerard* et *Soulié* présentent la pièce d'un cas d'éventration diaphragmatique avec pneumothorax généralisé dans lequel une adhérence inférieure entraîne l'ascension de la coupole dirphragmatique.

Deux cas d'expectoration pierreuse. — MM. *Debennes* et *Tzanck*.

Nouveau cas d'amylose rénale avec diminution des lipides du sang. — MM. *Brûlé*, *M. Laudat*, *R. Huguenin* et *Lenègre*. — Un homme, atteint de tuberculose pulmonaire excavée et d'entérite tuberculeuse, fut observé, dans les derniers jours de sa vie, infiltré d'œdème et présentant une forte albuminurie. L'amylose rénale semblait cliniquement certaine et l'épreuve du rouge Congo fut positive ; mais la cylindrurie et l'élimination uréique imparfaite montraient la coexistence d'une légère néphrite.

L'autopsie et l'examen histologique confirmèrent le diagnostic clinique : il existait une amylose accentuée des reins et de la rate ; on notait, en outre, dans ces organes des dépôts assez abondants d'acides gras, qui donnaient à penser qu'un trouble du métabolisme des graisses coexistait avec celui des protides.

Le dosage des albumines dans l'urine montra une forte prédominance de la globuline sur la sérine.

A l'examen chimique du sérum, on trouva, d'une part une diminution des protides, avec inversion du rapport sérine-globuline, d'autre part une diminution des lipides, comme dans un premier cas publié par les auteurs et cette hypolipidémie est le fait important à souligner.

La diminution des protides est commune à l'amylose, à la néphrite épithéliale et à la néphrose lipoïdique. Par contre la diminution des lipides pourra, si les faits observés se confirment, être un élément de différenciation entre ces diverses affections puisque la néphrose s'accompagne d'hyperlipidémie et puisque l'hypolipidémie est exceptionnelle dans la néphrite épithéliale.

Mais, de même que l'association de la néphrite à l'amylose est fréquente, de même l'association de la néphrose lipoïdique à l'amylose est prouvée par diverses observations.

M. VALENTIN.

Calcémie. — La calcémie des mères, ayant de gros enfants, a présenté des valeurs un peu plus élevées que celle des mères ayant des enfants petits. En moyenne, les mères, ayant de gros enfants, avaient un poids corporel plus grand que celles ayant des petits enfants. (ABUREL et ORNSTEIN. La calcémie et le poids des nouveau-nés. (*C. R. des séances de la Société de biologie*, 1930, n° 26, t. CIV, p. 1247). Les auteurs veulent bien rappeler, à ce propos, un article de moi paru dans le *Progrès* où, à côté d'une revue de la question, je résumais mes recherches chimiques et cliniques.

H. V.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Maladies infectieuses

Le traitement de l'érysipèle sera à la fois local et général. Il faut abandonner les pulvérisations d'eau phéniquée ou de sublimé, les pommades antiseptiques à base de collargol ou de bleu de méthylène, la traumaticine à l'ichthyol, les compresses humides chaudes d'eau bouillie ou d'eau de sureau. Le meilleur traitement consiste dans le pansement humide à l'alcool ; on le réalise en trempant des compresses de gaze ou une mince couche de coton dans de l'alcool à 45 ou 50°, en les plaçant sur les parties atteintes qu'elles doivent déborder et en les recouvrant de taffetas imperméable ; on peut les renouveler plusieurs fois dans la journée.

Il y a intérêt à mettre en œuvre un traitement général et tout spécialement les injections de lait, qui sont douées d'une grande efficacité.

L'application de la méthode est des plus simples. On utilise du lait filtré, soumis à une ébullition au bain-marie de 20 minutes environ. Quant au mode d'injection, il peut être sous-cutané ou intra-musculaire, jamais intra-veineuse (risque d'embolie). La quantité injectée est de 10 cc. et la même dose est répétée les jours suivants jusqu'à amélioration. En règle générale on fait trois piqûres, exceptionnellement quatre ; au surplus les premières injections sont les plus efficaces et il n'y a pas lieu par suite de multiplier les piqûres.

La réaction locale, presque constante, se traduit par une tension douloureuse et un peu de rougeur, que calme aisément une application humide chaude. La réaction générale est habituelle, l'élévation thermique pouvant atteindre de 0°5 à 1° et le tracé montrant des oscillations plus amples que les cas non traités par le lait.

L'action sur l'état local est frappante. Dans de nombreux cas on est surpris par le changement d'aspect de la plaque érysipélateuse, dès la première piqûre ; elle s'affaisse, devient moins tendue ; le bourrelet est moins saillant, la coloration moins foncée ; la douleur s'atténue. Il existe des observations très typiques avec guérison en 2 ou 4 jours ; en général la maladie dure 6 jours. La précocité du traitement a une grande importance.

L'action sur la température est difficile à démêler, par suite de l'absence de fixité de la courbe thermique et de la possibilité de réactions secondaires ; dans la majorité des cas il y a une dénivellation notable d'un degré et parfois impressionnante de deux degrés ou plus.

La rechute devient exceptionnelle et ne dépasse pas le taux de 3 %.

Les contre-indications sont la tuberculose, les cardiopathies non compensées, la cachexie et la néphrite. (J. Chalier, Traitement de l'érysipèle par les injections sous-cutanées de lait, *Journal de Médecine de Lyon*, 5 décembre 1930).

Une observation d'angine diphtérique chez un enfant vacciné, observée par Torlais, présente des points intéressants.

Il s'agit d'un enfant de 11 ans avec les antécédents suivants : Coqueluche à 3 ans, rougeole à 5 ans, ablation des amygdales et des végétations à 7 ans, oreillons a 8 ans, vaccination à l'anatoxine en juin-juillet 1928 (3 injections dont les deux dernière à 3 semaines d'intervalle).

Le 4 octobre 1930, angine à fausses membranes ; température 39°6, pouls 120. Peu de dysphagie, pas d'adénopathie. Lavages de gorge à l'eau oxygénée et à la liqueur de Labarraque, collutoire au bleu de méthylène.

Le lendemain la température est tombée à 38°7 ; les fausses membranes ont presque totalement disparu. Un prélèvement donne la réponse suivante le 7 octobre : culture positive, bacilles diphtériques moyens et courts.

Le 7 octobre injection intra-musculaire de 20 cc. et sous-cutané de 20 cc. de sérum antidiphtérique (l'auteur n'indique pas lequel) ; le lendemain la gorge est totalement débarrassée ; température 37°6, pouls 80.

Le 9 octobre injection intra-musculaire de 20 cc. de sérum.

La température redevient normale le 11 ; une analyse, pratiquée le 13, ne décèle ni sucre ni albumine ; l'alimentation est reprise le 14.

Un prélèvement opéré le 16 octobre, était encore positif (Torlais, A propos d'un cas d'angine diphtérique chez un enfant vacciné par l'anatoxine. (*Bulletin de la Société de Médecine et de Chirurgie de la Rochelle*, novembre 1930.)

Une statistique de 200 cas d'affections typhoïdes observées à Fès a permis de constater qu'elles comportent un pronostic moins sévère qu'autrefois dans le milieu militaire ; le nombre de décès a été de 11, soit une mortalité de 5.5 %.

La répartition des races est la suivante : européens 115 cas, 4 décès ; Algériens, Tunisiens, Marocains 84 cas. 7 décès ; Sénégalais 1 cas Les germes, isolés par hémoculture ont été ainsi déterminés : Bacille d'Eberth 117 ; bacille paratyphique A 71, B 12. La mortalité par germe s'établit comme suit : Eberth 10 décès, para A 1 décès.

L'évolution clinique a donné lieu à un certain nombre d'observations. Les fièvres à bacille d'Eberth ont donné des courbes à type régulier, oscillant, pendant la période d'état, autour de 40° ; chez les vaccinés cette période a été écourtée ; les fièvres à paratyphiques ont, par contre, souvent présenté des courbes de température irrégulières, à tracé saccadé et capricieux. La plupart du temps le facies des malades contrastait avec le *tuphos* classique et ne marquait aucune altération ; la langue sèche, fendillée, rôtie, décrite par les classiques, a été d'observation exceptionnelle. Au début de la maladie il n'a pas été rare d'observer de la constipation ; et même, dans les infections à paratyphique A, la constipation initiale était presque la règle. D'une manière générale, les taches rosées abdominales, symptôme inconstant, se réduisaient à un petit nombre d'éléments.

Le symptôme le plus courant est la dissociation du pouls et de la température, le pouls demeurant relativement lent. L'insomnie est fréquente dès la période prodromique.

En résumé, une température avoisinant 39°, un pouls en désaccord avec cette température, la langue saburrale, quelques gargouillements dans la fosse iliaque droite, de l'insomnie, tels sont les traits caractéristiques du tableau présenté par les malades, à leur entrée à l'hôpital, dans les cas les plus différenciés.

Dans 26 % des cas les formes ont été bénignes, l'évolution abrégée ; des rechutes ont été observées dans 10 % des cas.

Les hémorragies intestinales ont été observées 6 fois ; la perforation intestinale 4 fois ; le meilleur signe de perforation reste la chute de température et l'accélération du pouls dont les tracés *se croisent*. Les autres complications ont été : 4 phlébites, 1 artérite, 1 parotidite, 1 ostéo-périostite. L'association morbide la plus fréquente a été la typho-palustre (11 % des cas) ; les deux maladies ont évolué indépendamment l'une de l'autre, sans aucun caractère de malignité. (Vialatte et Bolzinger. Notes sur les affections typhoïdes à Fès *Maroc Médical*, 15 novembre 1930.)

Neurologie

Le diagnostic classique de la tumeur du cerveau est basé sur le syndrome d'hypertension intracranienne ; les médecins attendent généralement qu'il soit au complet, perdent du temps avec le traitement d'épreuve et, lorsque le malade arrive au chirurgien, celui-ci en est presque toujours réduit à une thérapeutique palliative.

Les signes, sur lesquels on se base aujourd'hui sont des signes *discrets*. Dans bien des cas il existe une période de *latence*, de tolérance plus ou moins longue, suivant la nature et le siège de la tumeur, suivie d'une période d'*irritation diffuse* du cerveau, à laquelle fait suite une phose de *localisation* et de *destruction*, dans laquelle le diagnostic devient évident. C'est à la *période prodromique*, entre la phase de latence et la phase d'irritation diffuse qu'il faut *savoir penser* à la tumeur du cerveau ; il faut mettre en évidence, un à un, les symptômes cardinaux qui sont les suivants :

1° *Crises de céphalée* profonde, gravative, prenant toute la tête, qui apparaissent des mois et des années avec les signes d'hypertension franche, avec une fréquence très variable.

2° *Epilepsie* d'apparition tardive, compliquant la migraine (syphilis ou tumeur).

3° *Troubles mentaux* essentiellement polymorphes, le plus souvent dépressifs ; 2 % des malades internés dans les asiles sont atteints de tumeurs cérébrales.

4° *Asthénie* physique intense, obligeant les malades à se coucher plusieurs fois dans la journée.

5° *Signaux-symptômes de localisation,* signaux d'alarme de grande valeur localisatrice : *surdité* unilatérale, vague névralgie faciale localisée à une branche du trijumeau, hémiparésie faciale, secousses épileptoïdes dans un membre.

En présence de ces signes, *si vagues soient-ils*, il faut penser à la tumeur du cerveau et faire faire :

1° Un examen ophtalmologique complet.

2° Une ponction lombaire avec mesure de la pression du liquide céphalo-rachidien et examen cyto-chimique complet du liquide.

3° Une radiographie du crâne. (G. Jeanneney, Pensons aux tumeurs du cerveau. *Gazette Médicale du Centre*, 15 novembre 1930.)

La méningite aiguë lymphocytaire, qui simule la méningite tuberculeuse, n'offre que deux éléments de diagnostic : l'absence du bacille de Koch et l'évolution favorable ; les autres signes sont l'absence de strabisme, de photophobie, d'inégalité pupillaire, la disparition nette et définitive de tous les symptômes après la ponction lombaire, le nombre très élevé de lymphocytes.

L'observation suivante offre un intérêt clinique et théorique.

Une femme, hospitalisée à l'Hôtel-Dieu de Nantes, présente les signes suivants : Céphalée atroce empêchant le sommeil, vomissements continus, raideur marquée de la nuque, ébauche de Kernig, légère photophobie, réflexes normaux.

Une ponction lombaire donne issue à un liquide clair, à tension normale ; la réaction de Bordet-Wassermann est négative ; on n'y trouve pas de bacille de Koch, mais on isole 180 lymphocytes par mmc, chiffre énorme qui semble confirmer l'hypothèse de méningite bacillaire.

On prescrit immédiatement des injections quotidiennes sous-cutanées d'allergine.

Au bout de quelques jours il y a une réelle diminution de la céphalée et des vomissements ; une seconde ponction lombaire ne montre que 40 lymphocytes par mmc.

L'amélioration des symptômes continue ; quinze jours après il n'y a plus que 14 lymphocytes par mmc. Guérison apparente.

Un cobaye, inoculé avec le liquide céphalo-rachidien ne présente à l'autopsie aucune trace de manifestation tuberculeuse. (U. Monnier, Les fausses méningites tuberculeuses. *Gazette Médicale de Nantes*, 15 novembre 1930.)

Aphorismes

La prophylaxie n'est qu'une étiologie retournée. (G. Mourriquand, de Lyon.)

Un opéré de néphrectomie ne doit plus mourir d'insuffisance rénale. (P. André, de Nancy.)

J. Lafont.

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Des injections émollientes en gynécologie au moyen de comprimés de guimauve immédiatement solubles

« La Gynalthine »

Par le Docteur **DARTIGUES**

C'est un grand tort, dans les inflammations aiguës des voies génitales de la femme, d'ordonner des injections antiseptiques. D'abord elles sont douloureuses, ensuite, elles diminuent la puissance de défense des éléments épithéliaux de revêtement. Les injections antiseptiques ne doivent être employées que lorsque la période inflammatoire aiguë est déjà passée.

Dans les inflammations chroniques, il est bon de ne pas abuser des produits antiseptiques en injections ; surtout quand le traitement doit présenter une assez glongue durée.

De là s'impose la nécessité, en gynécologie, de donner des injections émollientes (à base de têtes de pavot, de racines de guimauve surtout), qui sont supportées pendant très longtemps et amènent une sédation rapide. Les gynécologues connaissent

l'utilité des émollients, mais malheureusement, ces derniers ne sont pas assez prescrits, dominé que l'on est par l'idée antiseptique.

Il faut donc, dans un traitement génital chez la femme, prescrire bien plus souvent que l'on ne l'a fait jusqu'ici les injections émollientes, soit seules, soit associées ou alternées avec des injections antiseptiques, dont il existe des types cliniques extrêmement variés et souvent excellents.

Ce qui fait que les injections émollientes ne sont pas plus utilisées par les malades, c'est que leur préparation est très peu pratique ; il y a dans leur emploi une grande perte de temps, des difficultés d'approvisionnement d'abord puis de la longueur dans la producteur de la décoction et dans le filtrage, de l'attente dan le refroidissement suffisant de la décoction, etc.

J'ai pensé, depuis plusieurs année, à rendre plus facilement applicables et extrêmement pratiques (par le minimum de temps et leminimum d'encombrement), *les injcetions émolllientes*, en réduisant la substance mucilagineuse, émolliente, sous forme de *comprimés* pour ainsi dire immédiatement solubles.

Mais cette idée que personne n'avait eue auparavant, a été impossible, à réaliser juqsu'à présent. Enfin, après bien des essais, un chimiste distingué, M. J. Chaki, a pu extraire toute la matière mucilagineuse de la racine de guimauve pour l'incorporer à une poudre alcaline et en faire des comprimés contenant tous les principes de la plante l'*Althea*, contient 25 % de mucilage, de l'amidon et de l'asparagine. Ces comprimés, peu volumineux et très maniables, sont immédiatement solubles dans l'eau tiède.

Ces injections émollientes, sous forme de comprimés, appelés « *Gynalthine* », de *Althea* : Guimauve, Althine, s'adressent à toutes les affections gyrécologiques à caractère plus ou moins inflammatoire, vulvo-vaginites, métrites, salpingites aiguës, subaiguës, ou chroniques avec pertes blanches ou leucorrhéiques. Elles s'associent parfaitement bien avec les diverses injections antiseptiques. Désormais, le gynécologue et le patient pourront ordonner, à cause de leur mode extrêmement pratique, les comprimés émollients de Gynalthine, les malades prendront facilement ces injections en une minutes, et les gynécologues et praticien, pourront ainsi associer ou alterner les injections émollientes, trop délaissees, avec les diverses injections antiseptiques.

VARIÉTÉS

La « Fausse Petite Histoire » de la Médecine !

Un médecin français dans une île déserte d'Océanie (1754-1780), inventé de toutes pièces

Voici une aventure absolument extraordinaire, survenue à un médecin de la Marine marchande, au milieu du XVIIIe siècle, dans l'une des petites îles de l'Océanie de l'Ouest, entre les deux voyages de circumnavigation de Cook dont le second eut lieu en 1772. Le nom de ce confrère doit surnager (c'est le cas de le dire) et sortir de l'oubli.... *littéraire*.

Le docteur Thibaut, né à Brest, en 1714, était le fils d'un roturier, qui était un tisserand professionnel.

Grâce à la protection d'un personnage (officier du port), important, du pays, ce jeune homme put faire des études médicales complètes.

Elles durent être brillantes, car il était resté très fort en botanique, avait reçu une éducation mondaine très soignée, était très religieux comme tous les Bretons d'alors, et possédait une forte culture classique.

A 25 ans, il s'embarqua comme chirurgien de la Marine royale française. Il dut voyager beaucoup. Ses parents moururent pendant ce temps.

Après une aventure, qui, paraît-il, avait eu pour origine un dépit amoureux et était assez grave, mais qu'on ne connaît pas, il émigra et quitta la France pour passer en Espagne, où il devint médecin de la Marine marchande.

Il avait alors près de 40 ans. Un armateur un peu flibustier,

l'embarqua à bord de l'un de ses navires l'*Isabella*, qui partait, en mission secrète du gouvernement espagnol, pour s'emparer d'un groupe d'îles d'Océanie situées par 17° Lat. Sud et 142° de longitude Ouest.

* * *

On appareilla en janvier 1754. Au point indiqué, ils rencontrèrent une infinité d'îles, appelées désormais les *Basses îles de l'Ouest-Océanie*, mais non un continent.

Débarqué, grâce à un canot, dans l'une d'elles, avec un maître charpentier du bord, il advint que son canot fut volé par les SAUVAGES ! Une tempête força l'*Isabella* à s'éloigner de la côte d'autre part, et le capitaine espagnol, qui voulait sans doute se débarrasser d'un homme gênant sa « flibusterie », ne revint pas chercher son médecin !..... Il n'en avait donc pas besoin.....

L'île était habitée par une peuplade pacifique, qui, dans son langage, l'appelait *Evaa* (La Pirogue), car elle avait une forme très allongée.

Le chef-roi, Aouta, accueillit les étrangers et leur rendit leur matériel. Quelques mois plus tard, le médecin français guérit le fils aîné du roi d'un *phlegmon grave*, que les Schamans (hommes-médecine, c. à d. sorciers de là-bas) ne surent ni opérer, ni guérir. Notre excellent confrère devint alors le second personnage de ce petit royaume !

Trois ans ne passèrent (1754 à 1757). Le charpentier Kervadec, autre marin breton, construisit une maison en bois et se maria. Le médecin créa un jardin modèle (arbres et légumes). Mais l'*Arbre à pain* suffisait au bonheur des Indigènes !.....

Le docteur ne voulait pas se marier pour raison religieuse surtout, désirant être rapatrié. Mais le roi l'obligea à épouser quand même sa fille *Era* (Le Soleil), âgée de 16 ans, une admirable beauté polynésienne, capable de lutter avec les statues .....grecques !

En 1758, naissait une fille, qu'il appela Sylvie. Le médecin fit de sa femme une chrétienne et la baptisa après l'accouchement, ainsi que Sylvie, la nouvelle née.

Craignant des *persécutions* de la part des notables de l'île, le docteur n'hésita pas à s'en aller. Il partit, grâce à Kéradec et à ses trois fils, avec un serviteur appelé Otta, pour une autre île déserte, qui fut appelée plus tard « *L'Ile Heureuse* ».

Là, il se fit construire une vaste *maison* de bois, s'installa avec tout le matériel apporté d'*Evaa*, et constitua un superbe jardin botanique. C'était magnifique !

Peu de temps après, sa femme fut tuée sur la plage par la foudre, au cours d'un orage terrible. Il l'enterra. Il réussit à élever et à éduquer sa fille à la Française, et lui enseigna la lecture et l'écriture à l'aide d'un vieux dictionnaire français, qui lui servait d'herbier. Les livres étaient faits avec de l'écorce de grandes feuilles blanches préparées par Otta.

Cette jeune fille devint une sportive de tout premier ordre ! Elle était d'ailleurs aussi belle que sa mère. C'était une nageuse *di primo cartello* : une vraie sirène !

* * *

Un beau jour arriva en radeau, sur la plage, un jeune naufragé français, le chevalier Jean d'Artaut (de Nantes), qui avait échoué, *nu* comme un ver, sur une autre île, assez éloignée, et qui courait l'archipel.....

Le jeune homme fut accueilli avec joie par son compatriote breton ; âgé d'à peine 20 ans, il fut accueillit comme un fils.

Le père, la fille et l'ami vécurent là plusieurs années encore. Bientôt Sylvie épousa Jean, sous la protection seule du Dieu-Soleil d'Océanie !

Les naufragés installés, le vieux à l'*Ile Heureuse*, les jeunes mariés à l'*Ile au Piton* voisine ne furent secourus, semble-t-il, qu'après 1775, sans doute par la deuxième expédition de Cook ou par un navire du port de Nantes. Mais, vers 1782-1783, ils se trouvaient tous à Nantes, dans la famille du jeune homme, qui,

LA COTE D'AZUR, SES FÊTES, SON SOLEIL, SES FLEURS...

La Côte d'Azur déjà toute en fleurs, ce ne sont que kermesses, redoutes, régates, courses ...

[illegible] si les villes mondaines de la Riviera sont le rendez-vous des [illegible] ses stations plus modestes offrent aux familles le même agré[illegible] séjour.

[illegible], rapides et confortables, les trains abolissent la distance : [Mar]seille n'est qu'à 12 heures de Paris.

De Marseille, le voyageur a le choix entre la voie ferrée et la route et [s'i]l lui plaît de quitter le train pour l'auto, il trouve à la gare même les [lim]ousines P. L. M. qui relient Marseille à Nice en passant par [Cassis], Bandol, Sanary, Toulon, Hyères, Le Lavandou, Sainte Maxime, [Fréjus], Saint Raphaël, Agay, Cannes et Juan les Pins. C'est une excur[sion] de la journée, infiniment attrayante, à travers les plus beaux pay[sages] des Maures et de l'Esterel, le long de la mer.

[To]utes les gares P. L. M. délivrent des billets combinés chemins de [fer] et autocar, d'une validité de 33 jours, comportant soit l'aller de Mar[seille à N]ice dans les autocars de la Route du Littoral et le retour en [chem]in de fer soit l'aller en chemin de fer et le retour en autocar. Réduc[tion de] 25 % en 1re classe et de 20 % en 2e et 3e classes sur tous les par[cours] en chemin de fer ; de 5 % sur le prix du trajet en autocar. Ces [billets] peuvent comprendre des coupons de chemin de fer permettant [d']atteindre Marseille et revenir par des itinéraires différents si le voya[geur] le désire.

en 1787 fit dessiner son portrait (on le possède), ainsi que celui de sa femme *La Belle Sauvage Sylvie*, lequel est perdu !

***

L'écrivain qui a retrouvé les *Mémoires du jeune naufragé* (*Le Rameau de Bambou*, *Le Temps*, février 1931, feuilleton), a dépisté les dernières traces de sa famille à Nantes ; mais il n'a pas pu découvrir quoique ce soit à Brest sur le docteur Thibaut. C'est M. A. Moreux, auquel nous avons écrit pour obtenir un certificat d'authenticité, des faits que nous venons de résumer ici, mais qui ne nous a pas répondu encore.

En réalité, cette *histoire* a été inventée de toutes pièces... Les « *Authentiques Mémoires* » ne sont qu'un ROMAN !

***

Ce qui fait l'intérêt de cette aventure, ce sont les détails de l'*organisation sociale* qu'avait créée à l'*Ile Heureuse*, ce savant médecin ; et c'est de voir comment il avait pu, dépourvu de tout contact avec les civilisés, régler sa vie, celle de sa femme et de sa fille ; celle-ci avait réussi à se confectionner une robe à la mode de 1765 (mode provinciale), apportée dans son île par du dessin de son futur mari, lequel y arriva d'ailleurs *nu* !

***

Nous avons conté ailleurs, sous le titre de « UN FAUX ROBINSON CRUSOÉ NANTAIS », les péripéties de l'exil océanien du chevalier Jean d'Artaut ! Ce n'est pas le lieu d'y insister ici. Qu'il nous suffise d'ajouter que, arrivé lui aussi dans une île, absolument *déserte*, il réussit à y vivre *seul*, deux ans et demi, se conduisant exactement en HOMME PRÉHISTORIQUE ! Il fabriqua de suite des *outils en pierre taillée*, fit du feu, chassa et pêcha, nagea pendant des heures, en faisant des traversées de 12 à 14 kilomètres de mer..... Il réussit enfin à se faire un *radeau* en bambous qui lui fit trouver une fiancée laquelle devint l'une des beautés nantaises de la Révolution.....

D[r] Marcel BAUDOUIN,
Ethnographe et Préhistorien.

Echos et Glanures

La médecine populaire en Provence. — Dans sa thèse intitulée *La médecine populaire en Provence* (1), le D[r] Georges Cauvin a réuni les traditions, les vieux préjugés, les remèdes populaires recommandés et encore employés en Provence. « Le touriste, qui, attiré par la renommée de la Provence, la visite au cours d'un voyage ou même y séjourne quelque temps, peut apprécier son soleil, son climat, ses sites merveilleux mais n'aura de ses habitants qu'une idée factice... Nous sommes toujours restés surpris, écrit le D[r] Cauvin, de voir à quel degré les antiques croyances en matière de médecine demeurent ancrées dans l'esprit des Provençaux ». Le plus souvent dans les villages, la thérapeutique populaire est appliquée en premier lieu, et c'est en désespoir de cause que l'on a recours au médecin. Le Provençal aime le mystère, le surnaturel. Ce qui le caractérise c'est un mélange de paganisme et de christianisme ; la religion chrétienne n'est pas arrivée à détruire complètement le paganisme préexistant. Sous la façade chrétienne on le voit très souvent transparaître. Après avoir fait appel à un saint protecteur connu, le Provençal n'hésitera pas à avoir recours à des procédés de magie ; il fait une large place aux pratiques païennes, qui l'impressionnent par leur caractère mystérieux ; il attache également beaucoup d'importance aux talismans. Les sorciers, les rebouteux, les charlatans ont sur lui beaucoup plus d'influence que le médecin qui ne lui inspire pas une confiance illimitée.

Ces trois dictons montrent la défiance qu'on a parfois pour lui.

Si vous écoutez les médecins, ils vous mèneront loin.
Ce que disent les médecins n'est pas parole d'évangile.
Médecin jeune fait les cimetières bossus.

Les Cucugnanais — histoire rapportés par Roumanille — disent de leur médecin :

(1) D[r] Georges CAUVIN. — *La médecine populaire en Provence*, Thèse de Lyon, 1930. 90 p. Bosc et Riou, imprimeurs.

« Il ne sait rien de rien notre médecin, il lit, il lit sans cesse. S'il étudie, c'est pour apprendre. S'il a besoin d'apprendre, c'est qu'il ne sait pas. S'il ne sait pas, c'est un ignorant. »

Il a paru intéressant au Dr Cauvin de conserver pour les siècles futurs toutes ces croyances populaires qui font le charme et la poésie de la Provence. On peut prévoir, dit-il, que dans un laps de temps plus ou moins long toutes celles qui subsistent encore seront tombées dans l'oubli.

Pour sa documentation, le Dr Cauvin s'est adressé aux vieux médecins, aux pharmaciens, aux vieilles gens du pays, et a puisé également de nombreux éléments dans la littérature provençale. Dans un premier chapitre le Dr Cauvin étudie les origines et les caractères de la race provençale, passe en revue les préjugés qui influent sur la vie, la nourriture, la prophylaxie des maladies, et dans un deuxième chapitre énumère les remèdes populaires d'origine végétale ou animale, ainsi qu'un certain nombre de remèdes plus ou moins bizarres. La thérapeutique par suggestion, avec, d'un côté les procédés de magie, les incantations ; de l'autre, les prières, les pélerinages aux saints protecteurs et aux saints guérisseurs constituent le troisième chapitre auquel est rattaché un paragraphe concernant le culte des eaux, des pierres et des arbres.

Quelle sera l'attitude du médecin vis-à-vis de cette population toujours portée à se délier de lui ? « Le médecin n'impressionne pas suffisamment les esprits s'il ne sait pas s'adapter à la mentalité des habitants, dit le Dr Cauvin. Ausculter, palper, percuter et donner une ordonnance n'est pas suffisant. Mais qu'il ait un Vaquez ou un thermocautère, il est déjà beaucoup mieux considéré, car ces appareils frappent l'imagination des patients ».

Voici quelques-unes de ces croyances superstitieuses ayant trait à la fécondité et à l'accouchement. Nous citons le Dr Cauvin :

« L'homme, au moment du mariage doit craindre les coups du sort ou des sorciers qui possèdent de nombreux moyens pour lui enlever la faculté de se reproduire. Pour s'en protéger, il prendra un morceau de ficelle, de laine, de coton et, au moment de la cérémonie nuptiale, y fera successivement trois nœuds en prononçant la formule magique : « ribald, nobald, vanarbi », ou bien récitera à rebours un des versets du *Miserere*.

Parmi les nombreux moyens mis encore en œuvre, retenons celui qui consiste à faire passer un jet d'urine au travers de l'anneau au moment de la célébration du mariage.

« Le jeune époux doit s'assurer du désir de sa femme d'avoir un enfant, car celle-ci pourrait avoir suspendu au chevet de son lit un sachet contenant de la rue, ce qui lui donnerait l'assurance de rester inféconde.

« Pour ne pas souffrir des embrassements de son mari, la jeune épouse allumera le soir des noces une chandelette bénite à la Chandeleur.

« Le pélerinage d'Apt passe pour avoir une influence heureuse sur la fécondité. La jeune femme doit aller remuer le berceau de Sainte-Anne. Cette croyance date du XVIIe siècle, époque où on attribua à l'intervention de Sainte Anne d'Apt la naissance de Louis XIV, après dix ans de mariage infécond entre Louis XIII et la reine Anne d'Autriche.

Cette coutume a donné naissance à un dicton populaire : « *Elle a remué le berceau de Sainte Anne d'Apt* » appliqué aux jeunes filles qui ont eu un enfant avant leur mariage.

« Une pratique encore en usage consiste à aller baiser le nombril de Saint Sumian de Brignoles.

« Saint Faustin de Varages (autrefois Saint Foutin) était autrefois en grande vénération en Provence. On lui attribuait le pouvoir de rendre fécondes les femmes stériles, de raviver l'ardeur virile et de guérir les maladies vénériennes. On lui offrait, comme autrefois au dieu Priape, des ex-voto en cire représentant les organes génitaux de l'un ou l'autre sexe. Le plafond de la chapelle en était garni.

« Pendant le cours de la grossesse, la femme qui ne peut satisfaire une envie, ne doit en aucune façon porter sa main sur une partie de peau découverte, car à l'endroit de l'attouchement, « son caprice serait peint ». Le Dr Cauvin rappelle qu'en 1415, les statuts municipaux de la ville de Toulon, portent que toute femme enceinte pourrait, à cause de son état, cueillir des fruits plein les mains dans la propriété d'autrui, pour les manger là même, mais qu'elle devait cinq sols si elle en emportait plus que ses mains pleines.

« Pendant la grossesse, la future maman regardera de beaux enfants, de belles choses, et se gardera bien de jeter les yeux sur les estropiés et même sur les tableaux religieux où il y a des monstres et des démons ; elle se gardera également de mettre du fil en pelote, de peur que le fœtus, par esprit d'imitation, ne prenne une position contournée ou que le cordon s'enroule autour du cou.

« Le jour de l'accouchement on disposera des talismans, parmi lesquels l'œuf du vendredi saint, qui a la propriété de ne jamais pourrir et qu'on placera au chevet de la parturiente. En faisant asseoir cette dernière sur un chauchoir, en tenant appliqué sur son ventre le bonnet de son mari, on facilitera le travail.

Et aujourd'hui encore, à Marseille, dit le Dr Cauvin, l'étole de Monseigneur Belsunce, placée sur le ventre, passe pour réduire

de façon appréciable les douleurs de l'enfantement. Cette étole dit-on, n'est confiée qu'aux personnes dont la foi est particulièrement sincère.

« La sage-femme ou la commère qui se croit la mieux qualifiée se précipite pour voir si l'enfant se présente coiffé des membranes. Né « avec la crépine », il sera heureux toute sa vie.

« Si c'est un garçon, on fera bonne mesure du cordon. Ce cordon qui, desséché, tombera au bout de quelques jours, sera précieusement cueilli ; l'enfant le coupera avec un ciseau quand il sera plus grand pour être un « débrouillard » dans l'existence. Le délivre expulsé sera enterré au pied d un figuier, arbre à latex, pour faciliter la montée du lait chez la mère. L'enfant dûment secoué, sera lavé, emmailloté en ayant soin de placer dans ses langes un grain de sel pour le protéger des mauvais sorts.

Dans le même but, un signe de croix est fait à chaque remaillotement. Quelquefois la sage-femme, à la demande de la famille, sectionne le frein de la langue du nouveau-né (surtout s'il s'agit d'une fille !) pour lui délier cet organe. La mère, pendant ce temps, absorbe le traditionnel bouillon, fait avec une poule réservée depuis longtemps à cet usage... »

Les légumes sont très en faveur chez les Provençaux ; ils passent pour « *calmer le feu de l'intestin* », tandis que la viande est réputée « échauffante ». On croit que manger en abondance des légumes verts entretient une bonne santé et prévient de bien des maux. De là est venu le dicton :

> Qui de son ventre fait un jardin,
> N'a pas besoin de médecin.

Il faut réserver une place de choix à l'ail ; les Provençaux l'ont toujours considéré, dit le Dr Cauvin, comme un contre-poison et un désinfectant.

« Pour éviter la contagion, ils en mettaient une gousse dans la poche ou dans la bouche chaque fois qu'ils allaient voir un malade grave. De même, ayant remarqué que les bêtes n'aiment pas l'odeur de l'ail, ils s'en frottaient les jambes et les pieds chaque fois qu'ils devaient traverser un endroit peuplé de vipères. C est le traitement de choix de mainte affection.

Quand un enfant est de caractère taciturne, qu'il est un peu pâle, ou s'il dort les yeux entr'ouverts, les cils recroquevillés, s'il se gratte souvent le nez, c'est qu'il a de la « vermine ». On applique alors sur le ventre un emplâtre ou un cataplasme d'ail écrasé. On lui met aussi autour du cou un collier de gousses d'ail. Dans le Var. les aulx cuits sous la cendre des feux de Saint-Jean protègent des maladies. On en fait manger aux enfants pour les préserver de la tuberculose. En cas de pneumonie, on peut frotter le malade d'ail des pieds à la tête, il s'en trouve, dit-on, très bien. Une gousse d'ail mise dans l'oreille calme radicalement les rages de dents.

Pour les coliques, les maladies de la vessie, on fait bouillir de l'ail dans du lait et on donne au malade cette décoction en tisanes et en lavements. L'asthme se traite par une infusion d'ail dans du vin blanc. Ecrasé avec de l'huile d'olive, il constitue une pommade efficace contre les verrues et les corps aux pieds. Enfin une pâte faite avec de l'ail, du miel et du beurre frais s'emploie dans les affections cutanées et en général et notamment dans les cas de gale ou de pelade ».

Le charlatanisme en Allemagne et aux Etats-Unis. — « ... Un fait également est digne de remarque, c'est le développement plus marqué du charlatanisme dans deux nations : l'Allemagne et les Etats-Unis.

Chez les latins, le charlatanisme n'est qu'un accident individuel, il dépend d'une influence personnelle, s'exerce dans l'ombre comme honteusement, et ceci constitue un élément de fierté pour nous. Dans ces deux nations au contraire, il s'étale au grand jour, s'érige en système, constitue des écoles.

Je crois que les causes sont différentes dans chacun des deux cas : dans les pays germaniques, il répond à l'essence même de la mentalité du peuple, en Amérique il obéit aux règles du développement industriel.

L'Allemand, en effet, conserve une croyance très vive au merveilleux, ses légendes sont pleines de miraculeuses interventions et la terre est souvent visitée de créatures fabuleuses. Ces légendes chez nous ne se rencontrent que dans les pays les moins latinisés, la Bretagne par exemple, là où le charlatan sévit plus particulièrement.

L'Augendiagnose à son début se parait de la fable de l'oiseau à la patte brisée. Un peu de poésie nébuleuse y est nécessaire à la réussite du système,

Loin d'être à dédaigner, une pareille conception des choses constitue une circonstance atténuante. une excuse valable puisque au fond il ne s'agit que de la déviation du sens mystique, auquel manque la critique.

Pourrait-on dire que la latinité a pu donner ce goût de clarté aux peuples celtes e t que la limite de la conquête de Rome est aussi celle de l'esprit plus facilement trompé ? Peut-être. Nous avons vu d'ailleurs dans ce pays si atteint quoi qu'on en ait dit, par sa défaite, un fléchissement de l'esprit critique, une sorte de doute et de rejet des traditionnelles formations de l'esprit. L'Allemagne cultivée, repoussée de l'Occident se tournait à la suite du comte balte Keyserling vers l'Orient et accueillait les asiatiques russes et indous comme les messagers d'une orientation nouvelle. Chose étrange, à cette même époque, les sociétés savantes allemandes s'inquiétaient de la poussée du charlatanisme comme si le fléchissement de l'esprit public et la crédulité à l'empirisme se développaient parallèlement En Amérique au contraire tout est sous le signe de Mercure. Il ne s'agit plus de poésie, mais de dollars. A la foule américaine grossière et ignorante, on offre une méthode enfantine : une vertèbre déviée empêche la force vitale de passer. A ce niveau, la crédulité devient de la stupidité. La réclame vous poursuit d'ailleurs partout : dans votre journal par l'annonce, dans la rue par l'affiche, chez vous par la radiophonie.

Le résultat est appréciable puisqu'on vient de publier un annuaire contenant les noms de 25.000 personnes possédant des cabinets de consultations, mais pas de diplômes ou des diplômes de haute fantaisie. On y trouve le nom, un aperçu de la carrière, la spécialité et les remèdes préconisés.

Ce n'est pas une des moindres critiques que l'on puisse faire à l'américanisme que cet impudent étalage de la tromperie, véritable vol au détriment de l'intelligence, qui dégrade plus qu'il ne ruine.

Un très curieux exemple de la confusion des genres y est donné par la Christian Science, mélange extraordinaire de foi et de scientisme.

Qu'est-ce qu'une maladie ?

C'est une souffrance que le prétendu malade croit éprouver dans un organe de son corps. Ce qui souffre en réalité c'est l'esprit, puisqu'après la mort le cadavre qui est toujours le corps, ne souffre plus. Ce corps n'est qu'une illusion de l'intelligeance mortelle et cette illusion engendre la maladie, le péché et la mort. C'est le serpent de la Genèse, le grand dragon de l'Apocalypse.

Que peuvent faire dans ces conditions la médecine et les médecins ?

Beaucoup de mal.

Au contraire, la vérité, l'Idée spirituelle doit revenir pour chasser le dragon, la maladie, la mort, la haine. La maladie n'étant qu'un rêve, il suffit d'éveiller le malade, de lui suggérer peu à peu que la matière ne sent, ne souffre ni ne jouit puisqu'elle n'existe pas, et qu'il faut oublier le corps pour allers vers Dieu.

On peut ainsi guérir des jambes cassées, et la fondatrice, Mrs Eddy y réussit sur elle même. Mais pour cela il faut une pureté incomparable de l'âme, une force extraordinaire de la pensée et pour les accidents de cette sorte, il vaut mieux que le disciple ordinaire ait recours au chirurgien.

La Christian Science compte de nombreux adeptes. A Boston existe une église énorme où les maximes de Mrs Eddy voisinent sur les murs avec celles du Christ... ».

(Discours prononcé à la rentrée de l'Ecole de médecine d'Amiens par M. Girard, professeur de pathologie et de clinique médicale. *Gazette médicale de Picardie*, janvier 1931.)

L'interprétation des statistiques en médecine. — Le médecin général Chavigny montre (*Concours médical*, 22 fevrier 1931) qu'on peut faire dire aux statistiques tout ce qu'on veut et qu'en ce qui concerne l'expérience de la fermeture des maisons closes à Strasbourg, les statistiques fournies ne démontrent rien du tout.

Mais, dit M. Chavigny avec un pointe de philosophie résignée, les abolitionistes ne l'admettront jamais.

Ce serait bien mal connaître les mobiles auxquels obéissent ceux qui ont soulevé ce problème. En réalité, les résultats médicaux leur importent peu. C'est, pour eux, une question de principe. Cette guerre contre les maisons de tolérance, guerre déclanchée d'ailleurs dans toute l'Europe, et peut être dans le monde entier, se trouve sous la dépendance de la *logique du sentiment*, et nullement sous celle de la *logique rationnelle*. Contre la *logique du sentiment*, aucun argument n'a de valeur, et il est complètement inutile de faire intervenir des raisons.

L'hygiéniste n'a nullement à se préoccuper de la valeur morale des procédés à employer dans la lutte contre les maladies, ce

qui ne signifie nullement qu'il soit autorisé à user de procédés immoraux. Il vise à une politique des résultats.

Si, dans certains cas, la morale trouve son bénéfice aux mesures que l'hygiène considère comme efficaces, c'est tant mieux, mais c'est simplement une rencontre heureuse.

Jurisprudence. — ACCIDENTS DU TRAVAIL. — *Expertise médicale. Choix, comme expert, du médecin traitant. Interdiction. Médecin ayant soigné la victime à l'hôpital. Convention contraire Nullité.*

Cassation (Ch. civ.), 22 décembre 1930.

Toutes les fois qu'une expertise médicale est ordonnée, il est interdit de choisir comme expert le médecin qui a soigné le blessé, ou un médecin attaché à l'entreprise, ou à la Compagnie d'assurances à laquelle le chef d'entreprise est affilié.

Doit dès lors, être cassé, la décision qui s'est uniquement basée sur les constations et conclusions formulées dans son rapport d'expertise *par le médecin traitant de l'ouvrier ; commis par le président pour* donner son avis sur la réduction de capacité subie et sur la date de consolidation de la blessure, *alors même que cet arrêt constaterait que ce médecin* présente des qualités de compétence, d'intégrité et de moralité depuis longtemps connues du tribunal.

La Cour,

Sur le moyen unique,

Et d'abord sur la fin de non-recevoir qui est opposée, tirée de sa nouveauté :

Attendu que l'arrêt attaqué, dans les motifs adoptés du jugement qu'il confirme, constate expressément que « le docteur Touillon avait opéré la victime à l'Hotel-Dieu » : que cette constatation implique nécessairement que les soins, appropriés à l'état du blessé Dubois, ont été donnés à celui-ci par ce médecin ;

Que par suite la fin de non-recevoir n est pas fondée en fait ;

Rejette la fin de non-recevoir ;

Au fond :

Vu l'article 17, § 4, de la loi du 9 avril 1898, modifiée par la loi du 22 mars 1902 ;

Attendu que, suivant ce texte, toutes les fois qu'une expertise médicale est ordonnée, il est interdit de choisir comme expert le médecin qui a soigné le blessé ou un médecin attaché à l'entreprise ou à la Compagnie d'assurances à laquelle le chef d'entreprise est affilié :

Attendu, d'autre part qu'aux termes de l'article 30 de ladite loi « toute convention contraire à la présente loi est nulle de plein droit » ; que cette nullité est d'ordre public et s'impose aux juges comme aux parties elles-mêmes qui ne peuvent renoncer à s'en prévaloir ;

Attendu qu'à la suite d'un accident du travail, dont il a été victime au service de Marbeau, entrepeneur, Dubois, terrassier, a été amputé du bras gauche, à l'hôpital de Bourg, par le docteur Touillion qui lui a donné ses soins ;

Que sur l'action en payement de rente, exercée par l'ouvrier contre le chef d'entreprise et son assureur, la Compagnie « La Zurich », le même médecin a été commis par le président comme expert pour donner son avis sur la réduction de capacité subie et sur la date de consolidation de la blessure ;

Que, contrairement aux conclusions de Dubois tendant à ce que le rapport du docteur Touillon ne fut « admis, ni en droit ni en fait » l'arrêt attaqué, pour la détermination du degré d'incapacité de la victime, a, uniquement, basé sa décision sur les constatations et conclusions formulées, dans son rapport d'expertise, par ce médecin, motifs pris de ce que » il présente des qualités de compétence, d'intégrité et de moralité depuis longtemps connues du tribunal ;

« Que le demandeur a assisté à l'expertise sans protestation ni réserve, et n'a énoncé ses critiques contre le choix du médecin que dans les motifs, et nullement dans le dispositif de ses conclusions » :

Qu'en statuant ainsi, l'arrêt attaqué a violé le texte ci-dessus visé,

Par ces motifs,

Casse et annule l'arrêt rendu entre les parties par la Cour d'appel de Lyon le 8 novembre 1928, et renvoie devant la Cour d'appel de Grenoble.

(*Le quotidien Juridique* 24 février 1931.)

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMP. THIRON ET CIE. — R. C. 1261

FONDÉ EN 1873. — N° 13 LE NUMÉRO : 50 Centimes 28 MARS 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance publique. — *Concours de médecin des hôpitaux (admissibilité)* :

Nom des candidats	Epreuves écrites Série A	B	Epreuves cliniques Série A	B	Total
MM. les Docteurs :					
[illegible]rad	13	18	18	14	63
[illegible]iéty	10	18	18	16,5	62,5
[illegible]ch	14	12	11	16,5	53,5
Bascouret	6	11	8	15,5	40,5
[illegible]ia	10	14,5	17	15,5	57
[illegible]oist	11	15	15	15,5	57,5
[illegible]ndel	11	16	16,5	16,5	60
[illegible]tanski	16	15,5	9	16,5	57
Bourgeois	15	18	18	17	68
De Brun du Bois Noir	14	13	10	18	55
Chabrun	10	15	18	16	59
Christophe	6	16,5	12	17	51,5
Clément	10	16	16	12	54
Darquier	6	16	18	18,5	58,5
Delafontaine	9	16,5	14	17	54,5
Delarue	15	15	10	15	55
Mlle Dreyfus-Sée	6	12	10	15,5	43,5
Duruy	7	16	12	15	52
Escalier	6	11	18	15,5	50,5
Froment	6	16	17	15,5	54,5
Hillemand	12	16	17	19	64
Isaac Georges	9	14	13	17	53
Kaplan	10	17	16	18	61
Kourilsky	6	18	12	16,5	52,5
Lambling	13	17	16	14	60
Lamy	13	18	15	14	60
Laporte	12	16	10	15,5	53,5
Lemaire	5	14	17	18	54
Lenormand	14	15	14	12	55
Lavy Maur.	7	12	13	15	47
Lichtwitz	13	17	10	15,5	55,5
Liège	9	11	12	14	46
Marie	12	17	18	16,5	63,5
Martin	7	14	17	17	55
Meyer	7	15	17	15	54
Molaret	6	14,5	13	17	50,5
Moussoir	6	15	15	17	53
Olivier Henri	9	13	13	11	46
Olivier Jean	4	8	10	17	39
Oumansky	11	15,5	13	17	56,5
Pélissier	13	16	12	16,5	57,5
Périsson	7	11	13	17	48
Péron	15	17	18	11	61
Pollet	5	11	17	17,5	50,5
Poumailleux	8	15	17,5	18,5	59
Rachet	15	15	14	17	61
Schmite	10	17	14	17,5	58,5
Thévenard	6	15,5	14	18	53,5
Thurel	6	15	17	16	54
Wahl	8	13	15	13,5	49,5
Wallich	8	11,5	13	1.	54,9

Classement des **douze** *candidats admissibles.* — 1. M. Bourgeois, 68 ; 2. M. Hillemand, 64 ; 3. M. Marie, 63,5 ; 4. M. Azerad, 63 ; 5. M. Bariéty, 62,5 ; 6. M. Rachet, 61 ; 7. M. Péron, 61 ; 8. M. Kaplan, 61 ; 9. M. Lambling, 60 ; 10. M. Lamy, 60 ; 11. M. Blondel, 60 ; 12. M. Chabrun, 59.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 18 mars. — M. PIGEAUD. Etude de l'appendicite aiguë compliquant l'état puerpéral. — M. ROULIN. Etude sur les pleurésies tuberculeuses et leur traitement par les sels d'or. — M. FOURNAUD. Méningite aiguë lymphocytaire bénigne. — M. SOUILHÉ. Rapports entre la maladie de Basedow et les adénomes toxiques. Action de la médication iodée sur leur structure histologique.

19 mars. — M. CADET. Etude de l'épithélioma primitif de la trompe de Fallope. — M. COMTE. Etude des abcès chroniques et centraux des os. — M. DELMAS. Résultats éloignés de l'ostéosynthèse par bagues de Parham dans les fractures spiroïdes du tibia fermées ou récentes. — M. JUSSEAUME. De l'emploi du bactériophage de d'Hérelle comme traitement des otites moyennes suppurées.

Thèses vétérinaires. — M. CONTI. Condition de l'élevage au Laos. — M. CORTAMBERT. Applications du sérum normal de

cheval en médecine vétérinaire. — M. DESROZIERS. De la question laitière dans le Bassigui.

21 mars. — M. FICONETTI. Asthme et syphilis. — M. BAKTRUG ZYGMUNT. Prophylaxie et traitement de la teigne tavique en Pologne. — M. LE PARQUIER. Etude des fumées et des gaz nocifs dans la région rouennaise. — M. LERNOULD. Hygiène lait. — M. OSTER. Injections pleuro-pulmonaires et tuberculose

23 mars. — M. ASTIER. Essai de mise au point du pouvoir toxique de l'hydrogène sulfuré. — Mlle MAKOWER. Les tumeurs spontanées chez les oiseaux. — Mme BARTHEL. Etude du traitement préventif et curatif par l'allergine des épanchements pleuraux. — M. SIORESTAA. Etude de la dystrophie pseudo-mongolienne. — M. MATTEI. Poliomyélite antérieure aiguë et traitement de Bordier. — M. OLAGNON. Traitement de la lithiase rénale par les courants de haute fréquence.

24 mars. — Mlle GASTON. De l'opération de Wladimiroff-Mikulicz à propos d'un cas de cancer cutané de talon. — Mlle LECOCQ. Contribution à l'étude de l'hydrorrhée. — M. BRUNEAU. Des procédés actuels d'amélioration de la prothèse oculaire. — M. DUPUY-DUTEMPS. Sur le trabisme alternant. — M. BERTON. Essai de diététique pratique du nourrisson.

Mercredi 25 mars. — M. JAURON. Action du camphre sur les diarrhées. — M. AUGEIX. Hypothèse au sujet de la dernière maladie de Blaise Pascal. — M. BAILARD. Les injections sclérosantes en rhinologie. — M. TURPAULT. Etude des cures hydrominérales, spécialement celle de Luxeuil dans les inflammations péri-utéro-annexielles chroniques. — M. MALEPLATE. Etude critique des adénites géniennes d'origine dentaire. — M. LAMIAUD. Le lipiodol en urologie. — M. FOURNIER. La transfusion sanguine pour hémorragie. Importance de son organisation. — M. MIKOVITCH. Les hématomes extraduraux à symptomatologie anormale. — M. GURAN-NAC-BARTEM. Etude de l'ostéite fibro-géodique localisée dite maladie de Mickulicz.

Thèses vétérinaires. — M. JESSNER. Recherches sur l'élimination du bacille du Bang par le lait.

26 mars. — M. KLOTZ. Etude du traitement de la pyélonéphrite chronique rebelle par la néphrostomie. — M. SEGALL. Etude des syndromes psycho-anémiques et leur traitement. — M. TYRODE. Sur la posologie en vaccinothérapie. — M. KRIEGER-PARENT. Complications nerveuses au cours des leucémies aiguës. — M. MATTEI. Etude de l'antivirusthérapie. Expérimentation clinique d'un stock antivirus polyvalent. — M. TESTU. Essai psycho-pathologique sur Villiers de l'Isle-Adam. — M. ADÈLE. Des processus simultanés de tuberculose et de gangrène pulmonaire.

Thèses vétérinaires. — M. VANLERBERGHE. Considérations sur l'utilisation rationnelle des pulpes de betterave.

Réunion du Comité médical consultatif de Villard-de-Lans. — Le Corps médical sait que la station de Villard-de-Lans, la seule en Europe dans ce genre, s'est organisée pour exclure tout tuberculeux et se consacrer aux enfants délicats et convalescents. Les grandes lignes d'une organisation de ce genre, ont été tracées, et elles sont surveillées dans leur exécution par un Comité médical consultatif présidé par le Professeur Nobécourt et dont font partie les principaux pédiatres de nos différentes villes de Facultés de médecine.

Le Comité s'est réuni le 2 mars 1931 sous la présidence du Professeur Nobécourt, assisté de M. Pierre Chabert, le grand animateur de la station. Etaient présents en plus à cette réunion les Professeurs Lereboullet, Carrière (de Lille), Rohmer (de Strasbourg) et MM. les Drs Babonneix, Tixier, Armand D lille, Huber, Terrien, Jules Renault, Debré, Lesné, Gardette et Pierret.

Il a formulé entre autres, les vœux importants suivants :

1° *Organisation d'un service d'héliothérapie méthodique.* — On pourrait envoyer le médecin physiothérapeute de Villard-de-

Lans, en mission pour se rendre compte de ce qui s'est fait de mieux ailleurs en France et à l'étranger, et organiser ensuite les services nécessaires sous la direction scientifique d'un praticien très rompu aux pratiques et aux exigences de l'héliothérapie.

2° *Création d'un service d'infirmerie et radiologie cantonal.* — Le pavillon d'isolement actuel a pu être suffisant jusqu'à présent, le développement de Villard-de-Lans exige aujourd'hui une organisation beaucoup plus importante qu'il appartiendra à la municipalité de construire sur les fonds de la taxe de séjour.

3° *Création d'une école de plein air* rendue indispensable par le grand nombre d'enfants qui fréquente Villard-de-Lans. Cette école devra adopter les programmes de l'enseignement de l'Etat et être placée sous la dépendance et le contrôle du ministère de l'Instruction publique.

4° *Création d'un hôpital climatique d'enfants.* Cette création est déjà envisagée depuis quelques années, il faut la réaliser malgré les difficultés matérielles qu'elle présente. Le Docteur Mourier, directeur de l'Assistance publique de Paris, est favorable à ce projet, il apportera son concours effectif et d'autre part il serait peut-être possible d'obtenir une subvention importante dans le plan d'équipement national.

Un certain nombre d'autres questions d'un intérêt moins primordial ont été examinées également et le Comité consultatif s'est félicité du succès obtenu par la formule d'intérêt national réalisée à Villard-de-Lans, du scrupule apporté à son application et de la confiance de tous les organismes locaux pour suivre les directives du comité consultatif.

Horaire des conférences au deuxième cours international de perfectionnement pour médecins (Locarno, 14-28 avril 1931). — Les cours internationaux de perfectionnement pour médecins forment une partie essentielle de la tâche que s'est imposée la Fondation Tomarkin pour le développement des recherches cientifiques en général et celui de la culture cientifique.

L'inscription peut se faire en donnant l'adresse exacte du participant ainsi que l'indication de la catégorie de l'hôtel désiré au secrétariat de la Fondation Tomarkin, Locarno, case postal 128, où tous les renseignements qu'on voudra bien lui demander seront fournis.

Logement : Hôtel de 1re catégorie, 17 fr. 60 suisses ; 2e catégorie, 12 fr. suisses ; 3e catégorie, 9 fr. suisses (prix de pension avec les meilleures chambres y compris le pourboire).

Taxe pour le cours : 50 francs suisses.

L'Eglise et la sexualité. — La congrégation du Saint-Office vient de publier dans l'*Osservatore Romano*, un décret en latin condamnant les théories modernes de l'éducation sexuelle de la jeunesse et de l'eugénisme.

Secours sur route. — Nos routes se garnissent de plus en plus de postes de secours, grâce à l'activité de l'Union nationale des Associations de tourisme (U. N. A. T.), et surtout de sa Commission de protection aux blessés de la route, dont le président est le Dr Behague.

Envisageant le problème dans son ensemble, l'U. N. A. T. a signé un contrat avec la Confédération des Syndicats médicaux français. Ce contrat doit assurer l'appui médical au fonctionnement des postes, et en échange assure aux médecins une rémunération légitime.

Dès cette année, cette organisation va fonctionner dans le département de Seine-et-Oise et sera étendue ultérieurement aux autres départements.

Le contrat entre l'U. N. A. T. et la Confédération des Syndicats médicaux français a été publié dans le *Médecin de France* du 1er février 1931.

Nécrologie. — Dr Ladislas ALEXANDROWIECH, d'Alès (Gard). — Charles BROQUET, officier de santé à Wattrelos (Nord). — Dr Auguste COLIN, de Paris, médecin commandant en retraite. — Dr Maurice DAVOIGNEAU, de Paris, 112, boulevard Malesherbes, décédé à l'âge de 37 ans. — Dr Lucien DUBOE, de Bazet (Hautes-Pyrénées). — Dr Paul JOIRE, médecin commandant en retraite. — Dr Henri MARTIN, de Nevers. — Dr Anselme POTHEAU, de Bourges, médecin commandant en retraite décédé à l'âge de 82 ans. — Dr H. BRENOT, de Dijon, décédé dans sa 55e année. — Dr Victor HUTH, de Seloncourt (Doubs), décédé dans sa 62e année. — Dr Jean MARY, de Paris, 17, rue Réaumur, décédé à l'âge de 78 ans.

VOIR LA SUITE DES « NOUVELLES » PAGE 591

TRAVAUX ORIGINAUX

A propos de la sérothérapie antidiphtérique

Par M. le Dr ROUX

11 Mars 1931

Monsieur le Rédacteur en chef et cher Confrère,

Dans le numéro du Progrès Médical, *paru le 13 décembre 1930, M. le Professeur Jean Minet a publié un article ayant pour titre :* « A propos de la sérothérapie antidiphtérique. Sérum français ou sérum belge ? » *Cet article appelle quelques réflexions ; je m'excuse d'avoir attendu près de trois mois pour les produire, mais je ne pouvais le faire sans avoir sous les yeux la thèse inaugurale du Docteur Pierre Herlem, élève de M. Minet, et à laquelle celui-ci se réfère. Je n'ai pu me la procurer que dans ces dernières semaines ; j'espère que malgré ce retard, vous voudrez bien accueillir l'article que je vous adresse.*

Recevez, Monsieur le Rédacteur en chef et cher Confrère, avec mes remerciements, l'expression de mes dévoués sentiments.

Dr ROUX

L'article de M. le professeur Jean Minet commence par les lignes suivantes, que je reproduis textuellement :

« Le 19 février 1930, Gérard Bécuwe, interne dans mon « service et chargé des pavillons d'isolement de l'hôpital « St-Sauveur de Lille, est mort dans les bras de ses camarades, au neuvième jour d'une diphtérie contractée au « chevet de ses petits malades. Il avait reçu près d'un li- « tre de sérum antidiphtérique de l'Institut Pasteur de Paris, par les voies intra-veineuse, intra-musculaire et sous-cutanée. »

« Cette mort a suscité dans les milieux médicaux de « la région du Nord une émotion faite à la fois de tris- « tesse profonde devant la disparition brutale de l'un des meilleurs parmi les élèves de notre Faculté, et de surprise devant l'inefficacité de la sérothérapie, dans un cas où, semblait-il, toutes les conditions étaient réunies pour aider son action : rapidité de l'intervention, dose « élevée de sérum, énergie et dévouement des soins adju- « vants. »

Le lecteur des lignes précédentes croira évidemment à l'inefficacité du sérum antidiphtérique de l'Institut Pasteur ; mais, bien que péremptoire, l'assertion du professeur Minet est-elle justifiée par les faits ? Son article ne contient aucun détail sur l'évolution de la diphtérie chez le regretté G. Bécuwe. Informons-nous donc de ce qui s'est passé. Nous trouvons l'observation de la maladie de l'interne de l'hôpital St-Sauveur dans la thèse inaugurale du Dr Pierre Herlem, interne dans le service du professeur Minet. J'en reproduis ci-dessous, presque textuellement, le début :

Le samedi 8 février 1930, Bécuwe fut contaminé en tubant à ?? heures un enfant atteint du croup. Le lundi 10 février, l'interne accuse une légère douleur à la gorge, les amygdales sont rouges. Un examen microscopique ne montre que des streptocoques. Le traitement consiste en gargarismes. Le mardi 11 février à midi, la gorge présente une rougeur plus accentuée, le voile, les piliers, les amygdales sont rouges. Sur l'amygdale droite apparaît un léger exsudat blanchâtre non caractéristique, mais adhérent. A 14 heures parvient le résultat de la culture, existence de bacille de Löffler moyen. On pratique alors une injection de 150 cc. de sérum français dont 100 sous la peau et 50 dans les veines (1). Le même jour à dix-huit heures, outre l'extension de la rougeur diffuse, il existe un œdème considérable de l'isthme du gosier rendant l'ingestion de liquide quasi impossible. La voix est nasonnée. Au niveau du cou on constate un œdème sous-maxillaire bilatéral, mou, gagnant en l'espace de quelques heures toute la région cervicale inférieure, le sternum et débordant la cage thoracique. Cet œdème impressionnant double le volume du cou et donne l'apparence typique du cou proconsulaire. Dans la nuit du 11 au 12 février, crises asphyxiques longues et sérieuses nécessitant, au chevet du malade, la présence d'un collègue, le bistouri à la main, prêt à intervenir.

L'observation telle qu'elle est rapportée par le Dr Herlem ne correspond pas exactement avec les renseignements qui nous ont été donnés en février 1930, peu de jours après la mort de Bécuwe, et qui nous ont été confirmés encore récemment par le Dr Grysez, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur de Lille.

Le mardi 11 février, vers midi, G. Bécuwe se présente au laboratoire du Dr Grysez, lui raconte ce qui est arrivé, lui dit qu'il a examiné l'exsudat de sa gorge et qu'il a reconnu une association fuso-spirillaire. Le Dr Grysez constate l'existence d'une fausse membrane sur l'amygdale droite, fausse membrane dont un fragment a été arraché pour l'examen dont parle Bécuwe, la gorge est teintée de bleu de méthylène. Après ces constatations le Dr Grysez fait un ensemencement et un examen microscopique sur frottis. Il déclare qu'il ne s'agit pas d'une angine fuso-spirillaire et conseille l'injection immédiate de sérum antidiphtérique. Bécuwe répond qu'il connaît les accidents sériques et qu'il n'aura recours au sérum que si la culture confirme le diagnostic de diphtérie, que d'ailleurs il reviendra le lendemain matin s'enquérir du résultat. Le mercredi matin les tubes ensemencés montrent les colonies caractéristiques du bacille diphtérique. Le Dr Grysez, Bécuwe n'étant pas venu, téléphone le résultat à l'hôpital St-Sauveur. Dans la soirée le Dr Le Marc'Hadour, chef de clinique, vient au laboratoire du Dr Grysez, ce dernier lui apprend que l'interne Bécuwe est atteint de diphtérie.

Si l'on admet la version du Dr Herlem, le mal s'est développé avec une extraordinaire rapidité, quarante heures après la contamination ; au moment où le sérum est injecté, l'état de Bécuwe est des plus inquiétants, les symptômes sont ceux d'une diphtérie hypertoxique avec œdème envahissant, c'est-à-dire un de ces cas où, malgré l'intervention précoce, la mortalité d'après le Dr Bie, de Copenhague, atteint 50 %.

Si l'on se rapporte au récit du Dr Grysez, la première injection de sérum n'aurait été faite que le quatrième jour. Que l'on accepte l'une ou l'autre version, il est certain que la maladie a été méconnue au début et on peut s'en étonner puisque l'on sait que Bécuwe a reçu le 8 février, en pleine figure, des mucosités diphtériques. Comment M. le professeur Minet peut-il présenter le cas de Bécuwe comme un de ceux « où toutes les conditions étaient réunies « pour aider l'action de la sérothérapie ? »

Je me borne aux citations que je viens de faire de l'observation de G. Bécuwe car elles suffisent pour prévoir ce qui va se passer : malgré l'affectueuse sollicitude de ses camarades, malgré les quantités de sérum injectées les jours suivants, malgré le camphre, la strychnine, l'adrénaline et l'ouabaïne libéralement donnés, la mort est inévitable et elle survient dans la nuit du 18 au 19 février.

Comment s'en étonner ? N'a-t-on pas répété à satiété que la condition du succès de la sérothérapie est l'intervention précoce, les heures perdues ne se rattrapant pas, et, dans le cas de Bécuwe, on en a trop perdu. L'antitoxine peut bien neutraliser le poison diphtérique non encore fixé, mais elle est impuissante contre celui déjà combiné aux cellules dont il va provoquer la dégénérescence, rapidement ou lentement, suivant la dose absorbée. Les expériences sur les animaux, les observations sur l'homme prouvent qu'il en est ainsi. Le sérum agit dans la diph-

(1) En même temps il est injecté au patient 5 cc. de solucamphre, 1/2 mgr. de strychnine et 1/4 de mgr. d'adrénaline.

térie comme l'eau dans un incendie : elle empêche l'extension du mal mais ne répare pas les dégâts.

En présence d'un cas de diphtérie, un médecin attentif recherche les personnes qui ont été en contact avec le malade et il leur injecte préventivement une dose de sérum antidiphtérique. Cette précaution que l'on prend dans les cas de contamination supposée n'a pas été prise pour Bécuwe dont la contamination était massive et certaine. Comment ne s'est-il pas trouvé, après l'accident du 8 février, une personne autorisée pour imposer aussitôt à Bécuwe l'injection préventive d'antitoxine, d'autant qu'en employant le sérum désalbuminé on avait de grandes chances d'éviter les accidents sériques que l'interne paraissait redouter ?

Ce qu'il y a de navrant dans cette mort de Bécuwe, c'est qu'elle pouvait être évitée. Quelle responsabilité encourt un chef qui admet un interne dans un service de diphtérie sans s'être assuré qu'il est réfractaire à la maladie ! Une réaction de Schick aurait suffi ; négative, Bécuwe ne courait aucun danger à soigner des diphtériques ; positive, l'entrée du service devait lui être interdite jusqu'à ce qu'il ait été immunisé par l'anatoxine. Cette règle si simple ne doit jamais être négligée, car précieuse est l'existence de ceux qui se destinent à soigner les autres.

Le cas de Gérard Bécuwe ne prouve donc pas l'inefficacité du sérum antidiphtérique de l'Institut Pasteur : il fait songer à l'adage qui prétend que les médecins ne sont pas toujours les mieux soignés.

Cette triste mort suggère encore d'autres réflexions. Mais nous ne pouvons allonger indéfiniment cet article. Revenons à celui du professeur Jean Minet et examinons-en la seconde partie. Elle traite d'une expérience comparative avec le sérum de l'Institut Pasteur de Paris et celui de l'Institut Pasteur de Bruxelles.

Du mois de novembre 1929 au 12 mars 1930, M. Minet a traité par de hautes doses du premier sérum (en moyenne 400 cc.) 51 cas de diphtérie, la mortalité a été de 20 % ; du 12 mars à juillet 1930, il a traité 23 cas de diphtérie avec le sérum belge ; la dose moyenne employée fut de 57 cc. la mortalité a été de 5 %. « Pendant ces deux « périodes de l'épidémie, dit le professeur Minet, les con« ditions d'observation ont été identiques : les malades « provenant des mêmes milieux, reçoivent les mêmes « soins dans les mêmes salles d'hôpital : la proportion « des maladies intercurrentes et des infections secondai« res est analogue, analogue aussi la proportion des cas « graves par rapport aux cas bénins ».

Quoiqu'en dise le Professeur Minet, les conditions dans lesquelles il a comparé l'action des deux sérums ne sont pas les mêmes. La première partie de son expérience, celle où il a employé le sérum de Paris, est effectuée en hiver, dans le temps où la morbidité et la mortalité sont les plus fortes : la seconde partie a lieu au printemps où, d'ordinaire, la sévérité de la maladie diminue. Une comparaison plus rigoureuse est celle que l'on peut faire entre les 51 cas de diphtérie traités à l'hôpital St-Sauveur et les 46 cas traités à l'hôpital Saint-Antoine dans le service du professeur Deherripont. Le nombre des cas est sensiblement le même de part et d'autre, les deux hôpitaux sont à Lille, les malades qu'ils reçoivent viennent des mêmes milieux, ils ont été soignés dans le même temps (nov. 1929, mars 1930) avec le même sérum de Paris, avec cette différence toutefois que les doses employées à Saint-Antoine sont moins fortes qu'à St Sauveur. La mortalité à St-Sauveur est de 10, soit 20 %, à St-Antoine elle est de 3, soit 6,5 %. Sur les trois décès de l'hôpital St-Antoine, un est survenu chez un enfant malade de diphtérie et de rougeole avec broncho-pneumonie : un autre est celui d'un enfant de deux ans et demi atteint de diphtérie maligne. Que penser de ces chiffres si différents, sinon que, même à Lille, le sérum de l'Institut Pasteur ne donne pas de mauvais résultats dans toutes les mains ?

En vérité, le nombre des malades traités de part et d'autre est trop faible pour en tirer des conclusions. Nous savons qu'il est des séries malheureuses et d'autres favorables et que les affirmations basées sur des nombres trop petits ne sont pas solides. Ainsi, pendant l'année 1929, il a été traité à l'hôpital Pasteur 96 malades de diphtérie ; la mortalité a été nulle. En concluerai-je à la supériorité du sérum parisien sur tous les autres ? Evidemment non. Je me bornerai à dire qu'à l'hôpital Pasteur le sérum a été donné en temps utile et que l'on a su éviter les infections secondaires.

Pour serrer de plus près la statistique de M. Minet, il faudrait avoir sous les yeux les observations détaillées sur lesquelles elle s'appuie. Il ne pouvait les donner dans un article de journal, mais je comptais les trouver dans la thèse de son élève le Dr Pierre Herlem, thèse soutenue en juillet 1930 et ayant pour titre : « Contribution à l'étude de la sérothérapie, sérum belge et sérum français ». Celle-ci contient l'observation de Gérard Bécuwe et seulement deux autres très sommaires d'un cas de croup et d'un cas d'angine, tous deux tardivement traités par de fortes doses de sérum français.

Après un chapitre de trois pages où M. Herlem dit leur fait au sérum parisien et « aux puissantes organisations détenant jalousement un monopole » (1), il passe à la deuxième partie de sa thèse, celle qui renferme les 23 cas traités par le sérum belge. Il est donc impossible de comparer les cas traités en hiver par le sérum de Paris avec ceux traités au printemps avec le sérum belge, puisqu'il n'est rapporté que trois observations des premiers sur 51 recueillis. Nous sommes donc réduit à examiner les 23 observations des malades traités par le sérum de Bruxelles avec une mortalité de 5 %. Elles sont très succinctes, dans « *Vingt* » d'entre elles l'âge du patient n'est pas donné les examens bactériologiques manquent ou sont indiqués par les mots imprécis : *Diphtérie longue. Diphtérie moyenne. Diphtérie courte.* Dans plusieurs cas on est en droit de se demander s'il s'agit de malades atteints de diphtérie. Dans *cinq* cas il a été donné d'abord du sérum français, puis le lendemain du sérum belge.

Quelle est la part de chacun des deux sérums dans la guérison ?

M. Herlem n'hésite pas, le sérum français n'a rien fait le sérum belge a tout le mérite. Heureux âge qui ne connaît pas le doute.

Je cite en note, pour exemple, le texte de deux observations (n° 20 et n° 21) de M. Herlem ; elles donnent une idée de la façon dont a travaillé notre jeune confrère et aussi de la valeur des documents sur lesquels le professeur Minet fonde ses conclusions (2).

---

(1) M. Herlem ignore que l'on prépare du sérum antidiphtérique à Lyon et à Montpellier et que dès sa création en 1894 le service sérothérapique de l'Institut Pasteur a été ouvert à des centaines de médecins de tous les pays désirant se mettre au courant des techniques employées.

(2) Observation XX. — M. Alfred. Entré le 5 mai pour dysphagie et dyspnée. « *Histoire.* A été contaminé par la précédente, serait ma« lade depuis huit jours : courbature, dyspnée et fièvre. *Examen.* Etat général médiocre. Température 38°, pouls 112. Dans la gorge quelques « fausses membranes. Adénopathie bilatérale ; léger tirage, voix rauque. « Injection de 150 cc. de sérum français, 100 cc. sous-cutané, 50 intra« musculaires. Le 6 *mai* 1930, même état local, température 37,6. Injection de 20 cc. de sérum belge. Le 7 *mai* localement, disparition com« plète des fausses membranes. Très bon état général. Température 37, « pouls 90. Le 10 *mai* 1930 sort complétement guéri. *Remarques* : Angine « simple traitée par nécessité à la fois par le sérum français et le sérum « belge. Le premier n'a donné aucun résultat immédiat, ainsi que dans « l'observation précédente. »

Observation XXI. — Angine 150 cc. sérum français, 20 cc. sérum « belge. Guérison.

« M. Roger, frère du précédent. Entre le 5 *mai* 1930 pour dyspnée « légère. *Histoire.* Malade depuis une semaine. A donné la diphtérie à sa petite cousine qui vivait dans son voisinage. (Observation XIX). *Examen.* Etat général assez bon. Température 37.8 ; pouls 100. Gorge, « rougeur diffuse du voile du palais et surtout de l'amygdale gauche. « Réaction ganglionnaire et bilatérale importante. Injection de 150 cc. de « sérum français, 100 sous-cutané et 50 intra-musculaire. Le 6 *mai* 1930, « état stationnaire. Injection de 20 cc. de sérum belge. Le 7 *mai* 1930. « Etat général très satisfaisant. L'enfant exubérant demande à jouer « avec ses petits camarades. Température 37. Pouls 100. Le 10 *mai* « sort complètement guéri. *Remarque. Angine diphtérique à forme lo-* « *gue particulièrement sérieuse, guérie en cinq jours par injection de 20* « *cc. de sérum belge sans éruption sérique. Le sérum français n'a mani-* « *festement aucune action sur les fausses membranes.* »

Je me permets de souligner la dernière phrase de cette étonnante observation. Comment le sérum français eût-il agi sur les fausses membranes ? Il n'y en avait pas.

Sur l'intervention de M. le Professeur Minet, la Commission des Hospices de Lille a demandé à M. le Ministre de la Santé publique l'autorisation d'introduire en France du sérum belge. Cette autorisation a été refusée et M. Minet reproduit la lettre du Ministre, dans son article. Autant que M. Minet je regrette ce refus, d'abord parce qu'il ne faut pas priver un médecin du remède qu'il croit le meilleur, ensuite parce que le sérum que M. Minet appelle belge provient de l'Institut Pasteur du Brabant, fils de l'Institut Pasteur de Paris et dirigé par l'éminent Professeur Jules Bordet, qui est parmi nos amis les plus chers. Je connais trop son talent pour n'être pas convaincu que tout ce qui vient de son Institut est excellent. Une frontière fermée administrativement n'est pas infranchissable et nous nous réjouissons que la décision ministérielle n'ait pas privé M. le Professeur Minet du sérum qu'il préfère.

Dans l'article de M. Minet est mentionnée, en passant, la réunion d'une Commission chargée par M. le Préfet du Nord d'étudier la question de la sérothérapie antidiphtérique. Cette Commission s'est réunie le 15 mars 1930 sous la présidence de M. Boujard, secrétaire général de la Préfecture. Etaient présents : MM. les Docteurs Combemale, vice-président du Conseil départemental d'hygiène ; Marmier, directeur de l'Institut Pasteur de Lille ; Vidal, médecin général, directeur du Service de santé de la première région militaire ; Dubois, doyen de la Faculté de médecine ; Bourdon, conseiller général ; Vieilledent, inspecteur départemental des services d'hygiène. MM. Robert Descamps et Couteaux, conseillers généraux : le Dr L. Martin, sous-directeur de l'Institut Pasteur de Paris, qui se trouvant de passage à Lille, fut invité à assister à la séance et à donner des renseignements sur la préparation du sérum antidiphtérique et sur les résultats qu'il avait pu constater de son emploi. M. le Dr Martin, après avoir satisfait aux demandes qui lui étaient faites, suggéra que la meilleure façon de se documenter était d'examiner les statistiques recueillies dans les départements du Nord par les services sanitaires. M. l'inspecteur Vieilledent communiqua le nombre des cas de diphtérie déclarés dans les villes du département du Nord possédant un bureau d'hygiène, avec le chiffre des décès de 1919 à 1929. Le total des cas déclarés est de 3.640, celui des décès 465, soit une mortalité de 12,47 %. Dans les localités dépourvues de bureau d'hygiène il a été déclaré, dans le même temps, 6.079 cas de diphtérie et 635 décès, soit une mortalité de 10,44 %. Enfin M. le médecin général Vidal présenta la morbidité par diphtérie dans la première région militaire. De 1920 à 1929, 247 malades sont entrés dans les hôpitaux militaires, la mortalité a été nulle, ce qui s'explique par ce fait que le soldat se présente à la visite dès qu'il éprouve un malaise et qu'il est traité aussitôt. Pendant les dix années envisagées les épidémies de diphtérie ont été tantôt bénignes, tantôt plus sévères, comme cela est la règle habituelle. Si on compare ces chiffres à ceux obtenus dans divers pays d'Europe, notamment à ceux publiés pour la Belgique dans le *Bulletin* de l'Office international d'hygiène publique (1), on reconnaîtra que le département du Nord n'a pas trop à se plaindre du sérum qui lui a été fourni.

M. Minet nous signale que l'émotion produite par la mort de l'infortuné Bécuwe s'est traduite par une campagne de Presse (campagne à laquelle il n'a pas nui) « au cours de laquelle l'efficacité du sérum antidiphtérique français a été battue en brèche ». Une question scientifique ne se juge pas sur une campagne de Presse, mais bien d'après la valeur des arguments présentés. Nous venons de voir que ceux qui ont servi à M. Minet ne sont pas de première qualité. Ce n'est pas sur des impressions ou sur un petit nombre d'observations superficielles que l'on peut décider. Rien n'est plus facile que de dire et d'écrire que le sérum actuel est moins efficace que l'ancien. Si le reproche est fondé, l'infériorité du sérum actuel se traduira par l'augmentation de la mortalité dans ces dernières années. Examinons donc les tracés de la morbidité et de la mortalité par diphtérie à Paris de 1895 à 1929, c'est-à-dire depuis l'origine de la sérothérapie. Pendant ces 34 années ces tracés montrent des oscillations, la maladie a été plus fréquente en 1901 et en 1902, où la morbidité dépasse annuellement 5.000 cas avec une mortalité de 14 % et de 12 %. Les années à morbidité faible s'étendent de 1912 à 1919 où le nombre des cas reste au-dessous de 3.000 avec une mortalité qui varie de 7,92 % à 6,42 %. Considérons maintenant la statistique des six dernières années de 1924 à 1930 pendant lesquelles on a fait usage du sérum dit nouveau, et où la diphtérie s'est montrée sévère à Paris comme dans plusieurs grandes villes d'Europe. La mortalité a varié de 7,08 % à 10,9 %, soit en moyenne 8,8 %, chiffre inférieur à celui des épidémies de 1901 et 1902 et très peu supérieur à celui des années 1912 à 1929 où la diphtérie était bénigne et le sérum considéré comme excellent. De la comparaison de ces chiffres il ne ressort pas qu'il y ait lieu de vanter le sérum ancien au détriment du sérum actuel.

Dans le même temps de 1924 à 1930, à Bruxelles-Ville la morbidité est faible jusqu'en 1928 et la mortalité est de 6,5 %, en 1929 et en 1930 augmentation de la morbidité et de la mortalité qui atteint 12,6 %. Pendant les six dernières années la mortalité moyenne par diphtérie à Bruxelles-Ville a été de 9,5, c'est-à-dire très semblable à celle de Paris (8,8 %) (1).

Pour M. Minet l'infériorité du sérum français vis à-vis du sérum belge (infériorité que ne démontre pas la statistique belge), s'explique par la façon dont les deux sérums sont préparés. En France, depuis six ans, les chevaux sont d'abord immunisés à l'anatoxine avant de recevoir la toxine très active, puis ils sont saignés et réinjectés périodiquement. A Bruxelles, on immunise les chevaux par la méthode de Shiga-Sordelli, en leur injectant tous les jours des doses croissantes de toxine jusqu'à ce que leur sang ait une haute teneur en antitoxine, et après deux ou trois saignées préliminaires on les saigne à blanc. Quel que soit le procédé d'immunisation employé on cherche à obtenir des sérums titrant 800 unités et même davantage au cent. cube. L'expérience nous a montré qu'il n'est pas nécessaire que l'animal donneur de sérum éprouve de fortes réactions pour élaborer de grandes quantités d'antitoxine. On obtient des sérums titrant 800 unités au cent. cube avec l'anatoxine qui immunise sans violence. Ce qui est exact, c'est que tous les chevaux n'utilisent pas aussi bien l'antigène les uns que les autres et que, à côté de hauts producteurs d'antitoxine, il est des chevaux (quel que soit le procédé employé) dont le sérum a un titre moins élevé ; on élimine ceux dont le sérum ne renferme pas 300 unités au cent. cube. Lorsqu'on doit délivrer de grandes quantités de sérum on prépare par mélange un sérum moyen répondant à toutes les exigences de la pratique, ainsi que le prouvent les statistiques citées plus haut.

C'est en 1892 que nous avons commencé à nous occuper de la production en grand du sérum antidiphtérique. Tout d'abord nous nous sommes servis, pour la préparation de la toxine, qui est la matière première de la fabrication, de bacilles isolés des cas de diphtérie les plus sévères que nous rencontrions : puis nous avons adopté comme producteur de toxine le bacille de Park et William. L'idée que ce bacille étranger fournirait peut-être un sérum moins bien adapté au traitement des diphtéries, auxquelles nous avons à faire, que les bacilles autoch-

(1) De 1919 à 1928 la mortalité par diphtérie en Belgique a varié entre 13 % et 23 % des cas déclarés.

(1) Je remercie MM. les Drs Timbal et Néls qui ont bien voulu me communiquer ces renseignements provenant de l'Office démographique de Bruxelles. Je n'ai pas tenu compte de la statistique des faubourgs de Bruxelles où la mortalité est plus élevée.

tones, s'est présentée à nous et nous avons fait sur les animaux et sur les malades de nombreuses comparaisons qui nous ont démontré que la toxine diphtérique est toujours la même, quel que soit le bacille qui l'élabore, et que l'antitoxine est une quel que soit l'antigène qui lui donne naissance. Il y a donc avantage à se servir de l'antigène le plus actif pour avoir, sous un plus petit volume, une forte quantité d'antitoxine. Tous les laboratoires sont arrivés au même résultat et partout toxine, anatoxine et antitoxine ont pour origine le bacille américain.

On a aussi prétendu que les bacilles cultivés dans les milieux artificiels perdaient à la longue de leur pouvoir pathogène. Le bacille américain employé universellement n'a rien perdu, entre nos mains, de ses qualités pathogènes ; on s'en assure périodiquement en injectant à une série d'animaux des cultures de plus en plus diluées et jusqu'à présent on n'a pas constaté que la longue série de culture ait modifié le pouvoir pathogène qu'il avait à l'origine.

Quant aux propriétés bactéricides du sérum antidiphtérique elles n'existent pas, le bacille diphtérique se développe dans le sérum le plus antitoxique. Dès le début de nos travaux, avec mes collaborateurs nous nous sommes attachés à conférer au sérum antidiphtérique des propriétés bactéricides. Dans ce but nous avons injecté aux chevaux immunisés, soit sous la peau, soit dans les veines, soit dans le péritoine, des macérations de bacilles, de fortes doses de bacilles tués par divers artifices, et même des bacilles vivants. Je ne relaterai pas toutes les tentatives faites dans cette voie que les donneurs de conseils croient nouvelle. Ces essais variés, prolongés pendant des années, nous ont obligés à reconnaître que la qualité vraiment utile était le pouvoir antitoxique. Cependant, dans ces dernières années, G. Ramon a montré que deux sérums titrant le même nombre d'unités antitoxiques peuvent différer par la rapidité avec laquelle ils provoquent la floculation en présence de la toxine. M. le Dr Schmidt, de Copenhague, a étudié cette *avidité* particulière à certains sérums ; l'avenir montrera si cette avidité correspond à une meilleure action thérapeutique.

Les tentatives dont je viens de parler pour perfectionner la qualité du sérum antidiphérique n'ont pas été poursuivies seulement par nous, mais aussi dans tous les instituts sérothérapiques. Le livre, si riche en documents, intitulé *Diphteria* et publié en 1923 par sept savants anglais des plus autorisés, les mentionne avec les noms des auteurs. La conclusion unanime est que le pouvoir antitoxique mesure la valeur du sérum antidiphtérique. Il y a donc intérêt à injecter d'emblée, dans les cas graves, une forte dose d'antitoxine sous un faible volume, c'est pour cela que l'on prépare des solutions à titre élevé, privées des albumines inertes du sérum. Ces solutions sont plus coûteuses. L'Institut Pasteur en prépare et, suivant les principes qui le guident, les délivre au prix le plus bas possible.

Le sérum antidiphtérique de l'Institut Pasteur est titré en unités antitoxiques d'après les règles recommandées par le Comité d'hygiène de la Société des nations, c'est le *contrôle expérimental* : de plus, il est soumis à l'hôpital Pasteur au *contrôle clinique*. La statistique de l'hôpital Pasteur présente donc un intérêt d'ordre général. Tous les cas de diphtérie y sont contrôlés bactériologiquement et la virulence des bacilles est souvent vérifiée par inoculation aux animaux. *Dès leur entrée* les malades atteints d'angine suspecte reçoivent une injection de sérum antidiphtérique, puis, on fait l'ensemencement et l'examen microscopique. Ne sont retenus comme diphtériques que les cas où le bacille a été identifié.

Le tableau ci-dessous résume la statistique de l'hôpital Pasteur de 1900 à 1931. Les cas groupés par période de dix ans, en tenant compte de l'âge des patients (1).

	Cas	Décès	Soit
1900 à 1902			
De 0 à 2 ans...	254 cas....	51 décès, soit..	20,07 %
De 2 à 14 ans...	412 »	25 » » ..	6,06 %
De 14 ans et plus.	274 »	13 » » ..	4,74 %
	940 cas....	89 décès, soit..	9,46 %
1910 à 1919			
De 0 à 2 ans...	60 cas....	14 décès, soit..	23,33 %
De 2 à 14 ans....	360 »	21 » » ..	5,83 %
De 14 ans et plus.	335 »	16 » » ..	4,77 %
	755 cas....	51 décès, soit..	6,75 %
1920 à 1929			
De 0 à 2 ans...	40 cas....	7 décès, soit..	17,50 %
De 2 à 14 ans..	405 »	20 » » ..	4,93 %
De 14 ans et plus.	376 »	8 » » ..	2,12 %
	821 cas....	35 décès, soit..	4,26 %
Année 1930			
De 0 à 2 ans...	5 cas....	1 décès, soit..	2,32 %
De 2 à 14 ans...	43 »		
De 14 ans et plus.	40 »		
	88 cas....	1 décès, soit..	1,13 %

Il suffit d'examiner cette statistique qui porte sur plus de deux mille cinq cents cas pour se convaincre que le sérum actuel n'est pas inférieur au sérum ancien. Que ceux qui soutiennent le contraire fournissent à l'appui de leur dire des documents aussi précis que ceux que nous présentons.

(1) Les médecins de l'hôpital Pasteur depuis 1900 à 1931 sont M. le docteur L. Martin, directeur de l'hôpital, MM. Veillon et H. Darre, [illegible] des hôpitaux.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

L'importance d'un traitement médical actif dans les hémorragies secondaires du post-partum,

Par MM. J. VORON et H. PIGEAUD

Les hémorragies secondaires du *post-partum* que l'on doit complètement séparer des hémorragies précoces ou tardives de la période de la délivrance, se manifestent habituellement du sixième au quinzième jour constituant ce que l'un de nous a nommé les hémorragies de deuxième septenaire des suites de couches.

Ces hémorragies ne sont pas ainsi qu'on l'a dit et écrit pendant longtemps, une complication banale guérissant toujours simplement par une thérapeutique toujours identique : le nettoyage de la cavité utérine : mais bien un phénomène de la plus haute gravité dont le traitement s'il est mal dirigé peut mettre en cause la vie des malades.

L'apparition de ces hémorragies coïncide toujours ainsi que nous l'avons depuis longtemps observé dans notre pratique et ainsi que l'a très justement fait remarquer M. Couvelaire, avec des symptômes révélant l'existence d'une infection. Le plus habituellement du reste, et si l'on s'abstient de toute thérapeutique intra-utérine, ces signes infectieux restent modérés.

Lorsque l'on explore la cavité de ces utérus saignants, les sensations perçues sont différentes suivant les cas.

Chez une première série de malades la cavité utérine se montre sensiblement normale ou à peu près, présentant simplement une surface placentaire mamelonnée et irrégulière. Il n'y a pas de rétention placentaire. C'est à propos de semblables faits que M. Couvelaire a parlé de formes métrorragiques de l'infection puerpérale.



LE RÉGIME DU DIABÉTIQUE

édité par les Laboratoires des Produits de Régime **Heudebert** est conçu dans un esprit essentiellement pratique pour décharger le médecin de détails fastidieux et permettre au malade de suivre son régime sans monotonie.

On y trouve des tableaux analytiques des principaux aliments, des exemples d'interprétation de l'ordonnance médicale, des menus types et cent recettes de cuisine variées spécialement étudiées pour le régime du diabète.

LE RÉGIME DU DIABÉTIQUE

est en vente au prix de 3 Frs. 50 dans les Librairies, Pharmacies et Maisons de régime, mais les Laboratoires **Heudebert** l'envoient gratuitement aux médecins qui leur en font la demande.

D'autres brochures seront publiées dans un bref délai par les Laboratoires **Heudebert** consacrées aux divers régimes alimentaires et qui constitueront une documentation unique.

Ecrivez donc pour recevoir « Le Régime du Diabétique » et la suite des ouvrages à paraître aux :

LABORATOIRES HEUDEBERT
85, Rue St-Germain à NANTERRE (Seine)

Chez d'autres malades l'hémorragie est imputable à une rétention. Mais l'exploration utérine va montrer suivant les cas des formes anatomiques variables.

Certains utérus renferment simplement dans leur cavité un polype pédiculé constitué par un amalgame de fibrine et de villosités placentaires. Ce polype, analogue aux polypes fibrineux décrits autrefois par Velpeau et Wirchow, est relié à la paroi utérine par un mince pédicule et un simple coup de doigt va permettre de le détacher et de l'extraire.

Les sensations sont tout à fait différentes lorsque l'on est conduit à explorer certains autres utérus, également rétentionnistes, mais qui contrairement aux précédents contiennent un cotylédon uni solidement à la paroi par une large base d'implantation, et faisant saillie à l'intérieur de la cavité sous forme d'une excroissance volumineuse et irrégulière à surface mamelonnée.

Digonnet étudiant de pareilles pièces provenant d'autopsies et aussi des pièces opératoires après hystérectomies, a donné une excellente description de semblables faits anatomiques, insistant justement sur l'adhérence de ces cotylédons qu'il faut véritablement sculpter dans la paroi utérine pour les extraire car il n'existe pas de plan de clivage.

Quelle que soit la forme devant laquelle on se trouve (et on ne saisit pas bien son mécanisme d'action dans les cas sans rétention), le curage digital arrête l'hémorragie le plus souvent de manière immédiate et définitive. Mais la plupart des accoucheurs sont aujourd'hui d'accord pour reconnaître que ce curage digital, s'il arrête bien l'hémorragie, déclenche habituellement des phénomènes infectieux très graves du type septico-pyohémique, à évolution ordinairement traînante ; mais de la plus haute gravité.

M. Couvelaire et M. Desnoyers dans leurs communications, Noguères et Digonnet dans leurs thèses évaluent la mortalité à 50 % environ après une telle intervention. Il nous semble que tant que la pratique du curage systématique a été appliquée dans le service, nous avons eu un pourcentage d'accidents mortels au moins égal au pourcentage donné par ces auteurs.

A Lyon, Chapuis dans sa thèse inspirée par M. Trillat et aussi M. Eparvier dans un article paru dans *Gynécologie* [illegible] en 1930, rapportent plusieurs cas de mort par infection à type pyochémique, à la suite d'interventions intra-utérines dans de semblables cas.

Quoiqu'il en soit du reste du chiffre exact de la mortalité, cette mortalité existe, son taux est important : elle paraît imputable aux interventions intra-utérines dans les utérus infectés. Nous insistons sur ce fait qui a également été bien mis en évidence par M. Desnoyers, à savoir que les interventions intra-utérines les moins traumatisantes, celles qui consistent par exemple à enlever d'un coup de doigt un polype pédiculé, sont cependant capables de déclencher les accidents. Nous croyons pour notre part, que même la simple exploration prudente d'un utérus infecté n'est pas absolument exempte de dangers.

Il faut donc s'abstenir de cette pratique. Mais que faire ?

Il nous paraît hors de doute que l'on doit se ranger au point de vue défendu par M. Couvelaire et ses élèves : Lorsqu'il s'agit d'une hémorragie qui par son abondance ou sa répétition, et après échec d'un traitement médical actif, conduit à penser que si l'on n'intervient pas la malade court le risque de succomber, il faut pratiquer une hystérectomie.

Cette opération est la seule logique lorsque une telle hémorragie est accompagnée par des signes nets d'infection : l'expérience montre que cette thérapeutique est également justifiée dans les cas où les signes infectieux sont restés modérés, un curage digital se montrant souvent capable de donner un coup de fouet à une infection évoluant jusque là à bas bruit.

Il nous semble donc que dans ces cas d'hémorragies secondaires du *post-partum*, lorsqu'il s'agit vraiment d'hémorragies incoercibles résistant au traitement médical actif et mettant les jours de la malade en danger, il est justifié de pratiquer une hystérectomie. Mais on sait bien qu'il s'agit là d'une opération mutilante, qui n'est pas par elle-même, exempte de dangers ; aussi ne doit-on y recourir que lorsque véritablement il paraît impossible de ne pas intervenir.

Il convient d'insister sur le fait suivant, c'est que de semblables hémorragies *contraignant l'accoucheur à recourir à une intervention chirurgicale grave pour les arrêter*, sont en réalité très rares.

Depuis quatre ans nous n'en avons observé qu'un seul cas à la Clinique obstétricale. Toutes nos autres malades ayant présenté des hémorragies graves du *post-partum* ont guéri par le traitement médical.

Nous avons relu la plupart des observations publiées ces derniers temps, observations pour la plupart anciennes et qui ont été groupées à l'occasion de discussions récentes. Nous avons, nous-même, recherché dans les archives des services obstétricaux un certain nombre de cas. En parcourant ces observations nous avons été frappé de voir combien dans quelques-unes du moins, on s'était hâté de mettre en œuvre une thérapeutique active : curage ou curettage le plus souvent.

Nous savons bien que la lecture des observations peut, lorsque l'on n'a pas examiné soi-même les malades, conduire à interpréter faussement la thérapeutique mise en œuvre. Cependant il nous semble bien que dans plusieurs cas, un curage digital par exemple a été pratiqué alors que l'état des malades aurait permis d'attendre en mettant simplement en œuvre un traitement médical actif.

Il est bien certain que pour les médecins auxquels tous les traités ou manuels classiques conseillent depuis toujours de pratiquer en cas d'hémorragie du *post-partum* un nettoyage de la cavité utérine (nettoyage qui du reste arrête aussitôt l'hémorragie dans la majorité des cas), il est tentant d'intervenir le plus rapidement possible.

Mais il est bien prouvé qu'une pareille pratique est certainement responsable d'un nombre important d'infections extrêmement sévères. La nécessité dans laquelle on se trouve maintenant de traiter chirurgicalement les hémorragies véritablement incoercibles doit naturellement conduire à restreindre le nombre des interventions.

Pour notre part, nous pensons que le plus grand nombre des hémorragies secondaires du *post-partum* guérissent sans intervention, à condition toutefois qu'on leur oppose un traitement médical actif. Il ne s'agit pas à notre sens de simple expectation mais d'une thérapeutique convenablement réglée qui s'est montrée efficace dans tous nos cas, à l'exception d'un seul, depuis quatre ans, c'est-à-dire sur plus de 5.000 accouchements.

Cette thérapeutique consiste avant tout dans l'emploi des ocytocyques. Nous utilisons l'ergotine et la pituitrine. Il nous semble que l'action de l'ergotine est plus nette, mais la pituitrine a l'avantage de permettre en espaçant les injections d'ergotine de donner une dose totale d'ergot moins considérable. Dans le même ordre d'idée nous plaçons une vessie de glace sur le ventre et utilisons les injections vaginales chaudes.

En même temps, nous avons recours à la médication coagulante. Nous donnons à nos malades du chlorure de calcium et du sérum de cheval par la bouche. Nous faisons aussi des injections sous-cutanées de sérum de cheval. Nous n'avons pas eu recours à d'autres moyens : mais nous sommes persuadés de l'action efficace dans de pareils cas des injections de sérum citraté et aussi des petites transfusions répétées.

Il est entendu que bien que ces moyens aient paru remarquablement efficaces, cette thérapeutique peut cependant échouer, aussi ne doit-elle être mise en œuvre que dans un milieu obstétrical ou chirurgical, milieu dans lequel il sera permis d'attendre au maximum : une hystérectomie pouvant être pratiquée aussitôt si la nécessité s'en impose.

Nous publions ici six observations. Ces observations ne sont pas inédites ; elles ont été publiées par nous soit seuls, soit en collaboration avec M. Bansillon et M. Lyonnet à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Lyon. Nous avons cru intéressant de les grouper dans ce travail.

Observation I. — Mme B..., primipare, 21 ans.

Accouchement spontané à terme le 16 novembre 1928 à Bourgoin.

Deux jours après : élévation thermique ; à partir de ce moment la température se maintient entre 38° et 39°5. Quelques petits frissons.

Au 10e jour : hémorragie utérine abondante qui inquiète vivement le médecin traitant. Celui-ci sans intervenir envoie la malade à la Charité.

A son entrée dans le service (13 jours après l'accouchement) la malade présente une température à 38°5. Elle est pâle, mais l'état général est assez satisfaisant. L'utérus en subinvolution n'est pas douloureux. Le col est largement ouvert.

Ecoulement sanglant continu dont l'abondance n'est pas alarmante, mais dont la persistance anémie la malade.

Pendant les jours qui suivent, la température oscille entre 37°5 et 38°5 avec tendance à l'amélioration. Mais l'écoulement sanguin persiste inchangé ; l'état général continu à être relativement bon.

Six jours après l'entrée dans le service, vingt jours après l'accouchement, l'hémorragie utérine augmente rapidement dans de grandes proportions. En même temps la température qui était depuis deux jours à 37°5 monte brusquement à 38°8. Le pouls qui depuis quelques jours était à 80 remonte et bat à 120.

Nous voyons la malade à 17 h. L'état général est devenu mauvais. La malade est angoissée ; ses lèvres sont complètement décolorées. Hémorragie utérine abondante de sang rouge mélangé de caillots.

Nous faisons pratiquer à une demi-heure d'intervalle deux injections d'ergotine.

A 20 heures nous revoyons la malade. Elle continue à perdre et est de plus en plus pâle. Pouls à 130.

Nous faisons pratiquer une injection de pituitrine Choay ainsi que l'injection hypodermique d'une ampoule de sérum de cheval.

En outre nous faisons transporter la malade à proximité immédiate de la salle d'opération de façon à être prêt à pratiquer une hystérectomie rapide.

La malade est alors surveillée d'heure en heure. A partir de 21 h. 30 l'hémorragie diminue, à 23 h. elle est pratiquement nulle.

Dans la nuit une nouvelle dose d'ergotine est administrée.

Le lendemain, non seulement l'hémorragie est arrêtée, mais l'écoulement sanguin qui persistait depuis l'accouchement a lui-même disparu. Après 48 h. le pouls et la température sont redevenus normaux.

Douze jours plus tard la malade a quitté le service en excellent état.

Observation II. — Mme B... Secondipare, 25 ans.

Pas d'antécédents notables à signaler.

Accouchement spontané normal en 1928.

Le 15 avril 1928 : accouchement spontané rapide. Fille vivante de 3.300 gr. Délivrance normale sans incident 40 minutes après l'expulsion de l'enfant. Le placenta pèse 540 gr. Son examen soigneux ne montre rien d'anormal ; son intégrité paraît absolue.

Le 1er mai soit six jours après l'accouchement, la malade présente brusquement une hémorragie utérine abondante (450 gr. de caillots pesés). Elle pâlit nettement tandis que son pouls s'accélère, mais la température est à 37°5.

Sous l'influence d'injections vaginales chaudes et d'injections sous-cutanées d'ergotine et de rétropituitrine l'hémorragie grave diminue et seul persiste un suintement sanglant.

On donne du chlorure de calcium par la bouche.

Le soir la température est de 38° et le pouls à 105.

Le 2 mai au matin survient une deuxième hémorragie moins abondante que celle de la veille mais plus impressionnante du fait de la récidive.

Cependant on continue le traitement médical : ergotine, injections vaginales chaudes.

Le soir l'hémorragie cesse définitivement.

La température, subfébrile pendant quelques jours, redevient normale le 5 mai.

La malade quitte le service le 12 mai en bon état.

Observation III. — Mme X... Primipare, 22 ans.

Accouchement le 22 septembre 1930. Forceps dans l'excavation pour insuffisance des contractions. Enfant vivant de ... gr.

Hémorragie de la délivrance extrêmement abondante. La malade perd 1.200 gr. en quelques minutes. Délivrance artificielle rapide. L'utérus se contracte bien.

Aux 9e, 10e et 12e jour la malade présente trois hémorragies de sang rouge très abondantes d'au moins 400 grammes chaque fois.

La malade est dans un état d'anémie très marqué. Sa température est subfébrile entre 37°5 et 38. Son pouls est à 105.

Devant l'état réellement impressionnant de la malade on se tient prêt à intervenir chirurgicalement.

Mais le traitement médical vient à bout des accidents et seize jours après l'accouchement, les pertes rouges cessent définitivement.

La température devient normale au 20e jour.

La malade quitte le service 25 jours après son accouchement présentant encore des signes nets d'anémie.

Observation IV. Mme L... III-pare, 26 ans. Accouchements antérieurs sans incident. Bonne santé habituelle.

Le 9 mai 1929 : accouchement rapide dans la voiture qui la conduit à l'hôpital. Enfant vivant de 3.400 gr. Délivrance dans le service ; le placenta est vérifié et paraît complet.

A partir du 3e jour les pertes sanguines augmentent d'importance tandis que la température monte au-dessus de 38°.

Au 9e jour, les pertes sanguines augmentent nettement. Il s'agit maintenant d'une véritable hémorragie. En même temps, la température se maintient entre 38° et 39°.

Un traitement médical actif est institué : glace sur le ventre. Injections sous cutanées d'ergotine, de pituitrine et de sérum de cheval. L'ergotine paraît avoir une action plus efficace que la pituitrine.

Pendant les cinq jours suivants l'hémorragie utérine persiste avec des alternations de recrudescence et d'arrêt.

A partir du 15e jour ces pertes diminuent progressivement tandis que la température redescend lentement à la normale.

La malade quitte le service en bon état le 25e jour.

Observation V. — Mme B... V-pare, 35 ans.

Trois accouchements antérieurs normaux. Une fausse couche au troisième mois.

Accouchement spontané normal d'un enfant vigoureux de 3.300 gr. le 18 novembre 1930.

Hémorragie de la délivrance nécessitant une délivrance artificielle. Au cours de cette manœuvre on constate l'existence d'une adhérence anormale du placenta au fond utérin, nécessitant un peignage soigneux de la cavité utérine.

Après la délivrance un suintement sanguin persiste pendant deux heures.

Dès le surlendemain la température monte progressivement pour atteindre 40°. Pendant les jours suivants elle se maintient en plateau avec légères oscillations entre 39° et 40°.

Le 24 novembre, soit six jours après l'accouchement, apparaissent des pertes rouges très abondantes mêlées de caillots.

Ces pertes revêtent le type d'un écoulement continu. L'état général de la malade est rapidement atteint et elle présente des signes nets d'anémie. Le pouls est à 120.

On institue un traitement médical des hémorragies : glace sur le ventre, injections d'ergotine, de pituitrine, de sérum de cheval. On donne du chlorure de calcium.

L'écoulement sanguin sous l'influence du traitement diminue d'importance à partir du 26 août. Il continue néanmoins jusqu'au 28. A cette date la température qui se maintenait au-dessus de 39° tombe brusquement à 37°5 puis reste au voisinage de la normale.

La malade a quitté le Service en bon état le 5 décembre.

Observation VI. — Primipare, 18 ans.

Accouchement spontané normal le 4 août 1929.

Fille vigoureuse de 3.600 gr.

La délivrance se fait normalement une heure après l'accouchement par simple refoulement. Le placenta pèse 400 gr. et paraît complet. Les membranes sont dilacérées mais on ne juge pas à propos d'intervenir car il ne semble pas qu'il y ait rétention.

Les suites de couches immédiates sont subfébriles et le 9 août on fait passer la malade à l'infirmerie avec une température à 38°. Les symptômes sont ceux d'une endométrite banale que l'on traite comme telle.

BIBLIOGRAPHIE

Problèmes sous-hépatiques, par G. PARTURIER. 1 volume in-16, de 272 pages : 32 fr. Collection des actualités de médecine pratique. Librairie Octave Doin. 8. place de l'Odéon Paris (6e).

Ils sont au nombre de trois que l'auteur étudie dans ce petit livre : anatomique, douloureux, tumoral.

L'anatomie *vivante* qui est la seule envisagée ici fait connaître la forme véritable — en dôme, du foie — l'orientation de la face dite inférieure ou viscérale et qui en position du sujet debout regarde surtout en arrière : orientation qui varie avec les changements d'attitude de l'ensemble du corps. la vésicule biliaire appliquée à cette face viscérale épouse son orientation et oriente son grand axe dans le plan vertical. Son ombre s'allonge le plus souvent verticalement, parallèlement au rachis. Mais il importait plus encore de prévoir par les changements de position imposée au malade, les facilités plus grandes d'exploration de la région sous-hépatique, de savoir par exemple, des trois organes qui, en position debout ou couchée, peuvent se trouver accolés : vésicule biliaire, duodénum, appendice, qu'ils vont dissociés et offerts isolément à l'examen, si on place le malade en position renversée (de TRENDELENBURG).

Ces notions aideront puissamment à spécifier l'origine de la *douleur sous-hépatique*, deuxième des problèmes envisagés.

La colique hépatique, qui est la plus typique de ces douleurs, comporte plusieurs formes déjà reconnues par les classiques et que l'auteur n'a fait que préciser : *forme mécanique* avec rejet de calculs, réaction brutale d'un organisme sain à un traumatisme interne. Rien ne s'oppose à ce qu'on la traite comme on traite la douleur chez un sujet bien portant par une injection de morphine — la *forme infectieuse* calmée par l'antypirine et l'opium qu'on donnera en lavement à cause de l'état nauséeux et des vomissements faciles — la *forme colloïdoclasique* liée à un choc chez des individus à système nerveux végétatif instable et fonctions endocriniennes troublées. Ici tout l'organisme est en quelque sorte sidéré, la morphine et même l'opium total sont à écarter — on préférera une thérapeutique locale : injections *locales* de cocaïne, etc.

Les recherches de laboratoire (tubage duodénal, radiologie, etc., seront applicables surtout dans les syndromes douloureux chroniques et rendront les plus grands services dans les *tumeurs sous-hépatiques*, troisième problème envisagé.

Qu'il s'agisse de phénomènes douloureux chroniques purs ou d'une tumeur sous-hépatique, on prescrira d'abord le repos, un régime adéquat, un drainage duodénal attentif, une thérapeutique calmante ou dérivatrice suivant les cas. En cas d'insuccès on décidera l'intervention chirurgicale sur la persistance d'un ictère, douleurs de l'amaigrissement, de la fièvre sur l'accroissement de la tumeur.

Les cardio-rénaux. Etude clinique, par Prof. MERKLEN et E. ARON. Pratique médicale illustrée. 1 vol. in-8° de 42 pages avec une planche hors texte : 15 fr. Librairie Octave Doin. 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

La notion de « cardio-rénal » a donné lieu à bien des contestations. Elle répond à un ensemble clinique qui ne traduit pas un processus univoque : les lésions sont différentes selon les catégories de malades envisagés de même que les symptômes et leur évolution. La complexité des faits a empêché que fussent établies des précisions unanimement acceptées.

Dans leur travail les auteurs se sont tout d'abord efforcés de fixer les conditions qui autorisent l'emploi du terme « cardio-rénal ». Ce dernier s'applique classiquement à des œdémateux dont les fonctionnements du cœur et du rein sont devenus insuffisants. En étudiant cependant de près les ralentissements respectifs de chacun des organes défaillants sur l'autre, on acquiert la conviction que les malades en question ne sont pas forcément frappés d'œdème.

La clinique montre la concomitance de plusieurs groupes. Le plus connu est constitué par les congestions rénales passives des cardiaques ; on s'accorde de plus en plus à reconnaître une participation active aux reins lésés de la sorte. Très fréquents sont les réno-cardiaques, qui englobent tous les hypertendus néphritiques dont le cœur faiblit tôt ou tard. Les aortico-rénaux forment un groupe bien spécial et de pathogénie encore ignorée.

Il n'est guère possible d'exposer l'histoire des cardio-rénaux sans la baser sur une analyse objective minutieuse. C'est en prenant cette dernière comme point de départ que les auteurs ont expliqué dans quel sens peut aujourd'hui se comprendre un terme dont on usait jadis avec justesse sans doute, mais avec un discernement trop peu poussé.


L'Eclairage Parfait
des salles d'opérations
est réalisé avec la...
LAMPE
ASCIATIQUE
sans ombre portée
qui permet d'opérer plus vite
et avec moins de fatigue.
La Société
GALLOIS et Cie
54, Chemin Villon
LYON
envoie sur demande documentation
ainsi que l'étude récente traitant de
L'ÉCLAIRAGE et la VISIBILITÉ
dans les
SALLES D'OPÉRATIONS
" Obtenir une plaie plus éclairée en profondeur qu'en surface ", C'est ce que désire le Chirurgien et ce que réalise la
LAMPE ASCIATIQUE

Le 14 août soit au 10e jour des suites de couches la malade présente brusquement une hémorragie importante avec caillots.

On met la malade au repos absolu. On met de la glace sur le ventre et on pratique une injection d'ergotine. Le lendemain persiste seulement un suintement insignifiant.

Le 16 août l'hémorragie se reproduit plus impressionnante que la première fois et s'accompagne d'une atteinte marquée de l'état général. La malade présente des signes d'anémie et un schock extrêmement net. La température est à 38° et le pouls au dessus de 100.

L'utérus dont le volume avait nettement diminué sous l'influence des injections d'ergotine est devenu plus gros et son fond est à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Malgré l'état alarmant de la malade, on décide de patienter encore.

Dans la journée on pratique à nouveau deux injections sous-cutanées d'ergotine et une injection de sérum de cheval.

Potion au chlorure de calcium par la bouche.

Dans la soirée l'hémorragie s'améliore progressivement.

Le 18 août tout écoulement sanguin a disparu. La température est redevenue normale. Le pouls est à 90.

La malade quitte le Service guérie le 28 août.

Nous venons de rapporter six observations d'hémorragies graves des suites de couches, guéries sans intervention grâce à un traitement médical convenablement réglé.

De nombreuses observations publiées et nous en connaissons personnellement plusieurs, montrent que le curage digital, peut dans certains cas heureux donner des succès. Mais pour notre part connaissant bien le danger des manœuvres intra-utérines dans ces utérus presque toujours infectés (que cette infection soit manifeste ou latente), nous nous en abstenons absolument.

Sans même chercher à faire un diagnostic de forme anatomo-clinique, nous instituons d'emblée ce traitement médical que nous préconisons ici.

L'expérience nous a montré que dans le plus grand nombre de cas ce traitement suffit à entraîner l'arrêt des hémorragies, puis la guérison.

Ce n'est qu'après échec manifeste d'une pareille thérapeutique et devant une hémorragie véritablement incoercible que nous nous décidons à intervenir.

Que faire alors ?

Certains auteurs restent fidèles au curage digital. Pour nous ainsi que nous l'avons déjà dit nous préférons recourir au traitement chirurgical.

L'intérêt de nos observations réside précisément dans ce fait qu'elles montrent qu'entre le curage digital, facile mais dangereux et l'hystérectomie qui personnellement nous paraît le seul traitement logique des hémorragies véritablement incoercibles, il y a place pour une thérapeutique spéciale d'attente. Cette thérapeutique active (ergotine pituitrine, sérum de cheval, sérum citraté, transfusion) donne à elle seule de bons résultats dans la majorité des cas. Il est bien évident que ce traitement médical ne peut être mis en œuvre que dans un milieu obstétrical ou chirurgical permettant en cas d'échec d'intervenir rapidement et de procéder dans de bonnes conditions à une hystérectomie.

Danger des rayons U. V. — MARFAN et DORLENCOURT ont rapporté à la *Soc. de Pédiatrie* (séance du 20 janvier 1931) un cas de tétanie, rachitisme et hypocalcémie remarquablement améliorée par les U. V.

La famille se procura alors une lampe à U. V. et continua les séances d'irradiation pendant dix huit mois : l'enfant a subi 180 applications de rayons ultra-violets et a été irradiée environ 70 heures. Mais, alors, se produisit une entéro-colite dysentériforme grave avec expulsion par l'anus de sables, et de calculs composés de sels de chaux. En même temps, le palper du ventre faisait percevoir sous la peau du ventre, dans la régoin des grands droits, une série d'infiltrations calcaires. La fillette mourut de cachexie quelques mois plus tard.

La formation de ces pierres intestinales et sous-cutanées est due à l'hypercalcémie prolongée, due elle-même aux applications de rayons-ultra-violets.

H. V.

Etat actuel de la question du traitement du cancer par le plomb

Par Pierre DUHAIL.

Voici dix ans presque exactement que Blair Bell et ses collaborateurs ont commencé leur statistique des cas de tumeurs malignes traitées par le plomb. Le moment semble donc arrivé d'établir les opinions des divers expérimentateurs et les résultats obtenus.

Nous avons déjà eu l'occasion (1) de montrer que les métaux colloïdaux étaient depuis longtemps utilisés dans la lutte contre le cancer, et Wood estime que le plomb tout particulièrement détermine des lésions capillaires et des thromboses en même temps qu'il a un effet toxique sur la cellule cancéreuse.

Au congrès de 1926 de la *British Medical Association* Blair Bell avait exposé, en même temps que ses idées sur la question, sa technique et ses résultats. C'est de ce moment que datent de nombreuses recherches tant en Angleterre qu'en Amérique. Beaucoup de travaux ont été publiés, tous n'étaient pas favorables à la méthode, et des discussions passionnées s'étaient élevées sur cette méthode sans que son promoteur n'ait apporté de nouveaux renseignements. Or, en 1929, Blair Bell a rompu le silence (2) et a apporté une statistique complète échelonnée sur huit ans de novembre 1920 à novembre 1928. Il semble donc possible de se faire une opinion sur les espoirs que peut donner cette méthode.

On comprend qu'il est très difficile dans un semblable problème d'établir une classification. Les expérimentateurs n'ont pas employé le médicament sous la même forme ; on l'a associé à la chirurgie ou à la radiothérapie. Il en résulte une série de modifications qui risquent de fausser les résultats.

Blair Bell traite ses malades par injections intraveineuses d'une solution de plomb colloïdal dans 0,4 % de gélatine aqueuse à laquelle on ajoute 0,027 % de chlorure de calcium, solution rendue hypertonique par 1,10 % de chlorure de sodium, 0,05 % de chlorure de potassium et 0,05 % de chlorure de calcium.

Mais bien des expérimentateurs ont été effrayés par la toxicité du médicament à base de plomb d'usage courant à Liverpool, et ils ont essayé de trouver un produit moins dangereux et plus actif. Fitzwilliams (3) emploie une solution préparée par Patterson contenant 0 gr. 2 % d'iodure de plomb en solution dans du sérum glucosé isotonique, additionnée de faibles quantités d'extrait thyroïdien et de crésol. Stone et Craver (4) utilisent une solution de plomb comparable à celle de Bell, mais non stérilisée, de concentration moindre et dans laquelle la gélatine est supprimée. Lœwy et Loiseleur ont préparé (5) une solution isotonique à 5 ‰ d'oxyde de plomb colloïdal sur glycogène qui a été très bien tolérée. Thomson (6) a expérimenté plusieurs préparations, mais c'est le choriotrope de plomb colloïdal qui s'est montré le plus actif. Il est juste d'ajouter que ce produit utilisé par Hume (7) au Saint Bartholomew's Hospital de Londres a été jugé tellement toxique qu'il a fallu y renoncer.

---

(1) P. DUHAIL. — Le plomb dans le traitement du cancer. *Le Progrès Médical*, 19 novembre 1927, p. 1822-1827.

(2) W. BLAIR BELL. — L'état actuel de la thérapeutique par le plomb dans les tumeurs malignes. *The British Medical Journal*, 9 mars 1929, n° 3557.

(3) FITZWILLIAMS. — Le traitement du cancer par le plomb colloïdal. *British Medical Journal* 1927, p. 758.

(4) STONE et CRAVER. — Traitement des tumeurs malignes par le plomb colloïdal. *Ann. Surgery Philadelphie* 1927, p. 347.

(5) LŒWY et LOISELEUR. — Traitement du cancer par l'oxyde de plomb colloïdal. *Bull. Ass. fr. pour l'étude du cancer*. Paris 1928, n° 8, p. 549.

(6) THOMSON. — *Birmingham Medical Review*, 1928, vol. 3, n° 2

(7) HUME. — Rep. int. conf. cancer. Londres 1928, p. 239.

Les travaux de Bischoff (1) sur la toxicité des différents composés plombiques administrés par voie intraveineuse montrent que l'orthophosphate de plomb colloïdal et le plomb tétra-éthylique sont les deux seuls produits utilisables sans danger par voie intraveineuse. Ullmann (2) a utilisé la première de ces deux préparations et estime qu'elle est capable de donner d'appréciables résultats.

Quoiqu'il en soit la préparation de plomb active et peu toxique n'est pas encore trouvée : le professeur Heilbronn y travaille activement et en a déjà expérimenté un nombre important.

Quels sont les résultats obtenus par le traitement isolé par le plomb ? Comme on va le voir les opinions ne sont pas toutes enthousiastes, mais il est juste d'ajouter que cette thérapeutique s'est adressée à des cancers inopérables, récidivés ou à des cas désespérés.

Fitzwilliams a traité une soixantaine de cas par sa solution d'iodure de plomb. Il n'a pas observé de réactions importantes et estime les résultats très encourageants puisque chez plusieurs malades, la marche de la tumeur a été arrêtée.

Craver et Stone ont traité 21 malades : dans 7 cas de cancers du sein la tumeur a diminué dans des proportions notables et pour deux d'entre eux on peut parler de guérison clinique.

Lœwy et Loisleur se sont adressés à des cancéreux très avancés et n'ont enregistré que des échecs. Dans une seconde série de cas mieux choisis ils ont noté l'arrêt de la marche de la tumeur 4 fois sur 21.

Quinze malades de Thomson ont été nettement améliorés sur un total de 55.

Wyard (3) a enregistré des résultats plus que médiocres par la méthode de Blair Bell. Le procédé est d'un maniement difficile. Beaucoup de sujets présentent à la suite de l'injection de plomb des phénomènes réactionnels sérieux, des modifications sanguines importantes et des troubles rénaux très graves : deux malades en effet sont morts d'urémie. Sur les 58 cancers traités l'auteur n'a eu qu'une amélioration légère : plusieurs malades en revanche furent nettement aggravés.

Roffo et Calcaguo (4) sont également défavorables au plomb ; ils n'ont enregistré aucune amélioration et en revanche des aggravations.

Hume a traité 13 malades par la méthode de Blair Bell : 11 sont morts dans un laps de temps variant de 2 mois à 7 mois, les deux derniers n'ont pas été améliorés.

Simpson (5) a soigné par le plomb 19 malades, 18 sont morts et plus rapidement que s'ils n'avaient pas été traités, le 19e est actuellement guéri.

Plusieurs malades ont été traités par cette méthode à l'Institut du radium à Paris. On a observé des améliorations passagères nettes. Les altérations sanguines, hépatiques et rénales ont pu être atténuées grâce à l'application préalable systématique de la méthode de Whipple.

Jona (6) a expérimenté une méthode un peu spéciale. Il emploie une préparation colloïdale de métaux (bismuth-plomb, plomb-cuivre) combinée avec des hématies de bœuf, de mouton, parfois du malade lui-même, dans une solution de sérum physiologique. Il a traité de la sorte 14 malades dans un état désespéré, opérés antérieurement et soumis ensuite pour la plupart à un traitement radio ou curiethérapique. Presque tous ses malades ont eu une amélioration temporaire. Il a pu éviter les douleurs abdominales, lombaires et articulaires qui accompagnent les injections par l'administration au cours du traitement, d'acide acétylsalicylique.

Quels sont les résultats obtenus par l'association plomb-irradiation ?

Carter Wood (1) a étudié expérimentalement l'association de la radiothérapie et du plomb comme traitement des tumeurs malignes chez les animaux. Ses recherches semblent prouver que l'administration de plomb diminue considérablement la dose de rayons de Rœntgen nécessaire pour amener la destruction de la tumeur.

Mottram (2) a fait des recherches analogues sur les souris et observe que les résultats les meilleurs sont obtenus lorsque l'irradiation est pratiquée le 3e ou le 4e jour après l'administration de plomb.

Du reste Ullmann (3) chez l'homme arrive à des conclusions analogues, et il estime qu'il y a grand avantage à associer plomb et rayons X ce qui permet d'employer des doses radiothérapiques moins fortes et des doses de plomb moins dangereuses. Si l'on traite par ce procédé des malades dont la tumeur n'est pas trop avancée on peut espérer des résultats appréciables. Ainsi, par exemple, Ullmann a observé huit améliorations sur 15 cancers du sein, 3 améliorations sur 4 cancers de l'utérus.

Nox (4) estime que l'association plomb-radiothérapie est supérieure à l'utilisation du plomb isolé, et que « dans certains cas de néoplasmes inopérables et étendus, l'arrêt de développement de la tumeur peut incontestablement être obtenue par cette association ». Sur un total de 60 malades traités de la sorte, 4 ne présentent plus aucun signe de la maladie originelle au bout de deux ans. 2 ont présenté une amélioration temporaire, les autres sont morts sans que le plomb ait aggravé l'évolution. Il est à noter que sur ces 60 malades 20 étaient dans un état de cachexie très prononcée.

Sorland, Costolow et O'Meland (5) commencent les irradiations le 5e jour après la première injection de plomb. Ils estiment que le plomb ne doit jamais être employé seul. Ils ont traité de la sorte 31 malades ; 23 sont morts, 4 sont dans un état de cachexie marquée, chez les 4 derniers la tumeur n'a pas disparu mais son développement est arrêté.

Sur 7 malades traités par Hume un seul a été très nettement amélioré. Waters, Colston et Gay (6) arrivent au même résultat : 1 amélioration passagère, 1 amélioration plus prolongée sur 7 cas inopérables.

La statistique de Datnow (7) est plus favorable. Sur 2[illegible] cas traités, 10 fois le développement de la tumeur a été complètement arrêté, 31 malades ont eu une amélioration importante et persistante. Il est à noter que tous ces malades étaient inopérables.

Feci estime qu'il faut faire précéder et suivre l'administration de plomb colloïdal de séances d'irradiation car dans le traitement, l'action principale doit être attribuée aux rayons X.

En présence de ces opinions qui, il faut bien l'avouer, ne sont pas toutes favorables au traitement de Blair Bell, après avoir impartialement indiqué les résultats des divers expérimentateurs il est intéressant de préciser l'opi

(1) Bischoff, Maxwell, Evans, Vuzum. — *Journal of pharmacology and Expér. Thérap.* Baltimore, 1928, t. 34, p. 85.

(2) Ullmann. — Traitement du cancer par le plomb : Surgery, Gynecology and Obstetrics. Chicago 1928, nº 46, p. 119.

(3) Stanley Wyard. — Traitement du cancer par le plomb colloïdal. *British Medical Journal*, 1928, p. 838.

(4) Roffo et Calcaguo. — Le plomb dans le traitement du cancer. *Boletin del Institutio de Medicina expérimental*, décembre 1928, t. IV, nº 20.

(5) Simpson. — Expériences sur le traitement du cancer par le plomb. Rep. int. conf. canc. Londres 1928, p. 244.

(6) J.-L. Jona. — Traitement du cancer inopérable par injections de préparations colloïdales de différents métaux. *Medical Journal Australia*, Sydney, 10 nov. 1928, t. II, p. 577.

(1) F. Carter Wood. — *Journal of the American Medical Association*, t. 89, nº 15, 8 octobre 1927.

(2) J.-C. Mottram. — Observations de l'association plomb-radiothérapie sur les tumeurs. *British Medical Journal*, 1928, t. I, p. [illegible]

(3) J. Ullmann. — Combinaison du plomb colloïdal et des irradiations dans la thérapeutique anticancéreuse. *Journal of the Am. [illegible] Assoc.* t. 89, nº 15, 8 oct. 1927, p. 1218.

Id. Plomb colloïdal et irradiation dans le traitement du cancer. *Journal of the Am. med. Assoc.* t. 92, nº 1, 5 janvier 1929, p. 20.

(4) C. Nox. — *Journ. of the Am. Med. Assoc.* 1929, nº 2, p. [illegible]

(5) Sorland, Costolow et O'Meland. — *Journal of the American medical Association*, t. XCII nº 2, 12 janvier 1929.

(6) Waters, Colston et Gay. — *Id.* t. XCII, nº 1, janvier 1929, p. 14.

(7) M. M. Datnow. — *Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie* 80, novembre 1928, p. 243.

nion actuelle de l'initiateur de la méthode et les résultats obtenus après le début des essais thérapeutiques.

Lorsque la chose est possible Blair Bell a toujours pratiqué une exérèse chirurgicale aussi large que possible de la tumeur avant de commencer par le plomb.

Dans bien des cas cette thérapeutique a été associée à la radiothérapie ce qui permet, on le sait, l'emploi de doses moindres à la fois de métal et de rayons.

Le siège du cancer n'a que peu d'importance pour l'indication du traitement. Toutefois on ne devra, qu'avec beaucoup de circonspection, utiliser le plomb dans le traitement des tumeurs du foie ou des reins. Il en va de même dans les affections du cœur ou du sang et chez les malades qui font de l'acidose.

Le traitement consiste en injections intraveineuses d'une solution de plomb métallique préparée par Lewis ou de phosphate de plomb colloïdal préparée par Heilbron. Blair Bell a diminué la quantité totale de plomb injecté : elle varie de 0 gr. 50 à 0 gr. 80 selon les malades.

Sur les 566 cas traités du 9 novembre 1920 au 9 novembre 1928, il en est dont la tumeur primitive a été soignée par le plomb seul, d'autres où la tumeur a été enlevée chirurgicalement avant l'administration du plomb, d'autres où le plomb a été associé avec la radiothérapie, d'autres enfin où seules les récidives ont été traitées.

Parmi ces 566 cas, 359 sont morts avant que le traitement ait été complet, 77 sont morts de la maladie après la fin du traitement. 7 de maladies intercurrentes en cours de traitement, 58 ne peuvent pas entrer en ligne de compte (traitement trop récent ou en partie refusé) : deux malades guéris sont morts d'une autre affection. 12 fois la maladie a été complètement arrêtée. 51 malades demeurent guéris et le traitement n'a pas été repris.

A bien considérer, 303 cas seulement doivent entrer en ligne de compte avec 65 bons résultats, soit un pourcentage de succès de 21,5 pour cent.

Voilà certes des renseignements beaucoup plus favorables que ceux publiés par les autres expérimentateurs. Il faut en conclure que la question est loin d'être jugée. La méthode n'a pas encore tenu tout ce qu'elle promettait : il semble cependant qu'il s'agisse là d'un traitement intéressant pour les cas inopérables, et c'est assez dire qu'il importe de poursuivre les recherches. L'avenir nous dira si l'espérance mise dans la thérapeutique de Blair Bell doit devenir une certitude ou n'être qu'une illusion.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 février 1931

Troubles humoraux dans un cas d'anasarque sans néphrite. — ***MM. Ch. Achard, Cachera et A. Codounis*** rapportent le cas d'une femme de 43 ans, atteinte de myxœdène fruste, chez qui s'est développée une anarsaque progressive avec ascite et hydrothorax double, oligurie sans albuminurie ni cylindres dans l'urine, ni corps biréfringents. L'azotémie était de 0 gr. 15 pour 1.000. La tension artérielle était basse (9 1 2-7).

Dans le sérum, l'hypoprotéinémie était notable (43 p. 1.000) avec inversion du rapport de la sérine (16) à la globuline (27) et la lipémie était normale (graisses, 4,90 ; cholestérine, 0,80). Le liquide d'œdème renfermait 4,80 p. 1.000 de protéines ; le liquide pleural (3, 20) avec un peu de fibrine et un peu plus de gobuline que de sérine.

Le régime déchloruré et un essai tardif de traitement thyroïdien restèrent inefficaces.

A l'autopsie, pas de lésions de la plupart des organes. Les reins ne présentaient que de minimes altérations de quelques cellules tubulaires. Le corps thyroïde présentait un peu de sclérose.

On ne trouve dans ce cas pour expliquer l'œdème que le trouble humoral : hypoprotéinémie avec abaissement de la pression osmotique des protéines (16 au lieu de 50).

Sur le pouvoir phylactique des eaux minérales. Essais avec la picrotoxine sur le vairon. — ***MM. Mougeot*** et ***Aubertot*** (de Royat) ont comparé plusieurs eaux minérales à l'eau de Seine prise comme témoin. Les essais n'ont porté que sur une source par station. Une sulfatée calcique (Contrexéville) n'a pas donné de résultats nettement positifs. Mais les bicarbonatées mixtes ont prouvé leur pouvoir phylactique dans l'ordre progressif suivant : Saint-Nectaire, Royat, Châtel-Guyon, La Bourboule, Le Mont-Dore.

On ne voit pas de lien entre la richesse en ion calcium et le pouvoir phylactique, encore que les auteurs ne puissent invoquer ni la radio-activité, ni le pH, mais uniquement les cations. Ils s'attendent à voir se confirmer cette opinion à la suite des recherches en cours sur l'action antiphylactique des savons.

Existe-t-il des diastases oxydantes dans le plasma ? — ***M. Brocq Rousseu*** montre qu'il n'existe pas plus de diastases oxydantes dans le plasma centrifugé que dans le sérum, et que lorsqu'on obtient une indication positive, avec les réactifs de ces diastases, cela est dû à la présence de traces d'hémoglobine dans le plasma.

Pression moyenne et hypertension artérielle. — ***M. Vaquez et O. M. Gomez.*** — Le diagnostic de l'hypertension artérielle est basé actuellement sur la mesure des deux pressions extrêmes : maxima et minima, procédé souvent aléatoire, incapable, en tout cas, de nous renseigner sur l'évolution et le pronostic de l'affection. La raison en est que les pressions extrêmes ne peuvent pas fournir d'indication sur l'aptitude fonctionnelle du cœur.

Pour cela, il faut s'adresser à la pression moyenne, non à la moyenne arithmétique, qui n'a aucun intérêt, mais à celle qui correspond à la somme des pressions variables qui règnent dans les vaisseaux pendant la systole.

Cette pression moyenne que, seuls, les physiologistes avaient jusqu'ici la possibilité d'évaluer, nous pouvons la mesurer aujourd'hui. Pachon a montré, en effet, qu'elle est contemporaine de l'oscillation maxima ou indice oscillométrique, considérée à tort par Marey comme critère de la pression minima. A l'état normal, chez un sujet dont la pression maxima est de 15 cm. et la pression minima de 6 cm., la pression moyenne sera de 8 ou 9 cm.

Cette notion nouvelle a une importance considérable ; elle élucide de multiples problèmes non encore résolus de l'hypertension artérielle.

Si dans l'hypertension confirmée, la pression moyenne ne présente pas un grand intérêt, il n'en est pas de même dans son stade initial. Nombre de sujets, parfois des jeunes, souffrant de troubles en apparence minimes, sont pourtant déjà des hypertendus, l'hypertension ne se manifestant que par une élévation de la pression moyenne avec, comme corollaire, une augmentation de volume du cœur. On s'explique ainsi ces cas mytérieux d'hypertrophie cardiaque juvénile, dite essentielle, d'insuffisance primitive du cœur, etc.

A l'appui de cette opinion, les auteurs montrent des tracés comparatifs de la pression artérielle et du volume du cœur de trois individus, l'un normal, le deuxième atteint d'hypertension moyenne solitaire. Il en résulte que l'hypertension moyenne, bien plus que l'hypertension systolique, doit être considérée comme la cause prépondérante de l'augmentation de volume du cœur, aussi bien à la période initiale qu'à la période confirmée de l'hypertension artérielle.

MM. Vaquez et Gomez établissent ensuite que cette hypertrophie moyenne solitaire peut rester très longtemps en cet état tout en s'accompagnant parfois de complications dont la nature reste ignorée, telle le glaucome qui — MM. Bailliart et Gomez viennent de s'en assurer — coïncide toujours avec une élévation anormale de la pression moyenne.

Puis, après de longues années, les pressions extrêmes s'élèvent à leur tour pour constituer le syndrome hypertensif, total tel qu'il se présente d'ordinaire à nous et dont nous ne voyions jusqu'ici qu'un tableau tronqué.

Cette lente évolution de l'hypertension dont le début peut remonter à l'adolescence — les auteurs rapportent le cas d'un jeune homme de 19 ans — est un nouvel argument en faveur de la conception d'une hypertension primitive antérieure aux

lésions vasculaires et rénales, opinion soutenue depuis longtemps par M. Vaquez.

Les suites éloignées de la vaccination au B. C. G. — *M. Weill-Hallé*. — Dans le but de répondre aux critiques de quelques auteurs qui se refusent à étendre la vaccination par le B. C. G. à tous les enfants, M. Weill-Hallé apporte les résultats de son expérience de dix années du vaccin Calmette-Guérin. De 1924 à 1931, il a poursuivi 1.029 observations d'enfants vaccinés dont 359 en milieu contaminé, 264 en milieu suspect, 405 en milieu sain. Les seuls décès, par tuberculose certaine, observés parmi ces enfants, sont au nombre de deux. Ils concernent des enfants, non séparés de parents tuberculeux, et infectés antérieurement a la periode d'immunite. Le taux de survivance des enfants vaccinés au B. C. G., étudié à l'aide des tables de vie, indique une supériorité très nette de ces vaccinés au long des années écoulées et temoigne de l'innocuite parfaite du vaccin même à échéance lointaine. De l'examen de toutes ces observations, l'auteur conclut que le B. C. G. ne fait courir aucun risque, même lointain, aux jeunes vaccinés. Bien au contraire, son emploi réduit nettement le taux de la mortalité générale. Rien ne saurait donc en limiter l'usage et la vaccination au B. C. G. doit être inscrite au premier rang des méthodes prophylactiques de la tuberculose.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

Séance du 11 Mars 1931

Gangrène du cordon par bandage herniaire. — *M. Bréchot* rapporte ce travail de ***M. Jullien***. C'est par pression exagérée d'un bandage herniaire que se produisit cette gangrène. Castration. Guérison.

Angine de poitrine. — *MM. Leriche*, *Hermann* et *Fontaine* envisagent la position actuelle du problème du traitement chirurgical de l'angine de poitrine. Ils estiment que la cause de la crise est un réflexe sympathico-coronarien. La mort lorsqu'elle survient est due à la fibrillation. Les phénomènes douloureux sont purement cliniques et on doit regarder l'angine comme un phénomène analogue à celui des artérites. La suppression dn ganglion étoilé gauche interrompt la communication du réflexe et donne un régime de vaso-dilatation stable. Ils projettent un film démonstratif.

M. Danielopolu expose sa méthode de suppression des réflexes presseurs. Il considère l'extirpation du ganglion étoilé comme dangereuse.

La section du cordon cervical au-dessus du ganglion étoilé arrête l'accès d'angine de poitrine. Il est partisan d'une technique de section des filaments presseurs qu'il expose et qu'il justifie par une série de projections et graphiques.

G. MENEGAUX

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 mars 1931

A propos de la cellulite. — *M. Guy Laroche* expose quelques idees cliniques et pathogéniques sur ce sujet qu'il a étudié depuis plusieurs années avec Mme le docteur Meurs. Ils estiment que chez les cellulitiques, les douleurs ont des caractères souvent particuliers : variabilité extrême, topographie à limites diffuses, interdépendance des foyers douloureux qui paraissent bien en rapport avec des troubles du système nerveux sympathique. Mais ils n'admettent pas que le sympathique soit seul en jeu, ni qu'il s'agisse d'une maladie autonome et initiale du sympathique. Pour eux, le trouble initial est une altération du tissu conjonctif lâche avec des phases successives de congestion, œdème, infiltrat et fibrome. Secondairement, les filets nerveux sont comprimés, quelle qu'en soit la nature, sympathique ou cérébro-spinale. Cette affection leur paraît en rapport avec des troubles des échanges nutritifs soit purs, soit associés à des troubles endocriniens.

M. J. Sédillot apporte de nouveaux arguments en faveur de la sympathico-névrite comme fait primitif :

1° Prédominance de la cellulite dans le sexe féminin (94 % statistique de J. Forestier) comme pour le goitre et la migraine.

2° Coexistence avec les noyaux de la cellulite de troubles vasomoteurs (érythème), de fragilité des capillaires (ecchymoses), de troubles sudoraux sébacés (Forestier, Higgins).

3° Prédominance des douleurs provoquées aux émergences des branches du trijumeau, nerf à la fois sensitif et sympathique.

4° Affinité élective des poisons microbiens pour les nerfs et non pour le tissu cellulaire.

5° Cas d'émergence sensible à la pression sans modification du tissu cellulaire.

6° Guérison par les massages de certains cas de migraine.

A propos de la chirurgie de la hanche. — *M. Masmonteil* félicite M. Massart de ses succès opératoires et se range à son avis. Les opérations de la hanche sont devenues des opérations benignes et donnent des résultats très satisfaisants. C'est une chirurgie nouvelle qu'il faut sans hesitation, conseiller aux infirmes de la hanche.

M. Roederer, à propos des infirmes de la hanche, n'accepte pas cette opinion que toutes les arthrites évoluent sur des articulations tarées soit par une malformation congénitale, soit par une déformation acquise dans l'enfance ou l'adolescence. Les vraies arthrites chroniques, proliferantes et déformantes, évoluent sur des hanches qui étaient normales, probablement sous l'influence du rhumatisme chronique ou des troubles endocriniens.

A propos du lardage du poumon. — *M. Georges Rosenthal* utilise l'injection intrapulmonaire transthoracique pour la vaccination des pyrexies pulmonaires.

Traitement curatif de l'hypertrophie prostatique par la radiothérapie profonde. — *M. Pierre Lehmann* pense que la radiotherapie semi-pénétrante qui a déjà ete employee dans le traitement de l'hypertrophie prostatique, ne donne que des résultats médiocres. Si l'on utilise la radiothérapie profonde avec une technique correcte et une dose suffisante, on peut obtenir des diminutions de volume considérables. 36 cas ont été ainsi traités depuis six ans dont un seul a été opere trois ans après le traitement. Plusieurs de ces malades se sondaient tous les jours avant le traitement et vont bien depuis. La radiothérapie profonde permet donc dans la très grande majorité des cas de faire disparaître les accidents de l'hypertrophie prostatique, et évite ainsi les risques d'une operation dangereuse, à mortalité élevée, qui reste d'ailleurs possible dans le cas d'un échec des rayons X.

Traitement de la paralysie générale par la récurrentothérapie. — *M. A. Marie* publie la statistique des cas ainsi traités dans son service de Ste-Anne de 1925 à 1930. Parallèlement à la malarisation, un certain nombre de paralytiques sont réfractaires au plasmodium vivex. Cela provient d'immunités particulières ou par suite d'une malarisation antérieure suivie de rechute. On peut alors utiliser le spirille de Dutton passé sur la souris.

Fréquence des états diarrhéiques dus à l'hépatisme larvé. — *M. Pron*, après une pratique exclusive de 25 ans des maladies du tube digestif, croit pouvoir dire que la plupart des états diarrhéiques chroniques, sans antécédents spéciaux, sont dus à l'hépatisme, à la découverte duquel on est conduit souvent par l'examen de la peau.

P. PROST.

« Nous sommes loin aujourd'hui de l'époque pourtant proche, où un esprit d'avant-garde, le Dr Caron, se voyait refuser de faire un cours libre en Sorbonne sur la Puériculture ! Le mot parut ridicule, et la chose inconvenante d'un fantasque. Toutefois, peu après, le ministre Victor Duruy, mieux inspiré, accordait l'autorisation : le premier élan était donné à ce corps de préceptes et d'observations qui est devenu la science de la puériculture. Et l'un des hommes qui illustrent le plus l'obstétrique française, Adolphe Pinard, n'a plus à craindre le ridicule, en faisant suivre sa signature de l'épithète : « puériculteur ».

(Léon BERNARD, L'évolution sociale et la médecine *Revue de Paris*, 15 février 1931).

« C'est à Besnier que l'on doit d'avoir créé le mot de biopsie et la chose, mais c'est surtout à Darier que revient le mérite de s'en être fait l'un des premiers défenseurs. »

(Professeur Gustave ROUSSY, *La Presse médicale*, 21 février 19

NOUVELLES

[SUITE DE LA PAGE 566]

Sixième Congrès international de thalassothérapie 1931. — Le 26 mai 1931 s'ouvrira à Berck, sous le haut patronage de M. le Président de la République, le 6e Congrès international de thalassothérapie.

Il sera présidé par M. le Docteur Sorrel, chirurgien des hôpitaux de Paris.

QUESTION A L'ORDRE DU JOUR : Le traitement de la coxalgie et de ses séquelles. Rapporteurs : pour la France, les Drs DELAHAYE et GALAND ; pour l'Argentine, les Drs Luis A. TAMINI et Carlos E. MOSOTEGUY, Rodolfo VIVAROLA et Ricardo D'ETCHESSARY, Rodolfo PASMAN ; pour l'Italie, les Professeurs DELITALA, DE FRANCESCO, CERESOLE ; pour la Roumanie, les Professeurs BALACESCO, JOCOBOVICI ; pour la Yougoslavie, les Drs YOVTCHITCH et GRADOYEVITCH.

COMMUNICATIONS. — Des communications pourront être faites en dehors des rapports, après avoir été préalablement acceptées par le bureau (art. 6 des statuts).

Communications annoncées et acceptées : le Dr M. TERWAGNE (Belgique) : Les eaux artésiennes d'Ostende et le nouveau palais thermal ; le Dr NEDERLCOFF (Bulgarie) : La tuberculose du péritoine et le traitement hélio-marin en sanatorium maritime pour enfants, près de Varna (Bulgarie) ; les Drs CLIMESCO et SAINT-IANAS (Roumanie) : Le traitement de la coxalgie au sanatorium C. T. C. Carmen Sylva, près Constantza.

PROGRAMME DU CONGRÈS. — Le Congrès s'ouvrira mardi 26 mai, à Berck-Plage. Les séances scientifiques auront lieu à l'hôpital maritime. Des réceptions seront offertes, au cours du Congrès, par les municipalités de Berck et du Touquet Paris-Plage. Fin du Congrès le jeudi 28 mai.

Dans les jours qui suivront, des excursions seront organisées dans la région ; le programme en sera publié ultérieurement.

DROIT D'ADMISSION. — Le droit d'admission est fixé à 60 fr. français pour les membres effectifs, et à 30 fr. pour les membres associés, ainsi que pour les étudiants en médecine. Tout membre faisant partie de l'Association de thalassothérapie et ayant acquitté sa cotisation annuelle de 10 fr. ne devra verser que 50 fr. pour être admis au Congrès comme membre effectif : les membres effectifs seuls auront droit au volume des comptes rendus.

Adresser les adhésions au Dr Parin trésorier du Comité, hôpital maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais). Chèque postal CC. Paris 1412-26.

L'agence Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, Paris, se charge d'organiser et d indiquer les conditions de séjour aux congressistes.

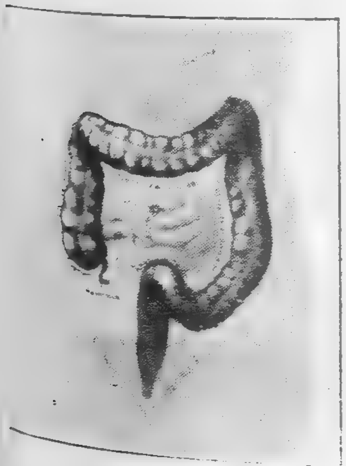
Institut de psychiatrie et de prophylaxie mentale (Directeur : Dr E. TOULOUSE.) — L'Institut organise, chaque année, des conférences en vue d'exposer les recherches des divers laboratoires et services, les résultats acquis dans l'applicatio des sciences biologiques à la psychiatrie, ou l'étude des problèmes qui sont à la base des recherches.

Les conférences auront lieu le mardi et le vendredi, à 10 h. 1/2 à l'amphithéâtre Magnan (hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, métro Glacière. Téléphone : Gobelins 95-04, 95-05).

Les inscriptions sont gratuites ; elles sont reçues au secrétariat de l'Institut (hôpital Henri-Rousselle), le matin, de 10 à 12 heures.

Mars. — Mardi 17, M. DUPOUY : Le refus d'aliments au point de vue psychiatrique et médico-légal. — Vendredi 20, Dr MARCHAND : Quelques formes atypiques d'épilepsie. — Mardi 24, Dr MONTASSUT : Dépression et émotivité constitutionnelles. — Vendredi 27, Dr BARBÉ : Les causes de la souffrance morale chez certains psychopathes.

Avril. — Mardi 14, M. H. LAUGIER : Chronaxie : posture et fatigue. — Vendredi 17, M. DELAVILLE : Modifications biologiques au cours du jeûne. — Mardi 21, Dr M. BADONNEL : Une enquête médico-psychologique dans une école. — Vendredi 24 Dr MALE : Les troubles de la pensée chez l'enfant. — Mardi 28, Dr J. ROUBINOVITCH : Les enfants paranoïaques.



Le Colon normal



...ation spasmodique



Constipation atonique

Mai. — Mardi 5, Dr S. SERIN : Les suicides d'enfants. — Vendredi 8, M. J.-M. LAHY : Le rapport de l'intelligence mesurée par les tests avec les classes sociales. — Mardi 12, Dr MINKOWSKI : La schizophrénie. — Vendredi 15, Dr R. TARGOWLA : Du traitement en psyciahtrie. — Mardi 19, Mlle D. WEINBERG : Profils psychologiques des malades mentaux. — Vendredi 22, Dr R. MALLET : Obsessions et délires cénesthésiques. — Vendredi 29, Dr G. LEVADITI : Les ultra-virus provocateurs des ectodermoses neurotropes.

Juin. — Mardi 2, Dr A. HESNARD : Homosexualité et glandes endocrines. — Vendredi 5, Dr ROGUES DE FURSAC : Facteurs pathologiques de l'étiologie de la criminalité. — Mardi 9, Dr MISSET : Aspect physique du déprimé constitutionnel. — Vendredi 12, Dr TINEL : Les réflexes conditionnels dans les psychoses et les névroses. — Mardi 16, Mme SOKOLNICKA : Le dynamisme affectif des névroses et la psychanalyse. — Vendredi 9, Dr P. SCHIFF : Les mécanismes de la catharsis. — Mardi 23, Dr HEÜYER : Les troubles de la sociabilité dans les maladies mentales. — Vendredi 26, Dr Raoul-M. MAY : Répercussions de la transplantation nerveuse chez le porte-greffe. — Vendredi 30, M. Gilbert MAIRE : Le dynamisme mental dans la psychiatrie contemporaine (auto-conduction, schizophrénie, unité psychique).

Concours pour deux postes de médecin inspecteur d'hygiène du département de l'Hérault. — Un concours sur titres et sur épreuves, pour la nomination de deux médecins inspecteurs d'hygiène du département de l'Hérault, sera ouvert à la Préfecture de l'Hérault du 7 au 9 mai 1931 inclus.

Les candidats de cet emploi devront être Français ou naturalisés Français, âgés de 23 ans au moins et de 40 ans au plus au 15 avril 1931, pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat) ils devront avoir satisfait à leurs obligations militaires et être titulaires du diplôme d'hygiène délivré par une Université française.

Chaque candidat sera avisé par le Préfet en temps utile et à l'adresse qu'il aura donnée de l'acceptation ou du rejet de sa candidature.

Les avantages attachés à la situation de médecin inspecteur d'hygiène de l'Hérault sont les suivants : Traitement de 30.000 à 42.000 francs par an en 5 classes ; chaque classe étant obtenue après trois ans à l'ancienneté et deux ans au choix ; 15.000 fr. d'indemnité forfaitaire de déplacements et de bureau ; indemnités de résidence et de charges de famille accordées aux fonctionnaires départementaux ; inscription à la caisse départementale des retraites.

Pour tous renseignements concernant la composition du dossier réglementaire et les épreuves, s'adresser à M. le Préfet de l'Hérault (Cabinet).

VIe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires. — Le VIe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires se tiendra à La Haye du 15 au 20 juin 1931.

Tous les officiers du Service de santé (active et réserve) sont invités à ce Congrès.

INSCRIPTIONS. — Le droit d'inscription pour le Congrès est de 10 florins, donnant droit aux publications du Congrès.

Le droit d'inscription pour les personnes de leur famille accompagnant les congressistes est de 5 florins.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat du Congrès à l'adresse suivante : Jonkheer Sandberg Van Boelens, secrétariat général du VIe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires, 3, Surinamestraat, La Haye (Pays-Bas).

RÉDUCTIONS SUR LES CHEMINS DE FER. — Des réductions de tarif, pour le transport par voie ferrée ont été consenties aux congressistes et à leurs familles les accompagnant, par les compagnies des chemins de fer des divers pays.

Pour la France, il est accordé une réduction de 50 % aux congressistes, qui ne bénéficient pas déjà du tarif militaire ainsi qu'a leur famille les accompagnant, les chemins de fer belges consentent une réduction de 35 % aux congressistes et à leur famille.

Pour faciliter l'obtention pratique de ces réductions le Comité permanent des Congrès internationaux de médecine et de pharmacie militaires a chargé l'Agence Thos Cook de constituer des billets avec réduction.

Pour obtenir ces réductions, les congressistes sont priés de s'adresser au bureau de l'Agence Thos Cook le plus rapproché de leur résidence. Cette Agence peut également se charger, pour les congressistes qui le désirent, de s'occuper de la question des logements.

Une liste des hôtels avec indication des prix sera publiée incessament.

Excursions. — Des programmes d'excursions complémentaires de trois, quatre ou cinq jours, permettant la visite de la Hollande, seront prochainement publiés. L'Agence Thos Cook est chargée de leur mise au point.

Tenue. — Le port de l'uniforme n'est pas obligatoire. Pour les soirées et réceptions officielles, la grande tenue avec décorations est recommandée.

Participation au congrès des officiers de réserve du service de santé. — La participation au Congrès des officiers de réserve du Service de santé sera assimilée à une période d'exercices de huit jours, entrant en ligne de compte dans la durée totale des quatre mois fixée par la loi sur le recrutement de l'armée, mais sans intervenir toutefois comme période exigée par la loi du 8 janvier 1925 pour l'avancement des officiers de réserve, considérés comme accomplissant une période d'exercices : les officiers de réserve participant au Congrès auront droit pour le voyage en chemin de fer, au tarif tarif militaire à l'aller et au retour, entre leur résidence et la gare frontière (ou éventuellement le port d'embarquement).

Pour bénéficier de ces avantages, les intéressés devront adresser une demande au Directeur du Service de santé de leur région d'affectation ; ils recevront par ses soins, une convocation

Tous renseignements complémentaires relatifs à l'organisation et au programme de ce Congrès leur seront fournis à la Direction du Service de santé de la Région de leur résidence.

Clinique médicale propédeutique de la Charité. — Le cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire commencera le 20 avril à 9 h. 1/2 (voir le programme détaillé sur l'affiche).

Bourses de vacances. — Comme les années précédentes, 100 bourses de 1.000 francs seront distribuées, le 1er juillet, à des étudiants fatigués et peu fortunés.

Les demandes, qui seront examinées par un Comité composé des présidents des diverses Associations médicales, devront être adressées avant le 15 mai aux laboratoires du Docteur Debat, 60, rue de Prony, Paris (XVIIe).

Dispensaires d'hygiène sociale. — Un concours sur titres, pour les fonctions de médecin inspecteur départemental d'hygiène adjoint, chargé spécialement des dispensaires d'hygiène sociale, section tuberculose, aura lieu à Paris, au siège du Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, dans la deuxième quinzaine d'avril.

Prière de s'inscrire à la Préfecture de la Seine-Inférieure, inspection des services d'hygiène, avant le 10 avril.

CHEMIN DE FER DU NORD

PARIS-NORD A LONDRES

Fêtes de Pâques — Exposition « Ideal-Home »

Les 1er, 2, 3, 4, 5, 6, 24 et 25 avril 1931, délivrance de billets d'excursion à prix réduits de Paris-Nord à Londres, valables quinze jours, avec facilité de prorogation contre supplément.

1° *Via Boulogne-Folkestone ou Calais-Douvres* (service de jour). — Prix des places aller et retour (sauf variations) : Adultes, 1re cl. 641 fr. 10, 2e cl. 465 fr. 35, 3e cl. 329 fr. 55. — Réduction pour enfants de 4 à 10 ans.

2° *Via Dunkerque-Tilbury* (Service de nuit). — Prix des places aller et retour (sauf variations) : Adultes, 1re cl. 467 fr. 95. 2e cl. sur le réseau du Nord, 3e cl. sur le bateau et sur les chemins de fer anglais 299 fr. 90, 3e cl. 247 fr. 05. Réduction pour enfants de 4 à 10 ans.

Les billets donnent droit à une franchise de 30 kilogrammes de bagages sur tout le parcours (pour les enfants, le poids est réduit à 20 kilogrammes).

Pour plus amples renseignements : horaires, délivrance de billets, s'adresser à la gare du Nord, 18, rue de Dunkerque à Paris ; à la Compagnie du Southern Railway, chez Thos, Cook et Son, 2, place de la Madeleine, Paris (8e) et à la compagnie du London Midland and Scottish, 12, boulevard de la Madeleine.

Echos et Glanures

La chiropratique. — « ... La chiropratique est née en Amérique. Cette fois ci il n'y a plus la légende de l'oiseau, l'Américain s'en passe plus facilement que le Germain, et il n'y a pas besoin de poésie dans cette affaire.

Les trente et une paires de racines rachidiennes ont une influence capitale sur tous les phénomenes biologiques. Les maladies sont toutes dues à un déplacement des vertèhres exerçant sur les nerfs une pression pathologique. Pour vulgariser la méthode, des affiches sont exposées, l'une bien suggestive montre de l'eau passant par un tuyau de caoutchouc dont le débit est diminué par une pression analogue à celle d'une vertèbre déplacée arrêtant dans le nerf le passage de la force vitale. Tout est dû à une luxation ou subluxation des vertèbres, ne pouvant être décelée que par le chiropraticien, car chose bien particulière, ces déplacements échappent toujours aux rayons X.

Tout examen de laboratoire, recherche de microbes est inutile ; avec une bonne colonne vertébrale on brave toute épidémie, car seul le luxé craint le microbe.

Devant les tribunaux un chiropraticien, Palmer, déclare : « la bactériologie est une des plus grandes ignorances que l'ont ait pu inventer. Les analyses du sang et d'urine sont sans valeur de même que la pharmacologie et la chimie. » « Nous ne faisons aucun examen, disent-ils dans leurs prospectus et ne portons pas de diagnostic ».

Le traitement est simple ; remettre par des massages doux ou violents les vertèbres à leur place

D'après l'Americau Medical Association, les écoles de chiropratique après avoir atteint le chiffre de 79, seraient encore 43 ; mais des professeurs donnent des cours par correspondance et on obtient rapidement un diplôme de docteur en chiropratique. A l'impétrant de faire prospérer son titre... ».

(Dr Girard, professeur de pathologie et de clinique médicale à l'Ecole de médecine d'Amiens. *Gazette médicale de Picardie*, janvier 1931).

La quininisation préventive à l'armée d'Orient. — *A la fin de 1916, les docteurs Edmond et Etienne Sergent furent envoyés en mission à l'armée d'Orient par le sous-secrétaire d'Etat du service de santé militaire pour établir un plan de campagne antipaludique. Dans un article paru dans le* Mercure de France *(16 février 1931), les docteurs Edmond et Etienne Sergent racontent leurs souvenirs :*

« ... Nous trouvons à Florina le Q. G. du général Leblois, commandant l'armée française d'Orient. Car le général Sarrail, premier exemple du commandement unique, est commandant en chef des armées alliées en Orient : française, britannique, serbe, italienne, russe, grecque (vénizéliste). La présence du Q. G dans la petite vi le aux maisons bleues, et le groupement de plusieurs hôpitaux font que la popote des médecins est nombreuse L'accueil fait aux confrères de passage est cordial et bruyant. On nous prend à part : « Vous aurez du mal avec le général Leblois ; il est sceptique à l'égard de la quininisation ».

Le 28 décembre 1916, dans l'après-midi nous sommes reçus par le général Leblois dans la spacieuse maison hantée de rats où est établi son quartier général. Dès les premiers mots, le général nous dit, de sa voix cassée mais affable :

— Mais il faudrait d'abord que vous, les médecins, vous vous missiez d'accord. Les uns prônent la quinine préventive, les autres la denigrent, certains nient le rôle des moustiques.

Ce fut un trait de lumière. Dans un éclair, je revois tout ce que notre enquête nous a montré : les consignes disparates, chaque division, chaque brigade, chaque régiment, chaque bataillon parfois, interprète les circulaires d'en haut à sa façon Ici, on donne la quinine tous les trois jours, là tous les jours. On ne la donnera pas de la même façon au cantonnement, au bivouac, en marche, au repos. Les uns préfèrent les grosses doses, les autres les faibles doses. On ne se gêne pas pour critiquer les ordres supérieurs et « blaguer » la quinine devant la troupe. A des hommes menant dans la boue la rude vie des camps, comprimés et moustiquaires apparaissent comme des superfluité.

Que de scepticisme, d'indifférence dans l'application. Et quel contrôle ?... On a trouvé à Marseille, dans l'équipement de soldats rapatriés, des musettes pleines de comprimés de quinine. Ici, dans les recoins des isbas macédoniennes, on en ramasse des kilos jetés par eux. Et puis, il faut bien le dire : longs mois de misère dans ce pays d'exil, le paludisme c'est le filon : l'accès de fièvre fait évacuer, fait rapatrier. L'homme resté en ligne ne sait pas que, souvent son camarade qui a quitté le

front pour l'ambulance a succombé à la fièvre avant de revoir la France.

— Le langage que je vais vous tenir, mon général, ne sera pas le langage ordinaire d'un homme de science. Pour une fois, j invoquerai le principe d'autorité « magister dixit », et j'interdirai toute discussion. Plus tard, après la guerre, on viendra discuter nos idées dans les académies, dans les sociétés savantes. Pour le moment, le feu est à la maison ; nous n'avons pas le temps d'ergoter. Il faut éviter en 1917 le renouvellement des désastres de 1916. Je vais vous proposer une consigne impérative ; silence dans les rangs. Si dans un an nous pas n'avons réussi, faites moi passer en conseil de guerre.

En premier lieu, une consigne unique en tout temps et en tout lieu, pour tout le monde, officiers et soldats : à partir de telle date, la quinine à la soupe du soir tous les jours, dose unique Le médecin contrôlera, mais c'est le commandement qui fera exécuter. La quinine désormais n'est plus un médicament, c'est une ration. La quinine quotidienne comme le pain quotidien. Le refus de prendre la quinine sera assimilé au refus d'obéissance devant l'ennemi. En deuxième, il faut contrôler la prise de la quinine. On en connaît le moyen : une réaction commode décèle la présence de la quinine dans l'urine pendant 24 heures au moins après l'ingestion du médicament. Des inspections inopinées montreront si une troupe soi-disant quininisée a bien absorbé la quinine prescrite et, en cas de défaillance, c'est le chef de corps et son médecin que vous punirez. En somme, la protection de l'armée contre le paludisme est simple, mais il faut qu elle soit bien assurée, consigne unique, contrôle, sanctions. Il y aura d'autres précautions à prendre....

« ... Le lendemain quand nous arrivons à la popote des médecins :

— Qu'avez-vous donc dit au général ? Ce matin, pour la première fois, il a demandé de la quinine pour son usage personnel.

Le contrôle de la quininisation fut le rôle le plus dificile, mais le plus utile rempli par la mission.

« ... J'évoque la tournée d'un des jeunes médecins. Il arrive dans son auto, sans être annoncé, au petit jour, dans un cantonnement. Une cantine de matériel de laboratoire est ouverte : verres à pied, tubes à essai, pipettes et solution de Tanret. On recherche la réaction des alcaloïdes dans l'urine d'un certain nombre d hommes pris au hasard : le médecin note sur son carnet les résultats + ou 0. Le compte rendu parvient, par le médecin-chef de la mission au Q. G., et si le pourcentage des cas positifs n'est pas jugé suffisant, une punition arrive, par retour du courrier au chef d'unité,... ». Des sanctions furent appliquées.

Voici un télégramme du général Sarrail au ministre de la guerre (Paris, 29 juillet 1917) :

« ... 3° Mission antipaludique rend service. J'en suis content. Je viens donner trente jours arrêts à médecin 58e infanterie, qui ne voulait pas se conformer à un ordre sur dosage quinine, et huit jours à colonel 58e, qui a toléré diminution quinine journalière. *Général Sarrail : Mon commandement en Orient*, 1916-1918. p. 409, Paris, Flammarion.

Vis-à-vis des officiers que l'on venait contrôler ainsi, le rôle du médecin était également difficile, ingrat.

« ... Vous rappelez-vous mes camarades, ce déjeuner à une popote médicale de Koritza où au dessert, on nous a régalés d'une chanson satirique sur la mission ? A tout moment revenant son surnom : « La grande... urineuse ».

N'appelait-on pas aussi le missionnaire antipaludique « l'enquinineur ».

Il fallait également faire preuve de vigilance à l'égard du poilu loustic qui essaye de « carroter » le médecin en glissant un comprimé dans le verre à réactif, pour être sûr qu'on y trouvera de la quinine ? »

Un autre jour, un médecin de la mission va contrôler les artilleurs d'une batterie de 75 camouflée. Obligation pour le médecin et ses infirmiers de s'acheminer isolément par le sentier, car il est interdit d'y aller en groupe pour ne pas la dénoncer aux avions.

« ... Le médecin de la mission distribue flegmatiquement les verres à pied aux artilleurs et procède aux réactions. L'un après l'autre, les prélèvements restent clairs. Impassible, le médecin, sans aucun commentaire, note : O — O — O, etc. Derrière nous, le lieutenant qui sait très bien ce que sera la réaction du haut commandement, soupire : « C'est lamanntable, c'est lamanntable. »

Mais, sans doute, le lieutenant veillera désormais à la quininisation, pour ne pas encourir la peine réservée aux récidivistes. Et voici les chiffres officiels montrant le bienfait du contrôle : le pourcentage des réactions positives révélant l'ingestion de quinine, inférieur à 50 % en mai 1917, s'est élevé progressivement à 71 % en août 1917 et à 83 % en septembre et en octobre 1917. En 1918, on a observé, dans certaines unités, 100 pour 100... »

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMP. THIRON ET CIE. — R. C. 4264
MAISON SPÉCIALE POUR PUBLICATIONS MÉDICALES

... EN 1873. — N° 14 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 4 AVRIL 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41 Rue des Ecoles, PARIS (Ve)
C. C. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.750
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
...	30 fr.
...	45 fr.
...	70 fr.
...	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance publique. — Coucours de chirurgien des hopitaux. — *Admissibilité.*

MM.	Epreuve écrite théorique	Consultation écrite	Epreuve clinique	Epreuves sur titres	Total
Armingeat	17	18	3	1	39
Aurousseau	16	15	9	2	42
[illegible]	23	14	9	2	48
Brouet	16	13	4	2	35
Chabrut	17	17	5	2	41
Chevallier	15	17	3	2	37
Diamantberger	20	15	3	1	39
Fèvre	21	18	7	4	50
Altier	17	16	5	2	40
Garnier	16	14	3	2	35
Gérard-Marchand	15	16	5	4	40
Geulette	16	9	6	4	35
Huard	26	16	8	2	52
Iselin	20	18	5	2	45
Meillère	18	15	7	4	44
Ménégaux	22	15	10	4	51
Merle d'Aubigné	16	16	5	4	41
Redon	24	15	1	4	44
Sauvage	22	11	10	4	47
Seille	16	18	9	4	47
Welti	19	18	7	4	48

Classement des candidats admissibles : N° 1 Huard, 52 points; N° 2 Ménegaux, 51 points. — N° 3 Fèvre, 50 points. N° 4 Welti, 48 points ; N° 5 Banzet, 48 points ; N° 6 Seillé, 47 points.

Faculté de médecine. — *Thèses.* — 15 avril. — M. Godard. Les assurances sociales et la lutte antituberculeuse. — M. Chazette. Etude des syndromes d'hyperfonctionnement nerveux. — M. Corinin. Le renforcement ondulatoire.

16 avril. — M. Weinstein. Etude du rôle de l'anaphylaxie dans la pathogénie des maladies infectieuses. — M. Dugué. Les fistules pleuro-pulmonaires des affections aiguës du poumon

Guerre. — (Active). Sont promus :

Au grade de médecin colonel. — MM. Gueytat (de Lyon), Dugrais (du Mans). Pichon (de Clermont-Ferrand), Morel (de Rouen), Hormis (du Maroc), Dircks-Dilly (de Bordeaux), Schickele (de Paris).

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. Sciaux (Seine), Guiot (de Châteauroux), Charpentier (de Paris), Troude (de Paris), Viellé (10e corps), Laloy (de Saint-Cyr), Martinet (de Chalons-sur-Marne).

(Réserve). *Au grade de médecin général.*— M. le médecin colonel Tassagnac, retraité.

Asile d'aliénés de Bonneval (Eure et Loir). — On demande, comme interne, une étudiante, munie d'au moins 10 inscriptions (ancien régime) ou 14 inscriptions (nouveau régime) de doctorat en médecine.

Conditions : Tous les avantages en nature habituels (nourriture, logement, chauffage, éclairage, blanchissage) et un traitement mensuel de : 500 francs la première année ; 600 francs la seconde année ; 700 francs la troisième année et suivantes. (Ces chiffres étant majorés de 100 fr. pour les internes qui seraient docteurs en médecine).

Adresser les demandes au médecin-directeur de l'asile.

Congrès de la lithiase urinaire (Vittel, 24-25 mai 1931. Pentecôte). — Programme : Dimanche 24 mai. à 9 heures : Ouverture du Congrès. Rapports : Les sources de l'acide oxalique et sa précipitation rénale. Rapporteur : M. le Professeur Maurice Loeper. — Troubles fonctionnels des reins dans la lithiase rénale. Rapporteurs : M. le Professeur agrégé Pasteur-Vallery-Radot et M. Maurice Dérot. — Lithiase urinaire et maladies de la nutrition. Rapporteur : M. le Professeur agrégé Guy-Laroche.

Séance de l'après-midi : à 14 h. 30, rapports : Traitement médical de la lithiase rénale. Rapporteur : M. le Professeur Marcel Labbé. — Indications du traitement chirurgical de la lithiase rénale. Rapporteur : M. le Professeur Legueu. — Infection dans la lithiase urinaire. Rapporteurs : MM. les Professeurs agrégés Marion et Abrami. — 17 h. 30 : Projections radiographiques : M. le Docteur Belot et M. le Docteur Darricau. — A 19 h. 30 : Banquet.

Lundi 25 mai. — à 8 h. 30 : Réunion de la Société d'hydrologie et de climatologie de Nancy et de l'Est. — 9 h. 15 : Rapports : Anurie calculeuse et son traitement. Rapporteur : M. le Professeur E. Jeanbrau. — L'utilisation des voies naturelles pour le diagnostic et le traitement des calculs urinaires sus-vésicaux. Rapporteur : M. le Professeur agrégé Chevassu. — Les causes des récidives après l'ablation chirurgicale des calculs du rein. Rapporteur : M. le Docteur Pasteau.

Séance de l'après-midi. — A 14 heures : Inauguration du Buste du Docteur Pierre Bouloumié. — A 15 heures : Rapports : Les calculs bilatéraux des reins, indications opératoires. Rapporteur : M. le Professeur André. — Les opérations conservatrices dans la lithiase rénale. Indications et technique. Utilité de la pyélographie. Rapporteur : M. le Docteur Papin. — La physiopathologie de la cure de diurèse dans les affections lithiasiques. Rapporteur : M. le Professeur Santenoise. — La lithiase urinaire chez l'enfant. Rapporteur : M. le Professeur P. Merklen.

Inscription. — Les médecins français et étrangers, ainsi que les étudiants internes et externes des hôpitaux, sont invités à prendre part au Congrès de la lithiase urinaire. Ils devront quelle que soit leur nationalité, adresser directement leur demande et le montant de leur cotisation (25 francs français pour les médecins, 15 francs pour les étudiants), au secrétariat général du Congrès de la lithiase à Vittel. Les demandes d'inscription seront reçues jusqu'au 20 mai 1931.

Pendant la durée du Congrès, des chambres seront gracieusement mises à la disposition des congressistes par la Société générale des eaux minérales. Ils pourront prendre leurs repas soit au Grand-Hôtel (prix 30 fr.), soit à l'hôtel des Thermes (prix 20 fr.).

Une réduction de 50 % sur le prix de transport en chemin de fer pourra être obtenue pour les congressistes par l'intermédiaire du secrétariat général du Congrès. La demande devra en être faite avant le 1er mai.

Amphithéâtre d'anatomie (1931). — *Conférences de technique chirurgicale* (avril, mai, à 16 heures.) — Ces conférences seront gratuites, mais ne comporteront aucune répétition individuelle sur le cadavre. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

PROGRAMME. — Chirurgie du sein (deux leçons), par M. le Professeur GOSSET, chirurgien de l'hospice de la Salpêtrière, mardi 14 et vendredi 17 avril (à 16 h. 30) : Tumeurs du sein.

Chirurgie des voies urinaires (trois leçons), par le M. le Docteur MARION, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, jeudi 16, samedi 18 et mardi 21 avril : 1° Nephropexie ; 2° Chirurgie de l'urèthre ; 3° Réparations de l'urèthre.

Chirurgie des côlons (deux leçons), par M. le Professeur Pierre DUVAL, chirurgien de l'hôpital de Vaugirard, lundi 20 et vendredi 24 avril : Les colectomies.

Chirurgie du système nerveux (quatre leçons), par M. le Docteur ROBINEAU, chirurgien de l'hôpital Necker, mercredi 22, lundi 27, mercredi 29 avril et vendredi 1er mai.

Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie gynécologique et chirurgie spéciale des voies urinaires chez la femme) en dix leçons, par M. le Docteur Jean MEILLÈRE, prosecteur, commencera le lundi 13 avril 1931, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs.

Ce cours fera partie d'un cours complémentaire de thérapeutique chirurgicale gynécologique, sous la direction de M. le Professeur Bernard CUNÉO, cours qui commencera le lundi 13 avril et dont le programme sera indiqué par voie d'affiche. Se faire inscrire, 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Conférences de thérapeutique chirurgicale sur les affections de l'appareil génito-urinaire de la femme. — Sous la direction de M. le Professeur Bernard CUNÉO et avec la collaboration de MM. les Docteurs BLOCH, SÉNEQUE, chirurgiens des hôpitaux, BANZET, MEILLÈRE, chefs de clinique, BLONDIN, PÉRARD, TAILHEFER, anciens internes des hôpitaux.

Ces conférences auront lieu du 13 au 23 avril 1931, de 9 heures à 10 heures, à l'amphithéâtre de la clinique chirurgicale de l'hôpital de l'Hôtel-Dieu.

Elles seront faites en liaison avec le cours de technique chirurgicale gynécologique fait aux mêmes dates, à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin (5e).

PROGRAMME. — 1° Lundi 13 avril, Dr J.-Ch. BLOCH : Les opérations conservatrices en chirurgie utérine. — 2° Mardi 14 avril, Dr S. BLONDIN : Conduite à tenir dans les prolapsus et déviations de l'utérus. — 3° Mercredi 15 avril, Dr P. BANZET : Traitement des fibromes et de leurs complications. — 4° Jeudi 16 avril, Dr J. MEILLÈRE : Traitement des métrites. — 5° Vendredi 17 avril, Dr J.-Ch. BLOCH : Traitement des salpingites et de leurs complications. — 6° Samedi 18 avril, Dr J. SÉNEQUE : Traitement chirurgical des cancers de l'utérus. — 7° Lundi 20 avril, Dr TAILHEFER : Radiothérapie et curiethérapie dans le traitement des fibromes et cancers de l'utérus. — 8° Mardi 21 avril, Professeur B. CUNÉO : Indications des hystérectomies vaginales et périnéales. — 9° Mercredi 22 avril, Dr PÉRARD : Traitement des plaies et fistules de l'urèthre, de la vessie et de l'uretère. — 10° Jeudi 23 avril, Dr TAILHEFER : Conduite à tenir dans le traitement des cancers du sein.

Association amicale des chefs de clinique de la Faculté de médecine de Marseille. — *Programme du cycle de conférences* (10-24 avril 1931.) — Vendredi 10 avril, 10 h. 30 M. Albert ROUSLACROIX : Anatomie et physiologie du système réticulo-endothélial ; 18 heures, M. André TRISTANT : La radiologie en chirurgie urinaire. — Samedi 11 avril, 10 heures, M. Jean OLMER : Les anémies spléniques de l'adulte. — Lundi 13 avril, 10 heures, MM. André FOURNIER et Marcel BOURRET : Les Bordet-Wassermann irréductibles ; 11 heures, M. Jean PAOLI : Les fibromes saignants de la ménopause ; 18 heures, M. Albert CAIRE : Les états péritonéaux au cours des hernies. — Mardi 14 avril, 10 heures, M. Paul BONNET : Traitement chirurgical des goitres exophtalmiques ; 11 heures, M. Jean TURRIES : La question des dsypepsies nerveuses ; 18 heures, M. Félix TRABUC : Rhumatisme et hérédo-syphilis. — Mercredi 15

avril, 10 heures, M. Jean Brahic : Les œdèmes des cirrhotiques ; 11 heures, M. Gabriel Avon : Etat actuel de nos connaissances au sujet des phlébo-scléroses artificielles : — 18 heures, M. Marcel Arnaud : Etude physio-pathologique des hémorragies chirurgicales graves : traitements actuels. — Jeudi 16 avril, 11 heures, M. Raymond Imbert : Curiethérapie des cancers du col utérin — 18 heures, M. Charles Toinon : Les pleurésies du pneumothorax artificiel. — Vendredi 17 avril, 10 heures, M. Léon Isemein : Traitement médical des suppurations pulmonaires fétides : 11 heures, M. Jules Giraud : Notions sur l'appendicite pelvienne ; 18 heures, M. Georges Zuccoli : Les états thymo-lymphatiques chez l'enfant. — Samedi 18 avril, 10 heures, M. Adrien Artaud : Procédés de dilatation du col utérin. 11 heures, M. Robert Poinso : Les syndromes hémorragiques, leur diagnostic leur interprétation. — Lundi 20 avril, 11 heures, M. Georges Darcourt : Traitement des pieds bots chez l'enfant: 18 heures, M. Roger Guiliny : Les dernières acquisitions en matière de fièvre jaune. — Mardi 21 avril, 10 heures, M. Louis Artaud : Diagnostic et traitement des sténoses duodénales : 11 heures, M. Gustave Cousin : Les métrorragies au cours des annexites ; 18 heures, M. Raymond Acquaviva : Les techniques modernes de la césarienne. — Mercredi 22 avril, 10 heures, M. Louis Montagnier : A propos du pneumothorax bilatéral. : 11 heures, M. Charles Lahayville : Traitement de la tuberculose génitale chez l'homme : 18 heures, M. Jean Chosson : La névralgie pelvienne. — Jeudi 23 avril, 11 heures, M. Antoine Raybaud : Le syndrome d'imperméabilité pulmonaire : 18 heures, M. Edouard Giraud-Costa : Les palpitations, leur valeur psychologique et leur pronostic. — Vendredi 24 avril, 10 heures, M. Jean Bouyala : Fractures de cuisse de l'enfant ; 17 heures, M. Albert Crémieux : Manifestations nerveuses de l'insuffisance rénale.

Ces conférences auront lieu à l'Hôtel-Dieu (Salle des Concours).

Nécrologie. — Dr Benhamou père, d'Alger. — Dr Siméon Flaissières, maire de Marseille, ancien sénateur, décédé à l'âge de 80 ans. — Dr Paul Fidelin, d'Etretat (Seine-Inférieure) conseiller général depuis trente ans du canton de Criquetot-Lesneval, décédé à l'âge de 83 ans.

TRAVAUX ORIGINAUX

Considérations sur les réactions de l'organisme à l'égard du cancer et la thérapeutique anticancéreuse

Par H. Rubens DUVAL

La thérapeutique de toute maladie est nécessairement basée sur la conception que l'on se fait de sa nature et par suite des moyens que l'on croit aptes à la guérir.

Le cancer est essentiellement, suivant l'heureuse expression de M. Ménétrier, une anarchie cellulaire. Les théories les plus récentes ont surtout trait aux facteurs qui déterminent cette anarchie (1).

Que cette anarchie cellulaire ait été provoquée par telle ou telle cause particulière (irritation causée par des excoriations répétées, des parasites, des substances toxiques, des radiations nocives, etc.), ou par tel ensemble de causes (déminéralisation, mauvais fonctionnement des glandes endocrines, chocs nerveux physiques et surtout moraux, etc.), qui constitue le terrain cancéreux, une fois effectuée, elle est toute la maladie, car cette anarchie tend d'elle-même à s'accroître et à s'aggraver.

On peut concevoir une prophylaxie des cancers, notamment des cancers professionnels, basée sur leur étiologie. Mais quand le cancer est constitué, les causes qui l'ont déterminé peuvent avoir disparu (le cancer spiroptérien de Fibiger le prouve nettement) le mal continue d'évoluer. C'est donc contre les cellules cancéreuses anarchiques qu'un traitement à intention curative doit agir et non contre un parasite hypothétique qui, alors même qu'il aurait existé, n'est plus en cause.

On peut agir contre les cellules cancéreuses en les supprimant par une ablation chirurgicale ou en les détruisant (caustiques physiques ou chimiques, électrocoagulation, radium, rayons X). L'organisme, si l'ablation ou la destruction a été totale, n'a d'autre effort à fournir que celui de la réparation de la plaie opératoire ou celui de l'élimination et de la résorption des cellules nécrosées.

On peut aussi se proposer non de détruire les cellules néoplasiques malignes, mais de les ramener vers une évolution normale, de faire cesser leur anarchie. Or ceci, qui serait à proprement parler guérir le cancer, n'est possible que si l'organisme possède des moyens de défense contre le cancer, susceptibles d'être aidés par une thérapeutique appropriée. S'il en était dépourvu, il n'y aurait rien à espérer à cet égard.

Aussi, comme la majorité des auteurs nient ces réactions de défense, toute la thérapeutique anticancéreuse actuelle n'a d'autre but que de détruire les cellules cancéreuses. En raison de cette négation, on estime que les chances de guérison d'un cancer se réduisent à celles que l'on a de pouvoir extirper ou détruire toutes les cellules cancéreuses et n'en laisser échapper aucune. Il n'est donc pas d'opération si mutilante, de radiothérapie si dangereuse par l'importance des doses à administrer, qu'il ne faille tenter s'il y a quelque chance d'obtenir la destruction de toutes les cellules cancéreuses. Même quand il n'y a pas de traitement local possible, chirurgical ou radiothérapique, c'est encore cette idée de destruction qui inspire les essais de traitement général.

Quand on a recours au plomb, au cuivre, au sélénium, au bleu d'isamine, etc., le but que l'on se propose d'atteindre est moins la guérison du cancéreux que la destruction du cancer. Je m'explique : quand on cherche à immuniser un sujet contre une infection microbienne quelconque on ne se propose pas essentiellement de détruire les microbes qui ont envahi telle ou telle partie de son corps, on essaye avant tout de renforcer la résistance de son organisme contre ces microbes. C'est le malade, qui, par les moyens de défense dont il dispose, doit se guérir lui-même. La thérapeutique a pour but d'aider cette action curatrice naturelle et non de s'y substituer. Quand on a successivement vanté le sélenium, le cuivre, les substances radioactives (radium, mésothorium, thorium X., etc.) et tout récemment les solutions colloïdales de plomb, on ne s'est guère soucié de l'organisme du cancéreux. Risquant même de provoquer des lésions organiques graves (des néphrites par exemple avec le plomb), on a tenté, par l'emploi de ces substances, de détruire électivement les cellules cancéreuses, estimées plus sensibles à ces poisons que les cellules saines.

Les rayons X, les rayons du radium sont susceptibles de tuer toutes les cellules vivantes. La technique de leur emploi est fondée sur la différence de radiosensibilité entre les cellules cancéreuses et les cellules saines. Il s'agit de tuer les premières en ménageant les autres. Le plomb, le sélénium, sont des poisons cellulaires et c'est à ce titre qu'ils sont employés en thérapeutique anticancéreuse.

Détruire les cellules néoplasiques malignes, voilà quel semble être l'unique but de la thérapeutique anticancéreuse actuelle.

Quand on prive l'organisme de sucre et de tout aliment pouvant en fournir, quand on lui administre des levures avides de substances sucrées, que se propose-t-on ? tuer les cellules cancéreuses en supprimant le sucre dont elles ont besoin, au risque d'affaiblir l'organisme lui-même.

De même le magnésium est préconisé par M. Dubar (1) et par M. P. Delbet (2), qui nient les réactions de défense de l'organisme contre le cancer, comme rendant le terrain défavorable au développement du cancer.

Cette orientation de la thérapeutique anticancéreuse tient à ce que l'organisme est considéré comme incapable de se défendre contre le cancer.

Certains auteurs fondent leur opinion sur ce qu'ils n'ont jamais constaté des actions offensives manifestes, telle que serait, par exemple, la phagocytose de cellules cancéreuses pleines de vitalité. Sans doute l'attaque est souvent la meilleure de toutes les défenses, mais il serait paradoxal de ne vouloir considérer comme défensives que les seules actions offensives et de nier comme telles celles qui sont, au sens strict du mot, défensives. Or, en matière de cancer, l'organisme se tient le plus souvent sur la défensive et ne fait que de rares et timides offensives.

Pour nous, la défense spontanée de l'organisme contre le cancer comprend plus d'actes défensifs que d'actes offensifs, plus d'actes par lesquels il cherche à se protéger que de tentatives de triompher de son ennemi ; elle comprend même les actes par lesquels il tend simplement à s'en accommoder. Là où une tumeur se développe, l'équilibre de l'organisme est rompu ; s'il ne peut être rétabli, tel qu'il était antérieurement, il importe qu'une nouvel équilibre stable soit obtenu — il en est ainsi en cas de tumeur bénigne — sinon le déséquilibre ne peut que s'accentuer jusqu'à ce que la mort s'en suive. Chaque temps d'arrêt dans l'évolution progressive d'un cancer non traité correspond à un rétablissement d'équilibre imputable, avec plus de vraisemblance, à une réaction défensive temporairement efficace de l'organisme qu'à une diminution spontanée de l'action nocive exercée par la tumeur.

D'autres auteurs dénient à l'organisme la possibilité de lutter contre les cellules cancéreuses, parce qu'ils estiment que l'organisme ne peut pas détruire des cellules qui lui appartien-

(1) Les théories les plus récentes ont surtout trait aux facteurs qui déterminent cette anarchie. En définitive, comme le dit G. Roussy : « Le cancer apparaît comme une maladie cellulaire, peut-être même nucléaire, qui résulte d'un trouble intrinsèque de la cellule, trouble dont l'origine remonte vraisemblablement à un principe physicochimique ». (G. ROUSSY : Le cancer *Nouveau traité de médecine*, fascicule V, tome II, p. 94. Masson, édit., Paris, 1929.)

(1) DUBAR. — Reminéralisation phosphomagnésienne et cancer. (*Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer*, t. IX, p. 370, décembre 1920.)

(2) DELBET et PALIOS. — Action du chlorure de magnésium sur le développement des épithéliomas greffés chez la souris. (*Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer*, t. XVII, n° 5, mai 1928.)

nent en propre. C'est là une pétition de principe infirmée par de nombreux faits.

L'organisme est capable, en effet, de résorber des cellules qui lui appartiennent, lorsque ces cellules sont devenues inutiles. Cela se voit chez l'embryon où nombre d'organes disparaissent au cours du développement. Cela se voit chez l'adulte où les organes et les tissus se modifient et s'adaptent sans cesse aux conditions de leur fonctionnement et aux besoins de l'organisme. Le sang d'un hématome n'est-il pas résorbé ? Il en est ainsi, dira-t-on, parce que les éléments du sang extravasé s'altèrent, se nécrosent ; ce sont leurs cadavres qui sont détruits.

Si l'on greffe à un rat une tumeur épithéliale, le greffon renferme d'une part, des cellules épithéliomateuses qui sont des cellules déviées de la normale et par conséquentdevenues, jusqu'à un certain point, étrangères à l'organisme rat, et, d'autre part, des cellules conjonctives qui forment le stroma de la tumeur et sont, elles, de type normal. Or, en cas de greffe positive, le stroma du greffon est résorbé et l'organisme du porteur fournit le stroma de la tumeur qui se développe. Voici donc un rat chez lequel les cellules de type normal disparaissent alors que d'autres cellules déviées du type normal, au point que celui-ci est parfois devenu méconnaissable (épithélioma simulant le sarcome), vivent et se multiplient. Si ce rat ne résorbe pas les cellules cancéreuses greffées sous sa peau, ce n'est pas parce qu'elles sont semblables à ses propres cellules, mais parce qu'elles possèdent quelque chose qui leur permet de s'imposer, de s'installer en parasites. Toutefois, si avant d'être inoculé de cancer, un animal a reçu une injection d'extrait d'embryon, de rate ou de cancer irradié, la greffe ne réussit pas et les cellules cancéreuses insérées sous la peau sont résorbées. L'organisme a donc acquis des moyens de défense contre elles. Peut-être objectera-t-on que ces moyens de défense ne sont valables que contre les greffes cancéreuses et qu'ils n'empêcheront pas l'animal de faire éventuellement du cancer spontané. Cela est vrai ; il est vrai aussi que toutes les souris badigeonnées dans les mêmes conditions expérimentales ne font pas toutes du cancer du goudron; on peut ajouter que chez chacune de celles qui deviennent cancéreuses, le néoplasme diffère par quelques détails (Roussy) (1). C'est dire que, à une même cause cancérigène, chaque organisme réagit différemment, efficacement ou non, et qu'au cancer constitué, chaque organisme oppose encore une résistance quelque peu différente.

Ce qui est vrai du cancer provoqué, est vraisemblable pour le cancer spontané, et il semble rationnel d'admettre que l'organisme se défend contre le cancer et que ce sont les modalités des réactions de défense qui déterminent l'évolution des tumeurs.

Depuis longtemps nous poursuivons parallèlement des recherches sur les réactions de l'organisme contre le cancer et sur l'utilisation thérapeutique de ces réactions.

Les réactions de l'organisme contre le cancer nous apparurent manifestes lorsque, après avoir étudié la régression des tumeurs soumises au rayonnement du radium, nous retrouvâmes ébauchés des indices de semblable régression dans les tumeurs enlevées chirurgicalement, sans avoir été soumises à aucun traitement antérieur. En même temps, nous faisions, aux côtés de notre regretté maître Dominici, des essais de traitement général du cancer avec les substances les plus diverses (substances minérales, cuivre, molybdène, produits chimiques, quinoléine, quinaldine, pyridine, thiotétrapyridine), substances végétales (thuya, chélidoine, colchique, ciguë), produits opothérapiques (surtout extraits de thymus et de rate,) et enfin extraits de tumeurs préparés par M. Bader.

Dès le 1er janvier 1914, nous notions que le radium ne détermine jamais de lésions des éléments cancéreux aussi massives et aussi accentuées que lorsque l'application du radium a été précédée d'un traitement général exaltant la défense spontanée et augmentant la force de résistance de l'organisme » (1).

En 1921, ayant repris les recherches interrompues par la guerre, nous écrivions « au cours des recherches sur le traitement général du cancer, que nous ayons employé des produits organiques d'origine végétale, des médicaments opothérapiques ou que nous ayons fait des essais de vaccination anticancéreuse (ces derniers vraiment encourageants) toutes les fois que nous avons obtenu une régression d'un épithélioma, celle-ci a été accompagnée d'une réaction conjonctive » (2).

En 1926, nous indiquions que « des recherches inédites, poursuivies au laboratoire Saint-Michel, avec la collaboration de M. Bader, montrent qu'une substance pouvant être utilisée comme vaccin, existe bien dans les cellules cancéreuses, mais unie à d'autres substances qui entravent son action » (3).

Les réactions de l'organisme à l'égard du cancer ne sont pas une hypothèse mais une réalité. C'est surtout au début du cancer alors que le mal se réduit à un petit nombre de cellules et que l'organisme à peine lésé possède tous ses moyens d'action, que l'on a des chances d'observer des réactions de défense efficaces.

Chr. Champy (4), dans ses expériences de culture de tissus suivant la méthode de Carrel, constate que, si l'on met en culture un lambeau dermoépidermique comprenant à la fois du tissu conjonctif et des cellules épithéliales, celles-ci prolifèrent de manière à former un revêtement au tissu conjonctif et gardent un type épithélial normal : « il se fait une sorte d'équilibration entre les deux tissus ». Mais si quelques cellules épithéliales se détachent de leur support conjonctif, elles prolifèrent activement, se différencient et acquièrent des caractères qui les rapprochent des cellules cancéreuses. « De ces faits résulte très nettement cette notion que la réactivation du pouvoir proliférateur dans les cultures est due à l'absence des phénomènes de régulation qui jouent dans l'organisme entier. Il est évident, par le fait de la multiplication indéfinie en culture, que les cellules portent en elles-mêmes une faculté de multiplication illimitée : il est non moins certain que, dans l'organisme, ce pouvoir est inhibé par une série de phénomènes régulateurs complexes. Aussitôt que [illegible] cette inhibition, la prolifération reprend automatiquement, si les conditions sont suffisantes. »

C'est ce qui arrive au cours des destructions répétées des cellules épithéliales et du travail incessant de cicatrisa[illegible] que provoquent les irritations chroniques dont le rôle, [illegible] la genèse du cancer, entrevu par Broussais, a été so[illegible] tout particulièrement par Ménétrier et se trouve dém[illegible] par les cas de cancer sur radiodermite professionnelle et par la production expérimentale du cancer du goudron. Les efforts de cicatrisation répétés exagèrent la multiplication cellula[illegible]. Celle-ci se continue même un peu après que la réparation est terminée (Cornil et Ranvier, Giroud, etc.).

La multiplication cellulaire et la dédifférenciation sont connexes. Ilie Vasiliu (5) constate que la vitesse de crois[illegible] des épithéliums au niveau des ulcérations du col de l'utér[illegible] peut atteindre la vitesse même de multiplication des cellules du cancer du col de l'utérus. Il y a là, dès lors, état [illegible]cancéreux. De même Champy et I. Vasiliu (6) voient les destructions de cellules épithéliales, expérimentalement provo-

(1) G. Roussy. — Le rôle du facteur terrain dans la production expérimentale du cancer du goudron. (Bull. de l'Académie de médecine, Paris, 1922, p. 23.)

(1) H. Rubens-Duval. — Processus histologique de l[illegible] [illegible]tanée de l'organisme contre le cancer. (Annales de médec[illegible] [illegible] 1914, p. 77.)

(2) H. Rubens-Duval. — Radiumthérapie de défense de l'organisme contre le cancer épithélial. (Le Journal médical français, tome X, n° 3, mars 1921.)

(3) H. Rubens-Duval. — La réaction de l'organisme contre le cancer [illegible] la thérapeutique anticancéreuse. La lutte contre le cancer (Bulletin [illegible]mestriel de la Ligue franco-anglo-américaine contre le cancer, 4e ann[illegible] n° 13 : Bulletin de juillet, août, septembre 1926.)

(4) Chr. Champy. — Culture des tissus et tumeurs. (Bulletin [illegible] [illegible]tion française pour l'étude du cancer, 1921.)

(5) J. Vasiliu. — Essai de caractérisation cinétique des [illegible] cancéreux. (Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer, juin 1[illegible] t. XI, n° 6.)

[illegible] Recherches sur le cancer expér[illegible] goudron. (Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer, février 1[illegible]

quées par les badigeonnages de goudron, déterminer « des phénomènes de régénération dont la vitesse augmente peu à peu jusqu'à atteindre le taux où les cellules échappent, par leur vitesse même, au processus de régulation normaux ».

Normalement, tout « bourgeonnement épithélial a pour corollaire un bourgeonnement conjonctif en face de lui. »

Dans le papillome où la vitesse de croissance de l'épithélium est du même ordre que celle du cancer histologiquement constitué, la croissance du derme rétablit et maintient une sorte d'équilibre. Si cette croissance du derme est insuffisante, les cellules épithéliales, grâce à leurs propriétés protéolytiques (Champy) s'infiltrent dans la profondeur et le cancer est constitué.

En réalité, le cancer est constitué biologiquement avant de l'être histologiquement.

Bang (1) a montré que si l'on cesse après 4 mois de badigeonner de goudron une souris, elle peut rester encore 2 mois dans un état apparemment normal, puis survient une corne ou un papillome. Ce papillome, histologiquement bénin, greffé sous la peau, donne un cancer (Murray et Woglom) (2).

Chez la souris, la malignité biologique est réalisée plusieurs mois avant le développement des papillomes macroscopiquement visibles (F. Bang).

Au stade de papillome, le développement du tissu conjonctif réalise un équilibre nouveau et maintient la prolifération épithéliale de telle sorte que la tumeur se comporte comme bénigne. Comme le dit Durante (2) : « Ménétrier a défini le cancer : une anarchie cellulaire. L'anarchiste ne devient dangereux que lorsqu'il cherche à agir sur la population... La suite dépend des moyens plus ou moins énergiques dont on disposera contre lui ».

L'épithélium proliférant *in situ* n'est qu'un danger latent. Il ne devient éplithélioma que lorsqu'il arrive à envahir les tissus voisins. »

On peut conclure qu'une tumeur bénigne est une tumeur bien compensée, une tumeur maligne, une tumeur mal compensée.

Une tumeur est d'autant plus maligne qu'elle est moins bien compensée. C'est dire que la malignité d'une tumeur ne dépend pas seulement d'une propriété particulièrement infectieuse de ses éléments, mais de l'insuffisance de régulation et de défense, vis-à-vis de ceux-ci, de l'organisme lésé. On peut même aller plus loin et dire qu'une tumeur ne peut se former et se développer qu'autant que l'organisme la tolère. Il est probable que les réactions de défense les plus actives tumeurs et les plus efficaces passent inaperçues comme les germes de qu'elles étouffent avant qu'ils aient pu se développer.

Quelquefois on peut observer le processsus de la guérison spontanée du cancer à son stade initial. Dans un cas de tumeur de la langue, que nous avons décrit et figuré en 1914 (4), la prolifération épithéliale de surface était bien compensée par une néoformation de papilles conjonctives et avait le type de papillome. Les bourgeons épithéliaux infiltrés en profondeur y subissaient une maturation cornée et une désintégration de leurs éléments du fait d'une réaction inflammatoire développée autour d'eux.

Une réaction de même type a été observée par Roussy, Leroux et Peyre (5) chez une souris autour d'un bourgeon cancéreux infiltré dans l'hypoderme. Roussy a montré que chez la souris, la guérison spontanée peut se faire au début du cancer par une réaction à type de polynucléaires. La tumeur s'élimine et laisse « seulement une ulcération à bords surélevés et dont le fond est tapissé par une lame de pus ».

C'est surtout chez le lapin que l'on observe la guérison spontanée du cancer du goudron provoqué expérimentalement. La guérison survient soit lorsque l'on cesse les badigeonnages, soit même au cours des badigeonnages. Le fait a d'abord été publié par G. Roussy, R. Leroux, et Ed. Peyre (1), puis par Itchikawa et Baum (2) en 1924 et ensuite étudié avec plus de détails par R. Leroux (3) en 1927. Moi-même, ayant voulu faire des essais de thérapeutique expérimentale du cancer, j'ai dû renoncer à me servir des cancers du goudron déterminés chez les lapins, parce que les animaux en expérience guérissaient spontanément.

Ainsi que R. Leroux l'a très exactement décrit, on constate que les tumeurs, parfois volumineuses, présentent une tendance à se pédiculiser. Leur base d'implantation se rétrécit progressivement, un véritable pédicule se forme peu à peu et parfois il s'amincit au point qu'il peut se rompre et la tumeur se détacher spontanément. En même temps on observe que la tumeur prend de plus en plus l'aspect d'un papillome formé de longues végétations assez régulières, disposées en chou-fleur. Le suintement cesse ; la lésion devient sèche, plus ou moins cornée.

L'examen histologique des tumeurs en régression, montre des changements importants dans la disposition des cellules épithéliomateuses. Celles-ci s'infiltrent en profondeur formant des cordons souvent grêles. L'extension en profondeur cesse, les cordons deviennent moins grêles, moins irréguliers ; les cellules s'agencent concentriquement en ébauches de perles épidermiques. Puis, progressivement, de la profondeur vers la surface, certains cordons d'épithélioma disparaissent, soit par atrophie dans une gangue de collagène, soit par désintégration vacuolaire ou lyse de leurs cellules avec une nuée de polynucléaires éosinophiles autour d'elles (R. Leroux), tandis que ceux qui restent deviennent de plus en plus gros, arrondis, bien limites. L'architecture de la tumeur se simplifie, se régularise et l'aspect devient celui d'un folliculo-épithéliome bénin ou d'un papillome.

Non seulement les cellules épithéliales des tumeurs en régression perdent leur activité proliferantive, mais encore faisant retour vers une évolution normale, elles acquièrent ou récupèrent des caractères différentiels et se groupent en formations pilosébacées.

Aux modifications épithéliales correspondent des modifications du tissu conjonctif dont les fibroblastes, puis le collagène augmentent. Le tissu conjonctif devient ainsi plus dense, parfois scléreux tandis que les vaisseaux sanguins diminuent de nombre et de calibre.

En définitive, il peut y avoir guérison complète avec différenciation de follicules pilosébacés ou guérison incomplète aboutissant soit au papillome, si les cellules épithéliales disparaissent en profondeur mais persistent en surface en quantité excessive, soit aux kystes épidermiques simples s'il reste des bourgeons inclus en profondeur ou en cas de formation pilosébacée anormale. Ces kystes peuvent d'ailleurs s'ouvrir spontanément, évacuer leur contenu et disparaître.

Parfois la réaction conjonctive est surabondante et aboutit à la formation d'une chéloïde (Itchikawa et Baum). C'est la confirmation de ce que j'écrivais dès 1921 (4) : « L'organisme tend à rétablir l'équilibre (détruit par le cancer), et cela surtout au moyen de réactions compensatrices du tissu conjonctif. A la surproduction de cellules épidermiques, par exemple, il

(1) F. Bang. — Processus histologique au cours de l'évolution du cancer du goudron chez les souris blanches. (*C. R. Société de biologie*, Paris. 1922, tome 87.)

(2) Murray and Woglom. — Experimental Tar Cancer in Mice. The Imperial Cancer Research Found. VII. Scient. Report. London. 1921.

(3) G. Durante. — Importance du stroma dans le cancer. (*Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, février 1923.)

(4) *Loc. cit.* (*Annales de médecin*, janvier 1914.)

(5) Roussy, Leroux et Peyre. — Le cancer du goudron chez la souris. (*La Presse médicale*, 9 décembre 1922.)

(1) Roussy, Leroux et Peyre. — Le cancer expérimental du goudron chez le lapin. Sur quelques modifications du stroma conjonctif. (*Bulletin de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, t. XII, n° 3, mars 1924.)

(2) Itchikawa et Baum. — Etude expérimentale et comparée du cancer. Réaction locale et histogenèse du cancer chez le lapin. (*Bull. de l'Ass. franç. pour l'étude du cancer*, t. XIII, n° 4, avril 1924.)

(3) Leroux (R.). — Guérison spontanée des tumeurs du goudron chez le lapin. (*Bulletin de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, t. XVI, n° 1, janvier 1927.)

(4) H. Rubens-Duval. — Radiumthérapie et défense de l'organisme contre le cancer épithélial (*Journal médical français*, tome X, n° 3, mars 1921). Il est juste de rappeler que dès 1908, Dominici et Barcat (Note sur le processus histologique de la régression des tumeurs malignes sous l'influence du rayonnement du radium. Soc. de Biologie, séance du 13 juin 1908), avaient signalé que si le rayonnement du radium détermine la régression des tumeurs, ce n'est pas seulement en détruisant les cellules néoplasiques, mais encore en régularisant l'évolution d'une partie des cellules tarées par le processus de tumeur. Cela, de telle sorte, qu'un épithélioma se transforme en papillome et le papillome à son tour entre en régression.

oppose une surproduction de papilles conjonctives. Par la formation d'un papillome — tumeur bien compensée — il tend à régulariser l'activité des cellules épithéliales proliférées et à les ramener à leurs fonctions de cellules de revêtement ; par la formation d'un épithélioma papillaire végétant — tumeur mal compensée — il repose au moins au dehors les cellules épithéliomateuses qui tendent à végéter en profondeur. Lorsque la pénétration dans le tissu se fait néanmoins, il semble que les formes les moins graves sont celles où un abondant stroma conjonctif contient, dans une certaine mesure, les proliférations cancéreuses qui n'essaiment point mais forment des nodules plus ou moins volumineux, des cordons plus ou moins épais. »

Toutefois, les auteurs qui n'admettent pas que le tissu conjonctif lutte contre le tissu épithélial, notamment P. Delbet (1), estiment que dans un épithélioma tout dépend des propriétés des cellules épithéliales cancérisées. Ce n'est pas, pour lui, parce que le stroma est dense, riche en fibroblastes et en collagène, que le cancer est bénin, mais au contraire parce que le cancer est bénin que le tissu conjonctif est sain ; de même, ce n'est pas parce que le stroma est déficient, qu'il permet au cancer de se développer, ce sont au contraire les substances toxiques des cellules cancéreuses qui lèsent le tissu conjonctif.

Certes, nous admettons aussi les actions nocives exercées sur les tissus sains par les cellules néoplasiques malignes, mais nous pensons que, réciproquement, elles peuvent subir l'influence des tissus qu'elles ont envahis. En pourrait-il d'ailleurs être autrement puisque les cellules épithéliales sont tributaires pour leur nutrition du tissu conjonctivo-vasculaire adjacent à l'état normal et à l'état pathologique, qu'il s'agisse d'un processus d'inflammation ou de tumeur ?

Dans un rapport sur « *Les réactions locales et générales de l'organisme à l'égard du cancer*, présenté au Congrès du cancer tenu à Strasbourg en 1923, j'ai fait une assez longue étude analytique de ces réactions. Je ne veux pas y revenir. Mais depuis, le rôle trophique du système réticulo-endothélial a été particulièrement étudié et l'on a pris une connaissance partielle des échanges très actifs qui se font de protoplasme à protoplasme, entre les éléments de ce système et, qui s'opèrent principalement dans les cellules de Langerhans.

Borrel (2) a montré qu'entre les vaisseaux sanguins et les épithéliums existe un réseau cellulaire continu endothélio-conjonctivo-épithélial dans lequel les substances les plus variées sont élaborées et circulent de cellule à cellule, notamment des pigments (réseau trophique ou plan pigmentaire de Borrel).

Masson (3) a précisé que la circulation qui s'effectue entre les cellules épidermiques et les cellules du réseau s'opère tout particulièrement par des cellules spéciales qui sont les cellules de Langerhans. Celles-ci empruntent au réseau dermique les matières qu'elles distribuent aux matières épithéliales et inversement elles transmettent au réseau les substances élaborées par les cellules épidermiques. Ces matières, ce ne sont pas seulement de la mélanine, mais du pigment ferrugineux, des graisses, des éthers, de la cholestérine, etc. [Masson, Pautrier et Lévy (4), Pautrier et Diss (5)]. Les cellules « ambocepțrices » de Masson jouent ainsi un rôle important comme régulateur du métabolisme et des échanges tissulaires.

Dans le cancer, la preuve a été faite que les cellules de Langerhans interviennent activement dans certains cas déterminés. P. Masson a montré que « lorsqu'un épithélioma glandulaire du sein, propage au derme, commence à envahir l'épiderme, presque toujours il se pigmente ». Alors, « les cellules de Langerhans contractent avec les cellules cancéreuses des relations symbiotiques étroites et interviennent, le cas échéant, dans la constitution de leur produit de sécrétion. La fonction amboceptrice manifestée par la distribution de pigment à la fois aux cellules cancéreuses et aux histiocytes du stoma est évidente [P. Masson (1).]

M. Caudière (2) a non seulement observé les faits décrits par P. Masson dans les métastases cutanées d'épithéliomas glandulaires du sein, mais, appliquant les mêmes techniques à l'étude des épithéliomas malpighiens primitifs de la peau, il les y a retrouvés. Il a constaté que les cellules de Langerhans, douées d'une mobilité très nette, émigrent vers les cellules cancéreuses, se moulent sur elles par leurs prolongements et vivent en quelque sorte en symbiose avec elles.

P. Masson et M. Caudière se bornent à constater la symbiose des cellules de Langerhans et des cellules cancéreuses.

Au cours des processus inflammatoires, et tout particulièrement de certaines maladies qui sont caractérisées par une réaction presque exclusive du tissu réticulo-endothélial (tuberculose, fièvre typhoïde, lèpre, rouget du porc, kala-azar, bouton d'Orient, etc.) ; ainsi que le fait remarquer G. Oberling (3), les cellules du système réticulo-endothélial ne se chargent pas seulement de la phagocytose et de la destruction des agents pathogènes, elles collaborent certainement à la production de nombreux ferments, d'anticorps et d'autres substances indispensables à la défense de l'organisme. Elles n'interviennent pas seulement dans la réaction de l'organisme contre l'invasion microbienne, mais dans la genèse même de l'immunité, qui, d'après les recherches de Besredka, n'est pas humorale mais tissulaire. L'immunité n'est pas liée à la présence d'anticorps dans le sang ; elle est la suite d'un état réfractaire local de certains systèmes cellulaires, téguments, muqueuse intestinale, etc. Or là, ce sont les cellules du tissu réticulo-endothélial qui interviennent (Oberling).

Il est vraisemblable que dans le cancer l'activité que manifestent les cellules de Langerhans tend de même à l'acquisition d'une immunité locale.

***

Ainsi que l'on remarqué Itchikawa et Baum dans leurs expériences sur le cancer du goudron chez le lapin, la transformation du papillome en cancer et du cancer en papillome [illegible] comparables. L'étude du processus de cancérisation peut [illegible] nous aider à concevoir quel peut être le processus de la régression spontanée du cancer et, par suite, quelle doit être l'action thérapeutique à exercer pour favoriser cette régression.

Prenons comme exemple la cancérisation de la peau. Entre les cellules épidermiques et le tissu conjonctivo-vasculaire de la peau existent, avons-nous vu, des échanges actifs dont dépend la nutrition, du revêtement cutané. A l'état normal [illegible] relativement aux besoins de l'épiderme que lui sont fournies en qualité et en quantité convenables, les substances nécessaires à son entretien, suivant l'harmonie préétablie qui [illegible] concourir au bon fonctionnement de la peau toutes ses parties constituantes.

Lorsque par suite d'actions physiques ou chimiques, des cellules de l'épiderme sont détruites, une prolifération des cellules épithéliales voisines, généralement surabondante, tend à réparer la perte de substance. Elle est due non seulement à l'activité des cellules épithéliales irritées, mais aussi à la réaction du tissu conjonctivo-vasculaire intéressé qui leur fournit le surcroît de substances nécessaires.

(1) P. Delbet. — *Bulletin de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, t. XVII, n° 4, avril 1928.

(2) Borrel. — Plan pigmentaire et nævocarcinome. (*Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, tome VII, n° 6, juin 1914, p. 357.)

(3) Masson : Les cellules de Langerhans. Leur rôle dans les échanges dermo-épidermiques. (*Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 20 mars 1921.) — Masson : Essais sur les tumeurs næviques. (*Bullet. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, tome X, n° 7, juillet 1921, p. 303.)

(4) Pautrier et Lévy. — Trois cas de xanthome en tumeur, en série familiale, avec hyperlipocholestérinémie considérable. (IIe Congrès de dermat. et de syph. de langue française, Strasbourg, 1923.)

(5) Pautrier et Diss. — Contribution à l'étude de l'histophysiologie cutanée. Echanges dermo-épidermiques et hémosidérine. (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, tome VIII, n° 7, juillet 1927, pp. 393-402.)

(1) P. Masson. — La pigmentation des cancers mammaires [illegible] sant l'épiderme. (*Annales d'anatomie pathologique médico-chirurgicale*, tome II, n° 4, juillet 1925.)

(2) M. Caudière. — Recherches sur l'évolution des cellules pigmentaires dans certains épithéliomas envahissant l'épiderme. (*Annales d'anatomie pathologique et d'anatomie médico-chirurgicale*, tome III, n° 2, février 192[illegible].)

(3) G. Oberling. — Le système réticulo-endothélial. (*Annales d'anatomie pathologique médico-chirurgicale*, tome I, n° 1, janvier 1924.)


SPASMOSÉDINE
EST LE PREMIER SÉDATIF ET ANTISPASMODIQUE SPÉCIALEMENT MIS AU POINT POUR LA THÉRAPEUTIQUE CARDIO-VASCULAIRE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
REMPLACE AVEC AVANTAGE DIGITALE ET DIGITALINE
TONIQUE CARDIAQUE
LABORATOIRES DEGLAUDE
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
6 – RUE D'ASSAS – PARIS


LA DRAGÉE
ADRIAN
AU CHLORURE DE MAGNESIUM PUR
TONIQUE D'UNE PUISSANCE EXTRÊME
RÉGÉNÉRANT LES TISSUS
EMPÊCHANT
L'ÉVOLUTION
DES TUMEURS
DE TOUTES
NATURES
CHLORURE DE MAGNESIUM
ADRIAN
ADRIAN & Cie 9, RUE DE LA PERLE. PARIS (3e)

En effet, ainsi que l'écrit Ladreyt (1) « toute lésion tissulaire provoque la désintégration plus ou moins rapide d'un grand nombre de cellules dont les produits d'autolyse baignent les éléments survivants. Parmi les produits de cette désintégration, certains (histamine, par exemple) déterminent la vaso-dilatation des vaisseaux — d'où transsudation plasmatique et leucopédèse — d'autres (acides gras non saturés, acide lactique, etc.) abaissent localement la tension superficielle du milieu humoral et tissulaire, provoquent une rupture du potentiel électrique entre le tissu lésé et le tissu non lésé dont ils modifient les constantes caryo-cytoplasmiques, ou (acides aminés, albumoses, peptones) exaltent la prolifération des éléments qui limitent la lésion et celle des lignées cellulaires issues de leurs divisions. »

Les travaux de Dustin (2) sur les poisons caryoclasiques montrent que les pycnoses nucléaires provoquées expérimentalement sont suivies de poussées karyokinétiques. Ils font présumer que l'excitant de la prolifération épithéliale n'est autre qu'un des produits de désintégration des noyaux des cellules nécrosées.

Doyon (3) a mis en évidence le pouvoir anticoagulant énergique de ces substances d'origine nucléaire (nucléoprotéides, nucléines, acides nucléiques, nucléosides) sur le sang et il est probable que ce pouvoir s'exerce sur certains plasmas d'où stimulation de l'activité de diverses cellules dans la mesure de leur sensibilité à cet excitant qui est peut-être même, pensons-nous, l'excitant spécifique de la variété cellulaire d'où il provient.

La peau renferme d'autre part des substances coagulantes énergiques (Hynek (4)) qui doivent, habituellement, limiter la réaction.

Ainsi nous pouvons concevoir qu'une perte de substance ou une lésion, intéressant surtout l'épiderme, fréquemment renouvelée, entretienne une hyperplasie réparatrice de cet épiderme qui peut devenir excessive, surtout si le pouvoir régulateur du tissu conjonctif (substances coagulantes peut-être) vient à faire défaut. Dans ce cas, le tissu conjonctivo-vasculaire, amoindri dans sa fonction régulatrice mais demeurant sensible aux excitants d'origine épithéliale, ne fonctionne plus qu'en fournissant sans contrôle, les substances nutritives qui viennent encore par leur abondance augmenter cette prolifération épithéliale.

Les cellules néoformées sont d'autant plus fragiles qu'elles se multiplient plus activement, que leur production est excessive et que leur nutrition devient anormale. Beaucoup se nécrosent et les substances provenant de leur désintégration exagèrent l'activité karyokinétique des cellules restantes. Les besoins nutritifs de ces cellules augmentent, par suite de l'excitation répétée à la prolifération, et leur nutrition se fait dans des conditions de plus en plus anormales, notamment en ce qui concerne l'utilisation des sucres (Warburg, Blanchetière, Waterman). La glycolyse produit de l'acide lactique ; en même temps des traces d'autres acides peuvent être formées et ainsi que le rappelle Waterman « dans les expériences de parthénogenèse, les acides gras se sont montrés de puissants excitants. »

La transformation de cellules normales, cultivées *in vitro*, en cellules cancéreuses a d'ailleurs été obtenue par une simple irritation proliférative sous l'influence de l'arsenic (A. Fischer), du goudron (H. Laser), des rayons X (V. Bisceglie (5)).

(1) F. Ladreyt. — Traumatismes et cancers épithéliaux. (*Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer*, t. XVII, n° 4, p. 213, avril 1928.)

(2) A. Dustin. — Du thymus au cancer. (*Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, tome XIV, n° 8, novembre 1925.)

A. Dustin et Piton. — Etude sur les poisons caryoclasiques. Les actions cellulaires déclenchées par les composés arsenicaux. (*Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 5e série, tome IX, n° 2, 1929, p. 26.)

(3) Doyon. — Substances coagulantes et anticoagulantes des tissus. (*Le sang*, tome 1, n° 1, 1927, pp. 13-34.)

(4) Hynek. — L'équilibre fluidocoagulant. (*Le sang*, tome I, n° 5, 1927.)

(5) V. Bisceglie. — De la genèse des tumeurs. (*Le cancer*, 5e année, n° 4, 1928.)

L'altération du métabolisme aurait pour conséquence l'élaboration au sein même des cellules devenues malignes d'une substance excitant la croissance ou blastine. Centanni a appelé blastines des substances qui seraient, selon lui, spécifiques des éléments blastomateux. La cellule néoplasique a donc le pouvoir de fabriquer elle-même le stimulus qui excite à la multiplication indéfinie, c'est pour cela qu'une fois la transformation de la cellule normale en cellule néoplasique accomplie, cette dernière se charge elle-même, par son métabolisme, de provoquer l'accroissement indéfini. Ces substances néoformantes ou blastines, produites par la cellule néoplasique, agiraient comme des auto-catalyseurs qui sans discontinuer réamorcent les phénomènes morphogénétiques (Bisceglie).

Carrel et Burrows, au cours de leurs recherches sur les cultures des tissus, ont constaté que l'addition au plasma d'un extrait de sarcome de Rous provoquait un regain de vigueur et que seuls les extraits de tumeurs en partie nécrosées provoquaient cette stimulation de croissance. Les substances, causes de cette stimulation, ou tréphones, seraient pour Carrel des protéoses (P. Lemay) (1).

Caspari soutient aussi que l'excitant de la prolifération des cellules néoplasiques est une substance mise en liberté par la nécrose de ces cellules, semblable à un virus, et qu'il appelle nécro-hormone. Les nécro-hormones de Caspari ne sont autres que les blastines de Centanni.

Rondoni, à la suite d'études sur le sarcome du rat, a démontré que la nucléoprotéide extraite de cette tumeur a un pouvoir stimulant sur la croissance de cette même tumeur.

A. et L. Gurwitsch et M. Kisliak-Statkewitsch (2), dans leurs recherches sur le rayonnement mitogénétique du cancer, estiment que ce rayonnement trouve son origine en partie dans le pouvoir glycolytique du cancer et en partie dans un processus autolytique (protéolyse). Les auteurs auraient, en effet, obtenu avec des fragments nécrotiques de tumeurs, un effet mitogénétique extrêmement net.

Toutes ces recherches sont concordantes et montrent que c'est dans les cellules cancéreuses elles-mêmes qu'existent les substances qui stimulent indéfiniment la prolifération cellulaire. Elles sont spécifiques des tissus néoplasiques puisque d'une part les extraits de tissus normaux adultes n'ont pas cette même action activante sur l'accroissement des tumeurs (Drew, Motrram, Carrel, Ebeling) et d'autre part les extraits tumoraux n'ont sur les tissus normaux qu'une action variable et inconstante (Bisceglie).

On peut conclure de ces recherches que la cytolyse provoquée dans un but thérapeutique, à moins d'être étendue à la totalité des cellules cancéreuses, est extrêmement dangereuse, ainsi que je l'ai déjà signalé dans mon rapport au Congrès de Strasbourg en 1923, puisqu'elle met en liberté des substances qui sont l'excitant spécifique de la prolifération cellulaire.

Il en est du moins ainsi de la cytolyse des cellules jeunes en pleine activité proliférative, qui seules contiennent vraisemblablement cette substance dont les propriétés rappellent celles du suc embryonnaire. La cytolyse des cellules vieillies, arrivées au terme de leur évolution ou frappées de dégénérescences diverses, ne semble libérer que des substances inertes ; elle est favorable et prépare la résorption des déchets cellulaires.

La cytolyse des cellules jeunes s'accompagne en outre d'altérations plus ou moins graves du stroma conjonctivo-vasculaire, pouvant aller jusqu'à la nécrose fibrinoïde et qui semblent provoquées par des substances toxiques — peut-être comparables aux venins des serpents (Cristol) (3) et comprenant comme ceux-ci un poison à action locale nécrosant et un poison à action générale.

Aussi une cytolyse incomplète a pour résultats une poussée néoplasique et une aggravation du mal, c'est pourquoi l'orga-

(1) P. Lemay. — Oxydoréduction et cancer. (*Les néoplasmes*, tome VII, n° 2, mars-avril 1928.)

(2) A. et L. Gurwitsch et M. Kisliak-Statkewitsch. — Sur le rayonnement mitogénétique du cancer. (*Comptes rendus* de la Société de Biologie, p. 1080, n° 13, t. C., 1929.)

(3) P. Cristol. — Zinc et cancer. (*Comptes rendus* de l'Académie des sciences, tome CLXXIV, 1922.)

nisme n'exerce guère spontanément d'actions offensives contre le cancer, et c'est peut-être parce qu'elles se produisent parfois chez des sujets jeunes, trop prompts à réagir, que le cancer prend alors une allure aiguë.

Ces remarques ne s'appliquent pas exactement à la fonte cellulaire provoquée par les rayons X ou le rayonnement du radium. Lorsqu'elle a été malheureusement incomplète il ne s'en suit pas habituellement une poussée néoplasique, soit parce que les cellules qui n'ont pas été tuées ont été au moins temporairement altérées, soit aussi parce que les substances excito-prolifératrices et toxiques ont été elles-mêmes partiellement détruites par le rayonnement, au fur et à mesure de leur production, soit parce que les substances n'agissent qu'à un taux convenable de dilution, ou pour toutes ces causes réunies. L'excitation de la prolifération cellulaire au cours de l'irradiation existe d'ailleurs, ainsi que l'ont montré Lacassagne et Monod (1), mais elle est alors plutôt favorable, les cellules en mitoses sont particulièrement radiosensibles, et beaucoup de mitoses ainsi provoquées, sont abortives. Les rayons X et le rayonnement du radium ne font pas que provoquer la fonte des cellules irradiées. Ils les ramènent aussi vers une évolution plus ou moins voisine de la normale, telle que leurs caractères différentiels sont récupérés ou s'accentuent. L'activité fonctionnelle se substitue à l'activité proliférative ; les protoplasmas se chargent de leurs produits d'élaboration, vieillissent et meurent. Ainsi les cellules des épithéliomas épidermoïdes, par exemple, se transforment en grand nombre en squames cornées, éléments morts dont l'organisme se débarrasse comme de corps étrangers inertes.

Ce retour vers une évolution normale est précisément à l'opposé du processus de cancérisation. L'activité fonctionnelle est en raison inverse de l'activité proliférative. Provoquer le fonctionnement des cellules, c'est-à-dire l'élaboration protoplasmique des produits différentiels qu'elles sont aptes à fabriquer, c'est faire rétrocéder l'anarchie cellulaire, faire cesser le processus cancéreux. C'est à proprement parler guérir la maladie cellulaire.

C'est en cela que doit essentiellement consister le traitement général des cancers.

La cytolyse des cellules néoplasiques malignes ne met pas en liberté que des cellules excitantes de la prolifération cellulaire. D'autres substances aussi se répandent dans les tissus. Certaines sont inertes, d'autres susceptibles de se comporter comme substances immunisantes ou encore comme substances régulatrices de l'évolution cellulaire. Il s'agit vraisemblablement plutôt d'une régulation de l'activité cellulaire que d'une immunisation proprement dite, puisque les cellules sont ramenées souvent vers une différenciation et un fonctionnement se rapprochant de la normale. Les substances actives se comportent plutôt, comme des hormones que comme des vaccins. Il est possible que l'action soit double, une action immunisante contre les poisons cancéreux analogues aux venins des serpents, une action régulatrice sur les cellules elles-mêmes.

Quoi qu'il en soit, on conçoit que la cytolyse, surtout nuisible du fait de la stimulation de la prolifération cellulaire, puisse, avoir, en outre, un effet favorable immunisant ou régulateur, d'abord minime, puis plus important. De telle sorte que dangereuse surtout aux stades initiaux du cancer, alors qu'il n'y a pas encore d'immunité, la cytolyse devienne ultérieurement utile en la produisant puis en la renforçant peu à peu.

L'immunisation contre le cancer est une notion qui n'est guère admise à l'heure actuelle. Son acquisition lente et progressive permet seule cependant de comprendre que des interventions faites pour des néoplasmes tout au début, dans les meilleures conditions apparemment, ont été suivies de véritables désastres, récidive immédiate ou généralisation rapide alors que des guérisons inespérées ont été obtenues après ablation chirurgicale vraisemblablement incomplète de vieilles tumeurs ayant acquis un volume considérable ou ulcérées depuis longtemps. Les quelques observations de guérison spontanée qui ont été publiées, concernent des tumeurs anciennes, parfois même parvenues au stade de généralisation.

C'est sans doute en déterminant des cytolyses minimes et répétées et en provoquant indirectement ainsi un certain degré d'auto-immunisation de l'organisme qu'agissent la plupart des traitements généraux préconisés contre le cancer. Sauf certains modificateurs du terrain cancéreux cancéreux (calcium soufre, magnésium, silice) sauf certains modificateurs de l'évolution cellulaire (opothérapie thymique, splénique, thyroïdienne, etc.), c'est à cela qu'ils doivent leur efficacité souvent réelle. Mais en général elle est médiocre et inconstante, éphémère parfois, parce que ce ne sont pas des traitements spécifiques du cancer.

Certains traitements institués dans le but de tuer électivement les cellules cancéreuses, que ce soit par le rayonnement de substances radioactives introduites dans l'organisme (sels solubles de radium, de mésothorium, thorium, etc.), que ce soit par l'emploi de poisons cellulaires (selenium, cuivre, plomb bleu d'isamine, etc.), n'étant point spécifiques ne sont efficaces que dans la mesure où les cellules cancéreuses sont plus sensibles que les autres cellules de l'organisme. Introduites dans l'organisme, les substances radio-actives ou toxiques ne se localisent pas uniquement ni même principalement dans les tumeurs (A. Lacassagne) et peuvent produire ailleurs des désordres souvent graves (notamment les sels de plomb).

Elles détruisent les cellules jeunes et surtout les cellules en activité proliférative, plus fragiles d'une manière générale que les cellules évoluées et c'est pourquoi elles lèsent assez électivement les cellules cancéreuses. Mais la cytolyse de ces cellules cancéreuses jeunes est vraisemblablement celle qui comporte le plus de risques de stimulation de la prolifération cellulaire et le moins de chances d'immunisation. Enfin l'organisme arrive plus ou moins à se protéger contre ces substances soit entre les neutralisant, soit en les éliminant au plus vite de telle sorte qu'elles agissent moins. Aussi faut-il comme le conseillent certains auteurs, notamment Dupuy de Frenelle (1), les employer successivement afin d'éviter autant que possible l'accoutumance.

D'autres traitements procèdent par chocs colloïdoclasiques, voulus ou non. Ce sont tous les traitements à base de protéines étrangères, sérums, toxines microbiennes, protéines diverses (lait, liquide d'ascite) et peut-être aussi certaines préparations opothérapiques. L'organisme réagit à ces protéines et le contre-coup s'en fait sentir jusque dans les tumeurs, stimulant les réactions qui pouvaient déjà y être ébauchées et provoquant par leur intermédiaire la cytolyse de certaines cellules, l'évolution ou le vieillissement d'autres. La cytolyse n'intéresse pas seulement les cellules jeunes mais les cellules les plus fragiles, notamment les cellules les plus vieillies. La désintégration de ces dernières, à moins qu'elles ne soient complètement transformées en substances inertes est particulièrement favorable pour l'acquisition de l'immunité. A doses convenables, cette protéinothérapie active et renforce donc les réactions spontanées de l'organisme, aussi donne-t-elle souvent des résultats encourageants. Mais l'organisme se sensibilise et s'immunise contre ces protéines étrangères ; leur administration répétée ne produit plus les mêmes effets.

Puisque les différents produits radioactifs, poisons cellulaires, protéines étrangères, etc., n'exercent d'action [illegible] sur le processus cancéreux que par l'intermédiaire des substances immunisantes ou régulatrices des cellules cancéreuses dont elles provoquent la libération, il semble tout indiqué de chercher à les utiliser directement dans la thérapeutique anticancéreuse.

C'est ce qu'ont tenté depuis longtemps de nombreux chercheurs. Ceux qui, comme P. Delbet, ont employé de grandes quantités de tissu néoplasique, broyé ou diversement préparé, n'ont en général obtenu aucun résultat appréciable. Il semble paradoxal que la cytolyse de quelques amas microscopiques de cellules puisse conférer à l'organisme un certain

(1) A. Lacassagne et O. Monod. — Les caryocinèses atypiques provoquées dans les cellules cancéreuses par les rayons X et X et leur rôle dans la régression des tumeurs malignes irradiées. (*Archives françaises de pathologie générale et expérimentale et d'anatomie pathologique*, fascicule 1, 1922.)

(1) Dupuy de Frenelle. — Traitement général des cancéreux opérés (*Bulletins et mémoires de la Société de médecine de Paris*, séance du 25 octobre 1930.)


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME – PARIS


ANGIOXYL
DU Dr ROUSSEL
MÉDICATION SPÉCIFIQUE
PAR ACTION TROPHIQUE SUR LES VAISSEAUX
dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ARTÉRITES DE TOUTE NATURE
LES TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE
AMPOULES: 1 à 3 par jour en injection intra-musculaire.
SIROP: 3 cuillérées à café par jour
AUCUNE CONTRE-INDICATION
Angioxyl
Angioxyl
Sirop
ÉCHANTILLONS : J.B. FIALIP PHAcien
97, RUE DE VAUGIRARD - PARIS (6e)
r.c. 18.000
Roger Dacosta. Edit.

gré d'immunité, alors que la fonte et la résorption de toute la masse d'une tumeur, provoquée par le radium ou les rayons X, par exemple, n'en produisent pas.

Mais en immunologie, les questions de dose sont extrêmement importantes. On sait que, par exemple, un sérum précipitant dilué à 1‰ et même davantage donnera une forte réaction de précipitation alors que dilué à 1 % il ne montera aucune précipitation appréciable. De même un sérum montrera une action bactéricide pour des dilutions étendues, et sera inactif employé pur.

Ce qui est vrai *in vitro*, l'est aussi *in vivo*. Martiny et Pretet (1) dans leurs expériences sur les cobayes, au moyen de la toxine diphtérique ont montré que les résultats varient suivant que le taux de la dilution est compris entre 10^{-6} et 10^{-12} ou entre 10^{-18} et 10^{-24} à la limite de la présence moléculaire.

Il ne suffit pas toutefois de diluer les extraits de tumeurs pour en obtenir de bons résultats. Les homéopathes l'ont fait depuis longtemps. Ils ont exercé du fait de leurs dilutions, des actions sur les néoplasmes, mais variables et tellement inconstantes et parfois dangereuses, que certains d'entre eux ont renoncé à se servir de tels extraits.

Les simples lysats de tumeurs sont en effet des mélanges extrêmement complexes. Ils contiennent des substances, les unes indifférentes, d'autres toxiques, d'autres qui sont des excitants de la prolifération cellulaire, d'autres susceptibles de l'entraver. Certaines seulement sont immunisantes et régulatrices de l'évolution cellulaire.

En mélange ou même combinées, ces substances se neutralisent plus ou moins les unes les autres et l'activité du produit est réduite de ce fait jusqu'à être à peu près nulle. Les dilutions homéopathiques en dissociant ces substances, libèrent leurs activités propres. Mais celles-ci s'exercent de manière imprévisible, les lysats variant considérablement de composition d'une tumeur à l'autre. Il n'y a pas de thérapeutique possible dans ces conditions.

Il faut avant tout disposer d'un produit dosable, d'activité constante, donc d'un produit pur ou au moins aussi pur que possible, contenant les substances immunisantes seules actives.

C'est à isoler ces substances qu'ont tendu et abouti les recherches que j'ai poursuivies depuis 10 ans, d'abord en collaboration avec M. Bader, puis seul depuis janvier 1927.

On sait que seules les protéines et surtout les globulines sont aptes à produire les phénomènes spécifiques de l'immunité. Ce sont aussi des globulines spécifiques des cancers qui interviennent dans l'immunisation anticancéreuse. Elles sont spécifiques de chaque variété de cancer. Telle globuline extraite d'un cancer de type histologique déterminé, n'est active qu'à l'égard des tumeurs de même type. Son action est faible ou nulle vis-à-vis de néoplasmes différents.

Que ces globulines fassent partie des produits de la cytolyse ou qu'elles proviennent d'une réaction spécifique de l'organisme, étant alors des anticorps, elles existent d'une manière à peu près constante dans toutes les tumeurs. Elles s'y trouvent en quantité si minime parfois, qu'on n'en obtient que des traces. Cent grammes de tumeur en fournissent habituellement quelques milligrammes, rarement quelques centigrammes. Et encore est-il vraisemblable que la partie active des globulines ainsi isolées n'est le fait que de radicaux ou de groupes atomiques relativement petits de la volumineuse molécule de globuline.

Aussi convient-il d'employer en thérapeutique les dilutions poussées au point où les molécules de globulines se dissocient parce qu'alors le groupement immunisant ou l'anticorps se détache de son support protéique et manifeste toute son activité.

Cette activité est relativement faible et il convient qu'il en soit ainsi, car il s'agit non de détruire les cellules cancéreuses mais de modifier doucement leur métabolisme, de telle sorte qu'elles tendent à se différencier et vieillissent en élaborant des produits protoplasmiques inertes. Une action brutale pourrait provoquer une cytolyse brusque des cellules cancéreuses jeunes, mettant en liberté les substances toxiques et excitantes de la prolifération cellulaire dont j'ai signalé le danger.

L'action thérapeutique doit être continué car le processus néoplasique lui-même est continu et l'expérience montre que l'administration quotidienne de protéine spécifique donne les meilleures résultats.

Tout d'abord, j'ai employé la voie hypodermique, la croyant plus sûre. Depuis plusieurs années, j'utilise la voie buccale. L'efficacité est égale sinon supérieure et l'action est plus douce.

Voici quels sont les principes de la protéinothérapie spécifique des cancers. Que peut-on en attendre ? Un renforcement et une efficacité réelle des réactions spontanées de l'organisme, habituellement si imparfaites et seulement ébauchées, c'est-à-dire la disparition ou l'immobilisation indéfinie dans des stades de repos des petits semis microscopiques persistant après les ablations chirurgicales ou les irradiations par radium ou les rayons X, augmentant les chances de non récidive après ces interventions. En ce qui concerne les masses tumorales plus importantes, un ralentissement ou un arrêt de leur évolution, une compensation du processus néoplasique telle qu'un nouvel équilibre s'établisse et que la tumeur devienne relativement bénigne, ou même une véritable régression, à tout le moins une immunisation des parties saines de l'organisme contre la greffe des colonies cancéreuses essaimées dans la circulation, soit une immunisation contre les métastases.

En raison de ces espérances, fondées sur de nombreuses observations cliniques, il y a lieu de concevoir le traitement du cancer comme comprenant deux parties nullement exclusives l'une de l'autre et qu'il convient au contraire d'associer : un traitement local destructeur rapide et non spécifique chirurgical ou radiothérapique, un traitement général régulateur peut-être de très longue durée et très exactement spécifique.

Ce traitement général doit préparer, accompagner et compléter le traitement local.

(1) H. MARTINY et H. PRETET. — Sur un aspect des éléments spécifiques de l'immunité. (*Comptes rendus* des séances de la Société de Biologie, séance du 3 mai 1930, tome CIV, page 5.)

Le traitement des cancers cutanés (1)

Par le Dr E. SCHULMANN

Le cancer de la peau est pour le médecin une consolation et un enseignement.

Une *consolation* : presque toujours perceptible dès son apparition, naissant et évoluant sous les yeux du malade, pour peu que celui-ci s'observe il attire infailliblement son attention. C'est alors un mal purement local qui peut être enlevé ou détruit par des moyens appropriés, sans qu'il ait une raison quelconque de se développer ailleurs.

Ainsi donc, sauf une négligence impardonnable du malade, négligence due surtout à une ignorance qu'on ne saurait trop combattre, le cancer externe plus heureux que les déterminations viscérales, est curable à coup sûr, par des procédés simples qui habituellement n'entravent même pas la vie sociale.

C'est donc un grand réconfort de pouvoir dire aux patients que ce mal si redouté est guérissable, complètement guérissable, sans espoir de retour, sans motif de propagation ou de métastase.

Un *enseignement* s'impose aussi au médecin. Il faut mettre en garde le client, le prévenir de l'importance extrême de toujours signaler les moindres modifications apparentes du revêtement externe. La prophylaxie sociale, si à la mode de nos jours, l'aidera utilement par les tracts, les articles de la grande presse, les ligues, les conférences.

Ce n'est pas en effet au hasard que se développe la tumeur sur le revêtement épithélial, il y a presque toujours,

(1) Leçon faite à la Faculté de médecine le 13 janvier 1931

toujours dit mon maître J. Darier, une altération préalable des tissus.

Nous donnerons tout d'abord une vue d'ensemble des cas très divers de cancers cutanés que peut rencontrer le praticien en indiquant à propos de chacun d'eux les indications thérapeutiques propres. Nous donnerons ensuite le principe des diverses méthodes de traitement — sans entrer dans les détails techniques qui nous entraîneraient trop loin — en précisant surtout les avantages et les inconvénients de chacune d'elles.

Avant de parler du cancer réalisé et suivant le vieil adage « mieux vaut prévenir que guérir » nous envisageons tout d'abord les états précancéreux, qui si souvent font le lit de la tumeur.

Les états pré-cancéreux

Parmi les lésions congénitales il faut citer :

1° Les nævi.

Bien connus sous le nom d'envies, de grains de beauté, leur évolution se faisant avec une extrême lenteur ils peuvent apparaître à tout âge, mais sont néamoins d'origine embryonnaire. Il est rare qu'un individu en soit exempt, certains sont particulièrement favorisés. Il existe même une véritable maladie nævique avec association d'autres malformations.

Les nævi peuvent être pigmentaires ou tubéreux, c'est-à-dire non vasculaires.

Les *nævi pigmentaires* comprennent les taches hépatiques le lentigo et les lentigines, le lentigo malin, la mélanose circonscrite pré cancéreuse de Dubreuilh qui donne presque toujours naissance à un nævo-carcinome. Exceptionnels sont les nævi bleus de Max Tièche, taches ardoisées lenticulaires qui seraient le reliquat de taches mongoliques et qui préludent un mélano-sarcome mésenchymateux (mélanose progressive de Darier).

Les *nævi tubéreux* ne sont pas de simples taches mais de vrais néoplasmes en miniature, on y range les verrues molles ou nævi cellulaires, élevures du volume d'un grain de chènevis, d'un pois ou d'une amande qui, soumis à des irritations répétées ou à des cautérisations intempestives, facilement dégénèrent.

On rencontre encore des nævi molluscum, plus volumineux, souvent séniles, molluscum pendulum, plus rarement les nævi verruqueux durs ou hyperkératosiques et les nævi pileux, touffes de poil sans localisation ni volume précis.

TRANSFORMATION DES NÆVI. — Il faut surtout prêter grande attention au lentigo malin et aux nævi bleus. L'organisation cancéreuse est cliniquemeut difficile à préciser au début. Les signes de présomption sont : un accroissement rapide spontané ou sous l'influence d'une irritation thérapeutique de la tache pigmentaire ou de la verrue molle, l'induration de la base, l'apparition d'un halo congestif.

Nous n'insisterons pas ici sur la gravité du nævo-carcinome, vite diffusé et entraînant une cachexie rapide. La biopsie est dangereuse, elle risque de propager les cellules næviques.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES. — Avant tout il faut ne pas soumettre les lentigines à des irritations répétées ou à des cautérisations malencontreuses, qui font le lit du nævo-carcinome.

Si les lésions sont très superficielles on peut s'adresser à la *cryothérapie*, mais il vaut mieux dans le doute agir comme si elles étaient profondes. Deux modes opératoires : l'*électro-coagulation* et mieux selon Darier l'*électrolyse*. La radiothérapie et la curiethérapie sont peu actives et plutôt dangereuses, l'excision chirurgicale doit être formellement proscrite.

2° Le xéroderma pigmentosum.

Cette maladie nævique d'ordinaire familiale, décrite par Kaposi, débute souvent dès la première enfance aux suites d'un érythème solaire : la peau sèche, s'écaille, se couvre de taches pigmentaires lenticulaires alternant avec des zones érythémateuses et atrophiques.

Sur ces lésions premières, assez voisines de la kératose sénile, on note des tumeurs de tout ordre : papillomes, épithéliomes, spino-cellulaires, baso-cellulaires, métatypiques, et même des néoplasies conjonctives, angiomes, sarcomes.

Il semble que le xéroderma pigmentosum subisse les effets de deux facteurs : l'un héréditaire dû à l'atypie cellulaire des nævi, l'autre acquis : l'action des rayons ultra violets du spectre.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES. — Il est recommandé avant tout aux sujets prédisposés *d'éviter le soleil* et de s'en protéger avec le secours du tannin et des sels de quinine. Une fois les lésions organisées, *la plupart des méthodes* sont conseillées selon le dégré des accidents : curette avec galvano-cautère, neige carbonique, électrolyse, radiothérapie et radiumthérapie, excision chirurgicale même dans les cas avancés.

3° Maladie de Paget.

Affection d'allure chronique qui apparaît après la quarantaine presque toujours chez la femme au mamelon où on note d'abord quelques croûtelles sur un fond rouge avec des végétations verruqueuses et un suintement séreux puis une ulcération bordée par une fine collerette de squames, enfin le mamelon se rétracte et on sent parfaitement un nodule d induration fibreuse qui va envahir le sein. Exceptionnellement la lésion peut siéger dans la région ano-rectale ou fémorale.

Toute ulcération rebelle et chronique du sein en dehors de la gale et de la puerpéralité doit faire songer à la maladie de Paget.

Darier considère cette maladie, qui à la biopsie montrerait un épithéliome pagetoïde superficiel, comme une dyskératose analogue à la maladie de Bowen. Masson et Pautrier reprenant l'opinon de Jacobeus pensent que les cellules immigrées dans l'épiderme ont leur origine dans un cancer préalable des galactophores du sein.

INDICATION THÉRAPEUTIQUE. — Dans le doute et pour peu que la lésion soit étendue l'*ablation du sein* avec [illegible] de l'aisselle sera conseillée.

4° Maladie de Bowen.

Elle consiste en taches lenticulaires en disques avec conglomérations en nombre variable formant des parcelles saillantes, un peu squameuses, roses ternes, légèrement infiltrées et non prurigineuses.

Cette dyskératose bien étudiée par Richon (thèse Paris 1924) survient à tout âge et en tout lieu sauf sur les muqueuses. Elle aboutit presque fatalement au cancer mais parfois après un temps fort long, à ce moment on note des nappes végétantes, des adénopathies et même des métastases.

Le diagnostic est parfois très difficile sans biopsie avec le psoriasis, l'eczéma psoriasiforme, la syphilis tertiaire le lupus érythémateux.

INDICATION THÉRAPEUTIQUE, — L'ablation chirurgicale s'impose.

Les lésions pré-cancéreuses peuvent être acquises.

1° Kératoses séniles et préséniles.

C'est la crasse des vieillards, taches jaunes brunâtres sèches ou recouvertes d'un enduit kératosique, parfois formant des élevures variqueuses qui pénètrent dans le derme par des prolongements coniques et pour ce motif saignent facilement. La cautérisation est tardive, parfois il est impossible de l'affirmer sans biopsie.



SÉDOSINE
SÉDATIF
DU SYSTÊME
NEURO-VÉGÉTATIF
ASSOCIATION SYNERGIQUE
HYPERACTIVE
Passiflore
Cratoegus
Jusquiame
LABORATOIRES
LICARDY
38, Bd BOURDON
NEUILLY-PARIS



La PASSIFLORINE
uniquement composée d'Extraits Végétaux
ATOXIQUES
Passiflora
incarnata
Salix alba
Cratœgus
oxyacantha
est le TRAITEMENT
PHYTOTHÉRAPIQUE
des ÉTATS NÉVROPATHIQUES
ANXIÉTÉ
ANGOISSE
INSOMNIE
NERVEUSE
TROUBLES
FONCTIONNELS
DU CŒUR
TROUBLES
DE LA VIE
GÉNITALE
Laboratoires G. RÉAUBOURG
1, Rue Raynouard - PARIS (XVIe)

Fait curieux le même état peut être provoqué par les rayons solaires au bord de la mer chez les sujets jeunes : c'est le cancer de la peau des gens de mer de Unna.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES. — Au début le *galvano-cautère*, la *neige carbonique*, le *raclage à la curette suffisent*, si la transformation est affirmée on usera de la *radiothérapie* et de la *curiethérapie*.

2° L'arsenicisme cutané.

Il donne lieu à des lésions kératodermiques surtout visibles à la paume des mains et à la plante des pieds qui peuvent évoluer vers le cancer arsenical décrit jadis par Hutchinson. Ici l'arsenic est plus nocif que ses combinaisons, la liqueur de Fowler que les arsénobenzènes.

3° Maladie du brai.

C'est le cancer des ramoneurs de Percival Pott, observé aussi chez les raffineurs, les goudronneurs. Il est bien dû au goudron et non à l'arsenic comme le croyait Bayet, puisque Fibiger et Kennaway l'ont obtenu avec du goudron synthétique.

Cancer grave, habituellement spino-cellulaire, qui rapidement gagne les ganglions.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES. — *La chirurgie* est habituellement insuffisante, on lui substituera l'*électro-coagulation* et la *curiethérapie*.

4° Radiodermites.

L'exposition prolongée de la peau aux radiations des rayons de Rœntgen ou aux émanations radifères provoque sur les régions nues des rougeurs qui se crevassent, il naît des zones atrophiques, des verrucosités et finalement la biopsie peut mettre en évidence des zones épithéliomateuses du type spino-cellulaire. Regaud et Lacassagne insistent vivement dans leur enseignement sur l'importance des radiothérapies inutiles ou intempestives qui provoquent de nombreuses années plus tard des radiodermites qui font, à leur tour, à bref délai, le lit du cancer.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES. — Avant tout il faut faire une *thérapeutique prophylactique*, puis dès qu'apparaissent des éléments suspects : *excision des verrucosités au bistouri*, *cryothérapie*, si on redoute une action plus profonde : *électro-coagulation*.

On a même proposé si le cancer n'est pas pénétrant une thérapeutique bien paradoxale par le *radium* ou les *rayons X*.

5° Leucoplasie.

C'est un des états précancéreux les mieux connus du praticien, elle montre surtout l'étiologie de la syphilis dans le cancer, sans qu'on puisse complètement éliminer les irritations locales (tabac, dentier). L'étude de la transformation maligne a été remarquablement étudiée par Darier. Dès que la leucoplasie se crevasse ou devient verruqueuse le danger est grand et il ne faut pas perdre un temps précieux en s'attardant à un hypothétique traitement antisyphilitique.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES. — *Extirpation chirurgicale* avec souvent *curage ganglionnaire* car presque toujours le cancer est un épithéliome spino-cellulaire ou épidermoïde à globes cornés. Le *radium* et la *radiothérapie* sont également actifs. On usera souvent avec fruit de cette association.

6° Érythroplasie.

Décrite par Queyrat, mais connue déjà sous le nom d'épithéliome papillaire nu (Fournier et Darier). Ce sont de petites plaques velvétiques, siégeant sur les muqueuses buccales, linguales, jugales, rarement préputiales ou vulvaires, lentement extensives et pouvant devenir des épithéliomas spino cellulaires.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES. — *Excision, cautérisation neige carbonique.*

7° Affections cicatricielles point d'appel.

Toutes les irritations locales peuvent faire le lit du cancer : cicatrices de brûlure (Kingri cancer du cachemire par chaufferettes), greffe sur fistules anciennes, cicatrices ulcéreuses, lupus tuberculeux.

Les états cancéreux

Nous en donnerons une description rapide, afin de préciser à propos de chaque type les indications thérapeutiques.

1° Epithélioma spino-cellulaire
(*pavimenteux lobulé à globes épidermiques.*)

C'est le redoutable cancroïde, le plus commun des cancers muqueux. Il apparaît sous l'aspect d'une petite noisette enchassée dans la peau, souvent saillante comme un macaron dont les bords sont renflés en bourrelets plus ou moins kératosiques. Assez vite la surface s'errode, une ulcération saignante s'organise d'où s'échappent les vermiottes classiques. L'envahissement ganglionnaire est rapide et la mort survient habituellement en deux ou trois ans par cachexie ou hémorragies, si l'on n'intervient pas.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES. — *Radiothérapie* ou *curiethérapie* avec association *chirurgicale* si besoin est. Dans une statistique récente Regaud et ses collaborateurs ont apporté des chiffres encourageants même après envahissement ganglionnaire : 61, 4 % de guérisons pour le cancer épidermoïde des lèvres, 28 %, pour le cancer de la langue et du plancher buccal.

Il faut nous le dirons plus loin une technique impeccable pour donner les doses précises dans un temps déterminé : toute irradiation doit être stérilisante sous peine de diminuer la sensibilité des cellules néoplasiques (*radio-vaccination*) et du même coup la vitalité des tissus sains, ce qui rend incurable le néoplasme.

La *curiethérapie par appareils moulés* est dans bien des cas la méthode de choix préférable à la *radiumpuncture* et à la *rœntgenthérapie*.

Il ne faut surtout ici pas temporiser ou tenter des essais thérapeutiques, il y a lieu d'aller vite et de *ne pas manquer la tumeur*.

Quelques VARIÉTÉS CLINIQUES de l'épithélium spino-cellulaire sont de pronostic moins sévère.

L'ÉPITHÉLIUM PAPILLAIRE CORNÉ sera justiciable du *galvano-cautère*, de la *cryothérapie* et encore mieux de l'*électro-coagulation*. Même attitude vis-à-vis des CORNES CUTANÉES qu'il ne faut pas couper superficiellement car elles peuvent donner un *épithélioma spiro-cellulaire plongeant*. Donc proscrire l'usage vétuste d'arracher l'*acrochordon*, production pédiculée en bâton de cloche, fréquente chez les gens âgés avec un fil.

L'ÉPITHÉLIUM CALCIFIÉ DE MALHERBE, petite noisette qui en haut de la face ou sur la nuque soulève la peau, plus sous-cutanée qu'intra-dermique, formée de cellules malpighiennes nécrosées finement granuleuses, cloisonnées d'un stroma conjonctif, parfois riches en cellules géantes, est toujours bénigne son *énucléation à la curette* est suffisante.

2° Epithélioma baso-cellulaire (*pavimenteux tubulé*)

C'est le cancer des gens âgés, de pronostic bien moins grave. Il siège surtout sur le haut du visage, les lèvres, les organes génitaux. Il peut affecter de nombreux types cliniques caractérisés par leur malignité purement locale et la lenteur de leur évolution. On peut voir d'énormes mutilations qui entraînent la mort par infection ou hémorragie sans prise des ganglions.

Le *début* est variable, le point de départ est tantôt un élément de KÉRATOSE SÉNILE qui se recouvre d'un enduit croûteux, s'indure, devient sensible et s'entoure d'un halo rouge, tantôt une PERLE ÉPITHÉLIOMATEUSE, tantôt une ÉLEVURE ROSÉE HÉMISPHÉRIQUE demi-molle, tantôt encore une ÉROSION ARRONDIE EN COUP D'ONGLE soutenue par une induration papyracée.

Voici les principaux aspects cliniques :

L'ÉPITHÉLIOMA PLAN CICATRICIEL dit ulcéro-cicatriciel, par Darier, parce que lésion étalée, déprimée au centre où s'organise une atrophie scléreuse, gagne le voisinage par des ulcérations peu profondes qui apparaissent sur les bords et créent de larges délabrements.

L'ÉPITHÉLIOMA BASO-CELLULAIRE SUPERFICIEL est le type pagetoïde de Darier, souvent confondu avec la dyskératose de Bowen, on observe sur une surface atrophique rosée des croûtelles et des squamules, les bords sont marqués d'un fin ourlet ou d'un chapelet de menues perles.

L'ÉPITHÉLIOMA BASO-CELLULAIRE BOURGEONNANT se présente sous forme d'élevure en macaron, violacée, érosive ou mamelonnée, qui peut s'exulcérer et saigner ou rester croûteuse.

L'ÉPITHÉLIOMA BASO-CELLULAIRE TÉRÉBRANT, quelquefois primitif, est plus communément l'aboutissant des types précédents : l'ulcération gagne en profondeur, crée des cavités suintantes, les bords sont taillés à pic ou en bourrelets. Il peut y avoir d'énormes mutilations, destruction des fosses nasales ou d'une cavité orbitaire, d'une forme parfois très douloureuse.

LE CYLINDROME de Billroth et Malassez qui siège surtout à la face et au cuir chevelu offre surtout un intérêt histologique : il est réalisé par une dégénérescence muqueuse et hyaliné cliniquement on voit de petites tumeurs hémisphériques, semi-translucides, qui peuvent atteindre le volume d'un pois et ne s'ulcèrent que tardivement.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES. — Les anciens dermatologistes obtenaient dans cette forme d'excellents résultats avec les *caustiques*, pour peu que leur intervention fut assez précoce. Darier vante encore volontiers les effets du procédé Cerny-Trunececk, à l'acide arsénieux : Le *galvano-cautère* et l'*excision chirurgicale* peuvent parfois être propices, mais souvent la tumeur essaime au voisinage et il faut pour cette raison s'adresser à la radiothérapie ou à la curiethérapie. Il importe d'ailleurs que celles-ci soient appliquées utilement car l'épithélioma baso-cellulaire est très radio-sensible et, si il fond vite, il repousse de même, s'il n'a pas été parfaitement stérilisé.

3° Epithélioma mixte spino-cellulaire.

Cette forme, épithélioma pavimenteux métatypique de Darier, représenterait 15 % des néoplasmes cutanés. Il ressemble cliniquement par son siège et son aspect au type *baso-cellulaire*, cependant, s'il est mutilant comme ce dernier, il se propage comme le type *spino-cellulaire*.

Pour cette raison il doit être traité comme tel.

4° Epithélioma des glandes de la peau.

Nous laissons de côté les tumeurs mammaires. On peut observer l'épithélioma des *follicules pilo-sébacés*, l'*épithélioma des glandes sébacées*, bien étudié par Ménétrier, l'*épithélioma des glandes sudoripares*, néoplasies qui peuvent être indifféremment spino ou baso-cellulaires.

5° Epithélioma métastatique.

Il est exceptionnel, venu du sein, des os ou d'un viscère il se généralise par voie embolique ou par voie lymphatique (lymphangite cancéreuse et perméation de Handley). Sur la peau apparaissent des élevures dures, rosées ou violacées, d'une tête d'épingle à une noisette. Parfois il se forme des nappes indurées irrégulièrement mamelonnées, dont le cancer en cuirasse de Velpeau est un exemple.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES. — Ici il faut recourir, sans grande illusion aux médications chimiques ou biologiques (chimiothérapie, protéinothérapie) que nos collègues Rubens-Duval et Peyre ont exposé ici-même] dans des leçons remarquables.

6° Nævo carcinome.

Se développe aux dépens d'une lésion nævique soit par transformation progressive, soit à la suite de cautérisations ou d'irritations. L'extériorisation traînante au début peut se faire par poussées brusques ou envahissement rapide des ganglions.

Assez vite autour de la tumeur qui s'érode, apparaissent de petites tumeurs pigmentaires du voisinage, tandis que s'effectue la généralisation sous forme de noyaux ardoisés ou non pigmentés. Les métastases viscérales sont de règle, affectant surtout le foie et le poumon.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES. — C'est, nous l'avons dit, le plus redoutable des cancers en raison de la rapidité de son évolution et de sa généralisation.

La *chirurgie* est dangereuse et doit être proscrite. La *radiothérapie* et la *curiethérapie* sont inopérantes et peuvent même être nuisibles. L'*électro-coagulation* recommandée par Ravaut peut être recommandée, d'autres dermatologistes donnent leur préférence à l'*électrolyse* : Darier insiste sur son procédé en corbeille que nous décrirons plus loin.

S'il s'agit d'un carcinome secondaire on peut alors conseiller la *radiothérapie* qui provoque parfois de remarquables sédations.

7° Sarcomes.

Il s'agit de tumeurs exceptionnelles.

Le *sarcome* peut être *typique* (globo-cellulaire à cellules rondes ou fusiformes) ; masses hypodermiques mobiles sur la peau, liliacées avec le phénomène de la peau d'orange ou dermiques, noisettes susceptibles d'ulcération par nécrose. Les ganglions sont ordinairement intacts mais les métastases viscérales sont possibles. La mort survient par cachexie, hémorragies ou infection.

Le *sarcome atypique* à cellules polymorphes, plus fréquent donne lieu à de petits nodules intradermiques, qui assez vite constituent une tumeur volumineuse, dure, étalée qui s'ulcérera. Ici les adénopathies sont précoces avec parfois ulcérations.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES. — Celles-ci sont multiples. On peut conseiller une *ablation chirurgicale* large et précoce. L'*arsenic* donnée jadis sous forme d'arséniate de soude aujourd'hui par l'intermédiaire du 914 est encore prôné. La *radiothérapie* et la *curiethérapie* peuvent donner parfois guérisons ; il faut alors procéder par doses massives sur l'ensemble de la tumeur ou des tumeurs et des zones menacées en ménageant la vitalité des tissus sains par une qualité de rayons strictement sélectionnés par un bon filtrage. On a parfois associé aux méthodes précédentes la *radiopuncture*. Signalons que parfois l'irradiation dirigée sur la tumeur initiale peut donner un coup de fouet aux métastases.

Le *mélanosarcome*, rare, est traité comme le nævo-carcinome.

Le *sarcomatose de Kaposi* n'entre guère dans le groupe du cancer, c'est cliniquement et anatomiquement une maladie infectieuse. Le traitement — palliatif uniquement qu'on lui applique — est l'association des arsénobenzènes et de la radiothérapie combinés.

8° Tumeurs leucémiques.

Elles se présentent sous forme de tumeurs mollasses, indolentes, violacées, rouges ou brunâtres, qui s'accroissent très lentement sans tendance nécrotique, sous la

peau mince souvent télangiectasique. L'examen hématologique apporte le diagnostic tandis que l'examen microscopique révèle la structure d'un lymphome ou d'un lymphadénome.

INDICATION THÉRAPEUTIQUE. — La radiothérapie est le meilleur remède palliatif.

Les méthodes thérapeutiques.

1° Traitements chirurgicaux.

C'est là l'intervention idéale, si le bistouri peut tout enlever. Il faut évidemment tenir compte du siège de la tumeur et de pas oublier l'envahissement ganglionnaire. Nous avons répété à plusieurs reprises l'avantage de l'association à l'acte chirurgical de la radiothérapie et de la curiethérapie.

2° Procédés de destruction chimique.

Ils furent jadis fort en honneur, grande fut la vogue de la pâte de Canquoin au chlorure de zinc, de la pâte de Vienne (soude caustique et chaux vive), de la pommade au beurre d'antimoine ou à l'acide arsénieux.

Darier use encore nous l'avons dit, du procédé de *Cerny-Trunececk* contre les épithéliomas baso-cellulaires bien liminés, en voici la technique. Il faut curetter ou brûler au galvano-cautère les surfaces épidermisées, puis on les badigeonne au pinceau avec une solution sursaturée d'arsenic (acide arsenieux 1, eau et alcool à 90° ââ 50). On laisse sécher et on recouvre de quelques flocons d'ouate. On détache la croûte au bout d'une semaine, si la surface nouvelle est blanche tout le néoplasme est disparu, s'il y a des marbrures grises ou rouges on fait une série de nouvelles cautérisations jusqu'à un résultat satisfaisant. Ce mode progressif ménage le plus possible les tissus sains, n'est pas très douloureux, il peut être très utile dans les contrées éloignées, privées de l'outillage dont nous parlerons plus loin.

3° Procédés de destruction physique.

a) THERMOCAUTÈRE ET GALVANO-CAUTÈRE.

Leur usage peut être accepté pour des processus strictement superficiels, par exemple les lésions pré-cancéreuses, l'épithélioma plan (plan cicatriciel, érosif, en coup d'ongle).

C'est là une méthode *commode* : partout on trouve sinon un galvanocautère tout au moins un thermocautère. Les *inconvénients* sont les suivants ; l'opération est assez douloureuse, la cicatrice est parfois médiocre et peut se rétracter, de plus sur cette même cicatrice on note exceptionnellement des récidives.

b) CRYOTHÉRAPIE.

Les indications de la neige carbonique sont sensiblement les mêmes que plus haut. La froidure ne peut agir que sur des lésions superficielles et limitées, on se saurait l'appliquer aux cas ulcéreux ou bourgeonnant à l'excès, ou bien trop étendus, dépassant par exemple la surface d'une pièce de un franc. On obtient d'excellents résultats sur l'épithélioma plan cicatriciel, sur l'épithélioma perlé de Besnier, sur l'épithélioma pagetoïde par exemple.

Comme instrumentation on peut user du crayon de neige nu, faire le mélange réfrigérant dans un mortier ou bien s'adresser à l'instrumentation de Lortat-Jacob. Le cryocautère à détendeur central et à chargement direct d'acide carbonique liquide est un instrument stérilisable, qui permet de mesurer la pression et qui donne une température constante de — 80°. On peut par exemple pratiquer une congélation avec pointe noyée pour imbiber fortement tous les tissus pendant une minute, sous une pression de 1 kgr. 1/2 à 2 kgr.

On trouvera dans le volume récemment paru, la cryothérapie de Lortat-Jacob et Solente, tous les détails de cette excellente méthode.

La cryothérapie est assez douloureuse, son action est strictement limitée aux tissus congelés, c'est-à-dire superficielle mais par contre il n'y a pas d'hémorragie grâce à l'énergie de la vaso-constriction et le résultat esthétique est souvent parfait.

c) ELECTROLYSE.

Elle est réalisée par les effets caustiques exercés sur les tissus au niveau des pôles quand on fait passer un courant continu au moyen d'électrodes métalliques nues, selon qu'on use d'une ou de deux de celles-ci l'électrolyse est dite monopolaire ou bipolaire.

Dans l'*électrolyse unipolaire* appelée encore *négative* l'électrode positive spongieuse est appliquée le plus près possible de la lésion et l'aiguille négative fichée dans le tissu malade. On donne au courant une intensité telle que se dégagent autour de l'aiguille de petites bulles blanches mousseuses, on répète la manœuvre jusqu'à la destruction partielle ou totale de la lésion, selon qu'on opère en un ou plusieurs temps.

J. Darier insiste sur la *technique en corbeille* : l'aiguille est alors plongée en bordure de façon à passer sous la lésion à détruire dans la direction du bord opposé. On lance un courant de 3 à 6 milliampère pendant 2 à 3 minutes, les piqûres étant faites à 4 à 5 mm. d'intervalle. La tumeur, il s'agit ici de nævo-carcinome, doit être, selon Darier, détruite en une seule séance.

Chose singulière sous l'influence de l'électrolyse le même auteur a vu plusieurs fois disparaître des tumeurs de même nature à distance de celles qu'il traitait et non traitées elles-mêmes, ainsi que des ganglions lymphatiques vraisemblablement infectés.

Les *avantages* de ce procédé consistent en la profondeur de la destruction avec une cicatrice souple et peu apparente, il s'agit par contre d'une opération relativement longue et douloureuse, qui peut parfois amener des hémorragies et de la suppuration.

L'*électrolyse bipolaire* utilise deux aiguilles, l'une piquée au centre de la tumeur, l'autre à la périphérie, la distance les séparant l'une de l'autre pouvant varier de 3 à 20 millimètres. On organise ainsi en profondeur des escharres en lames qui isolent par des sections électrolytiques le néoplasme du tissu sain, en surface on fragmente la masse par des escharres tangentes entre elles.

Cette méthode qu'on peut appliquer à certains cancers ulcéreux limités n'est guère goûtée : elle est douloureuse, amène de gros délabrements au pôle négatif ; de plus, la cicatrice formée est souvent rétractile, quelquefois chéloïdienne.

On a tenté d'appliquer à la thérapeutique des cancers cutanés l'IONOTHÉRAPIE ÉLECTRIQUE, c'est-à-dire l'introduction d'ions extérieurs ou médicamenteux dans l'organisme. Leduc s'est adressé à l'ion zinc, à la fois antiseptique et coagulant des albumines. Juster, tout dernièrement, a essayé l'ionisation au plomb, au magnésium et au baryum.

d) DIATHERMO-ÉLECTRO-COAGULATION.

L'électro-coagulation est peut-être le procédé de destruction du cancer le plus intéressant, car presque tous les cas peuvent en être justifiables, en dermatologie. P. Ravaut la prise beaucoup. Les premiers essais sont lointains, bien avant la guerre sous le nom de fulguration. Keating Hart l'a prônée et Doyen en était un chaud partisan. Cependant la vogue de l'électro-coagulation ne date que de l'après-guerre, elle est due pour une bonne part aux remarquables perfectionnements de l'appareillage et aux facilités extrêmes d'application.

Le *principe* de l'électro-coagulation c'est l'utilisation des courants de haute fréquence qui grâce à un dispositif imaginé par d'Arsonval avec inducto-résonateur d'Oudin permet d'obtenir des oscillations électriques non amorties de haute tension. Les courants électriques ainsi réglés provoquent entre les points d'application des électrodes une élévation de température due à l'effet de

Joule. En modifiant en outre la surface d'une électrode on augmente d'autant la chaleur qui devient capable de destruction par coagulation des tissus.

La *technique* de l'électro-coagulation est simple et d'un apprentissage relativement facile. Il faut quelquefois préparer la tumeur en enlevant les parties croûteuses qui peuvent exister soit par un pansement humide laissé une heure, soit par la curette. On use alors comme électrode active d'une boule, d'une plaque ou d'une aiguille à manche isolant, qui va coaguler la région visée tandis que l'autre électrode, indifférente, est mise dans la main du patient ou sous lui. L'action destructrice est perceptible à la vue et au toucher, lorsqu'elle est jugée suffisante il n'y a qu'à arrêter le courant, ordinairement à l'aide d'une pédale.

Après la coagulation on observe pendant 2 à 3 jours une lymphorée abondante, puis une eschare se forme qui tombe au bout de 2 à 3 semaines. La cicatrice est vite constituée, elle est habituellement peu visible, cependant si la surface traitée est vaste il peut y avoir de la rétraction.

On trouvera le détail de cette méthode remarquablement exposée dans un beau travail de Belot, Nahan et Durin (*Bull. de la Soc. fr. électr. th. et radiol.*, avril 1929) et dans la thèse de Durin (1929) inspirée par Belot.

Valeur de l'électro-coagulation. — C'est une méthode fort précieuse qui agit plus électivement sur les cellules néoplasiques, thermo-sensibles et coagulant dès 59°. Il est aisé de pallier à la douleur par l'anesthésie, les hémorragies ne sont pas à craindre durant l'opération, qui peut être très rapidement menée et de ce fait éviter dans une grande mesure les récidives et les métastases. Si sur la tumeur coagulée il reste un élément suspect il est aisé d'y porter à nouveau l'électrode.

Comme *inconvénients* on signale la possibilité d'hémorragies secondaires à la chute de l'escharre s'il y a un vaisseau au voisinage, la rétractilité possible de la cicatrice si la plaie est vaste, ce qui fait que l'opérateur ne doit détruire que ce qui est nécessaire de l'être.

c) Radiothérapie.

C'est là une très heureuse méthode pour détruire le cancer, les travaux de ces dernières années ont cherché à préciser le processus si complexe de l'action des rayons sur l'organisation néoplasique.

Robert Proust a décrit l'*index karyokinétique*, c'est-à-dire le rapport numérique qui existe entre le nombre de cellules en karyokinèse et le nombre de cellules au repos dans une tumeur. Cet index, fort difficile à apprécier selon Regaud et Antoine Lacassagne, permettrait de mesurer la vitesse d'accroissement et la sensibilité d'une tumeur et de déterminer la durée d'irradiation optima.

La radiosensibilité, pour Roussy, est pour une grande part fonction de l'état du stroma conjonctif, de l'intégrité ou de la dégénérescence des fibres collagènes et surtout de l'infiltration des espaces conjonctifs par les différentes formes de leucocytes.

Il faut encore tenir compte de l'infection secondaire qui modifie le stroma conjonctif et de la formule leucocytaire du sang qui pour Roussy aggraverait le pronostic. G. Milian signale à ce même sujet le biotropisme rœntgenien promicrobien.

Cependant le départ de ce mode thérapeutique est la loi de Bergonié-Tribondeau selon laquelle les tissus vivants sont d'autant plus sensibles aux radiations que leur activité karyokinétique est plus grande. C'est ainsi qu'entre les différentes cellules cancéreuses il y a une échelle de radiosensibilité. C'est celle ci qu'il faut apprécier de façon à opérer avec précision. Toute irradiation, écrit Darier, doit être stérilisante, c'est-à-dire d'emblée suffisante, sinon elle diminue la sensibilité des cellules néoplasiques et du même coup la vitalité des tissus sains, ce qui rend le traitement inopérant.

Si pour guérir il faut traiter la tumeur d'un coup cela ne veut pas dire qu'il faille appliquer la totalité de la dose dans le temps le plus court, le traitement peut être échelonné sur 5 ou 6 semaines, ce qui est dangereux c'est d'irradier de petites doses plus ou moins indéfiniment répétées.

C'est à Regaud et Nogière que revient le mérite de la découverte de la radio-immunisation (1914), dont la notion est grosse de conséquence.

Pour expliquer la radio-vaccination on invoque une radio-toxine ou encore une action d'ordre physico-chimique sur les éléments non cellulaires du tissu conjonctif, mais cela est du domaine de l'hypothèse.

Nous indiquons ici deux modes thérapeutiques d'usage courant.

a) *Méthode de Belot* : cet auteur utilise des rayons très pénétrants obtenus par filtration à travers des lames d'aluminium ayant jusqu'à 6 et 8 mm. d'épaisseur. Il s'agit de faire absorber en une séance la dose la plus élevée compatible avec l'intégrité des téguments (de 3 à 12 H) puis d'attendre que l'effet soit éteint c'est-à-dire trois semaines environ avant de faire une nouvelle irradiation à la même dose, on donne ensuite des doses progressivement décroissantes jusqu'à complète guérison : on tient compte pour la quantité de rayons à fournir à chaque fois de l'état des tissus et de la lésion.

Une précaution importante à prendre est, avant de traiter, de nettoyer la tumeur et surtout d'enlever les tissus néoplasiques infiltrés, indurés, bourgeonnants. Quand il s'agit d'épithélioma plan cicatriciel il sera indiqué, ainsi que l'a montré Brocq, d'abraser à la curette les tissus friables de la périphérie et surtout les perles de la zone d'extansion.

b) *Méthode de Coste* : la dose maxima presque uniforme (20 à 25 H) est donnée en une seule fois quelle que soit la variété histologique. Les couches épithéliomateuses les plus profondes peuvent ainsi être atteintes.

Il peut être fort profitable pour le malade d'*associer* parfois *deux modes thérapeutiques*. On peut notamment faire suivre l'opération chirurgicale ou l'électro-coagulation d'une irradiation par les rayons X. On attend alors un mois ou un mois et demi que la cicatrisation soit faite, on envoie alors 20 à 25 H sur une zone plus large que l'intervention première. La radiothérapie renforce l'action première et de plus elle améliore habituellement la cicatrice qui devient plus souple.

7) Curiethérapie.

On sait que le radium, le plus connu des corps radioactifs agit thérapeutiquement par les rayons γ, homologues des rayons X, soumis aux mêmes lois physiques, mais plus pénétrants en raison de la brièveté de leur longueur d'onde.

Le rayonnement spontané des corps radio-actifs traduit une énergie puissante, née de la désagrégation de leur molécule. Ainsi la désagrégation du radium libère un gaz appelé *émanation* ou *radon*, qui, en se détruisant donne à son tour un autre gaz, l'hélium, et un rayonnement composé de rayons γ.

L'émanation mesurée en millicuries peut être enfermée dans des tubes qui deviennent des sources radio-actives et qu'on peut utiliser.

Le radium est utilisé sous forme de bromure ou de sulfate et placé dans des appareils dits radifères : tubes, aiguilles ou plaques.

Les *indications* sont très vastes, tous les cancers externes pour ainsi dire sauf les nævo-carcinomes.

La technique varie suivant les cas comme modèles d'appareil, dose de sel, temps d'application.

Comme les rayons le radium agit heureusement sur les ganglions et en face d'un épithélioma spino-cellulaire on peut à titre prophylactique irradier le territoire ganglionnaire tributaire.

Les *avantages* du radium sont nombreux : maniabilité.

possibilité d'irradiations prolongées, minimum de douleurs, qualités esthétiques des cicatrices.

Il faut par contre une grande compétence pour en user avec profit et en outre le prix du remède rend son emploi peu commode sauf dans les grands centres thérapeutiques.

Là encore d'ailleurs le succès dépend de la précocité de l'intervention.

Ainsi donc le traitement du cancer de la peau, si brillant quand on n'arrive pas trop tard, demande cependant du doigté. Il faut ainsi que l'écrit Legrand « mettre du premier coup toutes les chances de son côté ; il faut aborder le cancer comme on aborde un ennemi difficile, malin, rusé. Il ne faut rien laisser au hasard. Tous les détails de la lutte doivent être réglés d'avance. Il n'est pas permis de tâtonner, de voir venir les événements ».

Au moindre soupçon le praticien qui doute doit demander un avis compétent, faute de quoi il charge sa conscience d'une lourde responsabilité. En quelques mois, parfois en quelques semaines, devient incurable telle lésion qui reconnue à temps aurait guéri à coup sûr.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Le Millénaire de Razès

La médecine Arabe, son rôle dans l'histoire et son influence sur la médecine française

Par M. P. MENETRIER
Professeur à la Faculté de Médecine

En ce temps, où il est de mode de commémorer des centenaires, un millénaire ne saurait qu'être bien accueilli de la médecine, puisqu'il s'agit de celui d'un médecin.

Au 22 décembre de l'an dernier, les membres de l'Association des étudiants musulmans nord-africains, s'étaient réunis en l'Hôtel du Palais d'Orsay pour célébrer : « le millénaire de l'illustre médecin arabe Abou Bekr el Razi (Razès) et ils m'avaient demandé de présider cette cérémonie, et de leur exposer à cette occasion le rôle historique de la médecine arabe et son influence sur la médecine française.

C'est le discours que je prononçai à cette occasion, et qui est demeuré inédit, que je me permets de communiquer à notre Société, pour l'associer dans une certaine mesure à la commémoration du millénaire du grand médecin que fut Razès.

Le rôle de la médecine arabe dans l'histoire, et son influence sur la médecine des pays d'Occident et notamment de la médecine française peut être parfaitement représenté par une comparaison avec l'antique course du flambeau à laquelle Lucrèce a fait allusion dans un vers célèbre :

Et quasi cursores vitaï lampada tradunt.

Il s'agissait de la fête grecque des Lampadophories, fête nocturne où des relais de coureurs se transmettaient de l'un à l'autre des torches enflammées.

Lucrèce entendait par là, la transmission de la vie, et comparait les hommes à ces coureurs qui rentrent dans la nuit après avoir passé le flambeau à un autre.

Et pour nous, c'est le flambeau de la science, qu'à un certain moment les Arabes ont pris de la main des Grecs, et qu'ils ont brillamment transporté de l'Orient à l'Occident. Non seulement, ils ne l'ont pas laissé éteindre mais plutôt en ont avivé la lumière, et ainsi l'ont transmis aux Occidentaux, en Espagne, en France et en Italie.

Et comme dans la réalité, il ne s'agit pas là d'une simple métaphore, mais d'un fait historique, qui, à vrai dire s'est déroulé en plusieurs siècles et sur des espaces immenses, il nous faut maintenant préciser les étapes de cette glorieuse randonnée.

Bien entendu et quand nous parlons ainsi des médecins arabes, il s'agit de médecins de langue et de civilisation arabe, mais qui, dans la réalité appartenaient aux races et aux nations les plus diverses englobées à un moment donné de l'histoire dans l'immense empire arabe.

Nous y trouvons en effet, en outre des Arabes proprement dits, des Chrétiens orientaux, des Juifs, des Persans, les descendants des antiques races de Mésopotamie, des Syriens, des Egyptiens et tous les Africains du Nord, jusqu'au Maroc, enfin des Espagnols.

Le point de départ de cette histoire est même antérieur à l'Islam. Pendant le cours des Ve et VIe siècles de notre ère, les querelles religieuses qui incessamment divisaient les diverses sectes chrétiennes, eurent pour résultat de rejeter vers l'Asie, les sectateurs d'une des plus importantes d'entre elles, celle des Nestoriens. Ceux-ci, outre leurs préoccupations théologiques, cultivaient la philosophie et les sciences, et notamment la médecine. Ils avaient fondé une école importante à Edesse ou Orfa en Mésopotamie. Parmi les maîtres de médecine qui y enseignaient on cite Stephanos ou Etienne d'Edesse ; et progrès remarquable, ils y avaient établi un hospice public où les élèves apprenaient en même temps que la théorie scientifique, la pratique de la médecine.

Puis la persécution devenant plus violente, les Nestoriens se réfugièrent en Perse ; ils y transportèrent leur Ecole et fondèrent un nouveau centre scientifique à Djondisabour ville du Kouzistan.

D'autres émigrés contribuèrent encore à ce transport de la science grecque dans les pays d'Asie. Ce furent les philosophes platoniciens, qui chassés d'Athènes par l'intolérance de Justinien, se réfugièrent également en Perse.

C'étaient Damascius de Syrie, Simplicius de Silicie, Eulalius de Phygrie, Priscianus de Lydie, Diogène de Phénicie, Isidore de Gaza.

L'Ecole de Djondisabour, fut fondée sous le règne de Chosroés (milieu du VIe siècle). Les cours étaient donnés en Araméen. A côté de l'Ecole, se trouvait l'hôpital le Bimâristan (mot persan qui signifie maison de malades) et dont la réputation dura jusqu'à l'époque des Khalifes abassides. Pendant plusieurs siècles, l'école et le bimâristan de Djondisabour tinrent la première place dans le monde de la médecine et de la science. C'est parmi leurs étudiants que la Perse, l'Irak et la Syrie recrutaient leurs médecins. Et la nation islamique n'a pas hésité à recourir aux services des médecins formés dans cette ville.

Le prophète et les premiers Khalifes se firent soigner par Harets ebn Kalada et par son fils Nadr Ebn Harets ebn Kalada, médecins arabes qui avaient fait leurs études à Djondisabour.

Et voilà comment commença de s'allumer le flambeau Sans doute y eut-il également quelques médecins arabes qui profitèrent des derniers jours de l'Ecole d'Alexandrie pour en recueillir les enseignements.

Mais, c'est un peu plus tard que se dessina le grand mouvement de la transmission de la science grecque aux Arabes, par le moyen des traducteurs qui, dirigés et encouragés par les princes et de riches particuliers, firent passer la pensée même des auteurs grecs dans la langue arabe, la rendant par là accessible à toutes les intelligences.

L'initiateur en fut le Khalid ibn Yasid, petit-fils du fondateur de la dynastie des Ommiades à Damas. C'est lui, qui, vers la fin du VIIe siècle ordonna la traduction des livres grecs en arabe. Il se distingua par ses connaissances en alchimie, et l'alchimie de Khalid est restée proverbiale dans tout le monde arabe.

C'est, en effet, par la traduction des livres d'alchimie que commença la transmission. Et le fameux Gabir ibn Haïan, que nous connaissons sous le nom de Geber, a acquis soit

par ses traductions, soit par ses œuvres personnelles une telle réputation comme alchimiste, que les adeptes de cette science au Moyen-Age ont bien souvent emprunté son nom, pour, ainsi que l'a montré Berthelot, donner crédit à leurs ouvrages, ce qui rend aujourd'hui difficile d'en faire la distinction exacte.

Mais l'action la plus importante dans cette voie, de l'acquisition de la science des Grecs par le moyen des traductions de leurs œuvres fut exercée par Al Mamoun, fils du fameux Haroun al Rachid. C'est lui qui, inspiré dit-on par un songe, où lui était apparu Aristote, déclencha le grand mouvement scientifique qui devait donner naissance à la science arabe.

Il avait appelé à Bagdad le médecin le plus célèbre de l'école de Djondisabour, Georges ou Djorgis de la famille des Bakhtichou qui venu pour soigner le Khalife d'une dyspepsie et l'ayant heureusement guéri, demeura à Bagdad, et y fonda un centre d'instruction médicale avec école et hôpital qui bientôt éclipsa celui de Djondisabour. Il y avait d'ailleurs fait venir quelques-uns des médecins de cette ville, et sa famille qui continua après lui la tradition ainsi inaugurée. Et pendant plusieurs siècles, Bagdad devint ainsi le centre d'instruction médicale le plus florissant de tout l'Orient.

Georges, son fils, ses petit-fils et arrière petit-fils, y enseignèrent, et firent des traductions de la plupart des ouvrages grecs. Comme aussi les Mésué venus également de Djondisabour, Jean fils de Mésué fut chef traducteur de Haroun Errachid, Jean fils de Serapion, les Thifoury sont également à citer.

Le plus fécond et le plus justement célèbre de ces auteurs fut Honein ben Ishak dont les traductions étaient payées au poids de l'or par le Khalife El Mâmoun.

Après lui sont encore à mentionner Ishak ben Honein, son fils ; Costa ben Luca et surtout El Kendy. Ce dernier descendant d'une vieille famille princière arabe, fut un savant universel qui embrassa à la fois la science des Grecs, des Indiens et des Persans et laissa plus de 200 ouvrages de philosophie, mathématiques, astronomie, astrologie, physique, musique et médecine.

Ainsi furent traduits, soit directement du grec en arabe, soit bien souvent et surtout dans les commencements du grec en syriaque et retraduits ensuite du syriaque en arabe, une quantité considérable d'ouvrages scientifiques.

Car, il est à remarquer que les Arabes ne demandèrent à la Grèce que des œuvres de science ; philosophie, mathématiques, astronomie, géographie et médecine ; laissant de côté les œuvres purement littéraires, historiques ou poétiques, se jugeant sans doute assez riches en ces matières dans leur littérature nationale.

Et pour ne citer que les auteurs de médecine, les Arabes eurent dès lors à leur disposition dans leur langue, les écrits d'Hippocrate, de Galien, de Dioscoride, Rufus, Archigène, Oribase, Alexandre de Tralles, Paul d'Egine, etc., etc.

Par là, au cours des VIIe, VIIIe et IXe siècles s'alluma le flambeau de la médecine arabe par le feu emprunté à la littérature médicale des Grecs.

A partir du Xe siècle, ils en accroissent l'éclat par leurs propres forces. Ils s'émancipent de leurs initiateurs et s'engagent dans des voies nouvelles.

C'est alors que nous voyons apparaître les médecins illustres dont les œuvres après avoir jeté un éclat incomparable sur la civilisation de leurs pays ont, par la suite et comme nous allons le voir servi à l'instruction des médecins d'Occident, auxquels, elles furent transmises.

Citons-en quelques-uns. Et tout d'abord Razès (850-932). Il naquit en Perse à Rey et c'est lui dont nous commémorons aujourd'hui le millénaire. Fécond producteur, il a composé plus de 200 ouvrages. Sa grande encyclopédie médicale le Haouy on Continent, et le Mansoury, traduites en latin, par Ferraguth et par Gérard de Crémone, ont servi à l'instruction des Ecoles de France et d'Italie. Sa description de la variole et de la rougeole est demeurée un monument classique.

Inutile d'insister puisqu'il nous en sera parlé tout à l'heure. Je voudrais seulement rappeler à son sujet, une anecdote, qui, si elle est authentique, le montre le plus sagace précurseur des théories pastoriennes.

C'est quand on lui demanda de choisir l'emplacement d'un nouvel hôpital à Bagdad, il fit suspendre en diverses parties de la ville des quartiers de viande, pour juger d'après la rapidité plus ou moins grande de leur corruption, de la pureté plus ou moins grande de l'air de la région. Ainsi aurait-il pressenti que la cause des maladies était de même ordre que celle de la putréfaction des matières organiques, et faisait-il une expérience de tout point semblable à celle qu'aujourd'hui nous entreprendrions pour juger de l'abondance des microbes dans l'air, en y exposant des plaques de gélatine nutritive, qui n'est après tout qu'un suc de viande préparé.

Citons encore Ali ben Abbas el Madjoussy (le mage) auteur du Maleky ou livre royal dont la vogue considérable ne fut éclipsée que par le Canon d'Avicenne (Xe siècle).

Abul Cassim Khalaf ibn Abbas el Zahrawi, né à Zahra près Cordoue où il vient au XIe siècle, que nous appelons Abulcasis dont le Tesrif embrassait l'enseignement de toute la médecine, mais qui fut surtout un chirurgien hors de pair. Le premier, il a figuré dans ses livres tout l'arsenal instrumental de la chirurgie, où se trouvent notamment des appareils par lui inventés et qui sont de véritables et géniales découvertes. Traduit en latin par Gérard de Crémone au XIIe siècle, il a inspiré et dirigé toute la chirurgie du Moyen-Age.

Avicenne né à Bokhara en 980 (980-1037) fut un esprit encyclopédique et de science universelle qui partagea avec Aristote et Galien, le gouvernement des intelligences pendant plus de 600 ans. Ecrivain, d'une fécondité prodigieuse, il a laissé plus de 100 ouvrages. Mais c'est surtout son grand traité de médecine, le Canon ou la règle dans lequel se trouve condensée toute la science médicale des Grecs et des Arabes par lequel en ses traductions latines, il fut enseigné et commenté dans toutes les Universités d'Europe, et pour quelques-uns jusqu'au XVIIIe siècle.

Avenzoar (1072-1162), auteur du Teissir « livre de science pour la guérison et le régime » fut une des illustrations du XIIe siècle qui fut le grand siècle médical de l'Espagne arabe. Il fut aussi le maître d'Averrhoès (1126-1198) qui, médecin éminent, tient une place hors de pair parmi les philosophes du Moyen-Age. Traducteur et commentateur d'Aristote, il est l'un de ceux qui ont le plus profondément pénétré la pensée du maître grec.

J'arrête ici ces quelques mentions de grands médecins arabes, car s'il fallait entrer dans le détail, il me faudrait des heures et des heures, tant sont nombreux les auteurs qui ont mérité de prendre place dans l'histoire. Cela nous suffit d'ailleurs, pour avoir idée de l'éclat que jeta le flambeau aux mains des Arabes arrivés au plein épanouissement de leur génie.

Il nous faut toutefois et avant de voir comment leur science fut transmise aux Occidentaux faire une mention rapide du perfectionnement matériel qu'ils apportèrent à la science de la médecine.

Leurs Ecoles, le plus souvent associées à des hôpitaux où les élèves trouvaient à la fois l'enseignement théorique et son application pratique, constituèrent un mode d'instruction qui, sinon entièrement nouveau, puisqu'ils suivirent au début l'exemple des Nestoriens d'Edesse et de Djondisabour, était du moins si parfaitement adapté à son but qu'il eut, en effet les plus heureux résultats.

Ce fut d'abord à Bagdad, puis et progressivement dans tout l'empire de l'Islam, en Syrie, en Egypte, au Maroc, en Espagne, etc.

Un autre instrument de la science leur dût un développement prodigieux, les bibliothèques qui atteignirent une importance extraordinaire dans tous les grands centres d'instruction. Les auteurs nous en citent des chiffres de volumes impressionnants : 600.000 à la bibliothèque de Cordoue ; 18 chambres remplies de livres au Caire ; et lorsque Bagdad fut pris par les Tartares en 1260, les livres des bibliothèques jetés au fleuve en couvrirent les eaux d'une rive à l'autre à la manière d'un pont. D'ailleurs, nombre de médecins avaient réuni pour eux seuls des collections aussi riches : Djemal Eddin en possédait 600.000 volumes et Rachid Eddin 900.000.....

La profession médicale avait reçu une organisation sérieuse.

L'exercice en était réglementé à Bagdad par des examens à partir du X[e] siècle. Il y avait des inspecteurs chargés de surveiller la pratique des médecins, de contrôler les médicaments des pharmaciens, etc... Enfin, les princes favorisant la profession comblaient d'honneurs et de richesses, les médecins les plus notoires.

De fait, la science médicale fut en nombre de ses parties redevable aux médecins arabes de progrès importants. L'anatomie à vrai dire, entravée par les défenses religieuses ne put bénéficier à aucun degré de leur activité, et ils durent se contenter des notions apprises des Grecs. Mais en clinique, de nombreux types morbides furent mis au jour dans leurs ouvrages et tout particulièrement les fièvres éruptives.

La chirurgie leur dut la connaissance de méthodes opératoires et d'appareils de grand intérêt. Mais, c'est surtout en chimie, en thérapeutique et en matière médicale que leur apport est le plus considérable et nombreuses sont les substances utiles dont nous leurs sommes redevables.

Voilà donc le flambeau de la science allumé aux mains des Arabes et brillant du plus vif éclat. Il nous reste à voir comment il a été transmis aux Occidentaux.

C'est à partir du X[e] siècle et alors que les pays d'Occident longtemps bouleversés par les guerres et les invasions, n'avaient que péniblement conservé des fragments épars et incertains du patrimoine scientifique gréco-latin qui avait été autrefois leur apanage que quelques esprits curieux de faire revivre leur antique supériorité songèrent à s'adresser aux foyers scientifiques arabes qui brillaient alors d'un si vif éclat, à proximité de leurs frontières.

Pour la France, le plus proche était l'Espagne et Gerbert d'Aurillac, d'abord simple moine, et plus tard chef de la chretienté sous le nom du pape Sylvestre II (999) fut le premier à aller chercher à Barcelone le complément de connaissance qu'il ne pouvait trouver dans son pays. Il se perfectionna ainsi dans la science de géométrie, de mécanique, d'astronomie et de médecine, et répandit dans l'Ecole de Reims qu'il dirigea un temps, les connaissances qu'il avait ainsi acquises. A lui, on doit l'introduction des chiffres dits arabes dans nos pays.

Après Gerbert, il faut citer Constantin l'Africain, qui né à Carthage, et après avoir voyagé et étudié dans tout le monde arabe, vint après sa conversion au Mont-Cassin, près Salerne en 1065.

Salerne dont les origines se perdent dans la nuit des temps, avait sans doute déjà quelque connaissance de la médecine arabe, elle lui fut plus complètement révélée par Constantin, soit par ses ouvrages personnels qui, à vrai dire en sont tout imprégnés, soit surtout par ses traductions latines des auteurs arabes.

Au XII[e] siècle, c'est à Tolède, que se fait le grand travail des traductions d'arabe en latin.

Le mouvement y fut provoqué et dirigé tout d'abord par Raymond d'Agen, évêque de Tolède de 1130 à 1150.

Parmi les traducteurs, il faut citer au premier rang Gérard de Crémone (1114-1187), qui fit passer dans la langue latine un nombre considérable d'ouvrages de toutes sciences et notamment en médecine, Galien, Razès, Scipion, Abulcasis, Avicenne, Alkindy, etc.

L'influence des écrits ainsi livrés à la connaissance des médecins d'Occident, fut considérable pour la rénovation de l'enseignement dans les grandes Ecoles de France et d'Italie, et secondairement du reste de l'Europe.

A Montpellier, notamment l'influence arabe fut dès l'origine prépondérante et s'il est difficile d'établir, comme on l'a soutenu, que des médecins arabes aient participé à la fondation de la fameuse Ecole, du moins leurs œuvres et celles qu'ils avaient empruntées à la Grèce et qui reparaissaient ainsi traductions de traductions, apportant un bagage inestimable de connaissances longtemps perdues ont-elles servi de matériel d'instruction pour les élèves et les médecins.

Certains des maîtres, d'ailleurs, comme le célèbre Arnaud de Villeneuve, avaient par eux-mêmes pris connaissance des ouvrages des médecins arabes. L'influence arabe ne fut pas moins considérable dans le domaine de la chirurgie que dans celui de la médecine. Les chirurgiens italiens du XIII[e] siècle, Roger, Roland, Brunus, s'étaient inspirés des écrits d'Abulcarius et au XIV[e] siècle, notre grand Guy de Chauliac le cite abondamment dans sa chirurgie.

A Paris et dans la plupart des Facultés de médecine, l'enseignement de l'Ecole qui consistait à peu près uniquement dans la lecture et le commentaire par le professeur des écrits de médecine utilisait en même temps que les grands auteurs grecs, Hippocrate, Galien, qui d'ailleurs eux-mêmes provenaient bien souvent de traductions de l'arabe, les grands auteurs arabes mis sur le même pied. Avicenne, Razès, Abulcasis, etc.

Et ainsi jusqu'à la Renaissance, où l'apport des manuscrits grecs, ramenés en Occident après la prise de Constantinople vint faire aux traductions arabes une concurrence victorieuse. Mais, c'est alors une nouvelle période de l'histoire qui commence, et jusque-là, c'est au flambeau transmis par les Arabes aux peuples d'Occident qu'était dû le ravivement de la la flamme scientifique après son effacement qui avait à peu près partout suivi la chute de l'empire romain, et l'apparition sur la scène du monde de peuples dont l'état de barbarie les rendait incapables de profiter immédiatement des trésors de science accumulés par la civilisation gréco-romaine.

Car de tous les peuples qui prirent part à l'effondrement de l'empire romain, les Arabes seuls avaient une culture déjà assez avancée pour pouvoir les utiliser, et c'est pourquoi ils furent pendant un temps, les porteurs du flambeau.

Et maintenant que la médecine, comme toutes les autres sciences, n'est plus la chose d'une nation, plutôt que d'une autre, mais bien la propriété de tous les travailleurs du monde entier, les médecines grecque, latine, arabe, française, italienne du Moyen-Age ne sont plus que des souvenirs historiques. Comme telles, elles méritent toujours l'intérêt des chercheurs, et c'est un devoir pour ceux de chaque pays d'étudier, de faire revivre, et de magnifier leurs médecines d'autrefois, comme partie intégrante de leur patrimoine national.

A ce point de vue, je vous félicite d'avoir voulu célébrer le souvenir d'une de vos plus grandes gloires.

Et de même qu'on a conservé, reproduit, traduit et commenté les anciens médecins grecs, latins, français, italiens, allemands, etc., etc., il faut que les héritiers des Arabes fassent de nos jours un semblable effort, pour faire connaître les auteurs illustres qui ont écrit en cette langue. J'entends par là qu'on ne saurait se contenter de traductions latines faites autrefois et qui fort imparfaites, ont souvent trahi la pensée des auteurs, mais qu'il serait nécessaire de les produire dans les langues modernes des peuples les plus avancés en civilisation.

Aussi je termine en conseillant à ceux d'entre vous qui se sentent le goût des études historiques d'utiliser à ce point de vue et de rendre accessibles à tous par de bonnes traductions, les trésors manuscrits qui se trouvent dans nos bibliothèques, et particulièrement dans la collection de manuscrits arabes de notre bibliothèque nationale.

Le Césarisme fut toujours une plaie vive de nos facultés ; le chef d'école se défend mal contre les flatteries ; la vanité, la suffisance de certains s'enflent jusqu'au ridicule. Au XIX[e] siècle, ce fut Dupuytren et Broussais, « le plus superbe esprit qui se soit jamais posé sur des griffes entrecroisées « à la guisa die leone », disait Barbey d'Aurevilly ; puis Charcot ; avant-hier Bouchard ; hier..... ; aujourd'hui..... Par une sorte de conspiration mystérieuse, la publicité aidant, le plus intelligent, ou le plus autoritaire, ou le plus madré, est hissé sur un trône d'où les arrêts tombent sans appel. « Si quelque esprit assez fort et assez ferme pour n'en avoir pas été renversé leur montre qu'il se trompent, ils ne laissent pas de demeurer obstinément attachés à leurs erreurs. L'air de ceux qu'ils ont étourdis les étourdit eux-mêmes ; la vue de tant d'approbateurs qu'ils ont convaincus par impression les convainc par contre-coup ; ou si cette vue ne les convainc pas elle leur enfle au moins assez le courage pour soutenir leurs faux sentiments, la vanité ne permet pas de rétracter leur parole..... ils s'imaginent qu'on les injurie et que l'on tâche de les rendre méprisables à chaque raison qu'on apporte contre eux ; et plus elles sont fortes et judicieuses, plus elles irritent leur orgueil » (Malebranche).

(Professeur Pierre MAURIAC, leçon inaugurale.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

16 mars 1931

Sur les propriétés antitoxiques et cryptotoxiques des acides salicyliques halogénés. — *MM. H. Vincent* et *L. Velluz.* — A côté des savons, dont le pouvoir cryptotoxique est très élevé (H. Vincent), il existe un certain nombre de corps non colloïdaux qui possèdent, quoique à un degré beaucoup moindre, la propriété de neutraliser les toxines microbiennes et de les transformer en cryptotoxines inoffensives et immunigènes. Tels sont, en particulier, le salicylate (orthoxybenzoate) et le diiodosalicylate de sodium (H. Vincent).

Nous avons repris ces recherches d'une manière systématique et nous avons étudié les propriétés cryptotoxiques que possèdent d'une part les isomères de l'acide salicylique, d'autre part les mêmes acides halogénés (I, Br, Cl) en combinaison sodique. Les résultats ont été les suivants :

1° Le salicylate de sodium ordinaire (ortho) est deux fois plus actif que son isomère *para* et trois fois plus que l'isomère *méta* à l'égard des toxines microbiennes.

2° Les dérivés halogénés de l'acide salicylique sont généralement et à un degré parfois très marqué, plus cryptotoxiques que l'orthosalicylate non halogéné. Il existe cependant des exceptions (acides parasalicyliques monochloré et monobromé, acide métasalicylique 2. 4. 6. tribromé).

3° Parmi ces dérivés, les acides *ortho* salicyliques halogénés mono et dichloré, mono et dibromé, diiodé, sont beaucoup plus antitoxiques et cryptotoxiques que les acides correspondants *para* et *méta* également halogénés.

4° L'halogénation accroît, par conséquent, d'une manière évidente — et, pour l'un de ces corps, dans une proportion considérable — les effets neutralisants du sel sodique sur les toxines microbiennes. Des trois halogènes, c'est l'iode qui leur communique la plus forte activité ; Br vient ensuite ; Cl est le moins efficace.

Si l'on évalue le pouvoir cryptotoxique moléculaire de chacun des acides halogénés, dans chacune des séries ortho, para et méta, on voit que le 3. 5. orthodibromasalicylate de sodium est déjà très actif. Mais le 3. 5. *orthodiiodosalicylate de sodium possède de beaucoup le pouvoir antitoxique et cryptotoxique le plus énergique*. Ce corps est très interessant. En effet, 0 mgr. 5 (5 dixèmes de milligr.) de diiodosalicylate de sodium neutralisent 500 doses mortelles de toxine tetanique en quatre jours à 38° 39°. *Son indice cryptotoxique moléculaire est 282 fois plus actif que celui du salicylate de soude ordinaire (orthosalicylate).*

Ces constatations expérimentales peuvent trouver des applications utiles en médecine.

Comme les autres sels halogénés étudiés, le diiodosalicylate de sodium forme avec les toxines microbiennes un composé ou complexe (*cryptotoxine diiodosalicylée*) qui, injecté progressivement aux animaux, les immunise contre l'inoculation de la toxine pure.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 20 mars 1931

La résection ostéoplastique de Wladimiroff-Mikulicz. — M. Raphaël *Massart* fait un rapport sur une observation adressée par M. Lavoix (de Saint-Lô) concernant un excellent résultat éloigné de cette intervention pratiquée il y a 14 ans chez un blessé de guerre. L'auteur, à ce propos, étudie les indications de l'opération de Wladimiroff-Mikulicz et il pense que les tuberculoses du tarse postérieur ne sont pas, ainsi que le disait Ollier, des indications favorables. L'opération de Wladimiroff-Mikulicz est surtout une intervention orthopédique pour rallonger un membre raccourci opératoirement et dont l'appui postérieur a disparu. Après avoir précisé quelques points de technique, en particulier l'inutilité de ménager les vaisseaux et nerfs tibiaux postérieurs, l'auteur montre que l'opération de Wladimiroff-Mikulicz donne, dans l'ensemble, de bons résultats. On ne s'explique donc pas que l'opération de Wladimiroff-Mikulicz ne soit plus qu'exceptionnellement pratiquée.

Kyste hydatique volumineux du poumon gauche. Intervention. Guérison. — M. *Gasne* fait un rapport sur une observation adressée par M. Mahaut (de Rabat, Maroc). Le kyste a été opéré en deux temps ce qui a permis de déterminer de solides adhérences pleurales et d'obtenir un succès opératoire. Le rapporteur, reprenant l'étude des différentes methodes opératoires appliquées au traitement des kystes hydatiques, conseille d'attacher au choix de l'anesthésique la plus grande importance et de ne jamais employer l'éther.

Modifications importantes de la stomatoplastie de l'utérus par section antéro-postérieure sans évidement ni suture. — *M. Dartigues* fait un rapport sur ce travail adressé par M. Théodorides (d'Athènes). Ce procédé très simple consiste en une section sagittale du col de l'utérus allant jusqu'à l'orifice interne. Les pansements, pendant 2 à 3 semaines, maintiennent écartées les deux parties latérales du col : les surfaces cicatrisent toutes seules. Des cas de stérilité remontant à onze ans et chez des femmes âgées ont été ainsi guéris.

Pseudo fibrome de la vessie par invagination d'un fibrome pédiculé du col utérin. — *M. Lavenant* communique une observation rare, où le diagnostic fait par l'examen physique, la radiographie et la cystoscopie fut : fibrome de la vessie. Ce n'est qu'après cystostomie et décollement du péritoine pour faire une résection que se produisit brusquement une désinvagination de la tumeur qui était un fibrome utérin pédiculé.

Contribution à l'étude de la coagulation sanguine sur les phlébites et embolies post-opératoires. — *M. Mayet* communique une observation qui vient à l'appui des opinions récemment émises au sujet de l'influence des troubles (retards ou avances) de coagulation sanguine, sur la fréquence des embolies et phlébites post-opératoires. Dans ce cas, il s'agissait d'une appendicectomie faite pour appendice gros et enflammé mais libre et non ouvert, appendicectomie suivie d'embolie pulmonaire et de phlébite sans la moindre réaction péritonéale. Mais le jeune homme (17 ans) était un adiposogénital et présentait, en dehors de son obésité, des phénomènes accentués de troubles périphériques. L'auteur se demande s'il n'existe pas une relation entre le syndrome adiposo-génital et le retard de coagulation sanguine qui n'est peut-être que le signe extérieur et facilement perceptible d'une modification profonde du milieu sanguin.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 mars 1931

Traitement des phlegmons des gaines des muscles fléchisseurs des doigts. — *M. Moure* analyse un travail de *M. Marc Iselin* où cet auteur conseille de faire simplement l'incision du cul-de-sac supérieur de la gaine. Il a obtenu des résultats fonctionnels excellents.

Trois cas d'embolectomie artérielle. — *M. Labey* relate trois observations de *M. Soupault*. La première malade était une cardiaque, chez laquelle une embolectomie fut faite dans l'artère iliaque externe 60 heures après l'embolie. Mais l'ortériotomie ne permit pas le rétablissement du cours du sang et la malade fut amputée. Elle mourut d'ailleurs quelques jours après d'embolies pulmonaires. Le deuxième malade avait une embolie de la fémorale superficielle et fut opéré 20 heures après le début des accidents. Artériotomie. Extraction du caillot. Suture. L'amputation fut faite trois jours après. Le troisième malade fut opéré six heures après l'embolie et on enleva un caillot dans l'artère fémorale commune. La jambe ne se recolore pas. Une gangrène sèche se déclare et on fait une amputation de cuisse. Ces trois cas ont donc conduit à des échecs.

M. Moure dit que l'embolectomie est une opération difficile à réussir : il y intervient une question d'heure et de terrain.

M. Grégoire rapporte une observation de *M. Tisserand* (de



DIATHERMIE
A ONDES ENTRETENUES
NOUVEAUX APPAREILS
pour traitements individuels
et traitements collectifs.
BISTOURI HÉMOSTATIQUE
Accessoires
Appareils à ondes amorties
VENTE ET LOCATION
LA VERRERIE SCIENTIFIQUE
12 AV. DU MAINE. PARIS. XVe
CATALOGUE FRANCO
SUR DEMANDE

Besançon) où à la suite d'une oblitération de l'artère humérale, il fit une résection de l'artère. Le résultat fut excellent.

A propos du bactériophage. — *M. Sauvé* rappelle une observation de M. Wiart où une injection de bactériophage fut suivie d'une action non spécifique.

M. Grégoire à propos de la même observation, dit que l'action du bactériophage fut dans ce cas paradoxale. La guérison fut peut-être due aux ponctions du genou que l'on fit tous les jours. Cette hypothèse paraît corroborée par onze observations qu'apporte M. Grégoire.

Sept cents cas d'appendicite aiguë. — *MM. Duval* et *Ameline* apportent leur statistique intégrale. La mortalité globale fut de 8,9 %. Dans les 24 premières heures, deux morts ; dans le deuxième jour, 14 morts, dans le troisième, 13, après le quatrième, 22 morts.

Sur les 752 cas, l'appendice n'a été laissé que dans 14 cas. 66 % des cas ont été drainés.

M. Duval insiste particulièrement sur la nécessité de l'opération systématique, même dans la période intermédiaire, du troisième au cinquième jour.

M. Sorrel apporte la confirmation.

M. Routier rappelle qu'il a déjà préconisé l'opération précoce il y a quarante ans.

M. Frédet insiste sur le fait que les médecins sont souvent trompés par la bénignité des signes.

M. Labey confirme.

Bec de lièvre — *M. Veau* présente une petite malade avec un excellent résultat.

Anévrysme poplité. — *M. Moure* présente un malade qu'il a opéré par endoanévrysmorraphie oblitérante.

Hétérogreffe fraîche pour une plaie du nerf radial. — *M. Thalheimer* présente un malade avec un excellent résultat datant de trois ans.

Infarctus mésentérique. — *M. Petit-Dutaillis* présente un malade qu'il a opéré d'un infractus intestinal à la 12e heure ; il a réséqué environ 80 cmc. d'intestin.

G. MENEGAUX.

Echos et Glanures

Poirier. — De la leçon inaugurale de M. le Professeur Grégoire, publiée dans *Paris Médical*, nous détachons le passage suivant :

« ... Mais, si, au début de mes études entrer chez Farabeuf m'avait paru une folle prétention, je pensais que je pouvais me risquer à demander à Poirier, alors chef des travaux pratiques, de travailler dans son laboratoire. Il me paraissait beaucoup plus abordable. Je le voyais tous les jours dans les pavillons de dissection où il contrôlait nos entrées et aussi celles des prosecteurs. Dans le brouhaha des couloirs, il était aimable, souriant et parlait souvent aux étudiants. Très jeune et très allant, il venait volontiers le dimanche donner le départ des courses de vélo que nous organisions. Il arrivait en culotte courte, petit veston et casquette, et quand les concurrents étaient partis, il entrait avec tout le monde dans la guinguette voisine et ses bons mots nous réjouissaient.

Au moins, celui là, même pour un timide comme j'étais alors, on pouvait l'approcher.

Derrière la porte de son cabinet où j'entendais les éclats de sa voix, je préparai ma phrase d'entrée. Je frappe. Rien. Je

frappe plus fort. Poirier furieux ouvre : « Qu'est ce que vous voulez ? »

Je bafouillai quelques mots.

« Revenez dans huit jours », et la porte me claqua au nez. Je restai sur le paillasson, penaud, mon chapeau à la main, songeant que je n'avais pas dû tomber au bon moment.

Mais je voulais disséquer et les pavillons étaient fermés. Je revins huit jours après. Poirier était calmé. « Conduisez le monsieur au petit laboratoire », dit-il à son garçon. Je distinguai un cadavre sur une table, dans une pièce si humide et si noire qu'on en a fait depuis un clapier à lapins. C'est là que je me pris de passion pour l'anatomie.

C'était un travailleur acharné que ce maître chez qui je venais d'entrer, et ceux qui avaient l'honneur de collaborer avec lui le savaient bien, car il ne leur laissait pas une minute. Puis, tout d'un coup, on lâchait livres et scalpels et l'on allait avec lui dans un café voisin de l'Ecole, juste le temps de se rafraîchir. Un soir, après avoir travaillé toute l'après-midi, il nous emmena dîner aux Ambassadeurs et nous nous réjouissions de la bonne soirée en perspective. Sitôt le dîner fini, nous rentrions au laboratoire jusqu'à une heure avancée. Et dans le public, on disait : « Poirier est toujours en fête, il ne travaille pas. L'après-midi on le voit au Balzac et le soir aux Ambassadeurs ». Il le savait et il en était ravi, car cet homme étrange ne se vantait jamais que de ses défauts.

Ses cours attiraient les étudiants de tous les âges et peut-être même de toutes les Facultés, car il n'y avait pas que des carabins dans l'amphithéâtre ces jours-là. On venait l'écouter pour ce qu'il disait et aussi pour la façon dont il le disait. Il avait une voix chaude et presque pathétique dans les sons graves. Il savait d'ailleurs merveilleusement en jouir et n'ignorait pas l'emprise de son éloquence sur les étudiants. Dans l'hémicycle, on le sentait à l'aise. Il connaissait son public et ne détestait pas, les jours d'agitation, de provoquer les manifestations les plus bruyantes dont il était sûr d'avoir raison quand il voulait par quelque mot heureux ou quelques phrases émouvantes.

Ses conférences de chef des travaux pratiques, comme le cours de Farabeuf avec lequel elles alternaient, amenaient chaque jour une grande effervescence dans les couloirs de la Faculté. Il y avait entre ces deux grands enseigneurs une sorte de concurrence et de rivalité

Ils étaient cependant bien différents l'un de l'autre. Poirier portait beau. Sa barbe noire tranchait d'une façon surprenante avec l'argent de ses cheveux. Ses yeux avaient un éclat pénétrant dont beaucoup supportaient avec peine la fascination. Toujours impeccable dans sa tenue, il avait une élégance certaine et même quelque peu aventurée.

Farabeuf le lui pardonnait mal. L'air souffreteux, les cheveux généralement en désordre il avançait dans l'amphithéâtre courbé en deux, enveloppé de châles et de cache-nez. De grosses lunettes bleues auxquelles il ajoutait un lorgnon, cachaient son regard.

Poirier avait le verbe haut, la voix claironnante. Les phrases se déroulaient en périodes cadencées et son geste large ajoutait à l'impression du discours.

Farabeuf lui aussi, parlait facilement et avec beaucoup d'esprit, mais sa voix était grêle, chevrotante, un peu cassée.

Son discours était fait de phrases hâchées, un mot, une image, mais combien expressive, remplaçait la période.

On a dit de l'un et de l'autre que le souci du détail avait fini par lasser et même provoquer le recul que nous voyons aujourd'hui. Même en admettant que cela soit vrai, des deux méthodes je ne sais laquelle est la plus préjudiciable à l'instruction des jeunes, de celle qui apprend trop ou de celle qui n'apprend plus rien. Car, de l'avis unanime, il est matériellement impossible en six mois de travail de voir toute l'anatomie, à plus forte raison d'y rien comprendre.

Mais, a-t-on dit, la science médicale touche à toutes les sciences, il faut donc que le futur médecin les connaisse toutes. Cependant un homme n'a qu'une tête, et comme elle ne peut tout contenir, on va réduire tout l'enseignement aux simples notions ; autrement dit, on n'apprendra plus rien parfaitement.

Parce qu'une industrie emploie du fer, du bois, de l'essence, de l'huile et de l'électricité, a-t-on jamais songé à demander à ceux qui sont chargés de la mise au point de connaître la minéralogie, la botanique, la chimie et la physique ? Il suffit qu'ils connaissent la partie essentielle. Le reste est affaire de spécialiste.

Parce que la médecine utilise la chimie, la physique, la physiologie, la parasitologie, la bactériologie, la botanique, etc., on voudrait que l'étudiant connût tout cela et peut-être même aussi l'essentiel.

Les industriels et les commerçants auraient ils l'esprit plus subtil que les intellectuels ?

Ceux qui n'ont vu Poirier que de l'extérieur, n'ont jamais connu Poirier. Par je ne sais quelle pudeur difficile à comprendre, il prenait plaisir à cacher ou à dissimuler sous des dehors de sceptique ses sentiments intimes. Il était de ces hommes dont la vie intérieure est, comme dit Lacordaire, une flamme ardente qui brûle au fond d'une cave.

Pourtant, même chez les plus hermétiques, il y a toujours quelque fissure par où cette flamme apparaît au dehors. Quand on ne les voit que de loin, sur la scène habituelle où ils viennent jouer leur rôle d'humain, on ne connaît d'eux que le personnage paré et maquillé. On ne voit pas l'homme. Tout fard enlevé et le travesti à terre, il apparaît tel qu'il est, avec ses faiblesses, ses émotions, ses délicatesses de sentiment.

Contrairement à la plupart, j'ai pu connaître ce Poirier-là, si différent de celui qu'il voulait paraître. J'ai pu apprécier sa bonté touchante, sa générosité parfois aveugle, et sentir pour moi-même le chaud réconfort de sa sollicitude affectueuse... »

L'esprit critique a toujours été le parent pauvre de la médecine clinique ; sorte de bohème, d'affranchi, il se glisse parmi la foule des suivants ; mais sa voix est aussitôt couverte par le dédain irrité du patron ou l'indignation des élèves intéressés. Ainsi naissent les chapelles et les clans, ainsi s'imposent les théories ou les thérapeutiques les plus folles, et se façonnent ces lourds boisseaux qui éteignent la vraie lumière intellectuelle ; et toute une jeunesse courbe la tête sous le rude poids de l'autorité pontificale. « Beaucoup d'hommes de cette espèce, a dit Gœthe, gouvernent la coterie scientifique ; et la coterie éteint les réflexions spontanées et les pensées originales ; elle réduit bientôt la science à l'état le plus misérable ; l'art dégénère en mérier. »

(Professeur Pierre Mauriac, leçon inaugurale.)

La transmission congénitale du Pian, malgré les analogies pathologiques entre cette maladie et la syphilis, semble ne pas exister (*Cercle médical du Katanga*, séance du 19 août 1930, C. R. *in Bruxelles médical* 18 janvier 1931.) H. V.

LES LIVRES NOUVEAUX

Comment échapper à la maladie (1)

Comment éviter la maladie, empêcher son éclosion ? Et, si elle est déclarée, comment se libérer de son étreinte ? Ce double objet, le Docteur Paul Farez ne l'a, certes, point exposé en un traité didactique, doctrinal, savantissime et rébarbatif, évoquant toutes les possibilités. Par des exemples simples, variés, nombreux, mais forcément incomplets, ces causeries, familières et accessibles à tous, ont surtout voulu faire pressentir les inépuisables ressources qu'à l'humanité vigoureuse, fragile ou souffrante, apportent l'hygiène, la médecine préventive et la médecine tout court. Ainsi, cet ouvrage continue et complète *L'art de bien gérer sa santé*.

M. Louis Madelin a écrit pour ce livre une brillante préface, où il le présente comme il convient, et on ne saurait mieux dire que lui :

« .... Citant sans cesse ceux de ses confrères qui ont étudié tel ou tel cas et y ont apporté remède, M. le Docteur Farez, qui est, évidemment, aussi cultivé qu'homme du monde, nous cite bien d'autres autorités ; il a beaucoup pratiqué Montaigne, il le cite souvent et à propos, il cite aussi Horace, Sénique, Bos-

(1) *Comment échapper à la maladie*, par le Docteur Paul Farez, préface de M. Louis Madelin, de l'Académie Française. Un vol. in-8 écu de 364 pages. Prix : 20 francs.

suet et même l'*Ecclésiaste*, et même Molière, qu'autrefois les médecins tenaient pour un assez mauvais plaisant. On devine facilement qu'avant d'aborder la carrière qui a ses dilections il a été, à la Sorbonne, l'élève des Maîtres de la philosophie, surtout d'Emile Boutroux, et qu'il a dû porter sa curiosité, toujours en éveil, dans bien d'autres domaines, — voire l'historique. Son érudition n'est, elle aussi, aimable : il veut la croire commune. « Vous rappelez-vous, dit-il, l'impératrice Cornélia Salonnia ? » Il serait évidemment très étonné si, d'une seule voix, ses lecteurs s'écriaient : « Mais comment donc ! Je pensais encore à elle, il n'y a qu'un instant ! » Mais, enfin, sommes-nous heureux que le docteur Farez nous rafraîchisse la mémoire au sujet de Cornélia Salonnia... « Etes-vous vagotoniques ou sympathicotoniques ? interroge le docteur. Aucun de nous ne s'empresserait de répondre : « Mais sympathicotoniques dans tous les temps ! » Ces interrogations sont excellentes ; elle font ressembler le livre à un dialogue : d'ailleurs, nous ne sommes nullement inquiet : en cinquante lignes, et quelquefois cinq, nous allons savoir ce que veut dire « vagotonique » et dire « sympathicotonique ». Et par là encore nous sommes enchantés.

Enfin, nous sommes rassurés. Dans une page, il écrit que ce siècle est heureux parce que les hommes, ayant toujours eu un ange gardien dans le médecin, en connaissent maintenant un second dans le chirurgien. Et, très crânement, le Dr Farez fait ici-même l'office, — je lui emprunte le terme — d'un ange gardien ou, pour être moins mystique, d'un guide qui nous garde de mille faux-pas. Il montre les ornières, les précipices ; il nous gare de la précipitation et stimule la lenteur ; il nous signale tous les dangers, — jusqu'à celui que recèle un crayon d'aniline manié par une dactylographe ; mais aussi révèle-t-il les bienfaits à côté des méfaits et je vais manger des huîtres avec moins d'appréhension, consommer du sucre avec plus de plaisir et croquer une pomme saine avec la conscience que je remplis un grand devoir vis-à-vis de ma santé.

Et voilà pourquoi je suis très reconnaissant au docteur Farez, comme le seront tous ses lecteurs. Il les instruira en se jouant, les rassurera, tout en les avertissant, et d'incompétents qu'ils étaient, les laissera sous l'aimable impression qu'à le bien lire, on saura, tout seul, « échapper à la maladie », — ce qui est bien, au fond, la première préoccupation des hommes. »

BIBLIOGRAPHIE

Portfolio Jury Artes Medicæ. Cartable de huit planches d'art en couleurs.

On ne saurait méconnaître les efforts tentés dans divers pays, relativement aux applications industrielles de la photographie des couleurs, invention éminemment française due aux frères Lumière.

Bien qu'en théorie cette découverte semble d'une application facile, elle présente à la pratique des difficultés considérables, provenant particulièrement de l'instabilité et de l'irrégularité de fixation de l'image par les sels d'argent, également des effets des trames perceptibles mais que l'on est arrivé à éliminer actuellement entièrement.

De nombreux savants en divers pays cherchent à solutionner cet angoissant problème et il est superflu d'ajouter que ce qui est présenté au cinéma comme photographie directe en couleurs naturelles, est inexistant. Une couleur est captée, les deux autres sont fixées au pochoir, ou par un procédé industriel similaire.

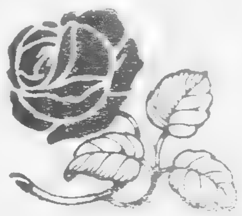
En Amérique même, les reproductions de tableaux de musées sont encore à l'état embryonnaire, car le taylorisme ne peut s'appliquer.

Depuis plus de 30 ans, M. R. L. Jury s'occupe de cette question. Ses applications se sont portées tout particulièrement sur les reproductions de tableaux de musées, en raison du fait que l'objet étant inanimé, l'objectif peut rester devant le sujet à exécuter indéfiniment ; car fait curieux en effet, l'enregistrement présente une irrégularité décevante et incompréhensible.

En effet la prise d'une couleur peut s'effectuer presque instantanément ; alors que quelques minutes après, dans des conditions mathématiquement similaires elle nécessitera une exposition de 30 à 60 minutes !

Comme Fidélio dans le Luthier de Crémone s'écriant : « J'ai trouvé ! J'ai trouvé ! » M. Jury a trouvé une formule heureuse. Ses fac-similés de tableaux donnent l'illusion absolue des originaux. Rien n'y manque : la couleur, la pâte, la vieillissure, l'ambiance générale est parfaite. — Les experts les plus autorisés en France, en Italie, etc. ne lui ont pas ménagé leurs félicitations et de nombreux gouvernements ont souscrit des collections pour leurs établissements des Beaux-Arts, ou d'instruction divers.

Devant ces faits acquis et incontestés nous avons pensé être agréable à





nos lecteurs et amis et avons enfin la bonne fortune d'annoncer qu'un portfolio comprenant huit planches d'art d'une qualité réellement exceptionnelle, se référant uniquement à des scènes médicales, vient d'être publié par nos soins. L'édition est strictement limitée à 650 exemplaires numérotés et d'un coût actuel de 750 fr. le portfolio, payable soit au comptant : soit sans aucune augmentation en dix versements mensuels de 75 fr. Sans aucun doute, cette édition, par la suite, verra des prix très élevés ; comme une collection similaire de M. Jury « Les Dessins des Grands Maîtres » (éditée en 1912 à 1500 fr. et presque introuvable à dix mille francs) l'auteur s'est complu à fixer des scènes qui ne soient pas trop popularisées dont voici le détail :

1. Adrien BROUWER (1605-1638) : L'opération à l'épaule ; 2. Adrien BROUWER (1605-1638) : Opération au pied et examen de la bouche ; 3. Pietro LONGHI (1702-1762) : La visite chez l'apothicaire ; 4. Jean STEEN (1626-1679) : La consultation ; 5. Gérard DOU (1613-1675) : L'examen analytique ; 6. Adrien BROUWER (1605-1638) : L'Opération au pied ; 7. Franz van MIERIS (1635-1681) : La malade et son médecin ; 8. Hans HOLBEIN le jeune (1497-1543) : Portrait du docteur Erasmus van Rotterdam.

Cependant pour permettre à nombre de médecins qui désireraient posséder quelques belles épreuves seulement, sans avoir le portfolio nous pouvons offrir deux superbes planches « La consultation » d'après Jan Steen et « La résurrection de St-Lazare » d'après Nicolas Froment au prix de 150 fr. les deux épreuves (port en sus).

Toutes les épreuves soit en portfolio, soit séparées sont montées sur des passe-partout rigides qui permettent leur utilisation sans le secours d'encadrements onéreux. Un simple verre que chacun peut poser soi-même les protègera contre les mouches et il ne sera pas ridicule pour le médecin, même le plus fortuné d'avoir chez lui quelques beaux fac-similés reproduisant des scènes intéressant sa profession plus particulièrement.

Le Palais du Luxembourg, par Gustave HIRSCHFELD, 1 vol. petit in-16 (20 × 13) 44 gravures et plans. Broché 7 fr. 50. H. Laurens, éditeur. 6 rue de Tournon. Paris VIe,

Pour la collection Petites Monographies des Grands Edifices de la France. M. G. Hirscheld a écrit sur le Palais du Luxembourg une monographie concise, à jour, exacte, qui manquait.

Il est dans la capitale peu d'édifices aussi mal connus. Il en est peu d'aussi intéressants.

Construit par Salomon de Brosse pour Marie de Médicis régente, ce monument a conservé une unité architecturale que les modifications apportées par Chalgrin lorsque, sous le Consulat, la demeure princière est devenue palais législatif, et les adjonctions d'A. de Gisors, sous Louis-Philippe, n'ont pas altérée.

Palais de la Reine mère, Palais d'Orléans, Palais du Comte de Provence, Prison pendant la Terreur, Palais du Directoire, siège de toutes les Chambres hautes qui se sont succédées depuis le Consulat, le Palais du Luxembourg contient dans ses murs trois siècles d'histoire de France,

S'il a perdu, au profit du Louvre, les vastes compositions où Rubens a raconté la vie de Marie de Médicis, les panneaux qui restent de cette époque, les aménagements de Chalgrin, les plafonds de Delacroix, les splendeurs du Second Empire qui se perpétuent dans l'ancienne Salle du Trône, rivale de la Galerie d'Apollon, les peintures récentes de Maurice Denis et de Lucien Simon, les boiseries de la Salle des Séances, d'admirables Gobelins, constituent des beautés de premier ordre.

Le Petit-Luxembourg, résidence du Président du Sénat, le Jardin gloire de Paris, de tout temps aimé des étudiants et des artistes, ne pouvaient être absents de cette monographie. Ce sont parties d'un même tout.

La Régence par FRANTZ FUNCK-BRENTANO. Un volume, in-8 écu, imprimé sur alfa — 16 hors-texte tirés en héliogravure, Prix 25 fr. *Bibliothèque « Historia »*. Éditions Jules Tallandier, 75, rue Dareau, Paris.

La « Bibliothèque Historia » publie en sa charmante collection le brillant tableau que M. Funck-Brentano a tracé de la Régence. Epoque exquise tout à la fois et passionnante : Watteau et Marivaux, Carlouche et le système de Law ; la grâce dans l'art et au théâtre, l'esprit dans le crime, le génie dans la Finance.

L'illustration réunit, en reproductions parfaites, une série d'œuvres dues aux meilleurs artistes du temps, notamment un étonnant portait de Watteau par lui même, si peu connu qu'on le dirait inconnu jusqu'à ce jour.

Stendhal raconté par ceux qui l'ont vu. Documents recueillis par P. JOURDA. Librairie Stock 1 vol. 15 fr.

Tous les critiques qui ont retracé la biographie de Stendhal ont dû l'interpréter, et d'une manière plus ou moins consciente le tirer à eux ; ils ont fait des portraits dont on ne sait plus au juste lequel est le véritable, et qui ne se ressemblent pas. Quel plaisir de trouver ici, au contraire, un Stendhal instantané, un Stendhal sans retouches, saisi sur le vif et au naturel !

De sorte que le présent ouvrage, dont les matériaux ont été choisis et ordonnés par les mains les plus expertes, nous apporte des surprises ! Voir l'auteur du Rouge et la Chartreuse par les yeux de ses contemporains, c'est nous rapprocher de lui tout d'un coup, en écartant ce que notre dilettantismo, ou notre subtilité, ou notre ingéniosité excessive ont interposé entre sa vie et nous ; c'est revenir de l'idole à l'homme,

Ce volume est le premier de la collection « *Les grands homme raconés par ceux qui les ont vus*, dont les livres sont à la fois plus vrais et plus vivants que les « Vies romancées », avec lesquelles ils sont en opposition de principes absolue. Très prochainement paraîtra *Victor Hugo*, par Escholior, puis *Robespierre*, par Mathiez, *Racine*, par Bellessort, *Louis XV*, par P. de Nolhac. *Chateaubriand*, par M. Levaillant, etc.

Le Langage et la Pensée, par Henri DELACROIX, Professeur à la Sorbonne, Doyen de la Faculté des Lettres de Paris, 2e édition, revue, remaniée et augmentée. Paris 1930. Félix Alcan. Un vol. 624, p. : 60 fr.

Je veux croire qu'il n'est point de philosophe qui ignore la première édition, justement renommée de cet ouvrage et je veux croire qu'elle est également connue de tous ceux des médecins dont la pratique requiert une documentation psychologique étendue.

Je ne vise pas particulièrement, en écrivant ceci, la question de l'aphasie dont Henri Delacroix, tenant compte des plus récentes publications, fait un exposé magistral. Cette question est en sommeil et vraisemblablement pour longtemps.

Substituer le chaos Head aux chaos Déjerine, Pierre Marie et a quantité d'autres chaos plus ou moins retentissants, ce n'est pas sortir du chaos, c'est s'y enfoncer davantage — s'il est possible,

Et il en sera ainsi tant que la donnée anatomique et la donnée pathologique domineront, dans l'esprit des chercheurs, la donnée essentiellement et purement psychologique.

C'est celle-ci qui parviendra à éclaircir celles-là, lorsqu'on aura consenti à faire quant à l'Intelligence une hypothèse raisonnable, à reconnaître à la fois la monotonie anatomique et la multiplicité fonctionnelle de l'élément nerveux, la brutalité et l'incohérence des lésions, le nombre extrêmement élevé et la diversité extrême des cas *possibles* d'aphasie.

Ce que je voudrais que l'on commençat par m'expliquer, c'est la survie des premières espèces animales dépourvues par définition de mémoire héréditaire, si l'on n'admet pas que l'Intelligence est un élément doué du pouvoir de discriminer *fatalement*, *instantanément*, et *quasi-infailliblement* entre le nécessaire et le nocif.

Ces caractéristiques de l'Intelligence se reconnaissent aisément au long de la série animale où la *fatalité*, *l'inexorabilité*, *l'instantanéité* et la *quasi-infaillibilité* du phénomène Intelligence n'ont laissé à l'ignorance, au manque de réflexion, au parti-pris et parfois à la mauvaise foi d'autre recours que de les couvrir d'un mot qui n'explique rien : celui d'*instinct*.

Le caractéristique de l'Homme, c'est que cette surprenante et magnifique faculté de discrimination (aussi surprenante et aussi normale que les actions, attractions, réactions des corps inanimés) la caractéristique de l'Homme c'est que, chez lui, la faculté de discriminer ne s'exerce pas seulement sur ce qui lui est étranger et sur les effets extérieurs de ses discriminations, elle s'exerce encore, cette faculté de discrimination, sur ses propres discriminations ressenties intérieurement,

Cette *fonction-miroir* assez rudimentaire chez les animaux les plus élevés de l'échelle zoologique, atteint chez lui un beau développement.

Mais ce développement est, bien entendu, conditionné par l'existence d'un *organe-miroir* lequel n'est autre que l'organe du langage, *caractéristique de l'espèce humaine*.

Chez l'Homme, l'Intelligence prend une connaissance relativement très précise et très étendue de ses propres manifestations ; elle peut ainsi s'exercer — et parfois avec une rapidité fulgurante — sur les discriminations qu'elle vient d'opérer, Elle perçoit, *grâce à l'organe-miroir*, le reflet de sa propre activité laquelle devient ainsi pour elle matière à discrimination, d'où : la possibilité du « *Je pense que je pense* », le sens critique, toutes les supériorités de l'homme aur l'animal le mieux doué. Grâce à l'organe-miroir, l'Intelligence chez l'Homme devient *auto-consciente*.

Manque de consentir à reconnaître que la nature de l'Intelligence nous est *inconnue*, de discerner ses caractéristiques chez l'animal, les perfectionnements et les déficits de rendement que procure à l'Homme la faculté d'user d'un organe-miroir, la psychologie officielle ne cesse de prendre *l'effet* pour la *cause*, c'est-à-dire de considérer comme constitutif de l'Intelligence ce qui ne sont qu'effets, que traces du phénomène intelligence.

Une hypothèse plus raisonnable conduirait à bien des résultats avantageux ; par exemple : reconnaître l'identité de l'Intelligence et de l'instinct; en ce qui a trait aux aphasies à discerner que Charcot (ceci dit sans diminuer le mérite de certains devanciers) a construit une théorie ou, si l'on veut une ébauche -- plus ou moins inexacte au point de vue anatomique (et ceci importe bien peu pour l'instant) — mais, du point de vue psychologique une ébauche d'airain contre laquelle viendront se briser, tôt ou tard, tous les chaos les uns après les autres.

Autre chose encore, entre cent autres : Une hypothèse raisonnable permettrait de comprendre qu'il ne peut y avoir de cas d'aphasie quel qu'il soit sans un déficit dans le jeu intellectuel — si grave ou si insignifiant que puisse être ce déficit ; insignifiant parfois au point de demeurer inaperçu, (de même que tels cas de certaines aphasies), de qui que ce soit, y compris du patient lui-même. Déficit qui peut offrir tous les degrés de gravité des plus importants aux plus modiques mais qui ne peut pas ne pas être, déficit dont on ne peut pas plus nier l'existence qu'il n'est possible de répondre d'une exécution parfaite dans tous les cas sur un piano auquel manque une touche — si peu usitée et de peu d'importance que soit cette touche.

Je résume là l'esquisse de conceptions que j'ai bien souvent développées depuis plus d'une vingtaine d'années (1)

Il est entendu que ce ne sont pas celles du professeur Henri Delacroix. Mais je ne me pardonnerais pas de ne pas le louanger extrêmement pour avoir reconnu l'importance primordiale du *langage intérieur*, clef de voûte de l'édifice intellectuel humain. L'auteur consacre de nombreuses pages à cette question royalement ignorée par une tourbe de philosophes, psychologues et psychiatres confits dans le respect des enseignements d'Ecole. Car l'Homme, y compris le savant — ou, du moins le prétendu savant — est, avant, tout, un animal grégaire.

La nouvelle édition du *Langage et de la Pensée* est enrichie d'une *analyse générale de la fonction linguistique* publiée à Oxford en 1926 (*The Zaharoff Lecture*) devenue introuvable en librairie — de remaniements et d'adjonctions a. s. *langage et société* et *conditions psychologiques du langage* ; *système formel du langage* ; (*grammaire générale*; *catégories grammaticales* ; *progrès du langage*) ; méthode belge de *démutisation*: *hyperendophasie* : *automatisme doctrine de Head*.

En somme, avec des parties très originales, un exposé clair et complet de tout ce qu'un philosophe ou un médecin peuvent s'enorgueillir de connaître sur ce qu'enseigne la Science officielle a. s, langage, pensée, aphasie.

Espérons qu'Henri Delacroix consentira à étudier *Pensée et Art oratoire*. Je suis persuadé qu'un livre de lui sur le sujet nous serait précieux.

La deuxième édition de *Le Langage et la Pensée* est dédiée par le Savant à la mémoire de son fils Pierre-Henri (1909-1927) hommage touchant auquel il nous permettra de nous associer respectueusement.

Dr. G. SAINT-PAUL.

(1) V. mes Thèmes psychologiques, fasc. 1 et 2. Paris. Vigot fr.

« Sentinelles... prenez garde à vous... » (Souvenirs et enseignements de quatre ans de guerre avec le Vingt-Troisième d'infanterie), par le Docteur Frantz ADAM. Legrand, éditeur, 93, boulevard St-Germain, Paris.

Encore un livre de guerre, mais... qui repose un peu des livres de guerre. L'auteur, un réserviste qui pendant quatre ans fut médecin d'infanterie nous fait grâce de ces descriptions de *boucheries* « à la Remarque » et s'attache surtout à l'étude de la psychologie de ses camarades, officiers et soldats. Il ne craint pas de parler des débandades de 1914, dont il a été témoin dans une division de réserve où il servait alors, et consacre même tout un chapitre aux mutineries de 1917 ; il impute les premières à l'insuffisante préparation des réserves, les secondes à l'insuffisance psychologique de *certains chefs*.

Le docteur ADAM nous dépeint le Poilu dans sa lutte contre la boue, le froid, les fatigues harassantes des corvées ; il nous émeut en narrant la vie et la mort de ses soldats avec lesquels il a vécu en contact étroit pendant plus de quatre ans. Estimant, avec Tardieu, qu'il n'existe pas actuellement « des raisons d'être nerveux ni alarmés, mais des raisons d'être vigilants », l'auteur voudrait que l'on attachât plus d'importance à la formation morale, psychique, du soldat. A l'en croire, les *hommes* n'ayant pas pris part à la dernière guerre sont insuffisamment préparés à se trouver brusquement aux prises avec une armée de métier éduquée *à la von Seckt*.

Le livre du Dr ADAM sera lu avec intérêt par tous les médecins qui ont fait la guerre.

Revue des Cours et Conférences. Paraît le 15 et 30 de chaque mois.

Sommaire du N° du 28 février 1931 : F. Gaiffe : L'évolution du comique sur la scène française (VI) : vers la grande comédie (*suite*). — G. Conues : L'Angleterre en 1919 (X) : Dernière heure. — J. Legras : L'art de Gogol (II) : La forme (*suite*). — A. Spaier : Quelques aspects de l'idéalisme (VI) : Raison impersonnelle. Pensée consciente (*suite*). — G. Lote : Le vers romantique (V) : la refonte du vers (*suite*). — M. Raymond : La poésie française contemporaine (III). Les poètes de la vie retrouvée (*suite*). — J. Tourneur-Aumont : Centenaire d'un historien : Fustel de Coulanges (XII) : Religion et devoir (*suite*).

L'Amour et l'Art. Revue mensuelle. Abonn. France : 95 fr. Librairie de France : 110, boulevard St-Germain, Paris.

Sommaire du N° de mars 1930 : B. Kœchlin : L'Exposition d'art persan à Londres. — Ch. Sterling : Le Paysage dans l'Art européen de la Renaissance et dans l'Art chinois. Influences ou coïncidences. — Comment créait Bourdelle.

Actualité. Les derniers jours de Bourdelle. — Portraits d'artistes. — La Gravure. — L'art appliqué. — Le Moulin à peinture. — L'humour dans l'Art. — Ciména. — Les livres. — Les revues.

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMP. THIRON ET CIE. — R. C. 4264


Constipation habituelle
CASCARINE LEPRINCE
Laxatif parfait
réalisant le véritable traitement
des CAUSES de la CONSTIPATION
AFFECTIONS du FOIE
ATONIE du TUBE DIGESTIF
Eumictine
Santalol, Salol, Hexaméthylène, Tétramine
Antigonococcique - Diurétique
Analgésique-Antiseptique
Blennorragie, Cystites, Néphrites
Pyélites, Pyélo-Néphrites, Pyuries.
8 à 12 capsules par jour.
PHOSPHOTHERAPIE RATIONNELLE
par le RHOMNOL
Pilules et Saccharure à base d'Acide Nucléinique
Ampoules à base de Nucléinate de Soude
et le NEO-RHOMNOL
à base de Nucléinate de Strychnine
Ampoules : Cacodylate de Soude
Comprimés : Méthylarsinate de Soude
Neurasthénie-Infections-Convalescences
Traitement rationnel et scientifique du DIABETE
par les
Pilules du Dr Sejournet
Complexe à base de Santonine
ANTIDIABÉTIQUES, RECONSTITUANTES
ne nécessitant qu'un régime facile à établir.
Une pilule à chaque repas.
SAP
Spécifique de l'Hypertension
GUIPSINE
en Pilules aux principes utiles du GUI
REGULATEUR du TRAVAIL du CŒUR
non vaso-constricteur
Diurétique Antialbuminurique - Antihémorragique.
Laboratoires du Docteur
Maurice LEPRINCE
62 rue de la Tour
PARIS 16e
et
toutes pharmacies

FONDÉ EN 1873. — N° 15 | LE NUMÉRO : 50 Centimes | 11 AVRIL 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

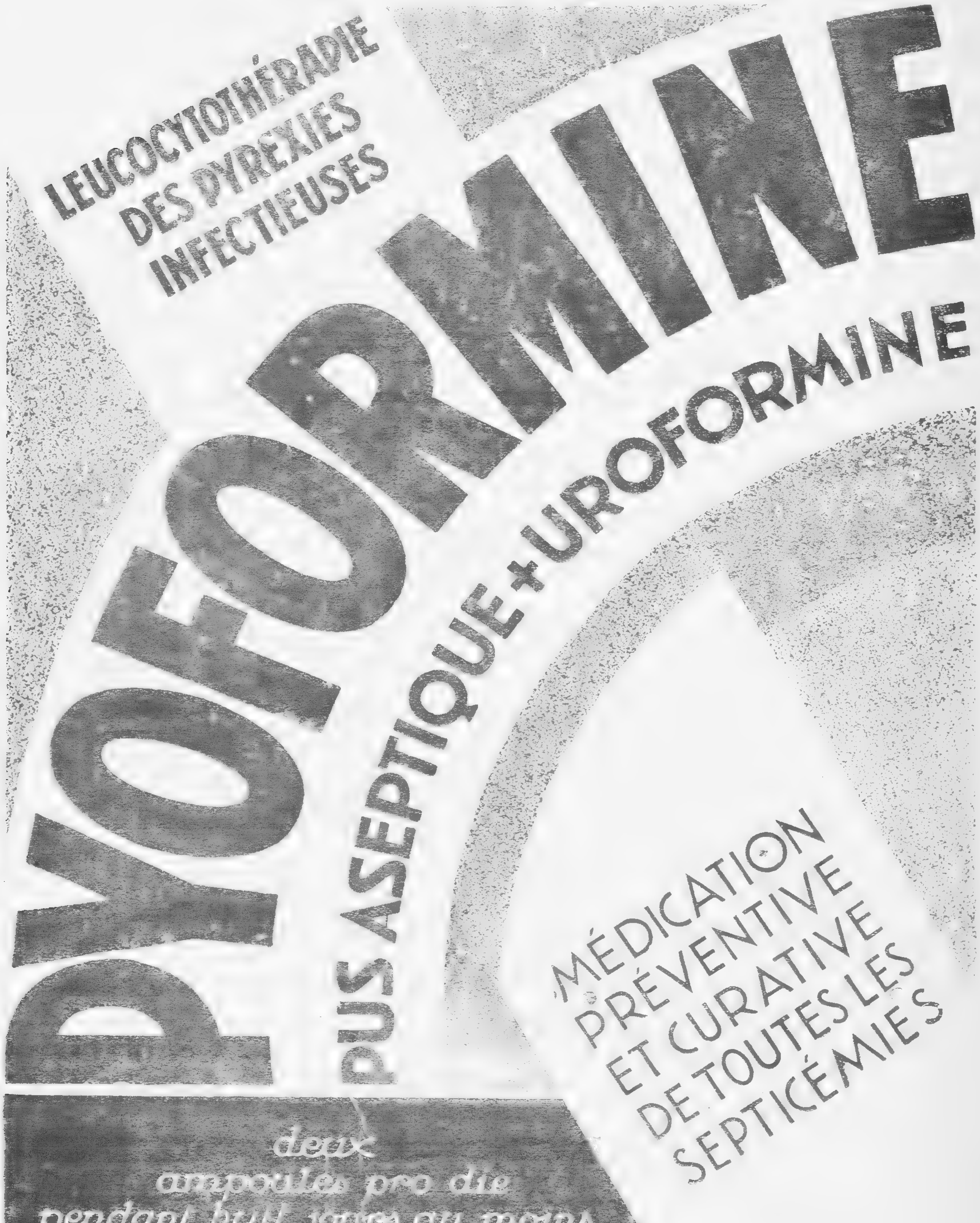
A. ROUZAUD
44, Rue des Écoles, PARIS (V^e)
C. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies .... 40 fr.
Étudiants .... 30 fr.
Étranger .... 45 fr.
Étranger 1re zone .... 70 fr.
Étranger 2e zone .... 90 fr.

Les Bureaux de Rédaction sont ouverts le Vendredi, de 5 h. 1/2 à 6 h.

SOMMAIRE


LEUCOCYTOTHÉRAPIE
DES PYREXIES
INFECTIEUSES
PYOFORMINE
PUS ASEPTIQUE + UROFORMINE
MÉDICATION
PRÉVENTIVE
ET CURATIVE
DE TOUTES LES
SEPTICÉMIES
deux
ampoules pro die
pendant huit jours au moins
LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS:
LABORATOIRES GOBEY
89, R. DU CHERCHE-MIDI PARIS (6e)

NOUVELLES

Association amicale des anciens médecins des corps combattants. — L'assemblée générale de cette Association s'est tenue le mardi 17 mars au Cercle national des armées de terre et de mer, sous la présidence du Docteur Jacques Forestier.

Elle a montré la grande activité de l'Association, et l'esprit de camaraderie qui anime ses membres.

On a pu se rendre compte des services rendus à ceux-ci, tant pour l'attribution de la carte de combattant que pour la caisse mutuelle de retraite et l'allocation du combattant.

Un dîner a suivi l'assemblée générale, et a été présidé par M. Marc Leclerc, vice-président de l'Association des écrivains combattants.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de l'Association : Dr Rémy-Néris, 74, rue du Rocher, Paris, VIIIe.

Les Journées médicales de Bruxelles à la mémoire de Fernand Widal. — La XIe session des Journées médicales se tiendra du 20 au 24 juin 1931, sous le Haut patronage de LL. MM. le Roi et la Reine et la présidence de M. le Professeur Auguste Rey. Elle sera consacrée à la mémoire et à l'œuvre de Fernand Widal, le grand clinicien français auquel la médecine internationale doit tant de découvertes importantes. Le programme constituera comme précédemment, un enseignement post-universitaire, à la fois théorique et pratique, auquel collaboreront les anciens élèves et les amis du regretté maître. Dès à présent, on peut citer du côté français : MM. F. Bezançon, Vaquez, Abrami, Ambard, Brissaud, Brûlé, Lemierre, Joltrain, Merklen, Pasteur Vallery-Radot, Ravaut, de Genne, Desmarest, Lecompte du Nouy, Lagrange, Georges Laurens.

Jamais il n'aura été donné d'entendre, dans un congrès, les leçons d'une aussi brillante réunion de cliniciens et de savants, et les Journées médicales s'avèrent, dès à présent, comme un incontestable succès.

La séance solennelle aura lieu le samedi 20 juin, au Palais des Académies. M. le Professeur Vaquez fera la conférence inaugurale.

Le comité prévoit pour compléter le programme scientifique, [illegible] une série de fêtes : représentation théâtrale, soirée, banquet.

Le mercredi 24 juin, les congressistes iront à Spa où, au cours d'une journée Widal, ils seront les hôtes de la Compagnie fermière et, visitant les établissements balnéaires, ils assisteront à l'inauguration du laboratoire du professeur Henrijean.

La cotisation est fixée à 75 francs. Les adhésions peuvent être envoyées au Dr Beckers, secrétaire général, 145, rue Belliard, Bruxelles.

Hôpital Tenon. — *Cours de perfectionnement sur les troubles du rythme cardiaque.* (Sous la direction du Dr Camille Lian, professeur agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Tenon.) — Ce cours, qui sera suivi d'un voyage à la station hydro-minérale de Royat, aura lieu du 27 mai au 6 juin. Il sera fait par le Dr C. Lian avec la collaboration de MM. Haguenau, médecin des hôpitaux : A. Blondel, ancien interne lauréat des hôpitaux, assistant du service ; Gilbert Dreyfus et P. Puech, anciens internes du service ; Bréant et Plantevin, chef et assistant du laboratoire du service ; P. Merklen et Odinet, internes des hôpitaux.

Tous les matins à 10 heures, conférence clinique avec projections ; à 11 heures, exercices cliniques. Le mardi et le vendredi matin sont consacrés entièrement à l'examen des malades de la consultation spéciale du service (un télécardiophone permet à tous les élèves d'ausculter simultanément un même malade).

Tous les après-midi, à 15 heures et à 17 h. 1/2, conférences cliniques avec projections ; à 16 heures, démonstration pratique (sphygmomanométrie, radiologie, électrocardiographie, méthode graphique, pléthysmographie).

Programme du cours. — Mercredi 27 mai, 10 heures, M. Lian : Considérations générales sur le rythme cardiaque et ses troubles. — 11 heures, M. Blondel : Démonstration clinique. — 15 heures, M. Blondel : Forme commune de l'arythmie extrasystolique. — 16 heures, M. P. Merklen : Généralités électrocardiographiques. — 17 h. 1/2, M. Gilbert-Dreyfus : Formes cliniques de l'arythmie extrasystolique.

Jeudi 28 mai, 10 heures, M. Lian : Causes et traitement de l'arythmie extra-systolique. — 11 heures, M. Blondel : Démonstration clinique. — 15 heures, M. Blondel : Troubles du rythme sinusal. — 16 heures, M. Odinet : Démonstration pratique d'électrocardiographie. — 17 h. 1/2, M. Marchal : Radiologie du cœur.

Vendredi 29 mai, 10 heures, M. Lian : Démonstration clinique à la consultation spéciale du service. — 15 heures, M. Marchal : Radiologie vasculaire. — 16 heures, M. Breant : Métabolisme basal. — 17 h. 1/2, M. Blondel : Forme commune de l'arythmie complète.

Samedi 30 mai, 10 heures, M. Lian : Traitement de l'arythmie complète. — 11 heures, MM. Lian et Marchal : Exercices de radiologie cardio-vasculaire. — 15 heures, M. Blondel : Causes et formes cliniques de l'arythmie complète. — 16 heures, M. P. Merklen : Démonstration de méthode graphique. — 17 h. 1/2, M. Puech : Tachycardies permanentes.

Lundi 1er juin, 10 heures, M. Blondel : Tachycardies paroxystiques. — 11 heures, M. Lian : Exercices pratiques d'interprétation d'électrocardiogrammes. — 15 heures, M. P. Merklen : Flutter auriculaire. — 16 heures, M. Odinet : Démonstration de sphygmomanométrie. — 17 h. 1/2, M. Gilbert-Dreyfus : Traitement des tachycardies.

Mardi 2 juin, 10 heures, M. Lian : Démonstration clinique à la consultation spéciale du service. — 15 heures, M. Odinet : Forme commune du pouls lent permanent par dissociation auriculo-ventriculaire. — 16 heures, M. Plantevin : Démonstration pratique d'anatomie pathologique du tissu cardiaque primitif. — 17 h. 1/2, M. Blondel : Formes cliniques des bradycardies par dissociation auriculo-ventriculaire.

Mercredi 3 juin, 10 heures, M. Lian : Diagnostic des bradycardies. — 11 heures, M. Blondel : Démonstration clinique. — 15 heures, M. P. Merklen : Le bloc des branches terminales du faisceau de His. — 16 heures, M. Odinet : Démonstration d'électrocardiographie. — 17 h. 1/2, M. Blondel : Les troubles du rythme dans les infections et les intoxications.

Jeudi 4 juin, 10 heures, M. Lian : Traitement des bradycardies. — 11 heures, M. Blondel : Démonstration clinique. — 15 heures, M. Odinet : Les inégalités du pouls. — 16 heures, M. Marchal : Démonstration pratique de radiologie cardio-vasculaire. — 17 h. 1/2, M. Blondel : Le pouls alternant.

Vendredi 5 juin, 10 heures, M. LIAN : Démonstration clinique à la consultation spéciale du service. — 15 heures, M. HAGUENAU : Epreuves neuro-végétatives. — 16 heures, M. P. MERKLEN : Pléthysmographie. — 17 h. 1/2, M. BLONDEL : Traitement de l'insuffisance cardiaque dans ses rapports avec les troubles du rythme cardiaque.

Samedi 6 juin, 10 heures, M. LIAN : Démonstration clinique.

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi le cours : ils pourront ensuite être attachés au service comme médecins stagiaires, et éventuellement comme assistants.

Chaque année, au début de juin et de novembre, est fait dans le service un cours de perfectionnement sur les affections cardio-vasculaires. Tout le programme est réparti en quelques cours : 1° arythmies ; 2° grands syndromes cardiaques ; 3° endocarde, péricarde, myocarde, aorte et artère pulmonaire ; 4° artères, veines et capillaires.

Le cours de novembre 1931 portera donc sur les grands syndromes cardiaques.

VOYAGE A ROYAT. — Le cours sera suivi d'un voyage à la station hydro-minérale de Royat. Visite de l'établissement thermal. Leçon sur les indications, la technique et les résultats de la cure. Excursion au Puy-de-Dôme. Départ samedi 6 juin à midi, retour à Paris lundi 8 juin à 19 heures.

DROITS D'INSCRIPTION : 250 fr. pour le cours ; 100 fr. pour le voyage à Royat.

S'inscrire : ou bien à la Faculté de médecine, tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi) salle Béclard (A. D. R. M.) ou bien à l'hôpital Tenon auprès du Dr Blondel, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours.

IIIe Congrès international de radiologie (Paris, la Sorbonne, 26-31 juillet 1931.) — PROGRAMME DU CONGRÈS. — Dimanche 26 juillet : Réunion des délégués des 26 pays officiellement représentés. Inauguration de l'Exposition d'appareils d'électro-radiologie. Soirée de bienvenue pour les congressistes, avec bal. — Lundi 27 juillet : séance inaugurale du Congrès dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne en présence de M. le Président de la République. Début du travail des sections. — Mardi 28 juillet : Question à l'ordre du jour et travail des sections. Soirée à l'Opéra. — Mercredi 29 juillet : Question à l'ordre du jour et travail des sections. Visite de l'Exposition d'appareils. — Jeudi 30 juillet : Question à l'ordre du jour et travail des sections. Banquet par souscription. — Vendredi 31 juillet : Travail des sections. Assemblée plénière de clôture du Congrès. Fête de nuit à l'Exposition coloniale.

QUESTIONS A L'ORDRE DU JOUR. — Au cours de la séance inaugurale, le Prof. FORSSELL (Suède) parlera de la lutte sociale contre le cancer. Quatre questions sont à l'ordre du jour du Congrès. Elles seront exposées dans des conférences de 30 minutes, en séance plénière, par les rapporteurs suivants, désignés par les Sociétés de radiologie de leurs pays respectifs : Dr COLE (Etats-Unis) : Exploration radiologique de la muqueuse du tube digestif : Dr LYNHAM (Angleterre) : Traitement pré et post-opératoire des cancers du sein par les radiations (récidives et métastases exceptées) ; Prof. HAENISCH (Allemagne) : Exploration radiologique de l'appareil urinaire par excrétion de substances opaques ; Prof. MILANI (Italie) : Rœntgenthérapie des affections inflammatoires.

COMMUNICATIONS. — Plus de 300 communications particulières sont annoncées. Elles sont réparties entre les six sections suivantes : 1° Radiodiagnostic ; 2° rœntgen et curiethérapie 3° radio-physique ; 4° radio-biologie ; 5° électrologie ; 6° héliothérapie naturelle et artificielle.

Les congressistes recevront avant le Congrès le volume contenant les résumés des 300 communications.

Sont admis comme membres titulaires du Congrès les membres des Sociétés de radiologie et les personnes agréées par ces sociétés (cotisation du Congrès : 300 francs.

Sont admis comme membres adjoints seulement les femmes et les enfants des congressistes (cotisation : 50 francs par personne).

Prière d'adresser toutes les demandes de renseignements, adhésions et cotisations au secrétariat du IIIe Congrès international de radiologie, 122, rue La Boétie, Paris (8e).

Lauréats de l'Union médicale latine (1930). — *Prix Voronoff* : Prix de 10.000 francs, accordé au Docteur BROUHA de Bruxelles (Belgique) pour son travail : Insuffisances et hyperfonctionnements des glandes endocrines.

Prix Dartigues : Prix de 2.000 francs, réservé aux internes des hôpitaux de France. Docteur PELLÉ, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, pour sa thèse : rétrécissements de l'uretère pelvien chez la femme.

Prix Tussau de Lyon : Prix de 2.000 francs. Doctoresse FRANCILLON-LOBRE et Docteur DALSACE : Diagnostic et traitement de la stérilité par l'hystéro-salpingographie.

Prix pour la jeune Umfia (Paris) : Prix de 500 francs à Jai... de Pariente, qui s'est classé premier au concours de l'internat.

Prix de 500 francs accordé à Mlle PICART, qui a obtenu la place la plus élevée au concours de l'internat.

Prix de l'internat de Montpellier (fondation de la Revue de

l'Umfia) : Prix de 300 francs à M. RATIÉ : Réflexions sur la malariathérapie.

Prix de 300 francs à Mme P. LONJON : Etudes étiologiques de la névrite ascendante post-traumatique des membres. Mention honorable, M. FAYOT : Les bases anatomiques de la phrénicectomie.

Prix de l'internat de Toulouse : Prix de 300 francs au Dr P. FABRE : Occlusion intestinale et thérapeutique salée.

Prix Fischer (de Bordeaux) : Prix de 1.000 francs. Docteur Pierre ROBIN : Dysmorphoses crânio-faciales congénitales.

Dîner de printemps de l'Umfia ou Union médicale latine. — Le prochain dîner de printemps de l'Umfia ou Union médicale latine sera donné en l'honneur de la médecine canadienne française et des médecins canadiens présents à Paris, le mercredi 6 mai, à 20 heures précises, au Cercle interallié, 33, faubourg Saint-Honoré, Paris. Il se tiendra sous la haute présidence de l'honorable Philippe Roy, ministre plénipotentiaire du Canada, et sous la présidence du Professeur Sergent, de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie, qui a été envoyé plusieurs fois en mission au Canada.

Les médecins canadiens présents à Paris sont priés de se faire connaître au siège social.

Prière de s'inscrire au siège social de l'Umfia, 81, rue de la Pompe, Paris, 16e.

La liste des inscriptions sera close *irrévocablement* le samedi 2 mai.

Conférences du dimanche. — L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1930-1931, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (angle du boulevard Saint-Germain, entrée : 49, rue des Saints-Pères). Ces conférences sont publiques et gratuites.

PROGRAMME POUR LE TROISIÈME TRIMESTRE 1930-1931. — 19 avril, M. R.-J. WEISSENBACH : Indications particulières et techniques des différentes méthodes d'hémothérapie parentérale. — 26 avril, M. TURPIN : Le mongolisme (à propos de 22 cas de dystrophie pseudomongolienne avec arriération mentale). — 3 mai M. RAVINA : Hydramnios. — 10 mai M. B. WEILL-HALLÉ : L'infection tuberculeuse tardive et la prophylaxie vaccinale. — 17 mai, M. DESMAREST : Diagnostic des occlusions de l'intestin chez l'adulte. — 31 mai, M. Et. BERNARD : Les causes connues de l'hypertension artérielle. — 7 juin, M. JACQUET : Les éléments de diagnostic et le traitement de l'appendicite chronique. — 14 juin, M. ROUHIER : Diagnostic et traitement des grossesses tubaires. — 21 juin, M. LÉVY-VALENSI : Les Magnicides Damiens. Etude de psycho-pathologie historique. — 28 juin, M. HUBER : Zona et varicelle.

Concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices (Année 1931.) — Le concours annuel pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sera ouvert le mardi 12 mai 1931, à 9 heures du matin, à l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

Les candidats devront se faire inscrire à l'Administration centrale (Bureau du Service de santé), de 14 heures à 17 heures, du mercredi 22 au mercredi 29 avril 1931 inclusivement.

Nécrologie. — Dr Anastase KOTZAREFF, décédé à Paris à l'âge de 41 ans. — Dr Prosper MASSAD père, de Marseille. — Dr Jean REBIÈRE, de Bonnières-sur-Seine (Seine-et-Oise). — Dr Raoul SERULLAZ, de Vaugneray (Rhône), vice-président du conseil général du Rhône, décédé à l'âge de 64 ans. — Dr TILMAN, de Chenée, stomatologiste de l'hôpital anglais, décédé à l'âge de 43 ans. — Dr Albert WIDIEZ. — Dr Victor ASCOLI, vice-président de l'Association de la Presse médicale latine, rédacteur en chef du *Policlinico*, décédé à Rome à l'âge de 68 ans. — Dr BONNET, médecin en chef des Asiles de la Seine. — Dr Nestor GOREZ, de Saint-Amand-les-Eaux (Nord), décédé à l'âge de 73 ans. — Dr Henri GRAZIANI, officier de la Légion d'honneur, président de l'Association nationale des médecins mutilés et pensionnés de guerre, décédé des suites de ses blessures. — Dr Emile FEUILLÉ, médecin des hôpitaux de Paris, chef de laboratoire à la Faculté de médecine, est décédé à la suite d'un accident de chasse, dont il avait été victime il y a deux mois. Chimiste et pharmacien, le docteur Feuillé, qui fut le dernier interne du Professeur Bouchard, s'était orienté vers les travaux de laboratoire et ses recherches scientifiques l'avaient amené à une conception très personnelle de la thérapeutique. Le docteur Feuillé, qui était originaire de la Bourgogne, était maire du village de Montmoyen, où il a été inhumé. Il était officier de la Légion d'honneur et médecin de la « Maison des journalistes ». — Dr Th. RAYMOND, ancien sénateur de la Haute-Vienne, décédé à l'âge de 88 ans.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le Bore dans les eaux minérales

Par le Professeur **Maurice LOEPER**

Des sels qui constituent les eaux minérales, la richesse est infinie. la proportion variable. le titre et la concentration différents.

Mais, chaque eau présente une dominante chimique, elle est bicarbonatée ou sulfatée, silicatée, sulfurée. La caractérisation chimique est relativement facile. mais l'association a son importance, comme aussi la charge des éléments qui la constituent. Certains sont électronégatifs comme le chlore, le brome, l'iode, la silice, le soufre. l'acide phosphorique, d'autres sont électropositifs comme le fer, le manganèse. le magnésium, le sodium le calcium. le baryum et le lithium.

L'ensemble est équilibré et l'équilibre physicochimique doit être, en thérapeutique, considéré au moins autant que la nature même des éléments.

Bien plus, certaines substances jouent dans l'organisme humain un rôle zymosthénique. renforcent un ferment donné ou l'activité d'une cellule donnée, ainsi que je l'ai vu avec Mougeot et Aubertot ; un rôle phylactique, anagotoxique, qu'a surtout envisagé Billard. un rôle anti-anaphylactique qu'ont vu Arloing et Vauthey et que j'ai étudié avec Mougeot récemment encore (1).

A côté des éléments primordiaux bien connus, dosables et patents, quelles que soient la méthode et la nomenclature adoptées, il en existe d'autres dont l'abondance est moindre. dont la reconnaissance est délicate et dont l'action est cependant capitale, comme est capitale celle du cuivre, du zinc ou de l'arsenic dans une solution saline quelconque et artificielle.

Dès le milieu du XIXe siècle, on mit en évidence l'azote, le strontium. l'aluminium, le zinc et le nickel. Wilm découvrit le rubidium, d'autres, le cobalt. le cadmium, le cœsium: certains auteurs allemands l'antimoine, le plomb, le bismuth. le titane, le sélénium, le thallium, le chrome. De tous ces corps, on ne sait quel est exactement le rôle. mais on est en droit de le considérer comme important.

On a récemment spécialement étudié le Fluor qu'on a caractérisé à Vichy. Royat, Bourbon, Agnano, Luxeuil, Luchon, Cauterets et Aix, et l'on sait que ce fluor est actif dans la maladie de Basedow.

On a quelque peu laissé de côté le bore dont la valeur thérapeutique est aussi intéressante, sinon identique.

***

Le bore est un métalloïde qui représente à lui seul une famille entre le carbone et l'azote, très près du brome et du soufre.

Les travaux d'Agulhon l'ont mis en évidenee dans la plupart des végétaux, à l'exception peut-être des pommes. Il existe dans les vins de Californie, de Saxe et dans d'autres encore.

Il existe aussi dans les eaux minérales plutoniennes peut-être même dans certaines eaux de surface. Et cela ne peut surprendre. On connaît depuis longtemps son existence dans la cendres des volcans et certains lacs de Toscane le reçoivent de ces jets de vapeur chaude que les Italiens appellent « suffionie ».

Le dosage en est difficile et la reconnaissance ne peut être faite qu'avec des méthodes raffinées ; par le papier de curcuma d'une part. par le spectre de flamme ou le spectre d'arc d'autre part.

Le bore brûle avec une belle coloration verte que la quantité obtenue, toujours faible, ne permet pas de reproduire constamment.

Dans la nature, il semble combiné tantôt à la magnésie. tantôt à la chaux. tantôt à la silice, tantôt concurremment à la silice et à la chaux.

Fongès Diacon et Fabre. utilisant la méthode de Bertrand et Agulhon, ont donné dans les eaux minérales les chiffres suivants :

		en milligr.
Royat	César	0,07
	St-Mart	0,05
	St-Victor	0,07
	Eugénie	0,05
	Velléda	?
Vichy	Grande-Grille	0,01
	Hôpital	0,005
	Hauterive	0,004
	Célestins	0,003
	St-Yorre	0,001
La Bourboule		0,005
Mont-Dore		0,002
Saint-Nectaire		0

Ce sont là des résultats asssez maigres.

La technique de Bordas et Touplain a donné des chiffres plus élevés, mais elle ne considère que Vichy :

		en millig.
Vichy	Hôpital	3
	Grande-Grille	3
	Célestins	2,5
	Chomel	3
	Lucas	3
	Parc	3

D'autre part, les Italiens. Nasini et Porlezza, auraient constaté dans l'eau de Salzo Maggiore jusqu'à 2 gr. 23 par litre, ce qui est énorme.

Sans qu'aucun autre dosage précis ait été fait encore, on sait que le bore existe dans les eaux de Wiesbaden, d'Aix. de Bagnères-de-Bigorre, de Luchon, de Barèges, de Cauterets, de Vichy.

Le bore est donc présent plus spécialement dans les eaux sulfureuses. chlorurées sodiques et bicarbonatées et il atteint son plus haut degré dans certaines eaux chlorurées et iodobromurées. Il est électronégatif d'ailleurs comme le chlore, le brome et l'iode auxquels il s'associe.

***

On peut se demander quel peut être son rôle.

Chez les végétaux, le bore, à quelque dose qu'on l'administre, semble plutôt paralyser le développement. Il tend à détruire la chlorophylle et les feuilles des végétaux borés se couvrent de taches blanches.

On ne sait encore si à des doses plus faibles, il ne peut être excitant, plutôt que paralysant.

Chez l'animal, il paraît accroître la sécrétion urinaire, provoquer quelques flux intestinaux, exciter les fibres utérines et le sens génital.

Chez la femme, il est emménagogue, calme les crampes utérines et semble faciliter l'accouchement.

Chez l'homme, il est diurétique et il dissout l'acide urique.

Il est peu toxique. bien qu'à fortes doses il ait entravé l'assimilation de l'azote et provoqué dans les falsifications alimentaires. de véritables accidents.

Quelques éruptions impétigineuses, un peu de nausées et de diarrhée sont en clinique la rançon peu sévère des fortes doses.

Le pouvoir antiseptique est faible mais non négligeable. Mais il est peu probable que. au titre où se trouve le bore dans les eaux minérales, il mérite d'être envisagé.

(1) Rapport à la Société d'hydrologie 23 mars 1931.

L'action la plus curieuse du bore a été mise en évidence par les recherches de Féré, de Dijoud, de Crouzon, de P. Marie et Boutier.

Le bore est antispasmodique et anticonvulsif et il a été employé avec succès dans l'épilepsie sous forme de tartrate boricopotassique et de borate de soude.

J'ai constaté moi-même avec Turpin la valeur du bore comme sédatif de certaines crises gastriques, avec Ollivier et Garcin comme sédatif des troubles nerveux des thyroïdiens et je l'associe souvent au citrate de soude pour le rendre plus soluble et accroître son activité (1).

Il s'agit ici d'une action nerveuse directe qui porte sur l'ensemble du système nerveux végétatif plus que sur les centres, mais dont on ne peut préciser l'orientation vagotrope ou sympathicotrope.

L'action inhibitrice du bore sur le muscle lisse est possible mais elle n'est pas prouvée et mes recherches avec Mougeot *in vivo et in vitro* ne permettent encore aucune conclusion.

Le bore agit aussi sur la nutrition. J'ai vu avec Garcin et Tonnet les injections veineuses et même l'absorption du borate de soude ou du bore organique diminuer la glycémie du diabétique et favoriser l'action de l'insuline presque autant que la favorisent le cobalt et le nickel dans les recherches de Bertrand et Machebœuf.

Ici, il ne peut s'agir d'une action directe mais d'une sorte d'action catalytique où si l'on préfère zymosthénique qui s'apparente à celle du calcium vis-à-vis des ferments amylolytiques.

Le bore est évidemment peu abondant dans les eaux minérales, mais il n'est nullement prouvé que, même aux doses où il s'y rencontre, il ne puisse exercer une action et une action élective. Il peut accroître le pouvoir des sels thérapeutiques voisins comme il accroît celui de l'insuline ou oriente celui du citrate de soude ; il peut encore renforcer ou modifier le pouvoir fermentaire des cellules et l'activité secrétrice d'un organe vivant.

Le bore serait comme un auxoferment dont il reste à déterminer l'orientation exacte que nous pouvons seulement pressentir.

N'est-il pas remarquable d'ailleurs que, parmi les eaux sédatives, alcalines, soufrées, ou chlorurées, beaucoup soient reconnues déjà comme contenant du bore: Barèges, Chomel, Salzo Maggiore pour ne citer que celles-là.

La question mérite d'être étudiée en détail et est certainement riche de conséquences.

J'ai voulu, dans ce court article, attirer l'attention sur le bore hydrominéral, montrer tout l'intérêt que présente sa recherche dans les eaux naturelles, toute la valeur que peut avoir sa constatation pour expliquer l'action de ces eaux sur le système nerveux et sur la nutrition.

(1) MM. Loeper, Ollivier, Turpin, Garcin et Tonnet. Soc. des hôpitaux 1921 et 1826 et et *Journal de méd. et chirurgie pratiques* 1929.

Sécrétion ovarienne. — L'administration de grandes quantités de folliculine effectuée dans les premiers jours de la phase lutéinique chez la lapine, entraîne la suppression des phénomènes utérins préparatoires à la nidation de l'œuf, qui sont normalement conditionnés par le corps jaune. (Courrier. Folliculine et phénomènes utérins préparatoires à la nidation de l'œuf. *C. R. de la Soc. de Biol.*, 1930, t. CIV, n° 26, p. 1178.)

La corne stérile appartenant à une lapine gestante présente une évolution particulière : le déciduome expérimental, conditionné par le corps jaune, ne s'y forme qu'au début de la grossesse. Donc, la libération d'hormone lutéinique, au cours de la gestation, ne se produit que passagèrement. (R. Courrier et R. Kehl. Le déciduome expérimental chez la lapine gestante. (*C. R. des séances de la Société de biologie*, 1930, n° 26, t. CIV, p. 1180).

Citrates et calcémie. L'ingestion de jus de citron ou de citrate trisodique à dose supérieure à un gramme par kilo de chien abaisse la calcémie et augmente la calciurie (Proverman et Brull. *Bull. de la Soc. de chimie Biol.* 1930, p. 1151.) H. V.

Contribution à l'étude d'un rôle de la thyroïde dans la pathogénie de l'asthme

Par M. **J. GALUP** (du Mont-Dore)

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Ce sont surtout, on le sait, L. Lévi et de Rothschild (1), qui ont suggéré l'hypothèse et admis la réalité d'un asthme thyroïdien, par poussées d'hyperthyroïdie paroxystique se manifestant sur un fond permanent d'hypothyroïdie. Sur la totalité des asthmes, ils en évaluent la fréquence à 50 %.

Avant eux, des auteurs comme Moncorgé (2), Ley (3), Gauthier (de Charolles) (4), Nicoll (5) avaient déjà signalé des cas de ce genre.

Pareille thèse n'a cependant été accueillie qu'avec réserve par l'ensemble du Corps médical, peut-être parce que leurs auteurs principaux l'ont présentée comme l'un des multiples éléments, sur lesquels ils étayent leur conception générale du rôle joué par la thyroïde en pathologie ; et qu'on a tendance à se méfier en médecine de tout ce qui paraît systématique. Des opinions et des faits confirmatifs ont été, cependant, publiés par Marañon (6), Carrasco (7), Widal et Abrami (8), Cordier et Mounier-Kühn (9), (qui admettent un pourcentage de 25 %) Elliott (10), d'autres encore sans doute.

Sans vouloir énumérer ici, ni discuter les arguments, de valeur d'ailleurs inégale, qui ont été fournis en faveur de cette conception d'un asthme thyroïdien, ou thyro-ovarien, voire pluri-glandulaire, et qu'on trouvera tout au long exposés dans la thèse de Mounier-Kühn, nous chercherons simplement, pour notre part, à examiner, sans idées préconçues et d'une façon aussi objective que possible, ce que sont susceptibles de nous apprendre, à cet égard, chez des asthmatiques étudiés en série, 561 mesures de métabolisme basal et leur confrontation avec l'observation clinique des sujets.

* * *

Dans un précédent travail (11), nous avons publié le résultat de nos premières mesures du métabolisme de base chez des asthmatiques. Nos recherches ultérieures ont exactement confirmé la valeur du pourcentage établi alors, et que l'on peut fixer à un cinquième. *Un cinquième environ des asthmatiques (en période d'accalmie) présente un métabolisme de base anormal, tant par excès que par défaut* : nous n'insisterons pas sur

(1) L. Lévi et de Rothschild. — « Nouvelles études sur la physio-pathologie du corps thyroïde et des autres glandes endocrines ». Doin, édit., 1911, p. 325. — L. Lévi. « Pathogénie de l'asthme thyroïdien et ovarien ». *Arch. gén. de méd.*, 1912, p. 217.

(2) Moncorgé. — « L'asthme (étiologie, pathogénie et traitement) Vigot, édit., 1re édition, 1900, p. 201.

(3) Ley. — « Accès d'asthme d'origine hypothyroïdienne ». *J. de neurologie de Bruxelles*, 20 avril 1901.

(4) Gauthier (de Charolles). — « Les médications thyroïdiennes Baillière, édit., 1908, p. 218.

(5) Nicoll. — « A case of exophtalmie goitre in a girl ten years of age ». New York med Record, 1909, t. LXXV, p. 667.

(6) Maranon. — « La edad critica », Ruiz Hermanos, Madrid, 1919.

(7) Carrasco. — « Acerna del os nuevos conocimientos sobre patogenia y tratamiento del asma esencial. » *Arch. de medic.*, Cirurgia y Especialidades, 15 avril 1921, t. III, n° 2.

(8) Widal, Abrami et de Gennes. — « Colloïdoclasie et glandes endocrines. Asthme et troubles thyro-ovariens ». *La Presse médicale*, 6 mai 1922, n° 36, pp. 385-388. — Widal et Abrami. — « Asthme et hyperthyroïdisme ». *La Presse médicale*, 31 mai 1924, n° 44, pp. 473-476.

(9) Mounier-Kühn. — « Asthme et glandes endocrines, la thyroïde en particulier ». *Thèse de Lyon*, 1926. Bosc et Rion, édit. — Cordier. « Recherches personnelles sur le métabolisme basal dans quelques affections autres que les goitres. » *Journ. de méd. de Lyon*, 5 mars 1929, n° 220, pp. 151-157.

(10) Elliot. — « Asthme occurence in patients manifesting evidence of thyroïd dys fonction. » *Am. J. Surg.*, sept. 1929, pp. 333-337.

(11) J. Galup. — « De la dépense d'énergie chez les asthmatiques. Asthme et métabolisme de base. » *La Presse méd.*, 28 avril 1928, n° 34, pp. 531-534.

e point, que nous considérons comme définitivement acquis (1).

Par contre, nous avons certainement eu tort, dans ce premier travail, d'admettre sans discussion que *toutes* les anomalies de métabolisme, constatées par nous, impliquaient l'existence d'un facteur thyroïdien.

Impliquent-elles même, toutes, un etat pathologique ? Il y a lieu, à cet égard, d'admettre, pensons-nous, un certain déchet.

Ainsi, même en dehors de toute dyspnée, la ventilation pulmonaire peut avoir été momentanément troublée pendant l'examen, non pas tant en raison d'une pose défectueuse du masque que parce que le sujet, trop « nerveux » (et les asthmatiques sont essentiellement des sujets nerveux), a forcé ou retenu sa respiration. Toutefois, les précautions que nous avons prises de noter pendant l'examen le nombre de respirations et de pulsations à la minute, ainsi que de renouveler cet examen quelques jours plus tard, toutes les fois qu'il nous a paru suspect pour une raison quelconque, nous semblent avoir réduit au minimum ces causes d'erreur.

Plus important est le fait que nos métabolismes anormaux ne le sont qu'à un degré modéré ; que beaucoup même sont des « chiffres-frontières », suivant l'expression de Marañon et de Carrasco (2) ; et que, dans ces conditions, comme le disent fort justement ces auteurs, on ne saurait, étant donné « l'énorme complexité et la variabilité des phénomènes biologiques, localiser toute la responsabilité d'un diagnostic sur une seule donnée, et surtout sur une donnée mathématique ».

Par contre, si, considéré isolément, un métabolisme anormal surtout dans les cas-frontières, peut et doit laisser hésitant le clinicien sur son caractère pathologique, sa signification nous paraît beaucoup plus nette, lorsque ce métabolisme anormal coïncide avec des troubles cliniques, que l'on peut eux-mêmes présumer être le fait et la manifestation d'une perturbation morbide des combustions organiques. Dans ces cas, les troubles cliniques confirment le caractère pathologique de la donnee mathématique, tandis que celle-ci consolide la conception pathogénique des troubles cliniques. Et ainsi, comme le disent encore Marañon et Carrasco, on peut, avec plus de sûreté, « en comparant les deux données, former son jugement définitif ».

Que nous apprennent, à cet égard, nos observations ? — Nous n'y trouvons ni fièvre, ni frissons, ni dyspnée au moment de l'examen, — causes d'exagération constante du métabolisme, — ni, hors un cas suspect, de ces états susceptibles, d'après certaines recherches, de modifier celui-ci, tels que le diabète ou la tuberculose. Quant à des troubles du système nerveux végétatif, ils sont évidemment de règle chez les asthmatiques ; mais il nous est trop souvent arrivé de constater leur existence sans anomalie du métabolisme, pour que nous n'admettions pas, avec M. Labbé et Stévenin, et contrairement à certains auteurs, que, lorsque de telles modifications existent, c'est que les troubles neuro-végétatifs sont eux-mêmes associés à des troubles endocriniens, et sous leur dépendance.

Restent ces troubles endocriniens, qui constituent, de l'avis général, la grande cause des perturbations du métabolisme basal.

M. Labbé et Stévenin (3), commentant notre premier travail, estiment que « l'auteur cherche à trouver dans un trouble endocrinien la cause des anomalies du métabolisme et de l'asthme lui-même ; mais qu'il ressort de l'examen des faits rapportés par lui que les troubles endocriniens avérés sont rares chez les asthmatiques ; à peine peut-on en accepter un cas chez les adultes et trois chez les enfants ».

Si, pour notre part, nous avons eu tort de fonder notre diagnostic sur la seule donnée métabolique, de leur côté, M. Labbé et Stévenin, en ne faisant état dans nos observations que des cas d'asthme associés à des syndromes endocriniens parfaitement définis, (basedow, myxœdème, syndrome adiposo-génital), se sont montrés, à notre avis, trop exclusifs.

(1) Le détail de nos nouvelles recherches a été communiqué à la *Soc. d'hydrol. médic. de Paris*, séance du 5 janvier 1931, sous le titre de : « Asthme, cure du Mont-Dore, métabolisme de base et glande thyroïde. » (Ann. ..., t. LXXII).

(2) Marañon et Carrasco. — « Sur la valeur clinique de la détermination du métabolisme basal. » *Ann. de médecine*, t. XIII, n° 2, février 1923, pp. 124-14[illegible].

(3) Labbé et Stévenin. — « Le métabolisme basal ». *Masson*, édit., 19[illegible], p. 237.

En réalité, il faut tenir compte, d'une part, des petits états thyroïdiens, bien décrits par L. Lévi et de Rothschild, et qui consistent, comme on sait, en « combinaisons variées à l'infini » de symptômes, dont les uns sont attribués par ces auteurs à une légère hypothyroïdie, les autres à une légère hyperthyroïdie, — les uns et les autres souvent associés chez les mêmes sujets, par suite d'un état d'instabilité thyroïdienne. » Et, sans doute, nombre de ces signes sont-ils des manifestations de nature neuro-végétative, de telle sorte que ce sont à peu près les mêmes que ceux que décrivent d'autres auteurs comme caractérisant l'hypervagotonie ou la sympathicotonie. Mais qu'est-ce que cela signifie, sinon que les troubles neuro-végétatifs en question peuvent être sous la dépendance d'un dysfonctionnement thyroïdien ? Cette suggestion nous semble prendre toute sa force, lorsqu'on voit ces signes coïncider avec un métabolisme de base anormal, dont ils confirment ainsi la signification thyroïdienne. Quant à la constatation à des examens successifs, [soit au cours d'une même cure d'eaux (1), soit d'une année à l'autre[, d'anomalies métaboliques de signe contraire chez un même sujet, comme plusieurs de nos observations nous en fournissent des exemples, elle ne **peut**, nous semble-t-il, que contribuer à justifier la notion d'instabilité thyroïdienne, qui est loin d'être universellement admise. On peut interpréter de la même façon le fait que les métabolismes anormaux le sont les uns par excès, les autres par défaut, chez les asthmatiques.

D'autre part, on ne saurait négliger, dans les observations cliniques, la constatation de signes indiquant le dysfonctionnement d'autres glandes que la thyroïde, et en particulier de l'ovaire, — soit qu'on admette, en raison de la fréquence des synergies glandulaires, que ces signes confirment la nature thyroïdienne de l'anomalie métabolique constatée, soit que l'on pense, avec certains auteurs, que le métabolisme anormal, surtout s'il n'est pas très accentué, peut être le fait du dysfonctionnement de diverses glandes endocrines, et non de la thyroïde seulement. A tout le moins, peut-on penser, avec Marañon et Carrasco (2), que la valeur obtenue est la résultante de l'intervention de plusieurs glandes ; que, par exemple, l'exagération de métabolisme due à une hyperthyroïdie peut être atténuée par l'influence abaissante d'une insuffisance ovarienne concomitante.

Chez l'adulte, parmi nos 55 cas d'asthme avec métabolisme de base anormal (sur 280 qu'ont comportés nos nouvelles recherches), voici les constatations que nous avons faites de signes cliniques, pouvant être, d'après les auteurs, attribués à un dysfonctionnement endocrinien :

+ 37,2 % = Basedow typique, sans goitre, mais avec tremblements, tachycardie, exophtalmie.

+ 36,9 % = Troubles ovariens (règles précoces et très irrégulières de 10 à 17 ans, actuellement très abondantes : obésité rapidement développée à la suite d'une grossesse ; poussées eczémateuses disparaissant au moment des règles ; migraines et nausées à l'occasion des 5 ou 6 dernières menstruations) ; en outre : diminution de l'obésité au niveau de la partie supérieure du thorax, sous l'effet d'un traitement thyroïdien, mais avec apparition d'un énervement intense ; palpitations ; tremblements provoqués par l'évatmine ; fatigue générale de vieille date, surtout matinale ; perte de mémoire.

+ 36,4 % = pas de signes endocriniens manifestes, mais glycosurie légère, (laquelle peut être en rapport avec l'hyperthyroïdie) ; prurit anal, alternant avec l'asthme :

+ 25,7 % = obésité ; voix trémulante ; volubilité ; depuis 6 mois, palpitations et lienthérie.

+ 24,3 % = asthme survenu au cours d'une grossesse ; règles peu abondantes.

+ 22,5 % = asthme de la ménopause.

+ 20 % = maigreur extrême (40 kgr. pour 1 m. 59), qui n'est attribuable ni à des troubles digestifs, ni à de l'insuffisance des recettes alimentaires, ni à quelque autre cause appréciable.

(1) Nos mesures de métabolisme basal ont toutes été prises chez des asthmatiques, en traitement thermal au Mont-Dore.

(2) Maranon et Tarrasco. — *Loc. cit.*

+ 19,7 % = obésité ; menstruations très déficientes (parfois 2 heures seulement) ; stérilité.

+ 18,5 % = asthme de la ménopause : tachycardie de vieille date (112 pulsations, le matin à jeun) ; périodes de diarrhée et de lienthérie.

+ 18,3 % = palpitations ; tremblements et palpitations provoqués par l'évatmine ; insomnies ; névropathie ; passé génital (salpingo-ovarite suite d'avortement) ; grande exacerbation de l'asthme une dizaine de jours avant les règles.

+ 17,5 % = tachycardie (92, le matin, à jeun) ; amaigrissement sans cause ; crises d'asthme surtout une dizaine de jours avant les règles ; hémoptysies supplémentaires des règles (qui, avec les signes précédents et en l'absence de toute tuberculose, peuvent faire penser à une forme hémorragique, monosymptomatique, de dysthyroïdie basedowienne).

+ 16,9 % = obésité ; hypertension (16-11 au Vaquez-Laubry).

+ 16,3 % = dysménorrhée légère.

+ 15,1 % = asthme de la ménopause.

+ 15,1 % = maigreur ; tendance aux palpitations.

+ 14,2 % = basedow fruste, sans goitre, mais avec tachycardie, amaigrissement, aggravation d'une exophtalmie ancienne de nature myopique, diminution des règles ; traitée déjà par radiothérapie, hémato-éthyroïdine, syncrines Choay.

+ 13,8 % = irrégularité des règles, autrefois retardantes, actuellement avançantes.

— 20,5 % = début de goitre, il y a 16 ou 17 ans, ayant motivé traitement thyroïdien. Actuellement, signe du sourcil; frilosité; émotivité (qui provoque des éphélides) ; grande sensibilité aux médicaments ; ménopause précoce (à 40 ans).

— 19,7 % = crises nerveuses (avec cris, sensation de strangulation et de boule pharyngée) traitées avec succès par extraits thyroïdiens ; énervement et crise d'asthme légère provoqués par un essai de radiothérapie thyroïdienne ; intolérance à l'adrénaline (vomissements) ; aérophagie, algies thoraciques et cervicales.

— 18,4 % = grande frilosité ; transpirations profuses de la partie supérieure du corps ; bradycardie (52 pulsations) et lenteur de la ventilation pulmonaire (6) ; digestions lentes et lourdes.

— 18,3 % = tendance à la fatigue, (le matin, « a beaucoup de peine à se mettre en train ») ; mouvements fébriles, avec asthénie et céphalée, sans cause appréciable.

— 18,1 % = asthme survenu à la suite d'une grossesse.

— 17,6 % = intelligence médiocre et paresseuse (ne sait ni lire, ni écrire) ; manque de mémoire.

— 17,1 % = nervosité prononcée ; œdèmes durs et froids déformant les phalanges, surtout l'hiver.

— 16,5 = tendance ancienne aux palpitations : ménopause précoce (à 38 ans).

— 16,3 % = troubles névropathiques : fatigabilité excessive, (pour une simple marche de 1/2 km.) ; transpirations profuses.

— 16,3 % = sujet bréviligne, d'aspect « tassé », paraissant plus vieux que son âge ; faciès terreux ; thorax peu développé par rapport à l'abdomen.

— 15,5 % = tendance à la diarrhée ; depuis plusieurs années, fatigue nerveuse progressive.

— 13,6 % = asthme survenu au cours d'une grossesse ; ptose et phases d'entéro-colite.

— 13,2 % = sensibilité anormale à l'extrait thyroïdien, qui, à doses de 5 milligrammes, provoque, en quelques jours, amaigrissement et transpirations profuses.

— 13,2 % = action autothérapique d'une grossesse sur l'asthme.

— 12,8 % = asthme survenu à l'occasion d'une grossesse, mais précédé pendant 2 ans d'un engraissement de 18 kgr., survenu sans cause appréciable.

— 12,1 % = dysménorrhée accentuée, jusqu'à une ovariotomie double pratiquée à l'âge de 20 ans pour ovaires kystiques : depuis lors, grande exagération de l'asthme ; tendance aux palpitations.

— 12 % = énervement : tendance à l'insomnie, insuffisance extrême des règles ; légère exophtalmie ; cou un peu gros, — tous phénomènes d'apparition postérieure à l'asthme et traités avec succès par hémato-éthyroïdine.

— 11,6 % = obésité, d'apparition antérieure à l'asthme : irrégularité et retard ancien des menstruations.

— 11,6 % = maigreur sans cause connue : mouvements fébriles avec grande asthénie survenant sans raisons appréciables ; poussées vaso-motrices du foie, survenant pour des causes morales.

— 11,5 % = asthme survenu à l'occasion d'une grossesse.

— 10,9 % = crises de tachycardie à diverses reprises.

— 10,4 % = entéro-colite à forme diarrhéique.

En somme, nous relevons 38 cas d'asthme, où un métabolisme anormal se trouve associé à des signes cliniques, plus ou moins nettement attribuables, d'après les auteurs, à des dysfonctionnements glandulaires ; soit, pour l'ensemble de nos 280 cas, une proportion de 13,5 %, ou de *un huitième environ*, au lieu de un cinquième, que nous donnait la constatation isolée des métabolismes anormaux (1). Encore convient-il de remarquer que nous nous sommes contenté dans certains cas d'une symptomatologie fort réduite. Il est vrai, par contre, que la sémiologie endocrinienne, par ses caractères assez imprécis et ses combinaisons variées, est de constatation délicate et que nous ne l'avons peut-être pas toujours décelée chez nos sujets, comme l'aurait pu faire un spécialiste de l'endocrinologie.

Chez l'enfant, les signes cliniques de cet ordre nous ont paru en général beaucoup moins nets. Nous n'avons noté, en réalité, que des perturbations assez banales du caractère, du développement général ou de la digestion, qu'il faut un peu de bonne volonté pour rattacher à un dysfonctionnement glandulaire.

Reste encore une question à discuter. La coexistence de troubles endocriniens (cliniques et métabolique), indique-t-elle réellement que les endocrines jouent un rôle pathogénique dans l'asthme des sujets, chez qui on l'observe, ou n'est-elle pas plutôt le fait d'une simple coïncidence ? — Question d'autant plus légitime que la faible proportion de ces cas n'exclue pas, *a priori*, l'idée d'une simple coïncidence.

Il ne saurait s'agir en la matière d'établir des statistiques. Une relation de cause à effet peut exister, sans que les circonstances permettent de la mettre en évidence. Tout ce que nous pouvons faire, c'est rechercher des faits isolés, capables d'étayer cette pathogénie endocrinienne de l'asthme.

Divers auteurs ont pensé pouvoir tirer argument des résultats d'une thérapeutique spécifique, susceptible de modifier le fonctionnement des glandes : radiothérapie profonde de la thyroïde ou de l'ovaire, opothérapie thyroïdienne, ovarienne, orchitique, ou pluriglandulaire (en particulier à doses minimes, agissant comme régulatrices). Personnellement, nous n'avons aucune expérience de la première méthode et n'avons de la seconde qu'une expérience trop limitée pour émettre sur elle une opinion ferme (2). En tous cas, il faut considérer que cet argument thérapeutique, s'appuyât-il sur des faits nombreux et concordants, ne saurait constituer une preuve réelle. D'une part, en effet, il n'est point certain que la radiothérapie, même dirigée spécialement sur une glande, agisse par un processus local ; (on n'a jamais, à notre connaissance, recherché l'état du métabolisme basal avant et après le traitement et, par contre, des résultats favorables ont été obtenus par la radiothérapie générale) ; d'autre part, les extraits glandulaires sont susceptibles de manifester une action pharmaco-dynamique, distincte de leur action hormonale. (S'il n'en était ainsi, ce serait bien plutôt, à s'en référer à l'effet de l'adrénaline sur les crises, la surrénale que la thyroïde, qui devrait être incriminée).

En faveur d'une pathogénie endocrinienne de l'asthme, on peut, en second lieu, alléguer certaines circonstances spéciales d'apparition, d'aggravation ou de disparition des crises. Widal et Abrami, Curschmann ont ainsi signalé des cas d'éclosion simultanée et d'évolution parallèle d'un asthme et d'un syndrome de Basedow. Dans nos propres observations, nous n'insisterons pas, en ce qui concerne l'ovaire, sur la coïncidence des accès d'asthme avec la période menstruelle, ou de leur recrudescence à ce moment : c'est un fait presque banal, et qui n'est d'ailleurs susceptible de nous renseigner que sur une des causes occasionnelles des crises, (et non une cause unique en général), non sur l'origine même de l'état asthmatique. Plus intéressants sont les faits, signalés depuis longtemps d'ailleurs par nombre d'auteurs, d'apparition de l'asthme à l'occasion d'une grossesse ou de la ménopause, ou de la disparition de l'asthme à l'occasion d'une grossesse. Ajoutons-y un cas d'asthme, apparu chez une fille de 20 ans, à la suite d'une ova-

(1) Parmi les 17 cas de métabolismes anormaux sans signes endocriniens, l'un nous a paru pouvoir s'expliquer par un état actuel de très grande émotivité, l'autre par une tuberculose en évolution discrète.

(1) Du moins certains échecs incontestables nous ont-ils montré que la méthode n'était point d'une efficacité constante.

riotomie double. Quelle que soit, dans ces cas, la nature intime du mécanisme qui produit ou supprime l'asthme, il ne paraît guère douteux, en effet, qu'il soit lié aux modifications survenues dans l'ovaire, du fait de la grossesse ou de la ménopause (1). Nous en dirons autant, en ce qui concerne la thyroïde, lorsque, comme dans deux de nos cas, l'apparition de l'asthme suit de peu le développement d'un syndrome basedowien, encore qu'ici l'on puisse admettre, non une relation de cause à effet, mais une cause commune aux deux ordres de troubles, par l'intermédiaire du système neuro-végétatif. Quoiqu'il en soit, si ces faits paraissent bien démontrer une action endocrinienne, pour beaucoup d'entre eux des antécédents héréditaires d'asthme, des anamnestiques de rhinite spasmodique ou d'équivalents asthmatiques, antérieurs aux crises, empêchent d'affirmer que l'état asthmatique lui-même ait à son origine le dysfonctionnement endocrinien, à l'occasion duquel ces crises se sont manifestées. C'est ce que nous avons noté, pour notre part, dans nos deux cas de basedow, dans notre cas de ménopause chirurgicale et dans moitié de nos cas d'asthme liés à la grossesse ou à la ménopause.

Troisième argument en faveur d'une pathogénie endocrinienne de l'asthme : l'amélioration parallèle des accidents respiratoires et de symptômes de dysfonctionnement endocrinien, sous l'effet d'une thérapeutique active (dans les cas qui nous occupent, d'un traitement thermal, associé ou non à un traitement opothérapique). Personnellement, nous n'avons pas approfondi la question, en ce qui concerne l'association de l'asthme et d'accidents du molimen cataménial ; mais notre confrère Debidour a affirmé (2) que, sous l'effet de la cure mont-dorienne, l'amélioration parallèle est la règle dans de tels cas. Par contre, en ce qui concerne une amélioration parallèle de l'asthme et d'un métabolisme de base anormal, nous sommes loin d'avoir eu des résultats aussi concordants : sur 17 cas, en effet, nous n'avons constaté que 5 fois ce parallélisme ; 3 fois, au contraire, il y a eu, d'une année à la suivante, amélioration nette du métabolisme sans modification appréciable de l'état asthmatique, et 9 fois amélioration de l'asthme sans amélioration du métabolisme.

En somme, des trois ordres de faits, que nous venons d'étudier, on doit, malgré certaines réserves qu'ils nous ont imposées, conclure à la réalité, dans certains cas, d'une influence endocrinienne, sinon sur l'origine même de l'asthme, du moins sur le processus des manifestations asthmatiques.

Mais, dans cette influence endocrinienne, quelle est la part de la thyroïde, par rapport à celle des autres glandes ?

Tel est le dernier point qu'il nous faut chercher à préciser. Nous n'avons d'ailleurs à nous occuper que de l'ovaire, car les autres, dans leurs relations avec l'asthme, n'ont donné lieu jusqu'ici qu'à un très petit nombre d'observations et, personnellement, nous n'en avons recueilli aucune.

Une influence de l'ovaire, par contre, ne semble guère douteuse, nous l'avons vu, de par les simples constatations étiologiques et cliniques. Sa fréquence, en outre, apparaît grande. Ainsi, la coïncidence des accès avec la période menstruelle, ou leur recrudescence à ce moment, est un fait presque banal : nous l'avons observé 33 fois sur un total de 92 asthmatiques réglées, soit dans une proportion de 35,8 % ; des proportions plus fortes encore ont été indiquées par Percepied (3) : 40 %, et par Debidour (4) : 64 %, (dont 21 % de menstruations normales et 43 % de dysménorrhées) : deux fois seulement, nous avons noté une amélioration des crises au moment des règles, qui étaient, dans un des cas, de vraies ménorrhagies. Par ailleurs, sur 170 cas d'asthme féminin, nous avons observé : 14 cas d'asthme survenus à l'occasion d'une grossesse et 2 simplement exagérés à cette occasion : 3 cas de suppression des crises au cours des grossesses ; 18 cas d'asthme survenus à la ménopause ; 22 cas, enfin, d'asthme chez des dysménorrhéiques.

Tous ces cas concernaient aussi bien des sujets à métabolisme normal qu'à métabolisme anormal.

L'influence de la thyroïde paraîtrait moins manifeste, à s'en rapporter à la discordance fréquente que nous avons observée entre les résultats d'une commune thérapeutique sur l'asthme et sur le métabolisme basal. Elle ressort cependant nettement de certaines constatations cliniques. L'observation suivante tendrait, en outre, à prouver que l'état de dysthyroïdie, pourrait ne pas se traduire par une anomalie permanente du métabolisme basal :

Mme N.i.h..d., 34 ans, atteinte de crises d'asthme depuis 16 mois environ, avec éosinophilie sanguine de 11 p. 100.

Son métabolisme basal, examiné par nous en août, au cours de deux années successives, et en période d'accalmie, s'est montré normal : — 1 %, la première année, — 6,5 % la seconde. Par contre, en février de la première année, à Paris, il a été trouvé de + 17 % et, en novembre de la seconde, à Lyon, de + 14 % ; le lendemain de ce second examen a éclaté une violente crise, qui a duré huit jours.

De l'engraissement pendant l'été et de l'amaigrissement pendant l'hiver coïncident avec ces variations du métabolisme.

L'hémato-éthyroïdine calme les crises ; une dose trop forte a provoqué, une fois, une céphalée surtout frontale, intense et rebelle à l'aspirine.

Faut-il admettre que, dans ce cas, l'état de dysthyroïdie soit intermittent, ou bien que la recherche du métabolisme ne soit point assez délicate pour le révéler ? — Nous ne conclurons point à cet égard, mais signalerons cependant pour mémoire que L. Lévi, à qui nous avons adressé cette malade, a noté chez elle des signes cliniques thyroïdiens, et même pluriglandulaires : signes d'hypothyroïdie (sourcils peu abondants) ; d'hyperthyroïdie (horreur de la chaleur, tachycardie, tremblements, cou plein) : d'insuffisance ovarienne, (insuffisance des règles) ; d'insuffisance hypophysaire (peau plutôt blanche, nanisme dentaire, torsion facile des pieds) ; d'insuffisance surrénalienne (tendance aux « bleus » : tension basse).

Quoiqu'il en soit, l'influence de la thyroïde sur l'asthme est rare, à notre avis, contrairement à l'opinion de certains auteurs. La nôtre, à cet égard, se fonde sur le petit nombre de métabolismes anormaux que nous avons trouvés chez les asthmatiques ; sur la rareté et la banalité des signes cliniques attribuables à des troubles thyroïdiens, que nous avons constatés chez les asthmatiques à métabolisme normal (et qui s'oppose à la fréquence et à l'importance de ces signes chez les asthmatiques à métabolisme anormal) ; enfin, sur la même rareté et la même banalité des signes endocriniens chez l'enfant asthmatique, ce que nous attribuons au fait que, chez lui, l'appareil génital n'est pas encore développé.

Reste la possibilité d'une synergie thyro-ovarienne. D'après certains auteurs, l'asthme cataménial devrait, le plus souvent, être rapporté, non pas aux modifications de la sécrétion ovarienne elle-même, mais aux modifications de sens inverse de la sécrétion thyroïdienne, qui, en raison d'une interaction glandulaire, accompagneraient les premières. En ce qui concerne nos observations, cette hypothèse nous paraît infirmée, ou du moins son importance fort réduite, par la proportion minime, par rapport au nombre total des cas d'asthme cataménial observés par nous, de ceux qui présentaient un métabolisme de base anormal. Et même dans ces derniers, où le métabolisme anormal peut être considéré comme une preuve de participation de la thyroïde au dysfonctionnement endocrinien, rien ne nous paraît indiquer que ce soit la thyroïde plutôt que l'ovaire, qui intervienne dans le mécanisme des manifestations asthmatiques.

Conclusions

I. — *La pathogénie des manifestations asthmatiques, et peut-être l'origine même de l'état asthmatique, comportent, dans certains cas, un facteur thyroïdien ; mais ces cas nous paraissent rares.*

II. — *Considéré isolément, le pourcentage des métabolismes de*

(1) On peut toutefois se demander s'il s'agit bien, au moins dans tous cas, d'une action hormonale de l'ovaire et non tout simplement d'un réflexe neuro-végétatif ayant son point de départ dans les modifications mécaniques de l'appareil génital tout entier.

(2) Debidour. — « Accidents du molimen cataménial et cure thermale ». Soc. d'hydrol. méd. de Paris, séance du 21 janvier 1929. *Ann.*, t. LXX, pp. 182-198.

(3) Percepied. — « L'asthme utéro-ovarien ». *Soc. médico-chirurgicale* [illegible], séance du 12 mai 1910.

(4) Debidour. — *Loco. cit.*

base anormaux chez les asthmatiques est susceptible de faire attribuer à ce facteur une importance exagérée, que dément la confrontation avec les signes cliniques d'endocrinie.

III. — Chez la femme, un facteur ovarien joue, au contraire, un rôle important et fréquent, sans qu'il paraisse indiqué, dans la plupart des cas, de faire intervenir, la notion d'une synergie thyro-ovarienne.

Le traitement hydro-minéral des prurits à La Roche-Posay

Par le Dr LÉPINE,

Médecin consultant à La Roche-Posay.

I

Parmi les principales indications de La Roche-Posay sont les prurits.

Les moyens thérapeutiques dont La Roche-Posay dispose pour le traitement des prurigineux sont nombreux et variés comme nous le verrons dans la suite.

Ce sont des moyens externes et internes. Car l'eau de La Roche-Posay se boit ; et la cure interne est d'une importance aussi grande que la cure externe. Cette cure mixte est un des avantages considérables de la station et, si nous insistons c'est qu'on ignore généralement que les propriétés si puissamment diurétiques de nos eaux, leur permettent de rivaliser avec les stations vosgiennes les plus réputées.

Tous les prurits sont justiciables de la station qu'ils soient aigus ou chroniques, localisés ou généralisés. Tous les prurits primitifs : prurigo de Hébra, de Besnier, névrodermites, strophulus, prurits périorificiels ; les prurits secondaires aux dermatoses : eczéma, psoriasis, lichen plan, érythrodermies ; les prurits secondaires au diabète, à l'urémie, tous les prurits à prédominance nerveuse sous l'influence de l'ortho-sympathique ou du vague sont améliorés ou guéris à La Roche-Posay.

II

Dans les prurits deux choses sont à considérer :

1° La cause prurigène ;

2° La réaction du système nerveux.

Chez les malades qui fréquentent la station, la cause prurigène se ramène en dernière analyse à une intoxication, ou à une intoxination pour employer un mot cher à nos confrères homœopathes. Les malades qui viennent aux eaux de La Roche-Posay sont tous des auto-intoxiqués et leur prurit se révèle comme une des manifestations de la diathèse arthritique, de la diathèse colloïdoclasique... tares acquises ou héréditaires.

Les déchets, les toxines non neutralisés par les organes en voie de déficience et non éliminés par les organes chargés normalement de cette élimination viennent baigner les espaces intercellulaires et se déversent à la peau. La peau remplit son rôle d'excrétion mais non sans dommage, et, suivant leurs qualités les toxines provoquent des lésions cutanées, avec ou sans prurits.

Les éléments nerveux périphériques irrités par des liquides interstitiels toxiques trahissent leur souffrance et provoquent le prurit, que nous appellerons primitif.

Ils provoquent en outre par voie réflexe des troubles circulatoires importants qui viennent modifier la nutrition de la peau et qui augmentent le prurit, que nous appellerons secondaire.

Ajoutons les lésions dues au grattage et aux infections surajoutées et nous aurons un tableau complet.

Ainsi les toxines circulantes provoquent des troubles dynamiques généraux auxquels s'ajoutent des lésions nerveuses périphériques de l'ortho-sympathique avec des troubles consécutifs de la circulation périphérique. Ces toxines rendent, soit par action directe, soit par perturbation endocrino-sympathique, les irritations périphériques plus vivement perceptibles par le système nerveux central. Dans certains cas l'hypersensibilité est telle (dans certains prurits séniles par exemple) qu'on peut se demander si l'irritation subie par ces organes périphériques n'est pas due seulement à des déchets normaux ordinairement tolérés par des tissus nerveux sains, mais qui chez des hyperesthésiés du sympathique provoquent des crises de prurit (ce qui expliquerait que dans certains prurits séniles la cure thermale est moins agissante).

III

Les eaux de La Roche-Posay sont des eaux froides limpides de minéralisation légère (0,49 par litre) et dont les trois principes essentiels sont le bicarbonate de chaux 0,45 ; le silice 0,05, le sélénium (traces). Elles sont en outre radio-actives.

L'analyse chimique révèle donc un complexe de premier ordre : calcium, sélénium, silice et radio-activité.

Mais les eaux de La Roche-Posay sont des eaux vivantes Ch. Fleig, dès 1909 écrivait dans sa thèse inaugurale : « On ne peut méconnaître aujourd'hui la notion bien vraie de l'*état de vie* ou de mort des eaux minérales, suivant qu'elles sont consommées à la source ou après exportation et l'impossibilité d'obtenir des résultats comparables à la source et loin d'elle ». L'action des eaux minérales reste par certains côtés encore mystérieuse, mais leurs vertus se révèlent empiriquement par les résultats thérapeutiques obtenus.

Les résultats obtenus à La Roche-Posay sont remarquables, « miraculeux ». Cela tient-il comme nous le disions, à la combinaison heureuse des composants, cela tient-il à un état physique d'une substance inconnue dynamisante, agissant à dose infinitésimale ?

Quoiqu'il en soit, on peut schématiser, de la façon suivante, les propriétés indiscutablement reconnues à la station et ses eaux :

1° Action diurétique et pouvoir antitoxique puissants ;

2° Action dynamisante générale sur les échanges nutritifs ;

3° Action locale adoucissante et cicatrisante (eaux onctueuses eaux de velours).

Ajoutons également une action assez sensible neuro sédative du climat.

IV

Les eaux de La Roche-Rosay agissent dans les prurits par leurs qualités maîtresses que nous venons de définir.

Elles agissent par leur pouvoir phylactique, par leur tropisme électif vis-à-vis des toxines et des cellules en voie de dégénérescence ou en prolifération anarchique.

Elles agissent sur le métabolisme et rétablissent une nutrition générale normale par leur action dynamisante.

Leur puissante action diurétique leur permettent de conclure efficacement en « lessivant » le foie et le rein.

Localement elles agissent par leurs propriétés sédatives, calmantes et cicatrisantes soit qu'on attribue ces actions au dépôt minéral pulvérulent qui se forme au contact de la peau malade, soit à une tension superficielle différente, soit à des échanges osmotiques, soit à une différence de potentiel électrique.

Quoiqu'il en soit l'action des eaux dans les différents prurits est un fait d'expérience et on conviendra que les différentes actions énumérées et combinées permettent de rompre le trépied sur lequel repose les prurits : l'auto-intoxication ou la nutrition viciée, le mauvais état général, la lésion cutanée.

V

La cure des prurits à La Roche-Posay est une cure mixte. Elle est interne, elle est externe. Elle comprend l'absorption d'eau et la mise en contact de l'épiderme malade avec les bains les pulvérisations, les douches.

Cure désintoxicantes et diurétique d'une part ; cure locale par les propriétés adoucissantes des eaux, d'autre part.

1° *La cure de boisson.* L'eau de La Roche-Posay est facile à boire son goût est agréable, elle paraît légère. Son absorption se fera plus facilement encore si on a soin, surtout lorsque la température extérieure n'est pas suffisamment élevée, de la réchauffer quelque peu.

Au début l'eau doit être prise avec prudence car elle agit moins par sa masse que par ses propriétés et son action varie suivant les tempéraments.

2° Les cures externes.

a) *Les bains.* La durée des bains est extrêmement variable ainsi que par leur nombre ou leur fréquence. On peut aller de un à deux bains par jour : la durée varie de 15 à 45 minutes ou même davantage. C'est affaire de réactions individuelles et de surveillance médicale.

b) *Les pulvérisations* dont les actions calmantes, décongestionnantes et cicatrisantes sont remarquables.

c) *Les douches* qui seront données chaudes ou tièdes, soit demi-percutantes avec jet brisé, soit en ruissellement.

d) Enfin *les douches filiformes dont une technique très spéciale appartient en propre à La Roche-Posay.*

Ces douches en raison de leurs difficultés d'application sont données par les médecins consultants eux-mêmes qui suivant les réactions cutanées obtenues en varient les effets par des jets plus ou moins fins, par des jets plus ou moins nombreux, par des forces de pression plus ou moins grandes, par des points d'application plus ou moins éloignés, par des actions percutantes ou tangentielles.

Ces douches sont la gloire de la station. D'une application extrêmement délicate pour être bien supportées elles unissent une action physique aux propriétés sédatives des eaux. Les résultats obtenus avec la technique de La Roche-Posay sont remarquables. Les malades qui aiment user de comparaisons pour décrire leurs sensations, disent que leurs papilles nerveuses irritées semblent se hérisser quand le prurit se déclare, mais que sous l'action de la douche, ces papilles sont fauchées comme les foins dans les prés sous l'action des grandes faucheuses mécaniques. Il n'est pas rare en effet de voir, dès la première douche les prurigineux retrouver le sommeil.

Tous ces nombreux moyens seront employés différemment suivant les cas, depuis la cure de boisson, les bains, les douches et surtout les douches filiformes.

A certains prurits conviendront des bains plus ou moins prolongés à des températures plus ou moins élevées, à certains la douche filiforme rapide, à d'autres le curettage méthodique par le jet unique, incisif, à d'autres la combinaison des différents moyens suivant les réactions obtenues.

De ce rapide et schématique exposé sur les prurits et les modes de traitement établis par les médecins de La Roche-Posay, on peut conclure qu'à La Roche-Posay le traitement de fond et le traitement local marchent de pair et que tous les prurigineux y trouveront soulagement et guérison. N'a-t-on pas appelé d'ailleurs. La Roche-Posay la capitale des « prurits ».

Les indications du traitement des dyspepsies par les eaux bicarbonatées calciques

Par le Dr Henry LOCHON

Médecin consultant à Pougues-les-Eaux.

Si l'étude des dyspepsies a de tout temps passionné les cliniciens, il faut reconnaître que les travaux récents ont considérablement élargi les notions imprécises que nous possédions à leur sujet il y a quelques années encore. Sans doute, au point de vue thérapeutique, les indications hydrominérales de ces dyspepsies, les indications des eaux bicarbonatées calciques en particulier, sont connues depuis de nombreuses années. L'expérience, les publications des résultats obtenus ont, depuis longtemps, consacré le succès de telle ou telle station dans un ou plusieurs groupes des affections si complexes de l'estomac.

C'est ainsi que les eaux de Pougues, type par excellence des eaux bicarbonatées calciques, ont vu, dès le XVIe siècle, poser leurs indications, indications qui sont restées sensiblement les mêmes jusqu'à nos jours.

Ce que nous voulons aujourd'hui, ce n'est pas modifier en quoi que ce soit ces indications, mais c'est les préciser, c'est les poser non plus sur des données vagues, le plus souvent empiriques, mais au contraire sur des notions précises, scientifiques, et, ceci, les études récentes des dyspepsies semblent nous permettre de le faire.

Le problème se résume à deux choses : d'une part, adopter une classification pratique et simple mais complète des dyspepsies, c'est ce que nous envisageons le plus rapidement possible ; d'autre part, étudier l'action des eaux bicarbonatées mixtes, calciques et sodiques du type Pougues, dans chacun des groupes que nous aurons envisagés

Classer les dyspepsies a toujours préoccupé les chercheurs. A mesure que chacun des troubles sensitifs, moteurs et sécrétoires qui caractérisent toute affection fonctionnelle de l'estomac était mieux étudié, on s'est aperçu combien était incomplète et insuffisante les classifications en deux groupes, qu'il s'agisse de classifications anciennes : dyspepsies douloureuses et dyspepsies flatulentes, qu'il s'agisse même de classification plus moderne : dyspepsies hypersthéniques, dyspepsies hyposthéniques.

De même que les troubles sensitifs sont sujets à des variations d'un malade à l'autre, ou plus, chez un même malade, alors que les facteurs chimiques et toniques n'ont pas ou ont très peu changé, l'étude du chimisme gastrique pratiqué en série a montré qu'à un type déterminé de sécrétion ne correspond pas un type déterminé de la tonicité de l'estomac : l'hyperchlorhydrie ou l'hypochlorhydrie peuvent s'observer avec des fréquences différentes, il est vrai, mais peuvent s'observer dans un estomac hypotonique comme dans un estomac hypertonique.

Combien fréquemment voit-on des malades cliniquement du type flatulent, dont l'examen de la sécrétion gastrique révèle l'excès de l'Hcl libre.

Combien voit-on de sujets se plaignant de douleurs tardives, quelquefois vides, qui n'ont qu'une hyperchlorhydrie légère mais qui sont avant tout des hypotoniques. Dans la complexité des cas rencontrés, deux choses sont aujourd'hui nécessaires pour définir d'une façon nette toute forme de dyspepsie.

Ce sont : le type de la sécrétion gastrique, la ténacité et le mode d'évacuation de l'estomac.

Sur ces données, on peut établir une classification. Pour n'envisager que la plus simple et la plus pratique, nous prendrons celle que MM. Oury, Godard et Nichida (1) ont récemment proposée, groupant en quatre classes leurs dyspeptiques fonctionnels :

1° Hyperchlorhydrie avec tonicité et cinésie normales ou exagérées ;

2° Hyperchlorhydrie avec hypotonie et cinésie faible ou nulle ;

3° Anachlorhydrie ou hyperchlorhydrie avec orthotonie ou cinésie normale ou exagérée ;

4° Ptose simple hypocinétique avec chlorhydrie subnormale.

Dans cette classification, toute dyspepsie trouve sa place. Sur des bases aussi précises, toute thérapeutique hydrominérale ou médicamenteuse a des indications précises. Or, l'indication d'un traitement bien posée, n'est-ce pas là le premier élément de garantie dans l'efficacité de ce traitement ?

Au point de vue gastrique, le seul qui nous intéresse ici, nous savons que les eaux bicarbonatées mixtes calciques et sodiques, du type Pougues, sont essentiellement des *eaux excito-motrices et excito-sécrétoires.* Ces propriétés physiologiques, on est tenté de les expliquer par l'action des éléments constitutifs de l'eau. Ceci n'est exact qu'en partie car on sait combien est complexe l'action d'une eau minérale : les propriétés physiques, radioactivité, taux d'acidité tonique, etc.., ont certainement leur rôle. Cependant, trois éléments dominent la formule des eaux de Pougues ; l'anhydride carbonique, le bicarbonate de soude, le bicarbonate de chaux, ce dernier en proportion double du précédent. L'anhydride carbonique agit essentiellement sur le facteur moteur de l'estomac, son action est bien connue, il calme et accélère le travail gastrique comme l'ont montré Carnot et Koskowski dans de remarquables travaux effectués sur l'estomac du chien.

Les deux autres éléments : bicarbonate de soude et bicarbonate de chaux ont une action plus complexe. On connaît la diversité des opinions que suscite l'action du bicarbonate de soude sur la muqueuse gastrique. Pour les uns, excitant de la sécrétion, pour d'autres, salurant de l'acidité. Linossier a montré que ces deux propriétés, à première vue contradictoires, n'étaient pas incompatibles. Linossier a attribué en effet au bicarbonate de soude deux actions :

1° Une action chimique : c'est l'action saturnante de l'acidité, elle s'exerce *in vivo* comme *in vitro* et ne saurait être contestée.

(1) La douleur gastrique chez les dyspeptiques fonctionnels. (*Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, juin 1930).

2° Une action physiologique : c'est l'action de la muqueuse, action excitante de la fonction sécrétoire. Mais pour la mettre en évidence dit Linossier, il faut éviter qu'elle ne soit masquée par l'action chimique : « La sensibilité d'un estomac au bicarbonate de soude est en raison inverse de la richesse en acide chlorhydrique de sa sécrétion ».

Par le même raisonnement semble s'expliquer l'action du bicarbonate de chaux. Casciani, expérimentant sur des chiens porteurs d'une fistule gastrique, a montré que les eaux bicarbonatées calciques excitent la sécrétion de l'estomac à un degré supérieur aux eaux bicarbonatées sodiques. Nous connaissons bien, d'autre part, l'action chimique saturante de la chaux au contact de l'acidité.

C'est ce principe double, excitant de la sécrétion, saturant de l'acidité qui est essentielle pour comprendre l'action de l'eau de Pougues. Elle s'adapte, si l'on peut dire, au milieu dans lequel elle se trouve ; elle a une *action essentiellement régulatrice*.

Dans un estomac ptosé hypochlorhydrique (du type IV de la classification), nous assistons par conséquent, sous l'action de l'eau, à une excitation de la sécrétion, tant en pepsine, qu'en acide chlorhydrique, avec exagération du péristaltisme et des facilités d'évacuation par cessation des spasmes pyloriques ; ce sont en somme les conditions les plus favorables à l'amélioration de cette dyspepsie.

Il en est de même dans le groupe III, hypochlorhydrie avec cinèse normale ou exagérée. L'évacuation pylorique est dans ce cas sous la *dépendance complète* de la sécrétion. La sécrétion gastrique devenant normale sous l'action excitante de l'eau, le jeu pylorique se rétablit et l'évacuation de l'estomac se ralentit.

Que va-t-il se produire dans un estomac hyperchlorhydrique ? Deux cas, nous l'avons vu, peuvent se rencontrer :

1° L'hyperchlorhydrie s'accompagne d'une tonicité normale ou exagérée (type I de la classification), l'action physiologique excitante sur la sécrétion ne peut pas se produire puisque en milieu acide bicarbonate de soude et bicarbonate de chaux sont immédiatement neutralisés. L'anhydride carbonique agit comme calmant des spasmes douloureux du sphincter pylorique. Lorsqu'il s'agit de fortes hyperchlorhydries, l'action neutralisante des alcalins étant insuffisante, nous ne retiendrons pas ce groupe dans nos indications.

2° Dans le deuxième cas, au contraire, l'action de l'eau de Pougues est extrêmement intéressante : l'hyperchlorhydrie qui accompagne l'hypotonie est généralement une hyperchlorhydrie tardive, l'Hcl ne prenant un taux normal que 3 ou 4 heures après l'ingestion alimentaire. L'eau de Pougues établit une sécrétion normale dès le début de la digestion. *Hypotonie et troubles d'évacuation sont donc améliorés par ce double fait* : sécrétion normale d'une part, action directe de l'eau sur la motricité d'autre part.

Nous pouvons donc conclure que les eaux bicarbonatées du type Pougues ont leurs indications essentielles dans :

1° Les *dyspepsies anachlorhydriques ou hypochlorhydriques*, que cette insuffisance sécrétoire soit accompagnée d'atonie et d'hypocinésie ou d'orthotonie avec cinèse normale ou exagérée.

2° Les *dyspepsies hyperchlorhydriques* mais *seulement atoniques* ou *hypotoniques* avec sinésie faible et nulle.

Seul, le groupe des dyspepsies hyperchlorhydriques hypertoniques, groupe des grandes hyperchlorhydries n'est pas justiciable de la cure.

Comment la tuberculose en poussée lèse l'ovaire. Au début de certaines poussées évolutives de la tuberculose pulmonaire, on constate une sensibilité pénible au niveau des masses ovariennes, que André BRETON, (de Lille) décrit (*Echo Medical du Nord*, 31 août 1929).

Elle n'est presque jamais accusée spontanément, et elle ne subit pas de paroxysme au moment de l'apparition des règles. Elle précède parfois de quelques mois une aménorrhée ultérieure. Les ovaires sont de volume normal.

L'auteur interprète la lésion comme étant une tuberculose inflammatoire chez des personnes de souche arthritique, à antécédents personnels tuberculeux.

Il se demande si cette ovarite plus que discrète n'est pas la cause de la stérilité mal expliquée chez certaines tuberculeuses.

Cancer vulvaire et grossesse. — Exérèse d'un néoplasme vulvaire pendant la gestation, hystérotomie basse à terme », extraction d'un enfant de 3.150. La vulvectomie avait été suivie de radiothérapie : aussi le péritoine viscéral était-il épais. (TRILLAT et BOSONNET. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1930, p. 509.)

H. V.

Paludisme et accidents hépatiques de la thérapeutique arsenicale

Action de la cure de Vichy

Par le Dr Max VAUTHEY

Ex-assistant de l'Institut d'hydrologie de Lyon,
Lauréat de l'Académie de médecine,
Médecin consultant à Vichy.

Parmi les facteurs de déficience hépatique antérieure déterminant une prédisposition de la glande hépatique aux accidents para-thérapeutiques arsenicaux, il est un certain nombre d'états pathologiques du foie que l'on rencontre très fréquemment à la base de tels accidents, ce sont le *terrain hépatique alcoolique* ; le *terrain hépatique tuberculeux* et même dans certains cas le *terrain hépatique syphilitique* pur, facteurs pathogéniques que nous avons examinés dans un travail antérieur (1).

D'autres facteurs sont moins connus ; mais on les rencontre néanmoins souvent en clinique, pour peu que l'on ait l'attention attirée de leur côté et qu'on les recherche systématiquement : ce sont le *terrain hépatique arthritique* et le *terrain hépatique paludéen* : nous avons déjà étudié le premier de ceux-ci, en insistant sur la fréquence avec laquelle on le retrouve comme facteur pathogénique des accidents hépatiques de l'arsénothérapie (2).

Le rôle prédisposant du paludisme, ou plus exactement du terrain hépatique créé par l'infection paludéenne nous retiendra aujourd'hui. Ce chapitre particulier de la pathogénie des hépatotoxies arsenicales est en quelque sorte nouveau, mais il a son importance, surtout depuis le retour dans la métropole d'un grand nombre de sujets ayant contracté le paludisme sur les fronts de guerre orientaux et en raison du va et vient renouvelé actuellement des sujets appartenant aux effectifs des théâtres d'opérations extérieures d'Afrique du Nord et de Syrie.

Nous devons d'abord reconnaître que certains auteurs croient le foie paludéen peu touché au point de vue de sa résistance à l'action toxique de l'arsenic. C'est ainsi que Boudin faisait *ingérer* impunément à ses paludéens jusqu'à 0.10 d'acide arsenieux par jour ; de même, Maréchal (3) utilise dans le paludisme de hautes doses de *cacodylate* suivant la méthode de Ravault, et ne signale ni incident, ni accident. Il est vrai, et ceci nous est démontré tous les jours par les recherches biochimiques modernes, que la question de voie d'introduction et de forme chimique joue dans certains cas un rôle plus important que la question de doses. Dans le même ordre d'idées, Chevalier et Paillard (4) n'ont pas observé une proportion plus forte d'ictères arsénobenzoliques chez les syphilitiques paludéens, que chez les non-paludéens.

Mais d'autre part, des cas d'accidents hépatiques ou d'ictères ont été signalés assez souvent dans de telles conditions. C'est ainsi que dès 1914, Queyrat (5) attribue un rôle important au paludisme comme facteur de prédisposition hépatique aux ictères parathérapeutiques. Carnot (6) de son côté a observé, chez des paludéens traités par des injections intra-veineuses de 914, la production d'un ictère passager, souvent fort intense. Gastou et Pontoizeau (7) trouvent le paludisme dans 20 % des cas à l'origine des ictères arsénobenzoliques. Enfin, Bertrand (8) signale des accidents hépatiques arsenicaux chez des paludéens dans 40 % des cas.

Nous-même avons relevé chez plusieurs malades, ce facteur générateur d'accidents (paludisme, foie paludéen) chez des sujets traités antérieurement avec des composés arsenicaux ; nous en rapportons quelques observations, recueillies par le Dr Paul Vauthey (de Vichy) et nous y joignons quelques autres cas retrouvés dans la littérature : nous essaierons d'en dégager des notions générales sur les modalités pathogéniques de ces accidents, ainsi que sur les particularités cliniques de l'état hépatique antérieur et des accidents déclanchés sur ce terrain.

* * *

OBSERVATION I (personnelle). — Docteur D..., 46 ans : *paludisme* contracté à Salonique, pendant la guerre ; forme *extrêmement grave et tenace*, malgré toutes les thérapeutiques essayées.

Depuis le retour du malade en France, persistance d'accès violents, hyperthermiques, avec céphalées intenses, état migraineux et vomissements bilieux. Ces accès sont isolés, reve-

BIBLIOGRAPHIE

Vital Aza et Mateo Carreras. *La pratica obstetrica y ginecologica en la medicina rural*, janvier, Morata, éd., Madrid, 1930.

Deux accoucheurs madrilènes distingués, *Vital Aza* et *Mateo Carreras* se sont proposé d'écrire un livre d'obstétrique et de gynécologie à l'usage des médecins de campagne. Entre toutes les branches de la médecine, l'obstétrique est celle qui comporte le plus de problèmes d'urgence : faire des accouchements à la campagne, c'est être accoucheur des dystocies. Les auteurs commencent à discuter les questions relatives à la prophylaxie de l'infection. L'antisepsie, disent-ils, n'est qu'un pis-aller et l'idéal serait l'asepsie. Très judicieusement, ils conseillent de ne pas abuser du toucher vaginal, dès la gestation et, surtout, pendant le travail. A. et C. recommandent l'emploi de gants et de doigtiers, sans préjudice de lavages très minutieux des mains. Le toucher rectal, à lui seul, est insuffisant ; en tout cas il ne sera jamais pratiqué sans un lavement évacuateur préalable. Les auteurs exposent, ensuite, ce doit contenir le nécessaire de l'accoucheur rural et ce que doit se procurer la femme en vue de l'événement. La question de la position lors d'une intervention par les voies naturelles retient à juste titre l'attention des auteurs et ils donnent à ce propos d'excellents conseils ainsi que pour l'anesthésie et l'éclairage. Au septième mois, on examinera la femme pour faire le diagnostic de la présentation et pour dépister les sécrétions anormales.

Les auteurs étudient ensuite les menaces d'avortement, la môle, l'hydramnios, les gestations gémellaires. Pour traiter les vomissements gravidiques, il faut étudier la psychologie de la femme et de son entourage. Souvent origine neuro-psychique d'où possibilité de guérir par suggestion. La rétroversion utérine peut, elle aussi, être la cause de vomissements : il faut, autant que possible, réduire cette rétroversion manuellement. On prescrira lit, isolement. Les injections de sérum sont souvent utiles de même que l'autohémothérapie, le véronal. En cas d'acidose : insuline.

Analyses d'urines : recherches de l'albuminurie, le sucre, l'acidose. S'il y a oligurie se méfier : s'il y a des œdèmes prendre la tension artérielle.

Cardiopathies : l'insuffisance cardiaque indique formellement l'évacuation utérine : avant deux mois, curettage et, après trois mois, césarienne vaginale, qui sera complétée par la ligature des trompes pour éviter à la malade des gestations antérieures.

Les hémorragies par insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus, appellent l'évacuation de l'utérus par divers procédés : tamponnement vaginal, rupture de la poche des eaux, manœuvre de Braxton Hicks, pose de ballon. On emploiera le sérum adrénaline et la transfusion, même sans examen préalable des groupes sanguins (l'injection sera pratiquée lentement et atteindra trois à quatre cents grammes).

Les auteurs exposent ensuite leur pratique en cas d'éclampsie.

Suites de couches : il vaut mieux ne pas faire d'injection que de les faire mal ; on surveillera le sommeil ; on appliquera un bandage abdominal ; on surveillera l'alimentation ; la femme peut se lever au septième ou huitième jour. Pour favoriser la lactation, on peut pratiquer l'autolactothérapie.

Délivrance. Si le placenta est retenu plus de trois heures on aura recours à l'expression abdominale avec tractions légères sur le cordon, ou à l'injection funiculaire ; l'extraction manuelle est à rejeter.

Extrait hypophysaire. — V. A. et M. C. étudient ensuite en détail les indications et surtout les contre-indications de l'extrait hypophysaire, si en détail que nous pouvons conclure à la grande place qu'ils lui attribuent en obstétrique rurale. « Il n'est ni logique ni juste de priver le médecin d'une thérapeutique qui sera utile dans un grand nombre cas ».

Infection puerpérale. — Long et intéressant chapitre qui ne comporte aucune particularité propre à la pratique rurale.

Opérations obstétricales. — Les techniques du forceps, de la version, des embryotomies (il vaut mieux pratiquer la perforation du crâne fœtal que de voir mourir les deux êtres sans pouvoir les aider), sont tour à tour minutieusement décrits, et ces chapitres constituent un excellent vade mecum.

Les autenrs terminent par des réserves sur l'accouchement forcé à la Delmas et per de très grandes réserves sur les affirmations de l'Allemand Hirsch pour qui les dystocies les plus légères relèvent de la césarienne.

HENRI VIGNES.

Les asphyxies accidentelles. Submersion. Electrocution. Intoxication oxycarbonique. Etude clinique, thérapeutique et préventive, par le docteur COT. 1 volume de 120 pages, 38 figures, 50 fr. Editions Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e).

L'auteur qui, il y a trois ans, a créé le premier poste de secours mobile pour asphyxiés, et qui a développé chez les militaires du régiment de sapeurs-pompiers de Paris, à côté du rôle de « soldats du feu » celui de sauveteurs spécialisés dans les secours à apporter à ces asphyxiés a pu recueillir près de 160 observations de victimes qui ont été secourues par ses collaborateurs et par lui. De nombre de cas est considérable — et cette statistique est sans doute unique.

Cette expérience l'a conduit à publier une étude d'ensemble de cette question qui jusqu'à présent n'avait jamais été tentée.

Le Figuier maudit, par Auguste BAILLY. 1 vol. Prix : 12 fr. A Fayard, éditeur, 18, rue du St-Gothard, Paris.

Le docteur Robert Landry, qui exerce dans une petite ville du Jura, vient de perdre sa jeune femme. Il demande à la sœur de celle-ci, Françoise Dernier, de rester chez lui pour l'aider à élever son fils Michel. Or, Françoise, âgée de trente-quatre ans, et qui, malgré sa beauté, ne s'est pas mariée, sous une apparence de vertu supérieure, cache de troubles instincts qu'elle réprime à grand'peine. Elle a toujours aimé son beau-frère qui n'en a rien su. La cohabitation avec le veuf lui est donc un cas de conscience, et d'autant que les mois ayant passé, le docteur éprouve des désirs qu'il satisfait au dehors. Jalousie, tentations, remords : ardent débat que M. Auguste BAILLY déroule avec une grande sûreté psychologique. La fière Françoise succombera un soir, mais par la suite, le caractère triomphera du tempérament, le docteur Landry, bonhomme assez falot, se remariant d'ailleurs avec une gentille fille aussi médiocre que lui. Encore Françoise sauvera-t-elle la vie de cette rivale.

Des scènes de la vie médicale bien rendues, beaucoup de sens psychologique, un sentiment très exact de la nature ; au total œuvre vivante, roman poignant et fort.

vant toutes les six semaines environ, et laissant le sujet déprimé pendant plusieurs jours.

A l'occasion des nombreux traitements qui furent prescrits l'arsenic sous presque toutes ses formes a été essayé, et chaque fois l'on constata une *intolérance absolue pour l'arsenic* quelles qu'aient été la voie d'introduction et la forme chimique employée.

Aussitôt après l'administration d'un composé arsenical quelconque, à doses prudentes, surviennent très rapidement des symptômes accentués d'intolérance : congestion hépatique, avec vomissements bilieux, troubles gastro-intestinaux, diarrhée, qui imposent la cessation de la médication dès le deuxième ou le troisième jour.

De nouveaux essais de thérapeutique arsenicale furent faits à intervalles assez éloignés et chaque fois ils déclenchèrent des accidents identiques.

Observation II (personnelle). — Mme Fl..., 30 ans, a contracté le *paludisme* en Argentine à l'âge de 19 ans et a présenté des accès francs au cours d'un séjour de cinq mois à Buenos-Ayres (1914). Hystérectomie abdominale totale à 20 ans (1915). Depuis 1918, la malade est soumise à intervalles plus ou moins éloignés à des injections de composés arsenicaux pour une syphilis acquise. Deux à trois mois après les premières injections d'arsenic, apparition de *coliques hépatiques*, qui par la suite se sont renouvelées de temps en temps, principalement après les injections. En 1921, *ictère post-arsénobenzolique*. En 1924, *deuxième ictère post-arsénobenzolique*.

La convalescence de ce dernier ictère étant lente et difficile, la malade vient faire une cure à Vichy en 1925. Elle arrive avec un foie douloureux spontanément, en avant et en arrière, et quelques lancées aiguës intermittentes : la palpation est douloureuse ; les fonctions gastro-intestinales sont assez bonnes. Dès la fin de cette première cure se produit une amélioration nette : la malade va très bien, n'éprouve plus aucun malaise, ni douleur spontanée ou provoquée, ses fonctions digestives sont bonnes.

Durant les années 1926 et 1927, l'état hépatique s'est maintenu assez bon, les crises de colique hépatique ne se sont plus reproduites qu'à de longs intervalles, et très légères.

Nouvelles cures à Vichy en 1926 et 1927, consolidant les bons effets de la première cure et permettant une amélioration persistante.

Observation III (personnelle). Mme Ramn.., 32 ans, présente une hérédité spécifique, dont une des manifestations a été une kératite vers 19 ans, suivie d'atrophie optique. Fièvre typhoïde à l'âge de 20 ans, avec vomissements bilieux dans le cours de son évolution.

Depuis l'âge de 24 ans, *paludisme* contracté en Roumanie, dans une région marécageuse.

Troubles hépatiques chroniques, avec troubles gastro-intestinaux intermittents (aigreurs, acidités, alternatives de diarrhée et de constipation). Du côté hépatique, teint subictérique avec nombreuses petites taches brunâtres, nausées fréquentes au réveil, bouche amère avec régurgitations bilieuses, parfois vomissements bilieux abondants.

Cette malade *ne supporte pas l'arsenic* sous quelque forme que ce soit et les différents essais faits avec la *liqueur de Fowler* et les *arsenobenzols* ont toujours été arrêtés par des phénomènes d'intolérance. La liqueur de Fowler, en particulier, détermine presque systématiquement chez cette malade un accès hépatique, avec foie douloureux, vomissements bilieux, embarras gastrique, langue sale.

La malade vient faire une cure à Vichy en juillet 1927 à la suite d'un de ces essais thérapeutiques par l'arsenic. A l'arrivée, foie gros, pesant et douloureux, digestions lentes et difficiles, avec faciès congestionné après le repas, bouche amère le matin au réveil, constipation. Et sur ce fond gastro-hépatique, se greffe à la suite du voyage une crise d'hyperchlorhydrie, avec régurgitations acides le matin.

La cure est suivie lentement et progressivement, entraînant dès le début une amélioration qui ne fait que s'accentuer peu à peu. Au départ, amélioration manifeste ; l'appétit est meilleur ; les fonctions gastro-intestinales sont redevenues bonnes et régulières, le teint est éclairci, le foie diminué de volume n'est plus douloureux, ni spontanément, ni à la palpation.

Observation IV (Katchkatcher 1900) (9). — Un étudiant atteint de *malaria* avait commencé à prendre, sur le conseil d'un médecin, de la *liqueur de Fowler*, en commençant par la dose de [illegible] *gouttes*. Trois heures après la première ingestion de cette dose, il présenta tous les symptômes de l'empoisonnement aigu par l'arsenic : nausées, vomissements, diarrhée muqueuse et sanguinolente, ténesme, entéralgie violente, contractions fibrillaires dans les muscles des mollets. Le soir, survint une toux spasmodique avec parésie des extrémités. Ces troubles cessèrent le lendemain matin.

Ne soupçonnant pas la cause de ces accidents, le malade prit de nouveau à son repas *trois gouttes de liqueur de Fowler*. Une heure après les troubles d'intoxication reprirent avec une violence telle que l'on dut recourir aux antidotes.

Observation V (Dritzaki rapporté par Miskdjian 1912) (10). — Le Docteur B... B., médecin, est atteint de *paludisme* depuis l'âge de 15 ans. Sa maladie, qui a évolué avec des rémissions d'un an parfois, s'étant aggravé en 1911 et le traitement par la quinine et le bleu de méthylène n'ayant donné aucun résultat, il se décide d'aller à Odessa pour se faire traiter par le salvarsan. Là, le 29 décembre 1911, le Docteur G... lui fait *une injection intra-veineuse de 0.60 de salvarsan*. Après l'injection, la température monte à 39° et plus, mais le malade ne vomit pas. Dans les trois ou quatre jours qui suivent, son état s'aggrave : sa faiblesse s'accentue : le foie et la rate, très peu augmentés de volume avant l'injection, s'hypertrophient considérablement. A la face interne de la joue gauche, se forment des ulcérations, qui aboutissent bientôt à la gangrène. Elles s'étendent et atteignent la lèvre supérieure, jusqu'au bord de la gencive. La température revêt le type continu et se maintient aux environs de 39°. Le malade entre alors à l'hôpital (à Odessa) le 21 janvier 1912. Il venait de refuser une deuxième injection que le Docteur G... lui avait conseillée. Il nie la syphilis.

A l'examen, on se trouve en présence d'un homme amaigri, faible et anémique, très abattu. Rien d'anormal aux poumons et au cœur, le pouls est à 90. Température 38°8. Traces d'albumine dans les urines. A la face interne de la joue gauche, on constate la présence d'une grosse ulcération, recouverte d'une croûte noirâtre et s'étendant jusqu'à la gencive supérieure. Le foie et la rate débordent le rebord des fausses côtes de quatre travers de doigts. Leur surface est lisse, leur consistance assez ferme ; ils sont légèrement sensibles à la pression. La recherche du plasmodium dans le sang reste négative. Le nombre des globules rouges est de 1.600.000 ; celui des globules blancs 200.000. Le malade mange très peu, il a des vomissements assez fréquents. Dans les jours qui suivent ; l'ulcération s'étend de plus en plus, atteint la face externe de la lèvre supérieure, où l'on constate une perte de substance assez large. Le 1er février, la langue se tuméfie dans sa moitié droite et deux ulcérations à fond gangréneux apparaissent. Des maux d'estomac, survenant après l'ingestion d'aliments, rendent probable l'existence d'un processus ulcératif stomacal. La faiblesse générale augmente, les battements du cœur s'affaiblissent et le malade meurt le 4 février 1912.

Pas d'autopsie.

Observation VI (Zimmern 1919) (11). — Observation N° 241, mécanicien d'aviation. A contracté le *paludisme* en Turquie. Du 4 janvier au 3 février 1917, il reçoit 7 injections de salvarsan de 0.30-0.35 ; puis du 26 mai au 5 juillet, 3 séries d'injections.

Après la dernière piqûre du 5 juillet, apparition d'une poussée fébrile intense, avec signes d'embarras gastrique et douleur dans la région hépatique.

Le 8 juillet survient brusquement *un ictère*, alors que les conditions d'alimentation sont fortement réduites. Poids 54 kgr. A l'examen, le foie et la rate sont trouvés normaux. Les selles sont régulières, d'aspect normal. Urobilinurie. Grâce au repos au lit, à des lavements, à des injections de sérum artificiel et à l'emploi de magnésie et de bicarbonate de potasse, le malade est reconnu, le 1er août, sans aucun signe morbide et sort guéri de l'hôpital.

Obesrvation VII (Gastou et Pontoizeau 1923) (7). — B... Georges, entre le 4 septembre 1920 pour chancre mixte (tréponèmes et Ducrey) et *paludisme ancien* (1911 en Tunisie). W. — — — + le 6 septembre 1920. Traitement commencé le 9 septembre, bi-iodure Hg et *novarsénobenzol* ; le 23 septembre, après la *troisième injection* (0.45 *intra-veineux*) grosse réaction fébrile, 39°3 et crise hépatique, conjonctives sub-ictériques, lourd anneau de pigments dans les urines (biliverdine), *congestion du foie* qui déborde de trois travers de doigt, selles diarrhéiques, albuminurie 0 gr. 15 par litre. Tableau de l'intoxication massive arsenicale. Traitement symptomatique, amélioration et reprise progressive du traitement mixte (mercure et hectine). Le 7 octobre, on injecte au malade 0.10 *ctgr. de novarsénobenzol intra-veineux*, mal toléré et accompagné de tempé-

rature élevée (39°5) une heure après, pas de manifestations du côté du foie. Tout traitement par les arsenicaux organiques est abandonné et le malade soumis au seul mercure.

Observation VIII (Bertrand 1926) (8). — M. L.... 40 ans, habite l'Algérie depuis 25 ans, a eu du *paludisme* au début de son séjour et a fait à plusieurs reprises quelques poussées congestives du foie, d'ailleurs légères sans jamais avoir présenté d'ictère. En juin 1922, contracte la syphilis. Le diagnostic est fait à l'apparition du chancre et le traitement institué, *novarsénobenzol* à doses progressives tous les six jours, 0.60, 0.75, 0.90. Le surlendemain de la sixième injection survient une grande fatigue avec état nauséeux, vertiges, bourdonnements, douleur hépatique et *ictère franc*. Le malade, qui se proposait de venir à Vichy pour son plaisir, hâte son voyage et son médecin nous l'adresse aussitôt.

A l'arrivée, nous constatons un ictère franc avec rétention des pigments et des sels, urobiline abondante (Hay-Pettenkofer et Grimbert positifs), rapport azoturique diminué (0.60 au lieu de 0.84) ; coefficient de Maillard diminué (3.1 au lieu de 6.4), azote résiduel du sérum sanguin augmenté (0.15 au lieu de 0.10), bilirubinémie (1/26.000 au lieu de 1/36.000). Bradycardie, prurit, état nauséeux. Foie gros douloureux. En résumé, atteinte globale du parenchyme hépatique avec signes d'intoxication arsenicale.

Nous instituons la cure de Vichy, régime lacté, puis lacto-végétarien, urotropine, etc. L'ictère suit son cours normal et l'amélioration se manifeste progressivement. Le malade quitte Vichy apparemment guéri. L'histoire ultérieure du malade confirma notre diagnostic d'hépatotoxie arsenicale. En effet, à sa rentrée en Algérie, le malade, qui était marié, insiste malgré notre avis et la répugnance du médecin traitant pour que les injections arsenicales soient reprises. On lui fit *une deuxième série*, deux mois après la première. Tout se passa très bien, *jusqu'à la huitième injection*, c'est-à-dire jusqu'à un total de 5 gr. 40 d'arsenobenzol. A ce moment, l'ictère réapparut, d'ailleurs léger, tandis qu'à nouveau se manifestaient les symptômes d'empoisonnement arsenical (vertiges, bourdonnements). Tous ces symptômes cessèrent avec la suppression du traitement.

En somme, ictère d'origine arsenicale survenu à la cinquième injection de novarsénobenzol intra-veineux, après absorption de 2 gr. 25 de sel, chez un ancien paludéen.

Observation IX (Barthélemy et Cohen 1929) (12). — Malade ayant eu en septembre 1928, un chancre, laissé sans traitement par un médecin, sur la foi d'un Wassermann négatif, malgré la présence de ganglions. En janvier 1929, il s'aperçoit de l'existence de plaques dans la gorge et à l'anus ; un second médecin, consulté, le traite pour angine et pour hémorrhoïdes. Ce n'est que le 1er mars que le diagnostic exact est fait à l'hôpital Bichat ; une prise de sang est positive, et l'on commence d'emblée le traitement novarsénobenzolique.

L'on injecte au malade 0 gr. 45 le 1er mars ; 0 gr. 75 le 4 mars : ces deux injections sont bien supportées : le 8 mars, injection de 0 gr. 90, qui est suivie de *phénomènes d'intolérance* assez marqués : vomissements, courbature, malaise avec inappétence complète. Le 18 mars, le malade bien qu'encore souffrant, retourne à l'hôpital, où, tout en diminuant la dose, on lui injecte encore 0 gr. 75.

Immédiatement après, la courbature, le malaise et les phénomènes digestifs augmentent. Trois jours plus tard apparaît l'*ictère* généralisé et intense dès son premier jour (21 mars).

A l'examen, le jour de l'entrée à l'hôpital (23 mars), l'ictère est très marqué, de teinte jaune *orange* sur la face, jaune citron sur le corps. Les urines sont foncées, contenant des pigments mais pas de sels biliaires. Les matières sont décolorées. La tension artérielle au Vaquez est à 12-7 le 27 mars. Il existe un léger prurit.

Le foie est gros et un peu sensible, la rate est volumineuse, palpable (il est à noter que le malade est un ancien paludéen). Au cœur, souffle systolique anorganique.

Les signes de syphilis ont disparu, sauf la trace du chancre et les adénopathies. Mais le Bordet-Wassermann est à H°.

On met le malade au régime lacté ; on donne du calomel à petites doses (0.02), et l'on commence le 25 mars une série d'injections quotidiennes de cyanure de Hg, qu'une stomatite oblige d'interrompre à la quatrième (1/2, 1/2, 1 cmc. 1 cmc.), stomatite d'ailleurs bénigne et qui n'a pas empêché de faire ensuite un traitement bismuthique.

Mais, dès le 28 mars, est apparue une complication : la température du malade s'élève, en même temps que les téguments prennent une teinte plus rouge et franchement *congestive*. Cette teinte est surtout marquée à la face et aux mains. Le 29 la fièvre est à 40°, les paupières sont tuméfiées et il existe un léger *œdème* des mains. La diarrhée est assez intense: 5 ou 6 selles par jour. L'ictère reste très marqué.

Cet épisode fébrile ne dure que cinq jours : le 2 avril, la température est revenue à la normale ; la rougeur et l'infiltration des téguments persistent plus longtemps, mais vers le 7 ou 8 avril, elles s'atténuent en même temps qu'apparaît une desquamation très nette, par petites écailles ; aux mains, les lambeaux d'épiderme sont plus larges. Cette desquamation, accompagnée par places d'un peu de *suintement*, se prolonge pendant une huitaine.

La suite de l'évolution est normale : cependant l'ictère se *prolonge* jusque vers le 10 mai, date à laquelle le malade sort guéri, avec une séro-réaction à H5 le 9 mai, après passage à H8 le 15 avril. Il a reçu 1 cmc. de solmuth les 25, 26, 29 avril, les 2, 6 et 10 mai et continue le traitement ambulatoire.

* * *

Ces observations nous montrent un terrain pathologique antérieur créé par l'infection paludéenne au niveau de la glande hépatique. Les malades observés présentent un état paludéen chronique, évoluant depuis un temps plus ou moins long, avec des phases de rémission plus ou moins espacées, entrecoupées parfois par des rechutes plus ou moins graves, liées ou non à des réinfections pendant un séjour renouvelé, ou même permanent, en pays contaminé. Chez de tels malades, surviennent, à intervalles plus ou moins éloignés, des *poussées de congestion hépatique*, avec foie gros et sensible, généralement sans ictère franc, mais avec sub-ictère des téguments et des conjonctives, vomissements bilieux. Parfois, ce sont les *troubles gastro-intestinaux* d'origine hépatique qui dominent la scène, avec acidités, nausées, vomissements.

D'autres fois, comme dans notre observation I, le paludisme présente une forme grave et extrêmement tenace, résistant à toute thérapeutique. Ce sont alors des accès violents avec hyperthermie, céphalées intenses, état migraineux, vomissements bilieux.

Dans tous ces cas, il s'agit généralement d'une atteinte paludéenne ancienne : le plus souvent une dizaine d années. L'origine ethnographique ne paraît jouer aucun rôle dans les caractères de l'atteinte hépatique ou des accidents déclenchés par l'arsenic; dans nos observations, le paludisme avait été contracté en des régions très diverses, dans plusieurs parties du monde, sans aucun caractère, de fréquence particulière : Algérie, Tunisie, Grèce, Russie, Turquie, Roumanie, Argentine.

Enfin, dans la très grande majorité des cas rapportés plus haut l'infection syphilitique s'est surajoutée à l'infection paludéenne dans son action sur le parenchyme hépatique, généralement syphilis acquise déjà ancienne, plus rarement héréd. - syphilis ou bien syphilis primaire.

En somme le paludisme, au même titre que d'autres infections, crée un état pathologique hépatique, le *terrain hépatique paludéen*, constitué par une congestion chronique plus ou moins latente et plus ou moins entrecoupée de poussées aigues, s'accompagnant constamment de signes de déficit fonctionnel de la glande hépatique et pouvant la mettre en état de moindre résistance vis-à-vis de l'arsenic médicamenteux : à cette infection paludéenne se surajoute souvent et se superpose dans son action sur la glande hépatique, l'infection syphilitique.

* * *

Sur un tel terrain, quelles sont les manifestations hépatiques déclenchées par l'arsenic ? Nous les classerons en quatre grands groupes, mais sans vouloir établir de cloisons étanches entre eux, car le tableau clinique peut être composé de symptômes ou de syndromes appartenant à des groupes différents.

1° Les poussées de congestion hépatique :
2° Les ictères :
3° Les coliques hépatiques ;
4° Les syndromes d'empoisonnement aigu par l'arsenic.

Dès maintenant, nous tenons à spécifier que cette étude n'envisage que des accidents de nature diathésique ou toxique, et non des phénomènes biotrophiques, c'est-à-dire des accidents par réveil de l'infection paludéenne à la faveur d'une thérapeutique arsenicale.

Les *poussées de congestion hépatique* ressemblent beaucoup dans leur allure à celles survenant au cours de l'évolution du paludisme chronique, avec cependant une fréquence peut-être plus marquée des troubles intestinaux. On peut les qualifier de *manifestations hépatiques homonymes*, c'est-à-dire identiques aux manifestations hépatiques antérieures, tandis que les trois

groupes que nous étudierons plus loin sont constitués par des *manifestations hépatiques hétéronymes*.

Donc, au point de vue clinique, on se trouve en présence de poussées de congestion hépatique, avec foie gros et douloureux, sub-ictère des téguments et des conjonctives, vomissements bilieux, bouche amère, accompagnés fréquemment de troubles intestinaux, généralement avec diarrhée, comme dans nos observations I, III, et VII. L'évolution se fait vers la guérison et la rétrocession de tous les symptômes, mais avec une convalescence longue et difficile, fréquemment entrecoupée de rechutes.

Les *ictères arséno-thérapeutiques* chez nos paludéens sont des ictères arsénobenzoliques (observ. II et VI) ou novarsénobenzoliques (observ. VIII et IX). Ce sont des ictères francs classiques, avec signes d'une atteinte globale du parenchyme hépatique. Ils ne sont ni précoces, ni tardifs, mais ils surviennent généralement à la fin d'une ou plusieurs séries complètes d'arsénobenzol.

Ce sont des ictères vrais, ictères hépatiques, avec signes d'intoxication biliaire, prurit, état saburral des voies digestives, fièvre légère, anorexie, vomissements, bradycardie modérée.

Le foie est augmenté de volume, sensible à la pression ; les urines sont évidemment riches en pigments et en sels biliaires. L'état général est assez atteint et il survient rapidement un amaigrissement marqué. Cependant, il s'agit là d'ictères bénins qui évoluent lentement et progressivement vers la convalescence.

Ces ictères présentent de plus la grande particularité de se reproduire à répétition, même plusieurs fois, à chaque administration nouvelle d'arsenic (observ. II et VIII).

Dans certains cas, il peut arriver que le processus pathologique ne se développe pas jusqu'au stade ictère, et l'on peut déceler, par l'examen des urines, des *rétentions biliaires* plus ou moins latentes, dont Babalian a rapporté un bel exemple (observ. VII *in* thèse Babalian, 13) ; il s'agissait d'un sujet de 25 ans, présentant fin 1920 un chancre préputial datant d'un mois ; paludéen depuis 1919, n'ayant plus eu d'accès depuis un an ; le foie mesurait 14 cm. sur la ligne mamelonnaire, la rate 12 à 13 cm. sur la ligne axillaire ; chez ce sujet une rétention biliaire nette et marquée apparut et se développa au cours d'un traitement arsenical. Ce phénomène était si net que l'auteur en attribua formellement la cause à « cette atteinte préalable du foie par une infection antérieure ».

Les *crises de colique hépatique* se rencontrent assez rarement comme détermination hépatique chez les paludéens traités par l'arsenic et nous n'avons à présenter qu'une observation de ce genre (observ. II). Le plus souvent, les coliques hépatiques déclenchées par l'arsenic surviennent chez des lithiasiques plus ou moins francs, plutôt que chez des paludéens, et nous avons publié des observations typiques à cette égard, dans lesquelles les crises antérieures de colique hépatique étaient réveillées par l'administration d'arsenic. C'est ce que Milian appelle des phénomènes biotropiques, dont le mécanisme pathogénique serait le réveil d'un microbisme latent sous l'influence du médicament. Mais, dans certains cas, les sujets paludéens peuvent être en même temps des arthritiques ou des lithiasiques latents ou en puissance ; chez de tels sujets, la thérapeutique arsenicale peut provoquer des coliques hépatiques, grâce à un terrain lithiasique pré-existant qui ne se serait manifesté que plus tard, sous une influence ou sous une autre. C'est ainsi que l'on peut interpréter notre observation II, où des crises de colique hépatique survinrent peu de temps après les premières injections d'arsénobenzol, se renouvelant de temps à autre suivant le rythme des injections arsenicales. Dans ce cas, l'état de sensibilisation antérieure de la glande hépatique semble réalisé par l'intrication de deux facteurs pathologiques, facteur paludéen et facteur lithiasique fruste.

Enfin, dans un quatrième ordre d'idées, le tableau clinique peut revêtir la forme des *syndromes d'empoisonnement aigu par l'arsenic*, et dans ces cas les symptômes hépatiques ne dominent pas la scène (observ. IV et V). Ces accidents surviennent très précocement et avec des doses peu importantes de composés arsenicaux. Nausées, vomissements, diarrhée muqueuse et sanguinolente, fièvre, entéralgie, foie et rate augmentés de volume, c'est tout à fait le tableau de l'intolérance aiguë à l'arsenic. Ils peuvent se reproduire à chaque essai nouveau d'administration d'arsenic. L'évolution est en général courte et tout rentre dans l'ordre en 24 à 48 heures.

***

Comment apparaissent de tels accidents ? sous l'influence de quelles formes chimiques de l'arsenic ? A quelles doses ? Par quelles voies d'introduction ?

En un mot, il est nécessaire d'envisager les *modalités du traitement arsenical*, car de cet examen pourront découler des indications intéressantes au point de vue de la prophylaxie ou de la thérapeutique.

La *forme chimique* utilisée ne semble pas avoir beaucoup d'intérêt dans les cas qui nous occupent. Cependant au point de vue fréquence, les composés arsénobenzoliques viennent en tête, car ils sont en cause dans plus de la moitié de nos cas. De plus ils sont responsables des accidents les plus intenses et les plus graves, comme aussi des accidents se produisant à répétition après chaque administration nouvelle des agents toxiques (observ. II) : crises de coliques hépatiques et 2 ictères post-arsénobenzoliques).

La question de *doses* semble avoir une certaine importance. C'est à la suite d'une ou de deux séries complètes d'arsénobenzènes que sont apparus les *ictères arsénobenzoliques*, c'est-à-dire après une imprégnation progressive et croissante de la cellule hépatique par l'agent toxique : après une série de 6 injections jusqu'à 0.90 (observ. VIII), après 3 séries d'injections (observ. VI). Au contraire, dans les cas d'*intolérance* et de *grande susceptibilité à l'arsenic*, les accidents surviennent très *précocement* et avec des *doses plutôt faibles* : comme dans nos observations I, IV (2 gouttes de liqueur de Fowler) et V (une injection de 0.60).

La reprise de la médication arsenicale après un certain temps a fait reparaître très souvent les mêmes accidents (observ. I, II, III, IV, VII, VIII). Donc, dans les deux tiers des observations que nous avons rapportées ci-dessus, l'atteinte du parenchyme hépatique par le paludisme a été telle que, l'administration de doses même plus réduites a toujours reproduit — jusqu'à trois fois dans une de nos observations — les mêmes accidents hépatiques ou des accidents analogues.

La *voie d'introduction*, enfin, a été presque constamment la *voie intra-veineuse*, sauf naturellement pour la liqueur de Fowler. Dans nos recherches antérieures sur le foie et l'arsenic, nous avons montré que c'est la voie entérale et la voie intra-veineuse qui amènent le plus rapidement et le plus brutalement au foie l'agent toxique arsenic, la première par la circulation porte, la seconde par la circulation générale : ainsi le foie fixe et retient une forte proportion de toxique, qu'il supporterait à l'état normal, mais qu'il ne tolère pas lorsqu'il est touché par l'infection paludéenne traduisant sa souffrance par des accidents au niveau de son parenchyme.

***

Comment réaliser la prophylaxie de tels accidents et prévenir leur apparition chez des paludéens soumis pour une cause ou pour une autre à une thérapeutique arsenicale ?

Les moyens à notre disposition peuvent se ranger en deux groupes, suivant l'indication à laquelle ils concourent ; une première indication étant : traiter et améliorer le terrain paludéen antérieur, tant hépatique que général, et cela préalablement à la mise en train d'un traitement arsenical ; la seconde indication étant au contraire : associer au traitement arsenical, soit avant lui, soit en même temps que lui, les agents et les procédés thérapeutiques capables d'augmenter la résistance, de la glande hépatique aux agents nocifs chimiothérapiques en stimulant à la fois son activité fonctionnelle générale et sa fonction antitoxique en particulier.

Chez un ancien paludéen, pour qui se pose l'indication d'une thérapeutique arsenicale, un examen clinique et hématologique complets sera des plus utiles, afin que le praticien puisse être fixé sur l'intensité de l'atteinte palustre antérieure et sur le degré d'activité actuelle de cette infection. Qu'il s'agisse, d'ailleurs, de paludisme franc récent, ou de paludisme chronique présentant des retours offensifs plus ou moins espacés et plus ou moins graves, le premier temps de la thérapeutique consistera à améliorer ce terrain paludéen général et à combattre les conséquences et les séquelles de l'infection palustre.

La thérapeutique utilisée sera le traitement classique par la quinine, aidé au besoin, dans les cas de quinino-intolérance ou de quinino-résistance, par la plasmochine récemment introduite dans la pratique courante et aussi par les arsénicaux cacodyliques ou pentavalents, type stovarsol-tréparsol-acétylarsan.

Cette dernière indication d'arsenicaux cacodyliques ou pentavalents dans la cure préalable du terrain palustre ne doit pas étonner, ni être jugée paradoxale, car nous avons montré ailleurs que, vis-à-vis d'un foie déficient, l'arsenic agent toxique cède le pas à l'arsenic agent thérapeutique et que les formes chimique cacodyliques et pentavalentes, surtout par voie buccale, peuvent être parfaitement tolérées chez les hépatiques et n'avoir que des effets favorables, à condition de mettre en jeu avec une rigueur systématique tous les procédés susceptibles de soutenir

et de revigorer un foie en état d'équilibre fonctionnel instable et précaire (14).

Mais le terrain hépatique conditionné par l'infection paludéenne ne doit pas être négligé, et il pourra, et devra, être considérablement amélioré, à la fois par les prescriptions hygiéno-diététiques habituelles et par la cure hydro-minérale de Vichy : cette dernière, instituée ainsi, avant tout traitement arsenical, réalisera une prophylaxie à longue échéance des plus efficace des accidents para-thérapeutiques. De la même façon que chez les sujets à foie antérieurement fragilisé par l'arthritisme, l'alcoolisme ou la tuberculose, elle améliorera les hépatiques paludéens par une action profonde sur leur terrain ; grâce à elle, la glande hépatique pourra récupérer une valeur fonctionnelle voisine de la normale, nécessaire pour la tolérance parfaite d'un traitement arsenical.

A côté de cette prophylaxie à terme assez éloigné, une prophylaxie immédiate des accidents arsenicaux s'impose ; en effet, même chez ces sujets ainsi améliorés et préparés par avance, l'on ne saurait, sans risque, instituer une thérapeutique arsenicale quelconque et dépourvue de précautions particulières.

Comme pour les arthritiques, les bacillaires et les alcooliques, le clinicien qui soigne un paludéen doit avoir toute son attention attirée, d'une part sur les modalités du traitement arsenical, qui doit être modéré au début, progressif et périodiquement contrôlé par des tests biochimiques, d'autre part sur les moyens à sa disposition pour revigorer un foie en état d'équilibre instable (administration de glucose, opothérapie hépatique sous toutes ses formes, cure alcaline de Vichy).

Nous voudrions insister, en terminant, sur l'importance des épreuves de laboratoires dans la surveillance du traitement arsenical chez nos paludéens.

En effet le laboratoire permettra :

1º Le contrôle de la tolérance hépatique aux arsenicaux, par la recherche de l'urobilinurie et l'évaluation du taux de la bilirubinémie (test de Van den Bergh ou icterus-index) (15).

2º Le contrôle de l'infection paludéenne et de ses réactions possibles dues au changement de climat, de régime et d'hygiène générale.

3º Le contrôle de l'action heureuse sur le foie de la cure de Vichy, par les tests des diverses fonctions hépatiques, métabolisme des hydrates de carbone, des graisses, des matières protéiques, etc.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

(1) Max VAUTHEY. — Recherches cliniques et expérimentales sur le foie et l'arsenic. Applications à la thérapeutique arsenicale chez les hépatiques (Thèse Lyon, 1927.)

(2) Max VAUTHEY. — Du rôle de l'insuffisance hépatique d'origine arthritique dans le déclenchement des accidents hépatiques de l'arsénothérapie. Prophylaxie et traitement de ces accidents par la cure de Vichy. (*Paris médical*, nº 17, 27 avril 1929, p. 393-399.)

(3) MARÉCHAL. — Les hautes doses de cacodylates en thérapeutique. (Thèse Paris, 1919.)

(4) CHEVALIER et PAILLARD. — Lictère post-arsénobenzolique des syphilitiques. (*Journal médical français*, février 1920.)

(5) QUEYRAT. — Salvarsan et néosalvarsan. De quelques réactions du foie consécutives à leur injection. Méiopragie hépatique à type urobilinurique. (Soc. méd. hôp. Paris. 31 juillet 1914, p. 299.)

(6) CARNOT. — *Paris médical*, 3 novembre 1917.

(7) GASTOU et PONTOIZEAU. — Ictères précoces et tardifs d'origine novarsénobenzolique (Soc. méd. hôp. Paris. 11 janvier 1923, p. 41.)

(8) BERTRAND. — Des troubles hépatiques survenant au cours du traitement antisyphilitique par les sels arsenicaux organiques. (*Bruxelles médical*, 17 janvier 1926, p. 380.)

(9) KATCHKATCHER. — Ejenedelnik 1900, nº 41, anal. in *Gazette des hôpitaux*, 31 janvier 1900.)

(10) MISKDJIAN. — La mort par le 606. (Thèse Paris, 1912-1913, nº 418.)

(11) F. ZIMMERN. — Spätikterus nach Salvarsan. (*Dermat. Zeitschrift*, 1919, p. 27, p. 138-162.)

(12) BARTHÉLÉMY et COHEN. — Ictère avec érythrodermie concomitante due au 914. (*Annales des maladies vénériennes*, oct. 1929, nº 10, p. 921-923.)

(13) BABALIAN. — Des rétentions biliaires latentes dans la syphilis. (Thèse Paris, 1921.)

(14) Max VAUTHEY. — La thérapeutique arsenicale en pathologie hépatique. Indications et contre-indictions. (*Monde médical*, nº 773, 1er juillet 1930.)

(15) Max VAUTHEY. — Le contrôle biochimique de la tolérance hépatique aux arsénobenzènes. (*Pratique médicale française*, mars 1929, p. 104-111.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 février 1931

Le B. C. G. — *M. Calmette* répondant à l'intervention faite par M. Vaquez à une précédente séance apporte une documentation qui à ses yeux — permet d'affirmer que le B. C. G. ne peut se transformer dans l'organisme en bacille tuberculeux virulent. Il cite des statistiques portant sur des centaines de mille de vaccinés. Il propose à l'Académie qu'une Commission veuille bien se charger de faire une enquête auprès des services sanitaires, des médecins et des sages femmes qui, depuis 1924, ont la pratique du B. C. G. Il mettra à la disposition de cette Commission toute la documentation que possède l'Institut Pasteur et il demande que les conclusions en soient ensuite publiées pour que les médecins et les familles sachent si, oui ou non, on peut avoir pleine confiance en cette méthode de prévention de la tuberculose.

M. Vaquez se félicite d'avoir ramené M. Calmette à la tribune de l'Académie ; ainsi est interrompu un silence « qui, « mal interprété par ceux qui en ignoraient les causes, aurait « fini par être préjudiciable à la diffusion de la méthode de « prémunition par le B. C. G. ». Il approuve entièrement la nomination d'une Commission qui travaillera suivant la méthode que vient d'indiquer M. Calmette.

L'Académie nomme une Commission composée de MM. Chauffard, Bar, Marfan, Couvelaire, Léon Bernard, J. Renault, Sergent, Nobécourt, Lesné, Lesage, Vallée et Barrier.

La fièvre ondulante d'origine bovine. — *M. Netter* fait sur ce sujet un rapport où il constate que contrairement à ce qui se passe pour la fièvre onduiante consécutive à l'ingestion de lait de chèvre, la fièvre ondulante imputable à l'infection de l'espèce bovine paraît être moins souvent le fait de l'ingestion de lait, que due à la pénétration an niveau des téguments, des agents pathogènes présents à la surface du délivre, dans la sécrétion vaginale qui suit l'avortement ou la délivrance, dans l'urine, dans les déjections. Aussi les cas sont-ils surtout fréquents à la campagne chez les vétérinaires et les personnes entourant les animaux, et encore dans les usines de conserves de viandes.

Les personnes exposées professionnellement au contact des animaux malades devront se laver soigneusement et le plus souvent possible, porter des gants en opérant la délivrance.

La vaccination par cultures tuées a été proposée par MM. Dubois et Sollier pour les personnes plus particulièrement exposées. Il convient d'attendre qu'elle ait fait ses preuves.

La posologie des sels d'or. — *MM. Dumarest* et *Mollard*. — Il ne paraît pas possible d'établir ici une posologie uniforme. La sensibilité individuelle est extrêmement variable et il faut procéder par tâtonnements pour déterminer la dose à la fois tolérable et efficace.

La vagotonine dans le diabète. — *MM. Santenoise, Louyot* et *Vidacovitch*. — Cette nouvelle hormone pancréatique, mise en évidence et isolée par Santenoise et ses collaborateurs, semble intervenir dans la glyco-régulation par un mécanisme tout différent du mode d'action de l'insuline, particulièrement présidant à la constitution des réserves hydrocarbonées de l'organisme. L'association à l'insuline permet d'obtenir une régulation plus complète et plus physiologique des troubles glycorégulateurs du diabète. Elle augmente l'efficacité et la durée du pouvoir hypoglycémiant de l'extrait ainsi que son action sur la glycosurie. Elle permet chez certains malades de réduire dans de très notables proportions la quantité d'insuline et de diminuer le nombre des injections quotidiennes. Elle accroît enfin la tolérance aux hydrates de carbone et permet d'enrichir la ration hydro-carbonée des malades. Les auteurs préconisent donc, à la suite de leurs recherches expérimentales et cliniques, d'associer la vagotonine à l'insuline dans le traitement du diabète.


DIASTO-PEPSINE RICHEPIN
PEPSINE PANCRÉATINE DIASTASE
DIGÈRENT TOUT
Viandes, Légumes, Féculents & Corps gras
REPOSE LE FOIE & L'INTESTIN
2 ou 3 pilules après le repas
ou un verre d'Elixir très agréable après le repas
H.G.
Activé par le Foie
VOIE RECTALE
Aucun inconvénient d'âge ou de sexe
Enfants, Adultes, Nourissons, Femmes enceintes
HEREDO
SUPPARGYRES
Dr FAUCHER
ACTION SÛRE, DISCRÈTE
ABSORPTION RAPIDE
JAMAIS D'INTOLÉRANCE
OU TROUBLES QUELCONQUES
Toutes les faiblesses
NERVOCITHINE TISSOT
SIROP_DRAGÉES_AMPOULES
NUCLEINATE DE { Fer Manganese
et Arsenic organique
Fluor
1 ou 2 ampoules par jour
1 ou 2 dragées ou cuillerées de sirop.
ESTOMAC NET - INTESTIN NET
FORME LA PLUS PARFAITE ET LA PLUS ACTIVE DU CHARBON
AGISSENT par leur forme, leur volume et le Gluten mucogène
GRAINS ANISÉS DE
CHARBON TISSOT
Absorbent_Divisent_Expulsent
RÉALISENT le véritable et continuel rajeunissement de l'intestin.
PANUROL TISSOT
CONTIENT TOUS LES SOLVANTS des sels uriques et uratiques
Aide et Soutient LE REIN dans sa double fonction: FILTRE & GLANDE
2 à 3 cuillerées par jour.
ABSORPTION CUTANÉE
Rhumes_Bronchites_Grippes, etc.
BRONCHODERMINE
La peau est l'agent d'absorption le plus rapide
GAÏACOL_HÉLÉNINE_TERPINOL_EUCALYPTOL
POUR TOUS LES ÂGES
Absorption et assimilation rapides
Le Carnox
est le meilleur Vin de VIANDE.
Laboratoires du Docteur TISSOT, 34, Boulevard de Clichy, PARIS

LA CORSE, PAYS DES BELLES EXCURSIONS, A 24 HEURES DE PARIS

Les horaires d'été de la Compagnie Fraissinet au départ de Nice établis de telle sorte que la Corse n est réellement qu'à 24 heures de Paris. En effet, le voyageur partant de la capitale le lundi, le mardi ou le samedi à 17 h. 05, par le train 15, (formé de voitures de 1re et de classes, de voitures de luxe, de Pullman et d'un wagon-restaurant) rive le lendemain en gare de Nice à 10 h. 30 ; il y trouve un autobus qui le conduit avec ses bagages. au port, d'ou le paquebot, levant l'ancre à midi le dépose le soir même en Corse ; le mardi et le mercredi à Ile Rousse, le dimanche à Calvi.

Le départ du paquebot pour la Corse le vendredi a lieu à 9 heures arrivée à Ajaccio à 18 h. 25.

Il est, au demeurant aussi facile d'excursionner en Corse que de s'y rendre. D'Ajaccio, Bastia, Corte. Calvy, Ile Rousse, les cars P. L. M. permettent de visiter les sites les plus réputés de l'Ile : Calanques de Piana, Golfe de Porto, falaises de Bonifacio, Col de Bavella, marine de Porte-Vécchio, Cap Corse. Castagniccia, défilé de l'Inzecca, etc...

Les principales gares P. L. M. délivrent des billets directs avec enregistrement direct des bagages pour les ports d'Ajaccio, Bastia. Calvi et Ile Rousse, les gares de Corte. Ghisonaccia et Vizzavona.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 mars 1931

Un cas mortel de maladie de Quincke avec crises douloureuses abdominales accompagnées de spasmes vasculaires. — *MM. Pasteur Vallery-Radot* et *Pierre Blamoutier* rapportent l'observation d'un médecin qui présenta pendant vingt-deux ans des crises abdominales extrêmement douloureuses, s'accompagnant de nausées très pénibles et de vomissements, dont le diagnostic ne pouvait être fait que par la constatation d'œdèmes cutanés qui s'associaient souvent, bien que d'une façon inconstante, à ces crises. Après avoir fait des œdèmes viscéraux multiples, œdème pleuro-pulmonaire, œdème de la glotte, il mourut au cours d'une crise d'œdème glottique suraiguë.

Ce malade était, de plus, atteint d'artérite des membres inférieurs et il avait des spasmes vasculaires aux membres supérieurs.

Etant donnés les symptômes subjectifs qu'il accusait au moment des crises viscérales (sensation de corps étranger au niveau de l'estomac dont il précisait la localisation), il est possible que les crises abdominales douloureuses aient été en rapport avec de l'œdème de la muqueuse gastrique. Mais cet œdème gastrique ne saurait expliquer les spasmes vasculaires qui accompagnaient les crises douloureuses : spasmes des artères des membres inférieurs, spasmes des vaisseaux des membres supérieurs, spasmes des capillaires de la paroi abdominale. Ces spasmes vasculaires multiples sont le témoignage de l'excitation générale du sympathique. Dans les organes abdominaux il devait se produire vraisemblablement des spasmes du même ordre par excitation du plexus solaire. On ne peut considérer les crises présentées par ce malade que comme des crises sympathicotoniques généralisées. On doit se demander, en l'absence de tout autre antécédent, si les lésions artérielles n'ont pas été favorisées par ces spasmes vasculaires répétées.

Cette observation qui se rapproche de celle de Laubry, Mlle Th. Brosse et A. van Bogaert, montre les troubles sympathiques qui sont à l'origine de certaines grandes crises d'œdème de Quincke.

M. Laubry pense que le pronostic de l'œdème de Quincke peut être aggravé encore par la production d'hémorragies (hémorragie cérébrale par exemple). Ces hémorragies, dont on a rapporté un certain nombre de cas, sont peut-être la conséquence de lésions d'artérite relevant elle-même de spasmes vasculaires répétés.

Polynévrite à forme pseudo myopathique. — *MM. Jacques Decourt* et *S. de Sèze*. — Le diagnostic des myopathies repose avant tout sur les modifications morphologiques, les troubles de la statique du tronc, la démarche et les attitudes particulières qu'imposent à ces malades leurs atrophies musculaires. Mais, comme l'a déjà noté Alajouanine, ces symptômes ne sauraient être considérés comme absolument spécifiques. Car ils tiennent moins à la nature de la maladie qu'à la topographie des atteintes musculaires.

Certaines lésions du neurone moteur périphérique pensent, dans des cas exceptionnels, réaliser une symptomatologie voisine. Les auteurs rapportent l'observation d'un malade qui pouvait, au premier abord, être pris pour un myopathique.

Mais le début tardif, l'installation rapide des paralysies, l'existence de douleurs, l'abolition des réflexes dans des territoires à peine touchés par la paralysie, l'exagération de la réflectivité idio-musculaire, les données de l'électro-diagnostic permirent de reconnaître qu'il s'agissait d'une radiculo-névrite diffuse. L'allure régressive de la maladie confirma ce diagnostic. Ces faits comportent un grand intérêt pratique, leur curabilité s'opposant à l'évolution progressive des myopathies.

Opération de Brauer. — *MM. A. Clerc, R. Soupault* et *P. Noël Deschamps* presentent un jeune homme de 19 ans, non rhumatisant, chez qui se déclara un syndrome pleuro-péritonéal avec gros foie et signes d'une insuffisance accentuée du cœur droit sans lésions valvulaires, rebelle à tout traitement médical, évoquant la possibilité d'une symphyse péricardique associée. La thoracectomie pratiquée il y a cinq mois, fut rapidement suivie d'une amélioration telle que les œdèmes et la cyanose ont disparu malgré la persistance d'une hépatomégalie et d'une ascite atténuées et que le malade peut aller et venir sans dyspnée.

M. Laubry pense que les indications de l'opération de Brauer sont fort nombreuses et difficiles à poser. Les succès à longue échéance sont rares.

M. Clerc ajoute que dans les cas peu fréquents, où il est indiqué de pratiquer l'intervention, celle-ci faite sous anesthésie locale, est peu traumatisante et donne parfois des résultats impressionnants.

Amylose rénale et néphrose lipoïdique. — *MM. M. Labbé et R. Boulin* rapportent l'observation d'un cas d'amylose rénale qui evolua en deux stades.

Dans un premier stade, amylose rénale pure, sans néphrite associée, mais où l'on put mettre en évidence tous les stygmates de la néphrose lipoïdique (diminution des albumines totales, inversion du rapport serine-globuline ; augmentation importante des graisses du sang et de la cholestérine qui atteignaient le triple du taux normal).

Dans un deuxième stade, l'amylose rénale se combina à une néphrite azotémique incipiens, mais le syndrome de néphrose lipoïdique disparut presque complètement ; en particulier les graisses du sang et la cholestérine reprirent un taux normal.

Ceci prouve qu'au cours de l'amylose rénale la néphrose lipoïdique peut ne constituer qu'une association transitoire.

Poliomyélite antérieure chronique syphilitique. Forme pseudo-myopathique. — *MM. P. Harvier, Jacques Decourt* et *A. Lafitte* presentent une malade de 28 ans dont le facies, les caractères morphologiques, la démarche, la manière de se relever réalisent si bien l'aspect extérieur d'une myopathie que des médecins très instruits ont pu s'arrêter à ce diagnostic. Il s'agit en réalité d'une poliomyélite antérieure chronique, comme l'attestent l'existence de fibrillations musculaires, l'exagération des réflexes idio-musculaires, l'atteinte de la langue, l'absence d'induration des muscles, et surtout les données de l'électro-diagnostic. Des signes associés de tabes fruste et l'examen du liquide céphalo-rachidien prouvent la nature syphilitique de la maladie. Ce fait montre, qu'à côté des atteintes névritiques diffuses, certaines poliomyélites antérieures chroniques peuvent simuler de très près la symptomatologie classique des myopathies.

Sclérodermie avec mélanodermie. Rôle de l'insuffisance surrénale. — *MM. Halbron* et *de Sèze* présentent deux malades, chez lesquels se retrouvent associés : 1° Une sclérodermie 2° un syndrome de Raynaud 3° Une mélanodermie avec hypotension.

Ils discutent l'origine de la mélanodermie chez ces deux malades. Ne faut-il y voir que la manifestation d'un trouble sympathique ?

Les auteurs exposent les raisons qui les ont amenés à considérer la mélanodermie de ces deux sclérodermiques comme une manifestation d'insuffisance surrénale ; il s'agit peut-être, sans qu'on puisse être tout à fait affirmatif sur ce point, d'une association de sclérodermie avec une véritable maladie d'Addison.

Ces observations amènent les auteurs à discuter le rôle de l'insuffisance surrénale dans la pathogénie encore si obscure de la sclérodermie. La sclérodermie mérite d'entrer dans le cadre des « symptômes endocriniens communs » : parmi les perturbations endocriniennes capables de réaliser le syndrome sclérodermique, il semble qu'il soit légitime de réserver une place à l'insuffisance des glandes surrénales.

Présentation d'un potomane. — *MM. Marcel Labbé, Raoul Boulin, L. Justin-Besançon* et *Ulevy* présentent une petite fille de 10 ans qui, depuis 5 ans présente une polyurie de 3 à 12 litres par jour (les 2/3 du poids de son corps). Cette polyurie avait été considérée comme liée à un diabète insipide jusqu'au jour où l'on entreprit d'établir, chez l'enfant, un bilan précis de l'eau. A ce moment, on s'aperçut qu'il n'y avait aucune concordance entre les chiffres de boissons et le taux de la diurèse. Plaçant alors l'enfant sous une étroite surveillance, on la vit user de mille stratagèmes, tour à tour pour se procurer des liquides en surplus de son régime et pour cacher le surplus d'urines résultant de ses supercheries.

Les auteurs montrent combien, dans certains cas, le diagnostic peut être difficile entre le diabète insipide et les vésanies de la soif. Ils se fondent essentiellement sur l'épreuve de la restriction hydrique. Leur jeune malade ne prend plus actuellement que 700 cmc de liquide par jour et supporte cette restriction sans troubles généraux, sans fièvre et surtout sans perte de poids.

Etudiant enfin le psychisme de la jeune malade dont la grand'mère et la tante sont internées, ils montrent qu'il ne s'agit pas d'une arriérée, mais d'une enfant intelligente et dissimulée chez qui la potomanie a été entretenue par des erreurs d'éducation familiale.

Sur une malade présentant des perturbations neuro-végétatives et humorales. — *MM. Marcel Labbé, Raoul Boulin, L. Justin-Besançon* et *E. Soulié* présentent une malade qui, depuis son enfance, présente en permanence de l'exophtalmie et de la bradycardie, et des accès paroxystiques pendant lesquels le pouls passe à 150, 180 et plus. Bradycardie et tachycardie sont d'origine sinusale. Les épreuves neuro-végétatives indiquent une vagotonie considérable qui contraste avec l'exophtalmie permanente. Le tremblement existe en période de tachycardie ; le phénomène de la roue dentée est contemporain de la bradycardie. Le tractus digestif est tantôt en état de spasme intense, tantôt complètement atone.

La glycémie à jeun est de 0 gr. 77, et passe à 1 gr. 35 lors des crises tachycardiques. L'hyperglycémie alimentaire est exagérée et surtout, l'hypoglycémie déclenchée par l'injection intra-veineuse de 12 unités d'insuline est intense et s'accompagne de manifestations cliniques alarmantes. Enfin, le potassium sanguin est sujet à des variations considérables.

Les auteurs apportent ce faisceau de documents précis en montrant combien il serait imprudent de proposer un classement nosographique ou une interprétation pathogénique des accidents.

Cutivaccination du rhumatisme chronique. — *MM. Coste* et *Lacapère.*

M. VALENTIN

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 6 mars 1931

Guérison d'un iléus paralytique post-opératoire par le sérum hyperchloruré. — *M. Raymond Bonneau* fait un rapport sur un travail de *MM. Trajan Gruesco* et *Aurel Dragos* (de Galatz, Roumanie). Il est d'accord avec les auteurs pour reconnaître qu'à côté des actions rechlorurante et anti-toxique, le sérum hyperchloruré a une action péristaltique directe, particulièrement efficace dans les fausses occlusions post-opératoires.

Nouveau procédé de plastie pour atrésie post-traumatique du conduit auditif externe. — *M. Dufourmentel* fait un rapport sur un travail de *MM. Lafite-Dupont* et *Henri-Fischer* (de Bordeaux). Les auteurs présentent une technique d'élargissement du conduit auditif au moyen d'un lambeau cutané prélevé sur la région cervicale et retourné par torsion de son pédicule.

Sur un cas rare de mastoïdite latente. — *M. Bourguet* fait un rapport sur un travail de *M. Henri-Fischer* (de Bordeaux). L'auteur donne l'observation d'un malade qui fait une mastoïdite au cours d'une rougeole. Son diagnostic, malgré l'absence de douleurs, de gonflement rétro-auriculaire est basé sur une suppuration abondante. Il opère ce malade et trouve une nécrose profonde de la corticale interne avec mise à nu de la dure-mère cérébelleuse. Il donne, comme conclusion, que toute suppuration auriculaire qui se prolonge au-delà de quelques semaines, après otite aiguë suppurée, doit être opérée.

Sur un cas de grossesse ectopique tubaire ayant évolué jusqu'au terme normal. — *M. Dartigues* fait un rapport sur un travail de *M. Lavoix* (de Saint-Lô). Femme de 28 ans. Au terme de la grossesse, cessation des mouvements actifs du fœtus et des bruits du cœur fœtal. Pas de faux travail. La malade attend encore deux mois et demi. L'auteur l'opère au onzième mois et demi de la grossesse et, par laparotomie, extirpe en bloc le kyste fœtal développé dans la trompe gauche : le fœtus pesait 4 kgr. Si le diagnostic avait pu être soupçonné, il eût été possible d'extraire un enfant vivant en opérant en temps opportun. Le rapporteur pense que la radiographie, dans ces cas, peut rendre des services ; il rappelle quelques cas de grossesses prolongées.

L'anesthésie interrompue en chirurgie gastrique. — *M. Hautefort* rapporte les résultats qu'il a obtenus en interrompant l'administration de l'anesthésique pendant une grande partie de l'opération. L'anesthésique (éther, balsoforme ou protoxyde d'azote) est donné, comme il est habituel, pendant l'ouverture de la paroi abdominale et l'exploration des lésions ; il est suspendu pendant les résections et les anastomoses puis repris pour la fermeture de la paroi. L'auteur communique douze observations dans lesquelles ce mode d'anesthésie a été suffisant et paraît avoir réduit notablement le shock opératoire.

A propos de l'action du sérum hyperchloruré intra-veineux dans les occlusions du grêle. — *M. P. Laurent* communique deux observations : l'une, personnelle, d'étranglement crural avec sphacèle d'une anse grêle, traité par extériorisation simple, puis secondairement par anastomose iléo-cæcale ; l'autre, de *M. Lascaux,* de volvulus du grêle, traité par résection et anastomose termino-terminale. Dans ces deux cas, l'emploi du sérum hyperchloruré avant ou après l'intervention d'urgence et continué pendant deux à trois jours, a eu une action anti-toxique et péristaltique des plus favorables, rendant les suites opératoires rapidement simples et assurant la guérison sans incidents.

Gastrotomie (Procédé de Depage). — *M. Victor-Pauchet* expose la technique de ce procédé. Il le préfère aux autres procédés parce que, dans les cas de gastrotomie définitive, il donne une bouche continente.

CLIMATOTHÉRAPIE

La Baule, plage rayonnante

Par le Dr CATTIER

Le soleil luit pour tout le monde, affirme un dicton : il ne se contente pas de luire, *il rayonne* et ce rayonnement n'est pas le moindre de ses bienfaits.

A notre époque tout le monde pratique et veut pratiquer *la cure solaire* un peu trop au gré de sa fantaisie et sans directives précises, c'est pourquoi nous avons pensé faire œuvre utile en donnant quelques principes élémentaires destinés à mieux utiliser ses bienfaisantes propriétés.

Toutes les plages de mer ne sont pas faites pour la cure ; on pourrait les diviser en deux grandes catégories : *les plages d'embruns* et *les plages de rayons.*

La plage aux embruns, c'est celle où le vent souffle en tempête, sur laquelle la marée toujours forte brasse l'eau, la pulvérise en fines gouttelettes ; les molécules projetées de la cime des vagues percutent et « massent » la peau en fines douches filiformes. Ce sont des plages qui exaltent la nutrition générale et favorisent le travail réparateur nécessité par certaines misères physiologiques.

Elles sont entourées de rochers ou de dunes, présentent une végétation sous-marine « voleuse » de rayons guérisseurs qui absorbe l'action rayonnante.

Elles douchent mais ne rayonnent pas.

La Baule, immense plage de près de dix kilomètres absolument nue, sans végétation sous-marine est le type rêvé de la plage rayonnante.

Vaste usine d'absorption de rayons lumineux, abritée dans une baie, pas de houle, pas de vents, une température toujours élevée rendant le bain de mer agréable et tempéré. Tels sont ses caractéristiques essentiels.

C'est la vraie plage pour la cure de soleil.

Comment en profiter utilement ?

Une cure d'insolation mal dirigée peut-elle être nuisible ?

Assurément et nous allons voir pourquoi :

L'Etat de la peau pour la cure est capital puisque son rôle est essentiel, c'est elle qui absorbe.

Disons tout de suite que la brûlure, vulgairement appelée « coup de soleil » est une faute, c'est un accident à éviter.

Il ne faut pas non plus se faire une peau basanée comme celle d'un vieux loup de mer, car alors la cure n'agit plus.

Il faut aussi faire de l'entraînement progressif à la mer comme on le fait d'ailleurs dans l'héliothérapie en montagne : exposer tous les jours *une région limitée et différente* ; on commencera par les membres inférieurs, puis l'abdomen, le jour suivant ce sera le thorax, puis les membres supérieurs, pour recommencer ensuite les régions déjà exposées.

Le nudisme sera donc partiel, le reste du corps étant protégé par une étoffe blanche ; la première séance sera de courte durée : *un quart d'heure environ* et toujours en surveillant l'état de la peau.

Gare au coup de soleil ! cessez s'il y a cuisson et début de brûlure.

La cure ne dépassera *en aucun cas une heure au maximum.*

Il faut savoir que, jusqu'à l'âge de la puberté, nous sommes tous plus ou moins candidats aux grandes infections et en particulier à la tuberculose pulmonaire.

A 15 ans l'enfant s'est défendu ou bien il a subi la contamination.

Comment se défend-il ?

Par un premier barrage qui est une barrière de calcium autour du microbe envahisseur. Le calcium circonscrit la lésion et l'empêche d'évoluer.

Lorsqu'on examine à l'autopsie certains poumons d'adultes, on aperçoit nettement les traces du travail de calcification qui s'est fait autour d'une lésion éteinte et cicatrisée. Voilà la première défense.

Si le premier tir de barrage faiblit ou succombe, ce sont les ganglions lymphatiques qui entrent en jeu et constituent la deuxième barrière.

A quels types d'enfant s'adressera la cure solaire ? Elle présente trois directions principales qui résultent de ce que nous venons d'exposer :

1° *Rétablir le précieux barrage de calcium à son taux normal* pour créer la zone de calcification défensive.

On enverra à la Baule tous les enfants qui présentent de la perte de l'appétit, un léger amaigrissement avec un peu de fièvre, autant de signes qui pendant quelques semaines révèlent un début d'infection avec une résistance diminuée.

2° *Lutter contre la défaillance de la seconde barrière : les ganglions lymphatiques.*

On y traitera les enfants porteurs de réactions ganglionnaires multiples et aussi de ganglions profonds et d'adénopathies trachéo-bronchiques.

3° *Ramener les globules du sang à leur taux normal.*

On y enverra les enfants anémiés, pâles et fatigués, sans entrain, travaillant mal et difficilement.

4° *Rétablir le tonus musculaire* ; c'est un signe fréquent que cette flaccidité anormale de tout le système musculaire.

Comment agit la cure solaire ?

Elle agit sur la peau d'abord comme le ferait une vésication légère, c'est une insolation avec une faible rougeur, mais si la peau est l'appareil récepteur, elle transmet l'impression bienfaisante des rayons aux organes profonds et au système nerveux central. Aussitôt le taux des globules du sang augmente, les globules rouges et blancs se multiplient au moment même de l'exposition pour revenir vers la normale la nuit suivante.

Puis une nouvelle séance le lendemain provoque une nouvelle crise de vésication et de retentissement globulaire. Ce n'est donc pas une simple action locale, mais une action à distance qu'exercent les rayons, le point de départ est la peau mais l'aboutissant est le système nerveux central.

Le costume de l'enfant sera aussi réduit que possible pour que les rayons lumineux baignent abondamment son épiderme. L'enfant aura la tête couverte d'un chapeau léger, il sera entraîné chaque jour à des séances d'exposition progressive pour l'habituer à la réverbération du sable blanc et de la mer miroitante qui doublent l'intensité des rayons solaires et il importe de lui éviter les brûlures douloureuses et fatigantes.

De temps en temps on le laissera patauger dans les franges de l'eau écumante et l'on autorisera même chaque jour un bain très court.

La stimulation du bain est chose première surtout chez les petits lymphatiques.

Parfois si le soleil boude il trouvera dans les sapins un air d'une grande pureté aromatisé par les senteurs balsamiques qu'exhalent les arbres résineux.

Rapidement nous voyons ces petits se colorer, devenir plus vifs, plus gais, leur appétit augmente, leur digestion est meilleure et leur sommeil plus paisible.

Les changements de poids sont variables ; pour certains, l'augmentation est impressionnante ; chez d'autres, elle est faible, l'enfant jouant beaucoup sur la plage, dépense énormément, il ne fait pas de graisse, mais il fait du muscle et du sang nouveau ; il se tonifie et se désintoxique.

Ce n'est que plus tard que la balance montera. On revoit des enfants plusieurs années de suite, leurs parents les ramènent parce qu'ils ont constaté qu'ils s'enrhumaient moins souvent ; ils viennent chercher chaque année une provision nouvelle de résistance.»

On n'aura qu'à se féliciter d'y conduire ces adolescents qui sans présenter des signes d'organes spécialement déficients, dénotent un état général médiocre à la suite de croissance exagérée, sensation de fatigue continuelle, maux de tête habituels rendant le travail pénible, amaigrissement et souvent anémie appréciable.

Il semble chez eux que l'organisme a de la peine à suivre leur développement trop rapide. Ce sont *des fatigues de croissance*, un peu plus fréquentes chez les garçons que chez les filles.

La cure de la Baule est pour eux tout indiquée.

Pour les parents, c'est la vie sur la plage à l'ombre d'un parasol, c'est-à-dire une autre variété de la cure solaire, le *bain de lumière réfléchie.*

En effet l'eau qui humidifie le sable décompose les rayons du soleil, en retient certaines variétés et renvoie les autres dans l'atmosphère comme le ferait un grand miroir, ce sont d'autres rayons guérisseurs.

On se placera sur la zone humide du sable, l'ombrelle intercepte les rayons directs, les autres ne provoquent qu'une légère *teinte fumée de la peau* et jamais d'état basané.

Des distractions multiples s'offrent aux amateurs de sport.

Etes-vous cavalier ? vous trouverez dans les petites allées du « bois d'amour », toutes pleines d'oiseaux chanteurs, l'occasion de goûter les charmes d'une charmante randonnée dont on revient pour galoper sur le sable fin devant la mer miroitante.

Vous trouverez aussi de nombreux tennis si vous êtes joueur ; il existe un golf superbe ; si vous aimez la mer et la pêche, le petit port du Pouliguen vous offrira ses ressources.

Et maintenant pour finir, chers confrères, M. André, dont la baguette magique a fait La Baule et ses séductions, n'a pas oublié les médecins.

Cette année 1931, nous recevrons tous une carte nous donnant l'entrée gratuite au casino ainsi qu'à notre famille ; remercions-le très sincèrement de ce don gracieux au Corps médical

Allons tous voir la plage rayonnante pour y oublier les soucis de la clientèle en regardant jouer bébé sur le beau sable fin, gonflant sa petite poitrine d'air pur et vivifiant.

Bénissons ce généreux, ce divin soleil, ce « pur communiste » dont le rayonnement doré inonde les petits et les grands, les malades et même les médecins !

« ... Et c'est lorsque la médecine lutte péniblement contre tant de causes de démoralisation ; lorsque l'Etat devrait chercher à relever son niveau social, et à grandir les études médicales par tout ce qui ennoblit et raffermit l'âme humaine, que l'on vient supprimer l'enseignement des belles lettres, et qu'on cesse d'opposer à un envahissement déplorable, la barrière salutaire, quoique souvent impuissante, des fortes études et du baccalauréat es lettres ! ... que les élèves qui se destinent à la médecine continuent donc l'étude des langues et des lettres anciennes, que la théodicée et la morale leur soient enseignées aussi bien que la logique, et que l'Etat ne cesse point d'exiger d'eux la garantie du baccalauréat ès lettres. »

(1852. M. Bonnet, professeur à l'Ecole de médecine de Lyon. *Du Décret du Dix Avril dans ses rapports avec l'Education du Médecin.*)

Drelincourt, au XVIIIe siècle, évalue à 262 les « hypothèses » *sans fondement* émises sur la théorie du sexe ; il en propose à cette occasion une nouvelle qui mérite de porter, d'après Blumenbach, le numéro 263 dans le dénombrement de son auteur. Depuis lors, A. Thomson estime qu'il n'est pas exagéré de dire que ce nombre a dû doubler à peu près.

(Dr H. Briand, *Journal médical français*, janvier 1931).

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Essais thérapeutiques dans la blennorragie aiguë

Sous ce titre, le Docteur P. Barbellion, assistant à la clinique d'urologie de l'hôpital Necker, vient de publier dans le *Journal d'urologie* (tome XXX, n° 2, aout 1930) une étude très documentée. L'ensemble des observations recueillies sur 82.000 malades qui se sont présentés à la clinique Necker permet d'envisager la valeur des différents traitements employés dans la blennorragie. Le Dr Barbellion s'est trouvé dans la nécessité de faire des infidélités *aux lavages*, à cause de l'irrégularité des malades et parce que les lavages sont imparfaitement exécutés à l'hôpital même, malgré une surveillance attentive. Dans la majorité des cas (90 %) la *vaccinothérapie* appliquée seule, se montre inefficace. Seuls les vaccins colloïdo-microbiens semblent être en progrès.

La gonacrine n'a pas encore une action assez manifeste pour en faire une médication de choix. Il y a économie de temps sur les lavages, mais il y a aussi l'ennui des intraveineuses, les taches que donne le produit, le danger des injections mal faites et souvent difficiles à faire, le risque des complications, etc.

Le santal (santalol B) en injections huileuses intramusculaires, n'a qu'une activité médiocre et la méthode doit être améliorée. En injections uréthrales, les résultats ne sont pas encourageants.

Le complexe santalol, salol, hexaméthylène-tétramine, donné sous la forme d'*Eumictine* (10 à 15 capsules par jour) bien que appliqué à des malades se fatiguant beaucoup et porteurs d'une blennorragie très aiguë, a provoqué une diminution progressive et considérable de l'écoulement et une très rapide sédation de la douleur. Les urines s'améliorent vite et l'uréthrite postérieure se trouve particulièrement bien de ce traitement. Le résultat immédiat est satisfaisant. Le malade ne souffre pas, ne perd pas de temps à se soigner et continue à travailler. C'est là, au point de vue pratique, un avantage considérable, tant à l'hôpital qu'en clientèle. Cet avantage, que les praticiens apprécieront tout particulièrement, fait négliger l'inconvénient qui résulterait parfois de la prolongation du traitement et qui amènerait à faire quelques lavages à un moment où ils ne risquent plus, d'ailleurs d'être aucunement nuisibles.

Expérimentée par le Dr Barbellion, l'association Eumictine-gonacrine a paru intéressante car beaucoup plus rapidement qu'avec la gonacrine seule, la sécrétion s'atténue et se tarit. La période douloureuse est très brève et les urines deviennent rapidement très belles. Le traitement reste cependant assez long et souvent l'écoulement reprend si on interrompt les capsules d'*Eumictine* tout en continuant la gonacrine.

La conclusion de ce travail important est que aucune thérapeutique antiblennorragique actuelle ne peut se vanter d'empêcher à coup sûr les complications et qu'il n'existe pas de traitement standard. Il faut tenir compte de l'état local et général du sujet, de ses possibilités de consacrer plus ou moins de temps à son traitement. En tous cas, nous retiendrons que, dans la majorité des cas, c'est-à-dire chez les malades aigus, obligés de travailler, la supériorité de l'*Eumictine* est manifeste et que dans tous les autres cas, associée ou non à la gonacrine, l'*Eumictine* reste l'agent chimiothérapique le plus sûr.

Les bronchites chroniques et leur traitement (DESSOUT, *Concours médical*, Paris, 29 septembre 1929.)

Pour calmer la toux, on dispose de nombreux médicaments, l'opium sous forme de sirop de pantopon, de codéine, la belladone, l'aconit. Remarquons cependant que, la toux n'est pas toujours un symptôme qu'il faut combattre. Dans la forme trachéo-bronchique avec sécrétion assez marquée, la toux est efficace et permet l'expectoration, le rejet de ces mucosités qui encombrent les voies respiratoires. La toux est alors peu fatigante pour le malade et il faut la respecter comme un réflexe utile et précieux. Il ne faut combattre que la toux sèche, quinteuse, pénible, spasmodique, qui épuise les malades en efforts déchirants aboutissant à peine au rejet de rares exsudats bronchiques.

Pour faciliter l'expectoration et modifier la sécrétion, on dispose de moyens externes et pour la désinfection des voies respiratoires, les balsamiques s'emploient surtout. La créosote et ses dérivés sont le plus souvent ordonnés. Ce sont des antibronchitiques et des antiseptiques de premier ordre. D'après Martinet, une place à part doit être faite à deux dérivés : le gaïacol et le thiocol. Mais le gaïacol, quoique mieux supporté que la créosote, présente des inconvénients bien connus. Le thiocol (ortho-sulfo-gaïacolate de potassium) réunit dans une certaine mesure les actions du groupe créosote et gaïacol et celle des sulfureux : il peut être administré en cachets, comprimés et surtout sirop, à la dose moyenne de 2 à 4 grammes par jour, de préférence au moment des repas. Le thiocol « Roche » représente la forme stable et bien définie de ce médicament. Il n'est ni toxique, ni caustique, ni irritant, il est inodore et toujours bien supporté par les malades les plus délicats, même par les enfants et il est excessivement pur ; il exerce une action triple : il empêche la toux persistante, il est antiseptique et, comme tel, s'oppose à la pullulation microbienne et exalte les réactions défensives de l'organisme.

L'Allonal dans le traitement des algies cancéreuses. (ABBAL, *Concours médical*, Paris, 23 mars 1930, n° 12.)

L'auteur a pu traiter par l'allonal des cancéreux présentant des cancers du sein, de la langue, de l'utérus, de la face, etc. La dose qu'il a employée a varié de 2 à 4 comprimés par jour. Il n'a jamais observé de signes cliniques d'intoxication ni de phénomènes d'intolérance, malgré l'âge avancé des malades, leur état général parfois mauvais ou l'usage prolongé du médicament. Il conclut donc que l'allonal est un adjuvant précieux pour le praticien, et, sans enlever aux toxiques et plus particulièrement aux opiacés leur valeur réelle, il croit que le médecin devra avant de recourir à leur usage, prescrire ce médicament sur lequel il peut compter et qui ne l'exposera pas aux inconvénients et à l'accoutumance qui résultent habituellement de l'administration prolongée des narcotiques, dans tous les cas d'algies persistantes de quelque nature qu'elles soient.

La thérapeutique de l'insomnie chez les anxieux et les névropathes. (Dr PERGET. *Pratique médicale française*, Paris, octobre 1930.)

Il y a toute une classe de petits insomniaques, de petits anxieux, de petits mélancoliques chez qui on ne peut pas donner les hypnotiques puissants comme les barbituriques et chez qui on ne peut administrer davantage les simples calmants comme la valériane, le cratœgus, etc... Ce qu'il faut à ces anxieux insomniaques, c'est un hypnogène peu toxique, s'éliminant rapidement, ne créant pas d'accoutumance et modifiant à la longue le psychisme par son action sédative régulière. On possède ce médicament qui est un uréide, tout à fait différent des dérivés barbituriques en ce sens qu'au lieu d'être un dérivé cyclique de l'urée, c'est un dérivé à chaîne droite. Ce corps, l'allylisopropylacétylcarbamide, a été spécialisé sous le nom de sédormid ; il se présente sous forme de comprimés de 0.25 ; il est très peu toxique et il donne, dans l'anxiété moyenne et la petite agitation, d'excellents résultats à la dose de 2 à 3 comprimés par jour. Le sommeil que provoque le sédormid est calme, physiologique en quelque sorte, ne donnant pas au réveil cette sensation tout à fait spéciale de nausées qui est si désagréable. Le sédormid prend, de plus en plus, dans l'arsenal thérapeutique, une place tout à fait originale et a mérité vraiment d'être appelé « le grand médicament des petits insomniaques et des petits anxieux. »

Avantages, indications et résultats d'une médication mixte analgésique et sédative. (Dr S. CAMREDON. *Courrier médical*, 23 novembre 1930.)

Dans les multiples cas où il faut juguler le symptôme douleur, l'allonal, qui n'est pas toxique aux doses thérapeutiques, qui n'a aucune action nocive sur le cœur, les reins et les poumons, qui ne contient aucune substance du tableau B (ni opium, ni morphine, ni scopolamine, ni hyoscine) permet de remplacer ces substances toxiques pour obtenir, comme avec elles et mieux que par elles, ce triple résultat : calmer les algies, apaiser l'excitation et donner ensuite un sommeil calme et paisible ayant toutes les apparences, toutes les qualités et tous les bienfaisants effets du sommeil physiologique normal.

Démence précoce. — Plusieurs sujets atteints de démence précoce avec catatonie ont eu des intervalles lucides après inhalation de CO^2. (LASCHÉ et RUBIN. United States Veter. Bur. Med. Bull. 1930, p. 1037.

A. M.

Echos et Glanures

Le testament d'un médecin. — Le Dr Flaissières, qui vient de mourir à Marseille, était né en 1851 à Villeneyrac (Hérault). Il fut reçu docteur en médecine en 1877. Voici, d'après *Le Temps*, ses dernières volontés :

« Mes obsèques, a-t-il écrit, devront être civiles et d'une très grande simplicité ; aucune lettre de faire-part, soit par la presse, soit sous forme individuelle : ni fleurs ni couronnes ; aucun discours, aucun caractère administratif ou politique. Dans le cas où j'occuperais des fonctions municipales au moment de mon décès, j'invite ma succession à n'accepter aucun concours pécuniaire de la ville pour couvrir les frais de mes obsèques. Je désire vivement que mon corps soit incinéré et que, pour cette opération, il soit retiré du cercueil et déposé directement sur la plaque poussée dans le four crématoire. Après l'incinération, les cendres recueillies devront être projetées dans le fond de la fosse commune en exploitation, puis recouverte de terre. Sur ma tombe, aucun signe extérieur, ni temporaire ni permanent. L'anonymat absolu.

Je tiens à dormir l'éternel sommeil comme incorporé exactement à la terre de Marseille, ma patrie d'adoption. Je tiens aussi après mon décès, comme durant ma vie, à me confondre dans la masse de cette généreuse et admirable population à laquelle j'adresse l'expression de ma reconnaissance infinie et vivement affectueuse pour l'extrême bonté qu'elle m'a témoignée dans toutes les circonstances, depuis mon arrivée au milieu d'elle jusqu'à ma mort. Je prie mes amis de veiller à ce qu'il ne soit jamais donné de suite aux suggestions qui pourraient leur être faites de proposer que, comme pour beaucoup de nombreux anciens maires, mon nom soit donné à une rue ou à une place de la ville, ou bien qu'il figure, en quelque endroit que ce soit, sur une plaque commémorative.

A propos de la maladie de l'empereur Fréderic III. — Le 5 août 1901, l'impératrice Fréderic, mère de Guillaume II, mourut à Friedrichshof, à l'âge de 61 ans, la même année que sa mère la reine Victoria. Quelques mois avant sa mort l'impératrice Frédéric confia à Sir Frederick Ponsonby deux caisses pleines de lettres que ce dernier fit passer clandestinement en Angleterre. Ces lettres — les unes de la reine Victoria et surtout de la fille à sa mère — viennent d'être publiées par Sir Frederick Ponsonby et traduites en français (1) par Mlle Alice Turpin. « Depuis quelque temps, les critiques à l'adresse de l'impératrice ont été si amères et si injustes, écrit Sir Frederick Ponsonby, dans la Préface, que j'ai décidé, dans l'intérêt de la vérité historique, aussi bien que pour sa mémoire de faire connaître au public ces documents. »

On lira avec intérêt — les médecins surtout — les lettres ayant trait à la maladie du prince Fréderic — dont le règne comme empereur devait durer quatre-vingt-dix-huit jours — et qui mourut d'un cancer du larynx, le 15 juin 1888.

Etant donné les controverses auxquelles a donné lieu la maladie du Prince Fréderic, Sir Frederick Ponsonby, a jugé utile de reproduire à la suite des lettres où la Princesse nous entretient de la maladie de son mari quelques pages du *Guillaume II* de Ludwig, pages ayant trait à la maladie du prince et inspirées, dit-il, par un esprit tout différent. Quant à Sir Frederick Ponsonby, il donne son avis personnel sur la maladie du prince voici ce qu'il écrit :

« Malgré son désir de donner une version juste des événements, M. Ludwig, cet éminent écrivain a été obligé de s'appuyer sur la parole des médecins allemands et sur des articles de la presse allemande. Le seul livre qui ait tenté de présenter la question sous un autre jour est celui de Sir Morell Mackenzie, qui a été condamné par les médecins aussi bien en Allemagne qu'en Angleterre. Détachée des préjugés nationaux, des rivalités médicales et des confits politiques, la maladie du Prince me semble avoir suivi l'évolution suivante : quand les premiers symptômes d'une affection de la gorge sont apparus, les plus grands médecins et chirurgiens du monde ont été appelés. Mais

(1) Lettres de l'Impératrice Fréderic, traduites de l'Anglais par Alice Turpin. Editions Bernard Grasset. Prix 20 fr.

parmi eux, il n'y avait pas de spécialiste de la gorge. Les médecins allemands, d'un commun accord, déclarèrent que le mal était cancéreux mais ne purent le prouver. Alors, on appela Mackenzie ; on, c'est-à-dire, non seulement la Princesse, mais les autres médecins, sur l'intervention de Bismarck. Mackenzie, dès son arrivée, déclara qu'une tumeur de cette nature n'était pas toujours maligne.

A trois reprises, le professeur Virchow, pathologiste de réputation mondiale, déclara que les prélèvements faits sur le larynx ne portaient pas de trace de cancer. Mackenzie s'appuya sur ces affirmations.

La Princesse, ravie des rapports de Virchow, fit de fâcheuses remarques sur les capacités des médecins allemands. La controverse abandonna le terrain médical pour devenir une question de nationalité. La Princesse soutenait le spécialiste anglais, l'Allemagne entière soutenait les médecins allemands, l'empereur et Bismarck ne faisaient rien. Ce n'est pas avant San-Remo que la preuve fut faite de l'existence du cancer, et c'est un médecin anglais, le Dr Hovell, qui donna l'alarme. Toute l'Allemagne s'empressa de conclure que Mackenzie était un charlatan, que la Princesse avait délibérément sacrifié la vie de son mari à ses ambitions, et on accusa Mackenzie et la reine Victoria de s'être mêlés, à tort, de ce qui était en fait une question purement allemande. »

Poème d'aliéné. — *M. Joseph Rivière a fait pour* l'Esprit Français *(10 février 1931) « un grand reportage chez les fous » dont nous détachons le passage suivant :*

« ... Il y avait aussi un poète, à Saint-Anne, et un poète sans prétention, qui n'usait pas, lui, de la fausse naïveté où se complaisent tant de génies dont est prodigue notre époque.

Et pourtant, qui n'eût envié ses titres, à ce poète. Il était « Roi de France » et « Commandant de la Terre » ! Ce qui ne l'empêchait pas d'accomplir, sans murmures, l'humble corvée de l'eau.

Avant d'accéder au trône de France, et au commandement de la Terre, notre poète exerçait la profession de cantonnier. Il cassait des cailloux sur les grand'routes et curait les fossés.

Comment se fait-il que cet homme fruste, presque illettré, ait produit des poèmes pas plus mauvais, certes, sinon meilleurs, que ceux de la plupart de ses confrères, qu'on laisse en paix dans une oisive liberté.

Il m'en avait confié quelques-uns, tels ceux-ci, dont est seulement corrigée l'orthographe, par trop fantaisiste :

Le merle était perché
Sur la branche du chêne
Il regarde, curieux,
En remuant la queue.
Le rossignol, plus haut,
Ayant vu les étoiles,
Fit connaître en chantant
Les vœux du firmament
Le curé Boudelot
Me parla d'héritage.
La France avait pour lui
Quantité de louis.
Parlant du Saint-Esprit
Il me dit que Nature
Gagne tous les gros lots
Se couchant sur le dos ! . .

N'y a-t-il pas là une concision elliptique, une certaine fraîcheur qu'on voudrait trouver chez maints de nos poètes surréalistes ?

Pour la fondation d'un ordre de savants analogue aux ordres religieux. — *Détaché d'un article du R. P. Gillet, Maître général des frères prêcheurs, article paru dans la* Revue de Paris *et intitulé :* Ce que j'ai vu aux Etats-Unis.

« ... L'Amérique traverse en ce moment, comme l'Europe, non seulement une crise économique, qui y provoque un peu de désarroi et beaucoup de souffrances, mais encore une sorte de crise de croissance au point de vue intellectuel, et probablement de décroissance au point de vue moral... »

« ... Je signalerai encore en passant une des causes les plus actives qui expliquent la lenteur des progrès intellectuels dans les Universités américaines. A vrai dire cette cause est plus sensible en Amérique que partout ailleurs ; mais toute proportion gardée, elle sévit aussi en Europe.

Je veux parler de l'espèce d'incompatibilité qui existe entre les nécessités ou simplement les exigences de la vie moderne et la recherche scientifique. Un savant d'aujourd'hui ne peut sans héroïsme échapper à toutes les contraintes que la vie moderne lui impose.

Il n'a pas à sa disposition les heures nécessaires à la méditation, et le caractère fragmentaire de ses recherches en diminue chaque jour la portée. Fût-il le penseur le plus désintéressé du monde, sans préoccupation utilitaire d'aucune sorte, que son travail individuel ne saurait aboutir, sauf sans un heu-

reux hasard, à des découvertes sensationnelles. Alors on se prend à rêver de la fondation d'un ordre de savants, analogue aux ordres religieux, où, sous le couvert de l'anonymat, et sans souci d'une chaire à occuper, d'argent à gagner ou d'une notoriété à établir des savants mettraient en commun leur travail et leur génie, simplement dans l'intérêt supérieur de l'humanité.

Ne se trouvera-t-il pas en Amérique, un Mécène, comme il y en a déjà tant, que cette idée séduise, et qui consacre une partie de sa fortune à fonder un tel ordre de savants ?

Pour illustrer cette conception de la science en commun au service exclusif de l'humanité, je donnerai un exemple qui m'a été suggéré par un de mes amis d'Amérique, précisément animé dans ses recherches scientifiques, de cet esprit de désintéressement. « Il y a actuellement, me disait-il, 150.000 personnes qui meurent par an de cancer. On trouve, à travers le monde des savants merveilleux qui travaillent à en connaître la cause, à en découvrir le remède. Mais leurs efforts individuels consument leur vie avant qu'ils aient abouti. Supposez qu'une demi douzaine d'entre eux appliquent en commun à la solution de ce problème toutes leurs lumières et leurs travaux, dans deux ou trois ans l'humanité serait délivrée de ce fléau. »

Responsabilité médicale. — *Le tribunal civil de Valenciennes, saisi d'une action en responsabilité contre un médecin qui avait omis de faire une injection préventive de sérum antitétanique à un blessé, vient de rendre un jugement ainsi libellé :*

Le Tribunal,

Attendu qu'il convient de rappeler que s'il ne faut pas que l'exercice d'une profession quelconque puisse, quoiqu'il arrive, jouir du privilège de la non responsabilité, il ne faut pas oublier non plus que l'extension de la responsabilité serait de nature à gêner considérablement au grand péril de l'humanité l'exercice libre conciencieux et progressif de l'art de guérir et à rendre la pratique impossible ;

Attendu que c'est dans ces conditions qu'il est de principe qu'un tribunal qui est saisi d'une action en responsabilité contre un médecin à l'occasion de faute lourde à lui imputée dans l'exercice de sa profession, se refuse à la discussion de théories médicales et s'en remette pour l'appréciation des faits considérés comme faute lourde à l'avis d'experts versés dans la science médicale et chargés de rechercher si le médecin s'est écarté des règles du bon sens et de la prudence auxquelles est soumise la profession médicale :

Que c'est pour obéir à ce principe que le tribunal civil de ce siège a, par jugement avant faire droit en date du 25 juillet 1928, commis M. le professeur Balthazard de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, M. Chicandard, chirurgien de l'hôpital St-Joseph de Paris et M. Paul, président du syndicat des médecins légistes français à Paris, avec mission reprise audit jugement, de dire notamment étant donné la forme, la grandeur, la nature et l'importance des blessures, l'état organique de Monnier, si le traitement antitétanique était utile ou non en l'espèce, de dire en outre si en conduisant le traitement comme il l'a fait, le docteur X... n'a pas commis une légèreté, une imprudence, une négligence, une impéritie, une imprévoyance, une faute au point de vue médical ;

Attendu que les experts après avoir pris connaissance des documents de la cause et spécialement d'un rapport de M. le Dr de Lauwereyns, médecin-légiste à Valenciennes, commis par ordonnance de référé, ont procédé à leurs opérations et clôturé leur rapport à la date du 10 octobre 1930 ;

Qu'ils estiment que la valeur préventive du sérum antitétanique est à l'heure actuelle universellement admise et que le sérum possède d'ailleurs une action d'autant plus efficace qu'il est injecté à une époque plus rapprochée de la blessure ;

Qu'ils concluent que lorsque un médecin se trouve en présence d'une plaie profonde, étendue, anfractueuse, ayant ouvert des gaines tendineuses, lorsque la plaie est souillée de corps étrangers, de cambouis par exemple, lorsqu'il est absolument impossible de la nettoyer, l'injection préventive de sérum s'impose, que l'avis de tous les médecins sensés, c'est une faute que d'omettre l'injection préventive en pareil cas ;

Attendu que la responsabilité médicale sous le rapport civil comme sous le rapport pénal du reste, a été reconnue et consacrée par la doctrine de la jurisprudence qu'il serait superflu de reproduire ici ;

Que le principe de cette responsabilité découle de l'homme qui cause à autrui un dommage, oblige l'auteur de ce fait à une réparation ;

Attendu qu'il est dès lors de toute évidence que l'attention de la conduite du médecin dans un cas comme celui-ci qui fait l'objet du présent litige doivent être particulièrement attirées sur la catégorie des traumatismes où l'infection a le plus de chance de se développer, telles que les plaies par écrasement, broiement ; les plaies contuses irrégulières, anfractueuses ou souillées de fumure de terre, de cambouis, etc., etc. ;

Que son rôle consiste à rechercher quel moyen préventif il doit employer ;

Attendu que, dans des cas semblables s'il ne prévient pas ou n'essaie pas de prévenir, suivant les circonstances, l'éventualité rare mais possible d'une application tétanique, il engage nettement sa responsabilité dans le sens des art. 1382 et 1383 du Code civil ;

Attendu qu'il suffit pour s'en convaincre dans l'espèce présente, de se rapporter au rapport des experts où ils relatent que chez le jeune Monnier toutes les indications étaient réalisées qui imposaient l'injection préventive du sérum antitétanique, état de la plaie souillée de cambouis et de poussière et que de plus, en raison de la faiblesse du blessé, le Dr X... cru dans l'obligation de renoncer à toute tentative de nettoyage de la plaie qui eut nécessité une anesthésie générale ;

Attendu en ce qui concerne les dangers de l'injection de sérum, que les experts répondent eux mêmes à l'objection de X... en déclarant que chez le jeune Monnier le tétanos survenu dans les délais normaux, sept jours après la blessure, qu'on est en droit de dire que, selon toute vraisemblance, l'injection préventive de sérum eut empêché l'éclosion du tétanos ce qui n'est cependant pas certain, car il aurait pu également s'agir d'une inoculation massive de bacilles et la dose habituelle de sérum aurait pu se montrer insuffisante, en tous cas, il est certain que l'injection préventive eut retardé cette éclosion et rendu son évolution moins rapide et probablement moins grave ;

Attendu qu'ils signalent qu'on observe parfois à la suite des injections des accidents sériques en général légers ; que plus exceptionnellement ils sont graves avec quelques cas mortels, mais que pour réels qu'ils soient, il n'en faut pas exagérer l'importance, ni la fréquence et qu'ils ne sauraient être opposés aux immenses services qu'a rendus l'injection de sérum antitétanique ;

Que jamais la crainte des accidents sériques ne peut constituer une contre-indication préventive lorsque celle-ci est justifiée :

Que d'ailleurs le jeune Monnier ne semblait pas avoir reçu antérieurement à sa blessure l'injection de sérum, soit pour diphtérie, soit pour une autre blessure qu'il n'existait donc aucune raison personnelle pour redouter l'apparition d'accident sérique :

Attendu que si les cas de tétanos traumatiques sont relativement peu nombreux dans l'industrie métallurgique de la région du Nord, il n'en est pas moins constant d'une façon générale qu'en raison de la gravité de l'affection et de la facilité avec laquelle elle peut être prévenue, certains médecins ont contrairement à l'opinion du défenseur, érigé en principe la nécessité absolue de pratiquer l'injection préventive à l'occasion de toute blessure si minime soit-elle ;

Attendu que devant une situation dont le dénouement a été si grave, la rareté des cas observés ne saurait dégager totalement la responsabilité de X...

Attendu, en effet, sur ce point, que les experts qui ont en mains toute une série de justifications et de statistiques médicales tendent à établir la réelle rareté des cas de tétanos observés chez les ouvriers d'usine de la région, concluent que la faute du Dr X... dans le cas du jeune Monnier s'atténue de ce fait, mais que cette considération, pas plus que la crainte des accidents sériques ne supprime complètement la faute commise ;

Attendu que le tribunal estime que le rapport sus-analysé, fait une juste appréciation des circonstances de la cause et que les raisons indiquées par lesdits experts, la responsabilité de X... doit être réduite de moitié :

Attendu que les consorts Monnier réclament aujourd'hui une somme de 202.297 fr. à titre de dommages-intérêts en raison du préjudice tant matériel que moral subi par eux ;

Que c'est à tort que X... soutient que le préjudice matériel n'existe pas puisque la loi de 1898 n'aurait rien accordé aux parents ;

Attendu que le jugement avant faire droit a écarté cette discussion que le caractère forfaitaire de ladite loi ne peut être invoqué en l'espèce ;

Attendu que le tribunal, connaissance prise de la situation sociale et de la fortune des demandeurs et des dépenses occasionnées par la mort de Monnier faisant état du préjudice moral et matériel subi. a les éléments suffisants pour fixer à 150.000 fr. l'indemnité qui devrait revenir à la suite de la mort de celui-ci ;

Attendu que X... sera tenu en raison de la responsabilité qui lui incombe pour moitié, de verser aux consorts Monnier pour la réparation une somme de 75.000 francs ;

Par ces motifs,

Donne acte aux consorts Monnier de ce qu'ils déclarent reprendre l'instance intentée par leur père contre le Dr X...

Entérine purement et simplement le rapport des experts,

En conséquence, condamne ledit défendeur à payer aux demandeurs une somme de 75.000 fr. à titre de dommages-intérêts pour le préjudice par eux subi ;

Le condamne aux intérêts judiciaires et aux dépens dont distraction au profit de Me Vandelvede, avoué aux offres de droit.

(*Le Quotidien Juridique*).

Pas d'incompatibilité légale entre les fonctions de médecin d'un établissement public hospitalier et celles de membre de la commission administrative de cet établissement. — 11751. M. Mazaud demande à M. le ministre de la Santé publique : 1° si un chirurgien en chez d'un hôpital touchant un traitement annuel fixé, inscrit au budget de l'établissement, peut être nommé, par le préfet, en qualité d'administrateur de la commission administrative dudit hôpital ; 2° si le président de la commission administrative de l'hôpital a voix prépondérante et dans quel cas ; 3° si l'article 51 de la loi du 5 avril 1884 applicable aux conseils municipaux, est également applicable aux commissions administratives des hôpitaux et des bureaux de bienfaisance ; 4° si un conseiller municipal peut être nommé par le préfet délégué à la commission administrative. (Question du 11 février 1931.)

Réponse. — 1° Il n'y a pas d'incompatibilité légale entre les fonctions de chirurgien ou du médecin d'un établissement public hospitalier et celles de membre de la commission administrative de cet établissement ; néanmoins, ce cumul doit être si possible évité : 2° aux termes de l'article 3 de la loi du 21 mai 1873, le président a voix prépondérante en cas de partage : 3° aucune disposition de loi ou de règlement n'a rendu applicable aux commissions administratives l'article 51 de la loi du 5 avril 1884 : 4° aucun texte législatif n'empêche les préfets de choisir un conseiller municipal comme délégué au sein de la commission administrative ; toutefois la circulaire du 26 septembre 1878 les a invités à ne pas choisir autant que possible leurs délégués dans le conseil municipal. (*J. O.* 13 mars 1931.)

Assurances sociales. — 11335, M. Jean Lerolle demande à M. le ministre du travail : 1° si le tarif des allocations à payer à une assurée en cas d'accouchement (accouchement simple 300 fr., accouchement gémellaire 400 fr., *Journal officiel* du 23 septembre 1930) est applicable pour les remboursements à faire par les caisses primaires des hôpitaux en cas d'hospitalisation de l'assurée ; ajoute que dans le cas de l'affirmative, on aboutit à un résultat dont l'étrangeté apparaît à la lecture des chiffres suivants : accouchement simple 300 fr., accouchement dystocique (médecine) $4 \times 15 = 60$ francs, césarienne (chirurgie) $3 \times 80 = 240$ fr. (question du 16 janvier 1931).

Réponse. — Réponse négative. Pour les accouchements à l'hôpital public ou dans un établissement privé ayant passé conventions avec la caisse d'assurances intéressée, les frais d'hospitalisation, y compris les honoraires médicaux, sont en principe comptés forfaitairement au prix de journée de médecine. Toutefois, en ce qui concerne les honoraires médicaux, si la convention hospitalière, prévoit, pour la chirurgie, l'application d'un chiffre-clé à la nomenclature des spécialistes, ce même chiffre-clé pourra être adopté pour l'accouchement avec les coefficients prévus dans la nomenclature de pratique médicales courante ou dans la nomenclature des spécialistes suivant le cas. Le tarif de responsabilité de la caisse pour les frais médicaux d'un accouchement simple à l'hôpital serait avec le chiffre-clé unique de 3 fr., de $3 \times 40 = 120$ fr., l'accouchement césarienne (chirurgie) $3 \times 80 = 240$ fr. (*J. O.*).

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMP. THIRON ET CIE. — R. C. 4264

[illegible] EN 1873. — N° 16 LE NUMÉRO : 50 Centimes 18 AVRIL 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
[illegible], Rue des Écoles, PARIS (V^e)
[illegible] P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
[illegible] SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
[illegible] partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
[illegible]	30 fr.
[illegible]	45 fr.
[illegible] 1re zone	70 fr.
[illegible] 2e zone	90 fr.

Les Bureaux de Rédaction sont ouverts le Vendredi, de 5 h. 1/2 à 6 h.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Hôpital Saint-Antoine. (Service du Dr BENSAUDE.) — *Maladies de l'intestin* (cours et travaux pratiques.) — Du 20 au 29 avril 1931, M. Raoul BENSAUDE, assisté de MM. André CAIN, HAMBURGER et LELONG, médecins des hôpitaux ; Pierre OURY, HILLEMAND, RACHET, MARCHAND, TERRIAL, LAMBLING, BOLTANSKI BARADUC et STIEFFEL, fera dans son service, une série de conférences sur les principales maladies de l'intestin (rectum inclus) et les méthodes d'exploration et de diagnostic. Des démonstrations pratiques accompagneront ces conférences.

PROGRAMME. — Lundi 20 avril, à 9 h. 30, M. BENSAUDE : La rectoscopie (avec projection de film cinématographique) ; à 2 h. 30, M. HAMBURGER : Diagnostic et traitement de la diarrhée. — Mardi 21 avril, à 9 h. 30, M. CAIN : Diagnostic et traitement de l'appendicite chronique ; à 2 h. 30, M. STIEFFEL : Diagnostic et traitement de l'entérocolite muco membraneuse. — Mercredi 22 avril, à 9 h. 30, M. BENSAUDE : Diagnostic et traitement du cancer du rectum ; à 2 h. 30, M. OURY : Diagnostic et traitement des hémorroïdes. — Jeudi 23 avril, à 9 h. 30, M. CAIN : Diagnostic et traitement de la tuberculose intestinale ; à 2 h. 30 M. HILLEMAND : Diagnostic et traitement de la polypose intestinale. — Vendredi 24 avril, à 9 h. 30, M. MARCHAND : Traitement électrique des hémorroïdes ; à 2 h. 30, M. RACHET : Diagnostic et traitement de l'amibiase. — Samedi 25 avril, à 9 h. 30, M. OURY : Diagnostic et traitement des colites ulcéreuses graves ; à 2 h. 30, M. BOLTANSKI : Diagnostic et traitement du cancer du côlon. — Lundi 27 avril, à 9 h. 30, M. HILLEMAND : Diagnostic et traitement du mégacôlon ; à 2 h. 30, M. LAMBLING : Diagnostic et traitement des tumeurs villeuses. — Mardi 28 avril, à 9 h. 30, M. RACHET : Les affections parasitaires de l'intestin ; à 2 h. 30, M. LELONG : Diagnostic et traitement des syndromes coliques chez l'enfant. — Mercredi 29 avril, à 9 h. 30, M. RACHET : Diagnostic et traitement du rétrécissement du rectum : à 2 h. 30, M. LAMBLING : Diagnostic et traitement des lésions vénériennes de l'anus. — Mercredi 29 avril, à 3 h. 30, M. BARADUC : Le traitement hydro minéral des affections intestinales.

TRAVAUX PRATIQUES. — Tous les matins, à 11 heures, travaux pratiques : rectoscopie, injections sclérosantes des hémorroïdes. Examens aux rayons X. Electrothérapie. Examen chimique et parasitologique des selles.

Les élèves, divisés en séries, pratiqueront eux-mêmes quotidiennement ces examens et s'initieront aux méthodes nouvelles, sous la direcction du Dr BENSAUDE et de ses assistants.

Les conférences sont gratuites. Pour les travaux pratiques et examens radiologiques, verser un droit de 250 francs, et s'inscrire, en raison du nombre limité de places, auprès du Dr OURY, hôpital Saint-Antoine (Service du Dr Bensaude). Un certificat sera délivré aux auditeurs qui en feront la demande.

Voyages médicaux internationaux dans les Alpes, les Cévennes et les Pyrénées. — Voyage dans les Alpes, (1er au 13 juillet), sous le patronage de la Faculté de médecine de Lyon et la direction scientifique du Prof. Piéry (Climatologie et hydrologie) et du Prof. agr. Thévenot (Histoire médicale et pathologie générale). Concentration à l'Ecole de médecine de Grenoble ; Visite de Villard-de-Lans et du Vercors, le Château de Vizille, l'Oisans, Le Lautaret, Le Galibier ; La Maurienne et Allevard ; Uriage, La Chartreuse, Challes ; Le Mont-Revard, Aix-les-Bains et le Lac du Bourget, Marlioz ; Annecy et son lac ; Moutiers-Salins et Brides ; La Tarentaise : Combloux, Le Fayet, Saint-Gervais, Chamonix, le Mont-Blanc, le Montanvers et l'Aiguille du Midi ; les sanatoria d'Assy et de Passy ; Thonon, Amphion, Evian, le Lac de Genève. Excursions facultatives en Suisse.

Voyage Cévennes-Pyrénées (28 août au 9 septembre), sous le patronage de la Faculté de médecine de Montpellier et la direction scientifique des Prof. Delmas (Histoire médicale et pathologie générale) et Giraud (Climatologie et hydrologie). Concentration à la Faculté de Montpellier (du Xe siècle) ; Palavas et la Méditerranée, Maguelone et Aigues-Mortes (Cités médiévales), la source Périer, Nîmes et ses monuments romains : les arènes, le temple de Diane, la maison carrée, le pont du Gard ; les Cévennes : l'Aigoual, les Gorges du Tarn et La Malou ; la cité de Carcassonne et la Montagne noire, Usson-les-Bains ; les Pyrénées : la Cerdagne, Font-Romeu, le sanatorium des Escaldes, Ax-les-Thermes, Audinac ; Saint-Bertrand-de-Comminges et Superbagnères, Luchon reine des Pyrénées. Excursions facultatives à Lourdes et à Gavarnie.

Ces deux voyages permettront de visiter, sans fatigue, avec le minimum de temps et de dépenses, les plus belles parties des Alpes, des Cévennes, et des Pyrénées. On y verra presque tous les sites de ces régions célèbres, qui ont retenu si souvent l'attention des écrivains, des peintres, des géographes, des géologues et des médecins.

Ces voyages sont destinés aux médecins et à leur famille. Les adhérents recevront un permis de parcours à demi-tarif, valable pendant un mois, sur les réseaux des chemins de fer français. La cotisation est fixe et forfaitaire, c'est-à-dire qu'elle comprend toutes les dépenses (même les pourboires), depuis la concentration jusqu'à la dissociation. Le nombre des places est limité. Pour les renseignements complémentaires et les conditions d'inscription, écrire, dès à présent, au secrétariat de la Société médicale du littoral, à Nice, 24, rue Verdi.

Concours pour la nomination d'un médecin-chef du dispensaire antituberculeux de Tunis.— Les candidats doivent être Français ou Tunisiens, âgés de moins de quarante ans et pourvus du diplôme de docteur en médecine de l'Etat français. La limite d'âge n'est pas opposable aux médecins appartenant aux cadres des services de l'Assistance médicale gratuite de Tunisie.

D'une façon générale, les candidats devront justifier d'une préparation suffisante de leur spécialité par des travaux scientifiques, des stages ou services antérieurs.

Le médecin sera choisi sur une liste de propositions établie conformément aux dispositions prévues par le statut des médecins spécialisés des dispensaires antituberculeux ou de dispensaires mixtes de Tunisie qui lui sera applicable dans son ensemble.

Le jury tiendra compte de la connaissance des langues du pays.

Le candidat désigné pourra être éventuellement astreint à un stage de six mois.

Le traitement du médecin-chef du dispensaire antituberculeux de Tunis est fixé à 38.000 francs par an, pendant les six mois de stage et lors de sa titularisation, avec augmentation biennale de 2.000 francs jusqu'à un maximum de 46.000 francs. Il s'y ajoutera un supplément du tiers à titre d'indemnité coloniale

en vue de maintenir une équivalence de situation avec les traitements habituellement alloués par l'administration tunisienne.

Le médecin désigné devra s'engager à s'abstenir de faire de la clientèle.

Les dossiers, avec extrait de naissance, date et origine du diplôme de docteur en médecine, exposé de titres et fonctions, devront être adressés au plus tard le 15 mai 1931 à La Ligue antituberculeuse de Tunisie, Dar el Bey, Tunis. Le concours aura lieu à Tunis.

Société d'oto-rhino-laryngologie de Lyon et de la région. — Il vient de se fonder, le 1er mars 1931, une Société d'oto-rhino-laryngologie pour Lyon et sa région. Cette nouvelle Société a pour but l'étude scientifique de la spécialité oto-laryngologique. Elle tiendra ses séances à la salle Pasteur, à l'Hôtel-Dieu, le premier vendredi de chaque mois, sauf pendant les vacances.

Son président pour 1931 est M. Garel, médecin honoraire des hôpitaux, fondateur de la laryngologie à Lyon.

Les autres membres du bureau sont :

Vice-présidents : MM. le professeur Lannois ; Moreau, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Saint-Etienne ; secrétaire général : M. Sargnon, 5, rue Victor-Hugo, à Lyon ; secrétaire adjoint : M. Mounier-Kuhn ; trésorier : M. Garnier.

La Société comprend des membres titulaires habitant Lyon ou la région lyonnaise et des membres correspondants nationaux ou étrangers.

Agrégés de Facultés. — Par arrêté du 7 avril 1931, sont nommés, pour une période de neuf ans à compter du 1er avril 1931, agrégés près les facultés de médecine et facultés mixtes de médecine et de pharmacie ci-après désignées (emplois vacants) :

Faculté de médecine de l'Université de Paris : physiologie, M. Chailley-Bert.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux : physiologie, M. Fabre, obstétrique, M. Marc Rivière (*J. O.* 8 avril 1931.)

Une délégation médicale au Ministère de l'instruction publique. — Les représentants de la Confédération des syndicats médicaux français et de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, MM. Hilaire et Mordagne, ont été reçus au ministère de l'instruction publique par M. Truchelut, chef de cabinet du ministre.

Ils ont appelé son attention sur l'urgence du vote de la loi Armbruster, qui a pour objet d'éviter la démoralisation du corps médical, surtout en présence de l'application de lois sociales, en restreignant l'apport excessif des éléments étrangers.

La même démarche avait été faite antérieurement auprès de M. Léon Bérard, garde des sceaux, un des premiers signataires du projet Armbruster, et un de ses meilleurs défenseurs.

Douzième salon des médecins. — Pour la douzième fois, il s'ouvrira du dimanche 4 au 13 octobre prochain inclus, au Cercle de la librairie, 117, boulevard St. Germain, Paris, (6e).

Médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, vétérinaires, étudiants et leur famille sont conviés à y exposer leurs œuvres : peinture, sculpture, gravure, art décoratif.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétaire organisateur : M. le Docteur Paul Rabier, 84, rue Lecourbe, Paris XVe. Joindre un timbre pour la réponse.

Le Caducée Normand. — Le prochain dîner du Caducée Normand aura lieu le samedi 2 mai au « « Bœuf à la mode », 8, rue du Valois. Tous les médecins, pharmaciens et dentistes d'origine normande, seront les bienvenus à cette réunion amicale. Un prix de 500 francs sera remis à un étudiant en médecine normand particulièrement méritant.

Prière de s'inscrire auprès du Secrétaire général Robert Colas, pharmacien, 133, rue Lacourbe (Vaugirard 48-10) ou du président Docteur de Parrel, 78, boulevard Malesherbes (Laborde 14-43).

Hospice de la Salpêtrière. — M. le Dr CROUZON fera, au Pavillon du Perron, avec le concours de M. le Dr CHRISTOPHE, assistant du service, le samedi 2 mai 1931 et les samedis suivants, jusqu'au mois de juillet, à 10 h. 30, des conférences sur Les Maladies du système nerveux et les maladies chroniques des os et des glandes endocrines.

Chaque conférence comprendra la présentation de malades observés dans la semaine avec documents iconographiques ou anatomiques.

En outre : les mardis, à 11 heures, au Pavillon du Perron : Consultation psychiatrique avec M. le Dr VURPAS : les mercredis, à 10 heures, consultation à la porte de l'hospice : Examen des nouveaux malades externes ; les vendredis, à 10 heures, au Pavillon du Perron : Examen des anciens malades externes.

Faculté de médecine de Lyon. — Le concours pour une place de prosecteur s'est terminé par la nomination de M. Heitz, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté.

— La chaire de pathologie externe est déclarée vacante.

Hôpital Broca (Services des Docteurs TOURAINE et WEISSENBACH.) — Un cours élémentaire de dermato-vénéréologie aura lieu du 18 mai au 17 juin 1931. Ce cours s'adresse particulièrement aux étudiants en fin d'études, aux jeunes médecins qui désirent acquérir les notions essentielles de la pratique des affections cutanées et vénériennes.

PROGRAMME. — 18 mai, Dr BASCH : Erythèmes, érythrodermies. — 19 mai, Dr Weissenbach : Toxicodermies, urticaire, purpura. — 20 mai, Dr TOURAINE : Eczéma, eczématisation, dysidrose. — 21 mai, Dr TOURAINE : Séborrhée, acné, rasacée, eczématides, pityriasis. — 22mai, Dr RENAULT : Psoriasis. —23 mai, Dr RIMÉ : Prurits, prurigo, lichen, lichénification. — 27 mai, Dr TOURAINE : Kératoses, leucoplasie, sclérodermies, vitiligo, dyschromies. — 28 mai, Dr BASCH : Herpès, zona, pemphigus, dermatoses bulleuses. — 29 mai, Dr RENAULT : Pyodermites, phagédénisme, ulcères. — 30 mai, Dr BASCH : Parasites (gale, phtiriase), mycoses cutanées. — 1er juin, Dr RENAULT : Maladies du cuir chevelu, sycosis, maladies des ongles. — 2 juin, Dr RIMÉ : Tuberculose cutanée, lupus, tuberculides. — 3 juin, Dr MARTINEAU : Tumeurs épithéliales (cancer) et conjonctives. — 4 juin, Dr LÉPAGNOLE : Blennorragie aiguë. — 5 juin, Dr LÉPAGNOLE : Blennorragie chronique. — 6 juin, Dr BASCH : Chancre mou, poradénolymphite. — 8 juin, Dr WEISSENBACH : Syphilis (généralités), syphilis primaire. — 9 juin, Dr RIMÉ : Syphilis secondaire précoce. — 10 juin, Dr RENAULT : Syphilis secondaire tardive. — 11 juin, Dr RIMÉ : Syphilis tertiaire. — 12 juin, Dr RENAULT : Syphilis viscérale tardive. — 13 juin, Dr TOURAINE : Syphilis héréditaire. — 15 juin, Dr WEISSENBACH : Les médicaments de la syphilis. — 16 juin, Dr WEISSENBACH : Conduite du traitement de la syphilis. — 17 juin, Dr MARTINEAU : Notions élémentaires de laboratoire.

Chaque leçon a lieu le matin à 11 heures et permet d'assister, à partir de 9 heures et demie, aux consultations de dermatologie, de syphiligraphie et de blennorragie, aux visite dans les salles.

Le droit d'inscription est de 100 francs.

S'inscrire auprès du Dr RENAULT, chef de laboratoire à l'hôpital Broca, 111, rue Broca, Paris, XIIIe.

Un certificat spécial pourra être délivré à la fin de ces leçons. Le même cours aura lieu du 9 novembre au 8 décembre 1931.

Ecole de perfectionnement des officiers de réserve du service de santé de la région de Paris. — Un cinquième exercice pratique commun aux quatre écoles annexes de perfectionnement des officiers de réserve du Service de santé aura lieu le Dimanche 17 mai 1931, à 9 heures 30, au grand Amphithéâtre de la Sorbonne, 47, rue des Ecoles.

Sujet : Le Médecin répartiteur dans une bataille d'armée, par le Médecin commandant de réserve Julien HUBER, médecin des hôpitaux.

Nécrologie. — Dr Jean BEUFFEUIL, de Bouhaut (Maroc). — Dr CHANTELOUBE, de Port-Ste-Marie (Lot-et-Garonne). — Dr Raymond CHANTIER, de Troyes. — Dr CLIPPET, d'Amiens, directeur du service départemental d'hygiène. — Dr Eugène DERRIEN, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Montpellier, professeur de chimie biologique, membre correspondant de l'Académie de Médecine, décédé à l'âge de 51 ans. — Dr MÉDAN, de Coléa. — Dr André MONASTIER, de Noyon. — Dr THIRARD, d'Evreux. — Dr Victor BOLAND, ancien président de la Société belge d'oto-rhino-laryngologie, décédé à Verviers.

(Voir la suite des NOUVELLES page 732)

TRAVAUX ORIGINAUX

La préhypophyse, la gestation et le cancer

Par P.-E. MORHARDT

Des recherches récentes et nombreuses ont mis en évidence des relations entre le cancer d'une part et, d'autre part, les hormones préhypophysaires et la gestation. L'étroitesse de ces relations est établie. comme on va le voir, par tout un enchaînement d'observations cliniques ou expérimentales qui méritent un examen critique et approfondi. Bien que, jusqu'ici, les conséquences théoriques et pratiques de ces acquisitions soient vagues, les faits sont assez éloquents pour faire croire qu'il en résultera avant longtemps des conséquences précieuses pour la thérapeutique ou pour la prophylaxie, pour peu que la recherche s'applique systématiquement à combler les lacunes que ces notions présentent encore.

1. Cancer et gestation

Le premier élément de ces enchaînements de faits est constitué par l'action de la gestation sur l'évolution du cancer. Pour une immense majorité de cliniciens, la gestation aggrave très sérieusement cette évolution. Telle est l'opinion de Bar, Brindeau, Bué, Couvelaire, Jeannin, H. Vignes, Dellman, Hochenegg, Martzloff, Peller, Polano, Lindstedt, H. Schmid, Sellheim, G. A. Wagner, etc.

G. A. Wagner exprime bien une opinion très généralement admise quand il dit, au début de 1930, au sujet du cancer, qu'il s'accroît avec une vitesse remarquable et que les métastases se multiplient au cours de la grossesse. Aussi, l'interruption de la gravidité est-elle indiquée, pour lui, dans tous les cas de cancer. De plus, chez les femmes qui ont été opérées ou traitées pour une tumeur maligne quelconque, on doit empêcher la gravidité de se produire ou à supprimer si elle se produit.

Le cancer de l'utérus paraît pour quelques auteurs, moins accéléré que les autres, dans sa croissance par la grossesse. G. A. Wagner, Estienny ont fait des observations troublantes à cet égard. Mais les contatations de ce genre sont fort rares de sorte que le diagnostic de cancer de l'utérus impose une intervention radicale d'emblée sans nulle tergiversation. Une attente risque alors plus qu'en d'autres temps, de faire manquer le moment où l'intervention est encore utilement possible.

Tous les staticiens qui se sont occupés des rapports du nombre des grossesses avec le cancer sont d'accord pour admettre que les nullipares ne font guère que 5 à 8 % du total des femmes atteintes de cancer du col (Hofmayer, Gusserow, Theilhaber, etc.). Tout récemment Dietel et Steffan-Eisen ont bien résumé ce que nous savons sur ce sujet en calculant que les femmes atteintes de cancer du col, soignées à Heidelberg, ont eu, en moyenne, 5,5 enfants, alors que la fécondité générale est actuellement, en Allemagne, de 3,6 enfants.

La position anatomique occupée par le col fait qu'on est tout d'abord enclin à attribuer ce cancer aux déchirures et aux lacérations que subit cet organe au cours de la parturition. Mais comme Hofbauer le fait remarquer, le cancer du col ne siège pas toujours sur une déchirure. D'autre part, si des cicatrices se trouvent souvent à l'origine des cancers, il ne saurait s'agir, en pareil cas, d'une déchirure franche et nette, guérissant dans un minimum de temps comme c'est la règle en cas de lésions du col survenues au cours de la parturition. Ces cicatrices n'ont, en effet, pas de rapport avec le cancer. Au contraire l'inflammation chronique qui se constate dans les cicatrices de brûlures, dans le lupus et aussi dans la cervicite, comme nous le verrons tout à l'heure, représente, pour les cellules de l'épiderme, une cause d'irritation indéfiniment répétée et c'est cette répétition elle-même qui constitue la cause de la cancérisation. Une déchirure du col ayant guéri en quelques jours, à supposer même qu'elle se soit répétée jusqu'à 4 ou 5 fois au cours de 5, 6 ou 7 années ne saurait avoir la même valeur pathogénique. Une autre cause doit intervenir.

Ces faits ne peuvent cependant pas être généralisés. Dans le cancer du sein, par exemple, la question est encore discutée et peut-être complexe. Tandis que Roffo trouve le cancer du sein plus fréquent chez les célibataires par contre, Pikkarainen trouve qu'avant 35 ans, les femmes mariées sont les plus atteintes.

II. Equilibre humoral et gestation

En présence de ces faits on est tout naturellement amené à se demander par quel mécanisme la gestation favorise le cancer et quelles modifications de l'équilibre humoral et hormonal parmi celles qui s'observent dans cet état doivent être plus particulièrement incriminées.

Quelles sont les caractéristiques humorales de la grossesse qui peuvent être considérées comme capables de favoriser le développement du cancer ? Elles sont en réalité trop nombreuses pour que nous puissions songer à les passer toutes en revue dans ce court exposé. Elles ont d'ailleurs été bien étudiées par Sendrail. Nous devons cependant rappeler les travaux de Warburg à qui nous devons d'avoir montré que le métabolisme des cellules des tumeurs malignes, comme celui des cellules en voie de multiplication active et de croissance, est caractérisé par une production abondante d'acide lactique. La combustion, dans les tumeurs malignes, se fait mal et, au lieu d'acide carbonique diffusible et facilement éliminable, c'est de l'acide lactique qui se produit en abondance. Chez la femme enceinte Schultze, Loeser, Bokelmann ont mis en évidence une augmentation de l'acide lactique du sang. Pour expliquer cette particularité on a d'abord songé à un trouble hépatique. Mais cette explication n'est pas valable parce que, dans la gestation, le foie est normal. Il faut donc chercher ailleurs.

Notons tout d'abord que le fœtus se comporte, pour la mère, un peu comme une tumeur maligne. Le sang de l'artère du cordon est en effet plus riche en acide lactique que le sang des veines, c'est ce qui permet à Blair Bell de calculer que pour 100 cm³ qui passent par le cordon ombilical le fœtus abandonne à la mère 14 milligr. d'acide lactique capable d'abaisser le pH de 7,15 à 7,02.

Mais la gestante fabrique encore d'autre acide lactique Anselmino et Hoffmann ont apporté sur ce sujet les résultats d'une série de recherches qui ne laissent place à aucun doute. Pour comprendre le résultat de ces recherches, il faut savoir qu'au cours du travail musculaire, le glucose est transformé en acide carbonique et en eau après avoir passé par une première phase d'acide lactique Cette première phase est anaérobie tandis que la seconde phase qui aboutit à la production d'eau et d'acide carbonique est aérobie. Au cours de la phase anaérobie, il est transformé, comme Meyerhof l'a montré, en acide lactique une certaine quantité de glucose dont les trois quarts sont, au cours de la phase aérobie, retransformés en glucose tandis que le quart restant est brûlé.

Ainsi l'acide lactique peut provenir des muscles et c'est précisément ce côté du problème qu'Anselmino et Hoffmann ont étudié. Ils font faire par la main, à l'aide d'un dynamomètre, un travail défini de une minute de durée. Immédiatement avant et après ce travail, ils recueillent du sang de la veine cubitale et constatent ainsi, au cours de 30 recherches concernant des gestantes et des non gestantes, que, chez les premières, l'augmentation de l'acide

lactique sous l'influence du travail est plus accentuée que chez les secondes. Le taux étant, au début de 17 à 18 milligr., on observe chez la non-gestante une élévation atteignant 26 à 30 milligr % par exemple et chez la gestante une augmentation de 30 à 40 milligr.. Dans ce dernier cas, le retour à la normale est d'ailleurs plus lent que dans le premier cas.

III. Equilibre hormonal et gestation.

L'aggravation de l'évolution et de la fréquence, tout au moins de certains cancers, associée aux modifications si particulières de l'équilibre humoral par lesquelles l'organisme gravidique se rapproche de l'organisme cancéreux, doit être mise en relation avec l'équilibre hormonal très spécial que le fœtus imprime à l'organisme maternel.

Mais avant d'aborder les explications qui vont suivre, il faut se remémorer les points essentiels des travaux qui ont paru dans ces derniers temps sur les hormones de la femme gestante. Il existe, on le sait, deux hormones ovariennes, celle du corps jaune sur laquelle nous savons encore bien peu de chose et l'hormone folliculaire qui augmente beaucoup dans le sang et dans l'urine vers la fin de la grossesse. Elle est alors en grande partie fabriquée par le placenta.

Les hormones préhypophysaires vont retenir davantage notre attention. Elles apparaissent dans le sang et dans l'urine presque aussitôt la fécondation. Elles ont permis à Zondek et Ashheim de mettre au point une méthode de diagnostic de la grossesse qui donne des réponses exactes dans une proportion qui approche de 99 %, degré de précision auquel les recherches physiques sont loin d'arriver toujours. Parmi ces hormones, figure d'abord l'hormone de la maturation folliculaire, celle à laquelle Zondek a donné le nom de prolan A et qui stimule la croissance des follicules chez les souris impubères. Cette hormone est vraisemblablement identique au rho 1 de Crew et Wiesner. Elle s'extrait du lobe antérieur de l'hypophyse par traitement en milieu acide.

Le prolan B de Zondek et le rho 2 de Crew et Wiesner s'extraient du lobe antérieur par traitement alcalin et provoquent la lutéinisation de follicules. Cette hormone est probablement identique à l'hormone de croissance qu'on doit à Evans.

Nous devons encore noter que parmi les fonctions de la préhypophyse figure vraisemblablement l'effet spécifique dynamique, c'est-à-dire l'augmentation des combustions sous l'influence d'un repas, augmentation qui est vraisemblablement en rapport avec l'apparition dans le sang, sous l'influence du repas, d'une proportion anormalement élevée d'acide lactique (Jahn). Comme on le voit, ici encore, on retrouve l'acide lactique qui caractérise le métabolisme des tumeurs malignes et de la gravidité.

Les hormones préhypophysaires qu'on retrouve si précocement et si abondamment dans l'urine au début de la gravidité ont vraisemblablement une origine particulière. Pendant la gestation, la préhypophyse est en pleine activité sécrétrice comme Motta l'a fort bien vu. Néanmoins, cette glande, recueillie dans cette période, ne provoque pas, en implantation chez les souris impubères, les mêmes effets que l'urine de femme enceinte ou que la préhypophyse d'homme ou de femme non gravide. Il faut donc admettre que ces hormones, au cours de la gestation, ne proviennent pas exclusivement de la préhypophyse. Philip et, plus récemment, Collip l'ont montré : les hormones préhypophysaires sont fabriquées par le placenta et surtout par les franges chorionales, c'est-à-dire par des tissus très jeunes en voie de croissance active comme Philipp l'a clairement fait voir. D'ailleurs les hormones folliculaires sont également fabriquées par le placenta au cours et surtout vers la fin de la gestation. On doit donc considérer cet organe comme une sorte de glande endocrine de suppléance chargée de compléter l'action des glandes normales et de satisfaire aux besoins manifestement considérables à ce point de vue, de la gestante. On ignore d'ailleurs pourquoi ces besoins sont si élevés. Mais le fait est que l'activité sécrétrice du lobe antérieur ne suffit pas mieux que l'ovaire à satisfaire à ces besoins exceptionnels.

IV. L'hormone de maturation folliculaire et le cancer.

Les tumeurs provoquent d'ordinaire au niveau de la préhypophyse des modifications semblables à celles qui sont observées dans la gestation. Karlefors, Berblinger, Muth, etc., l'ont remarqué. On observe dans la moitié des cas de cancers ou de sarcomes une augmentation marquée des cellules principales, tout comme dans la grossesse. Gentili a également constaté un phénomène de ce genre en cas de déciduome malin.

Ces modifications structurales s'associent à des modifications hormonales. Au cours de leurs recherches sur le diagnostic de la gestation par la recherche des hormones préhypophysaires, Zondek et Ashheim ont effectivement constaté que la réaction (maturation de follicules) provoquée au niveau de l'ovaire de souris impubères, par injections d'urine de femme gravide n'est pas spécifique. Cette réaction est due à l'action du prolan A, du rho I, de l'extrait placentaire insoluble dans l'alcool à 85° de Collip, etc. Elle s'observe, assez souvent en dehors de la grossesse mais spécialement en cas de tumeur maligne génitale ou extra-génitale. Zondek qui a très bien vu l'intérêt de ce phénomène a poursuivi dans cette direction de très importantes recherches que nous allons sommairement résumer.

Ces recherches ont été poursuivies chez 118 individus hommes ou femmes atteints de tumeurs. Dans six cas de tumeurs ovariennes bénignes, la réaction n'a jamais été positive et notamment pas en cas de kyste dermoïde.

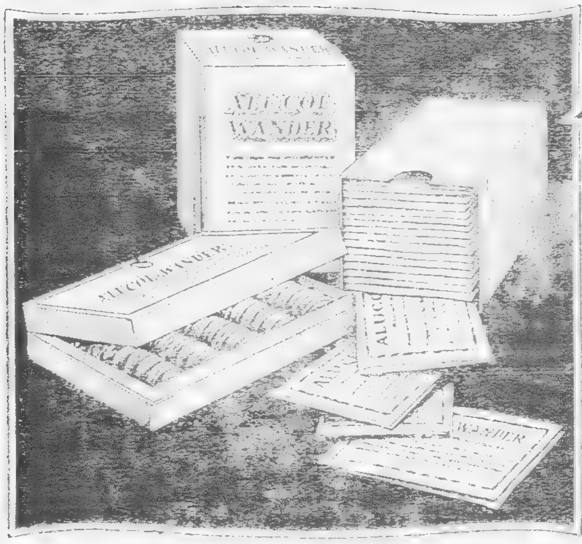
Dans 14 cas de fibromes apparus chez des femmes âgées de 39 à 59 ans, on a trouvé 9 fois une réaction négative et 5 fois une réaction positive (35 %). La grosseur du fibrome n'est pas le facteur décisif. Dans un cas survenu chez une femme de 43 ans, un fibrome qui dépassait l'ombilic a donné une réaction négative tandis qu'une réaction positive était observée dans un cas de fibrome sous-muqueux pas très gros. Mais dans ce dernier cas, la tumeur avait fortement grossi au cours des derniers temps. De même dans trois autres cas qui ont donné une réaction positive, il y avait ramollissement du fibrome. Il semble donc que la croissance rapide de la tumeur ou encore des phénomènes de dégénérescence soit de nature à faire apparaître cette réaction I qui se montre ainsi une fois de plus en rapport avec des phénomènes de croissance.

Dans le cancer génital de la femme, la réaction a été le plus souvent positive dans les 57 cas qui ont été examinés. Elle l'a été notamment dans 3 cas de cancer des organes génitaux externes (vulve et clitoris). Dans le cancer du col, la réaction a été positive 33 fois sur 40 (82,5 %). C'est là, coïncidence vraiment très remarquable comme on le verra, la plus élevée des proportions qu'ait trouvé cet auteur. Un Wertheim n'arrive à faire disparaître la réaction qu'en trois mois quand un ovaire a été conservé ou réimplanté. Si les deux ovaires ont été enlevés, c'est-à-dire si la castration a été complète, on a alors la ... tion de la castration qui provoque également des modifications de l'hypophyse en même temps que l'apparition de la réaction I dans l'urine. Cette apparition de la réaction est cependant un phénomène si caractéristique, que Zondek n'est pas éloigné de croire qu'elle pourrait aider dans certaines circonstances, à faire le diagnostic d'une récidive de cancer. Dans la môle hydatiforme et dans le chorio-épithéliome la recherche de cette réaction est indispensable si on veut dépister à temps la transformation maligne dans le premier cas ou la récidive dans le second.

Cette réaction I n'apparaît pas seulement après [illegible] tration opératoire mais aussi après la ménopause [illegible]


IODAMÉLIS
Le spécifique
CARDIO-VASCULAIRE TOTAL
chez les
ARTÉRIO-SCLÉREUX
Uricémiques
Hypervisqueux
chez les
HYPERTENDUS VEINEUX
Cyanotiques
Variqueux
Iodo-Iodure
de Potassium
Hamamélidine
Doses
25 gouttes
aux deux principaux repas.
3 semaines par mois.
LABORATOIRES J. LOGEAIS - BOULOGNE sur SEINE près PARIS


LA PASSIFLORINE
uniquement composée d'Extraits Végétaux
ATOXIQUES
Passiflora incarnata
Salix alba
Cratœgus oxyacantha
est le TRAITEMENT
PHYTOTHÉRAPIQUE
des ÉTATS NÉVROPATHIQUES
ANXIÉTÉ
ANGOISSE
INSOMNIE NERVEUSE
TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR
TROUBLES DE LA VIE GÉNITALE
Laboratoires G. RÉAUBOURG
Rue Raynouard - PARIS (XVIe)



donc lieu de se demander si la réaction observée chez des femmes atteintes de tumeurs n'est pas autant en relation avec la ménopause qu'avec la tumeur. En réalité, chez les femmes de 42 à 55 ans, le nombre de cas positifs atteint 89,5 %, tandis que chez les femmes de 42 ans, il n'est que de 53,8 %. Mais au delà de 55 ans, cette proportion s'élève encore, si tant est qu'on puisse tirer des conclusions des 7 cas de ce genre observés par Zondek qui ont tous donné un résultat positif à un âge où la ménopause n'a plus aucun effet sur la réaction.

En cas de cancer du corps de l'utérus la réaction a été positive 75 % comme en cas de cancer de l'ovaire. Dans les cancers extra-génitaux, la réaction a été positive beaucoup moins souvent : 5 fois sur 14 cas (36 %). La proportion est néanmoins remarquable.

Enfin, chez l'homme, la réaction a été, en cas de cancer, positive encore moins souvent : 4 fois sur 30 cas (13 %).

Les recherches de Zondek ont été confirmées par Desider Engel : cet auteur a, lui aussi, injecté à des souris, de l'urine de cancéreux et constaté la réaction du prolan A (maturation de follicules). La conclusion qui s'impose et qui est d'ailleurs exprimée par Engel, c'est que, en cas de cancer comme en cas de gestation, il y a hyperfonction de l'hypophyse à tel point que cette réaction peut être considérée comme un symptôme de cancer si la grossesse n'est pas vraisemblable. Engel est d'autant plus autorisé à adopter cette conclusion qu'en injectant à des souris un extrait d'hypophyse (optone d'Abderhalden) il est arrivé à activer fortement la croissance de tumeurs implantées.

V. L'hypophyse et le col de l'utérus

Toute glande endocrine peut provoquer des troubles par insuffisance et par excès. Cette vue théorique a été vérifiée dans bon nombre de cas et, à la suite de ce qu'on vient de voir sur les relations de la fonction préhypophysaire et du cancer, surtout du col, il importe de rechercher si un hyperfonctionnement préhypophysaire peut parfois conduire à des lésions analogues. Deux affections vont nous fournir à cet égard des faits intéressants : la cervicite et la leucoplasie du col.

La cervicite à laquelle on a consacré dans ces derniers temps, un grand nombre de travaux, est liée pour Villard et Montel à une ulcération vraie du col avec perte de l'épithélium. Il se constitue ainsi un foyer d'infection qui favorise l'apparition du cancer. A l'examen anatomopathologique, on observe tous les intermédiaires entre les lésions pathologiques de la cervicite et du cancer : inflammations chroniques, tumeur bénigne inflammatoire, anarchie cellulaire, mitoses anormales, envahissement. Cette affection a été jusqu'ici considérée comme purement locale. Tel n'est pas l'avis de Young et voici les raisons que donne cet auteur.

La cervicite chronique est associée fréquemment à une arythmie menstruelle et à des pertes excessives. Ces désordres ont été constatés 82 fois sur 124 (66 %) par Young. Masson et Parsons remarquent que les malades atteintes de cette affection se plaignent spontanément 25 fois sur 100 d'irrégularités de la menstruation. Elles s'en plaignent encore bien plus souvent si on les questionne de manière à attirer leur attention sur ce point. Jeff Miller ainsi que Behney ont fait les constatations analogues.

Mais il y a plus remarquable encore ; c'est que, comme Young l'a montré, ce trouble menstruel disparaît après un traitement localisé au col. Behney fait des remarques semblables : il a guéri 63 % de ces ménorragies par cautérisation du col. Les lésions cervicales doivent donc retentir sur les fonctions ovariennes par une voie réflexe. Nous savons d'ailleurs, par ce qui se passe chez les animaux inférieurs, qu'il y a des relations nerveuses intimes entre le col et l'ovaire. Chez les souris, l'excitation mécanique du col prolonge la phase lutéinique déclenchée par le coït. Chez le lapin et chez le chat, le coït, fécondant ou non, déclenche l'ovulation.

Il est vraisemblable que ces phénomènes ont, comme origine, des impulsions sympathiques transformées par la pituitaire en influences hormonales capables d'agir sur l'ovaire. Des impulsions analogues mais pathologiques, partant du col, peuvent sans doute déterminer par les mêmes phases une aberration de la fonction ovarienne. Young ayant été amené à faire une laparatomie dans deux cas de ce genre a pu constater que l'appareil folliculaire était malade, ce qui tend à confirmer l'existence d'un mauvais fonctionnement préhypophysaire.

La leucoplasie du col a fait l'objet de recherches extrêmement importantes de von Franqué et surtout de Hinselmann. Pour arriver à mieux voir ces lésions, Hinselmann a construit une sorte de microscope binoculaire permettant d'examiner la région sous un très fort grossissement. Il arrive ainsi à déceler des leucoplasies invisibles à l'œil nu et dans les conditions habituelles de l'examen. Pour lui d'ailleurs ces lésions de leucoplasie sont incontestablement pré-cancereuses et, en outre, le cancer du col ou du vagin est toujours précédé de leucoplasie. C'est un point de vue qui n'est pas partagé d'une façon absolue par tout le monde. Keller et Van de Vyver, par exemple, font quelques réserves et remarquent que les lésions décrites par Hinselmann ou par von Franqué, comme leucoplasiques, sont parfois de véritables cancers. Néanmoins la difficulté même du diagnostic montre que les transitions entre l'altération leucoplasique simplement suspecte et l'ulcération pré-cancéreuse ou le cancer caractérisé sont insensibles. C'est du reste l'avis de la plupart des auteurs (Sobre Casas et Carranza).

Or, entre ces lésions, les effets de l'hormone préhypophysaire et la gestation nous retrouvons encore une fois des relations très remarquables. Stiève, tout d'abord a mis en évidence le fait que, pendant la gestation, la muqueuse du col qui est d'ordinaire à une seule couche, se stratifie. Ces observations ont été confirmées par Hofbauer qui, en outre, fait remarquer que la gestation s'accompagne d'hyperémie d'œdème du col et de proliférations glandulaires.

Des recherches plus approfondies ont été entreprises par Hofbauer pour savoir si, en administrant de façon continue, par injection intra-péritonéale, un extrait alcalin de pré-hypophyse de bœuf, on peut déterminer des affections gynécologiques bien définies. Or, il a pu ainsi provoquer tout d'abord des lésions de métropathie hémorragique de R. Schröder : augmentation considérable de l'épaisseur de la muqueuse intra-utérine et particulièrement du tissu interstitiel et de la couche basale ; parfois même, formations polipoïdes avec foyers de nécrobiose et d'infiltration leucocytaire.

Au cours d'autres recherches, le même auteur a injecté tous les jours, pendant 12 jours, dans le péritoine d'une première série de cobayes des extraits d'hypophyse stériles. Ces extraits étaient préparés avec de la pré-hypophyse de bœuf ou de vache, selon la méthode dérivée — ce fait doit être noté — de celle d'Evans, c'est-à-dire contenant l'hormone de croissance. Dans une autre série, il a implanté à trois reprises, au cours d'une semaine, du lobe antérieur dans la musculature de la cuisse. Enfin, dans une troisième série, le traitement était précédé de la castration ou de la splénectomie.

Les phénomènes les plus remarquables s'observent au niveau de l'épithélium du museau de tanche. Sous l'influence de ce traitement, cet épithélium qui est normalement stratifié, envoie, dans la profondeur, des bourgeonnements qui atteignent des dimensions dépassant de beaucoup, contrairement à ce qui s'observe normalement, celles de la couche épithéliale proprement dite. Ces bourgeons sont le plus souvent de forme aiguë, parfois même ramifiés. Les cellules de la couche la plus profonde ont le type du stratum granulosum. Il arrive cependant qu'elles soient atypiques au point de vue grandeur, dis-

position et contours. On trouve parfois des lymphocytes. Dans quelques cas rares on a constaté des infiltrations de petites cellules dans le tissu cellulaire sous-épithélial qui, d'ailleurs, est légèrement œdématié. Parfois la membrane basale a été trouvée effondrée par un amas de cellules proliférantes. Ce sont là les lésions de la leucoplasie du museau de tanche telle, qu'elles ont été décrites par von Franqué, Hinselmann, Schiller, etc.

Les modifications du vagin lui-même sont peu importantes bien que l'épaississement et accroissement en profondeur de l'épithélium soit marqué. Sur la muqueuse du col, on observe des modifications inconstantes. Quand elles existent, Hofbauer constate, comme Stiève, pendant la gestation, que l'épithélium normalement simple s'est stratifié et bourgeonne vers la profondeur.

L'ablation des ovaires ou de la rate a paru favoriser cet accroissement en profondeur. Mais ces résultats sont relativement peu nets. Hofbauer se propose de rechercher quelle est l'influence de la pré-hypophyse ajoutée à des cultures d'épithélium du col.

Hofbauer n'a pas encore publié, semble-t-il, des dessins de ses préparations permettant de juger de la signification exacte que comportent ces observations. Néanmoins, on ne peut leur contester une réelle importance. Jusqu'ici on n'était jamais arrivé à faire, expérimentalement, proliférer un épithélium de recouvrement avec bourgeonnement vers le tissu conjonctif sous-épithélial sans employer des irritants locaux comme des badigeonnages de goudron. Ces expériences méritent donc d'être reprises.

La production d'un hormone de croissance par le lobe antérieur de l'hypophyse, fait aujourd'hui bien établi, doit donc encore une fois, être mis en rapport avec ces proliférations plus ou moins nettement pré-cancéreuses d'autant plus que, pour Borst, toute la question du cancer est une question de croissance.

VI. Conclusions.

Nous avons vu ainsi la gestation accélérer l'évolution des tumeurs malignes en général et plus spécialement contribuer, dans une mesure importante, à faire apparaître le cancer du col. Nous avons vu les analogies humorales et hormonales qui existent entre l'état cancéreux et la gestation. Plus spécialement nous avons mis en évidence le rôle du prolan A, l'hormone de maturation des follicules provenant normalement de l'hypophyse et, en cas de gestation, du placenta, et nous avons montré les rapports qui paraissent exister entre cette hormone et les états précancéreux particulièrement du museau de tanche.

Pour compléter cet enchaînement de faits dont la cohérence est si impressionnante, il nous reste à dire, pour conclure, quelques mots de la peau dans l'acromégalie. L'acromégalie, on le sait, est en relation avec un excès de fonctionnement de la pré-hypophyse. Les doutes cliniques qui pouvaient encore régner sur ce point, il y a quelques années, paraissent être, aujourd'hui, définitivement supprimés par le fait que Cushing vient de montrer que l'injection d'extrait hypophysaire ou l'implantation d'hypophyse provoque, quand elle est prolongée un temps suffisant, un état pathologique superposable à l'acromégalie.

Ceci posé, il faut savoir que Pierre Marie a constaté dans l'acromégalie une fréquence remarquable de molluscum pendulum. En outre, un des caractères les plus particuliers de l'acromégalie c'est que la peau forme facilement des plis ce qui, selon Falta, permet de distinguer cette maladie du myxœdème. Le cuir chevelu notamment présente ces plis qui ont été décrits sous le nom de cutis verticis gyrata. Enfin la sécrétion des glandes sébacées et la croissance des poils sont fortement augmentées ce qui témoigne d'une prolifération intense au niveau des éléments les plus actifs de l'épithélium.

Par contre, des états comme la dystrophie adiposo génitale qui est vraisemblablement due à une insuffisance de fonctionnement de la pré-hypophyse, s'accompagnent d'une peau fine, mince et atrophique. De plus Parkes Weber rattache à une insuffisance du lobe antérieur de l'hypophyse l'apparition de vergetures qui s'observent de préférence sur les surfaces d'extensions ou dans les régions distendues au cours de la gestation ou de maladies fébriles, comme si le tégument devenait trop étroit, dans certains cas où la pré-hypophyse est surmenée. On s'explique ainsi que Selitzky note, dans ses remarquables études sur les dermatoses de la gestation, tantôt un hyperfonctionnement (pigmentation), tantôt, au contraire, un hypofonctionnement de la peau. Il est vraisemblable, en effet qu'en dehors de l'hypophyse et du placenta bien des facteurs, au cours de la gravidité, agissent sur la peau et qu'il n'est pas toujours facile de faire une analyse pathogénique exacte des phénomènes observés.

Les conclusions pratiques à tirer de cette revue d'ensemble sont actuellement peu de chose. On devra cependant, avec Hofbauer et avec Engel, conseiller l'irradiation de la pré hypophyse en cas de cancer ou de lésions prolifératives du col de l'utérus ou de toute autre région. Mais surtout il importe que des recherches cliniques et expérimentales soient poursuivies dans cette voie. Il n'en est guère, en matière de cancer, dont on puisse dire qu'elle promet davantage.

BIBLIOGRAPHIE

Karl Julius ANSELMINO et Friedrich HOFFMANN. — Über den Milchsäureumsatz in der Schwangerschaft und seine Beziehungen zur Leber und Schilddrüsenfunktion : *Klinische Wochenschrift*, n° 38 ; 20 sept. 1930.

Blair BELL, CUNNINGHAM, JOWETT, MILLET et BROOKS. — The metabolism and acidity of the fœtal tissuas and fluids ; *Brit. Med. J.* n° 3499 ; 28 janv. 1928.

F. A. CREW et B.-P. WIESNER. — On the existence of a fourth hormone thyreotropie in nature, of the anterior pituitary ; *Brit. med. J.* ; 26 avril 1930.

H. CUSHING et H.-M. TEEL. — Sur les hormones de croissance et de reproduction dans l'hypophyse ; *XIIIe Congr. int. de Physiol.*, [illegible] 23 août 1929.

H. T. DEELMAN. — Das Präcarcinom ; *Zeitschrift für Krebsforschg.*, 29, 1929.

Franz-Georg DIETEL et Irene STEFFAN-EISEN. — Zur Aetiologie [illegible] Häufigkeit und Behandlung der Uteruskarzinome ; *Munchener Medizinische Wochenschrift* ; n° 51 ; 19 déc. 1930.

Desider ENGEL. Krebs und Hypophyse ; *Medizinische K[illegible]* n° 48, 28 novembre 1930.

E. ESTIENNY. — Etude générale et thérapeutique du cancer du col de l'utérus chez la femme enceinte : *Thèse de Toulouse*, 1928.

E. ESTIENNY et P. GUILHEM. — Cancers génitaux et puerpéraux [illegible] *Toulouse Médical* ; 15 nov. 1929.

Hans HINSELMANN. — Zur Kenntnis der Portioleukoplakien [illegible] *Deutsche Medizinische Wochenschrift* : n° 24 ; 15 juin 1928 ; p. [illegible]

Hans HINSELMANN. — Der Papillenindex der leukop[illegible] Bezirke der Portioschleimhaut ; *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, n° 1 ; [illegible] 1930.

Hans HINSELMANN. — Der Bindegewebsindex der Leukoplakie[illegible] II°, III°a, III°b und Anhangsweise einiger junger Karzinome un-bekannter Genese ; *Zeit. f. Geb. u. Gyn.* ; n° 3, 23 mai 1930.

J. HOFBAUER. — Hyperplasia endometrii pituitaria ; *Zentralblatt für Gynakologie* ; n° 41 ; 11 oct. 1930.

J. HOFBAUER. — Über Beziehungen des Hypophysenvorderlappens zum Uteruscarcinom. (Vorläufige Mitteilung) [illegible] *Wochenschrift* : n° 45 ; 8 nov. 1930.

J. HOFBAUER. — Über Beziehungen des Hypophysenvorderlappens zum Uteruscarcinom : *Klinische Wochenschrift* : n° 46 ; 15 nov. 1930.

R. KE[illegible] L. VAN DE VYVER. — Essai d'interprétation de l'état [illegible] précancéreux du col de l'utérus ; *Gynécologie et Obstétrique* [illegible]

P.-E. M[illegible] [illegible]

P.-E. M[illegible] [illegible] préhypophysair[illegible]

[illegible] M[illegible] — Über [illegible] der Bildun[illegible] [illegible] hormone vom prähypophys[illegible] *Zentralblatt* [illegible] 49 ; 6 décembre 1930.

E. P[illegible] — Hypophysenvorderlappen und Placenta ; *Zentralblatt für Gynäkolog[illegible]* [illegible] 8 ; 22 fév. 1930.


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS

O. PIEKARAINEN. — Brustkrebs bei ledigen und verheirateten Frauen : *Zbl. Chir.* n° 50 ; 1930.
A. H. ROFFO. — El cancer de la mama y su relacion con la vida sexual de la mujer ; *La Prensa Médica Argentina* ; 20 juil. 1928 ; n° 2.
S. SELITZKY. — Les dermatoses, les toxidermies, et les mélanodermies de la grossesse ; *Gynécologie et Obstétrique* ; n° 1 ; janv. 1930 ; p. 44.
SENDRAIL. — Etudes de carcinologie expérimentale ; *Thèse de Toulouse,* 1925.
ZOLTAN V. SZATHMARY. — Die Bedeutung des Alters und der Strahlenbehandlung in der Therapie der Mole und des Chorinepithélioms; *Zeit. f. Geburt. und Gynäkol.*, n° 3 ; 31 oct. 1930.
E. VILLARD et G. MONTEL. — Cervicite chronique et cancer ; états précancéreux du col utérin ; *Gynécologie et Obstétrique* ; n° 1 ; juil. 1929.
G. A. WAGNER. — Die Beeinflussung der Therapie durch den Eintritt oder das Bestehen von Schwangerschaft ; *Die Therapie der Gegenwart* ; n° 1 et 2 ; janv, et fév. 1930.
PARKES WEBER. — The causation of « striæ atrophicale cutis » (« vergetures ») not due to stretching of the skin ; *« British Medical Journal »* ; n° 3502, 18 févr. 1928 ; p. 255.
B.-P. WIESNER et F.-A.-E. CREW. — The Gonadotrope Actions of the Anterior lobe of the pituitary ; *Proc. Roy. Soc. of Edinburgh* ; n° 6 ; 1929-1930.
James YOUNG. — Menstruation and irregular uterine haemorrhage of ovarian origin ; *British Medical Journal* ; 20 déc. 1930.
Bernhard ZONDEK. — Uber die Hormone des Hypophysenvorderlappens ; *Klinische Wochenschrift*, n°s 6, 9, 15 ; 1930.

Action des rayons ultra-violets sur la thiémie

Par M. LOEPER, R. DEGOS et A. LESURE

L'irradiation ultra-violette a des effets complexes et multiples ; dans la peau, elle accroît l'activité de certains ferments : elle met en liberté des stérines et accumule du pigment ; dans les tissus, elle fixe la chaux et facilite la dissolution de la cholestérine (1).

Nous avons pensé qu'il y avait intérêt à rechercher quelle pouvait être son action sur le métabolisme du soufre.

Notre étude a porté sur 6 sujets que nous avons exposés pendant dix minutes, une ou plusieurs fois, aux rayons ultra-violets et dans le sang desquels nous avons dosé le soufre d'abord avant l'exposition, ensuite dix minutes, une heure, deux heures après elle.

Chez l'un d'eux même, le dosage fut pratiqué après une série de dix séances successives.

Nous rapporterons les six observations complètes que nous avons recueillies ; le dosage du soufre y est exprimé en soufre total, soufre oxydé et soufre neutre.

I

Appréciation unique.

		Avant irradiation	10 min.	1 heure
A.	ST	0,056	0,050	0,055
	SO	0,028	0,034	0,036
	SN	0,028	0,016	0,019
R	SO/ST	50	68	65
BL.	ST	0,040	»	0,08
	SO	0,012	»	0,04
	SN	0,028	»	0,04
R	SO/ST	30	»	50
I.	ST	0,073	0,060	0,067
	SO	0,036	0,037	0,032
	SN	0,037	0,023	0,035
R	SO/ST	49	59	48
G.	ST	0,059	0,055	0,04
	SO	0,036	0,019	0,010
	SN	0,023	0,036	0,030
R	SO/ST	61	34	35
C.	ST	0,048	0,028	0,052
	SO	0,023	0,014	0,028
	SN	0,025	0,014	0,020
R	SO/ST	47	50	48

II

Applications répétées.

		Avant	10 jours après
Ch.	ST	0,08	0,06
	SO	0,058	0,048
	SN	0,022	0,019
R	SO/ST	69	71

Ainsi, le soufre total s'abaisse toujours après 10 minutes d'irradiation ; il continue 4 fois sur 6 de décroître encore après une heure et reste bas encore après 10 jours.

Les deux soufres, oxydé et neutre, diminuent parallèlement, mais le deuxième beaucoup plus que le premier, de sorte que le rapport du soufre oxydé au soufre total se trouve en général augmenté.

Ces modifications du rapport peuvent être interprétées de deux façons : dans le sens d'un accroissement de l'oxydation du soufre et dans le sens d'une déperdition véritable de soufre neutre.

La première des interprétations s'accorde avec ce que l'on sait de l'action oxydante des rayons ultra-violents.

La deuxième trouve quelque appui dans les constatations que nous avons faites avec Decourt, Ollivier Tonnet et Lesure (1), sur l'action du soufre neutre dans les métanodermies.

(1) M. LOEPER, LEMAIRE et R. DEGOS. — *Bulletins* de la Soc. méd. des H. de Paris, juillet 1930.

(1) MM. LOEPER, DECOURT, OLLIVIER, TONNET, LESURE. *C. R. S. Biologie*, 1926-1927.

Inhibition, par le sérum de génisse des caractères de neutralité chez les poules ovariotomisées (2)

Par H. BUSQUET
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris

On sait que les poules complètement privées d'ovaires possèdent des ergots, un camail, des lancettes et des faucilles. Ces caractères ne sont pas, comme on l'a cru longtemps, l'expression de la masculinité, mais de la neutralité sexuelle. Ils s'observent aussi bien chez le chapon et chez la chaponne que chez le coq, et la poule ne les présente pas parce qu'ils sont inhibés chez elle par une chalone ovarienne. Je me suis demandé si l'administration du sérum de génisse empêcherait, comme le fait l'ovaire, l'apparition des attributs de la neutralité chez les poules castrées.

Technique. — Douze poulettes de deux mois ont été ovariotomisées. Quatre mois après la première opération, j'ai de nouveau ouvert l'abdomen de ces animaux et enlevé les nodules qui pouvaient être considérés comme des reliquats de glandes sexuelles. Sur ces 12 poules ovariotomisées, 6 ont été conservées comme témoins et les six autres ont été traitées, dès l'âge de trois mois, avec du sérum de génisse, administré quotidiennement, par voie digestive, le matin à jeun, une demi-heure avant toute prise d'aliments, à la dose

(2) Extrait des *C. R. Soc. Biol.*, t. CVI, 1931, p. 633.

de 5 cc. Le traitement a duré pendant 18 à 20 mois. A ce moment les poules traitées ont été sacrifiées.

Résultats. — Dans le lot témoin, une poule est morte à l'âge de 5 mois. Dans le lot des poules traitées au sérum de génisse, trois sont mortes avant qu'aucune observation concluante fut possible. Sur les cinq poules témoins survivantes, quatre ont présenté, dès la première mue, les particularités du plumage rappelant celles du coq et du chapon : camail, faucilles, lancettes, ergots. Ces caractères ont persisté après la seconde mue qui s'est terminée au mois d'octobre dernier. La cinquième poule de ce lot a conservé l'aspect femelle ; à l'autopsie, j'ai constaté que, malgré les précautions prises, il était resté des reliquats ovariens. Les trois poules ovariotomisées du second lot, qui ont reçu du sérum de génisse, n'ont pas pris le plumage du coq ; la queue est restée courte, les faucilles, les lancettes et le camail n'ont pas apparu; enfin, les ergots ne sont pas développés, sauf chez l'une d'elles qui a présenté un ergot beaucoup plus court que chez les témoins, et d'un seul côté. Le sérum de génisse a donc exercé une action inhibitrice sur l'apparition des caractères de neutralité.

Toutefois, pour pouvoir attribuer à ces résultats une valeur indiscutable, il était nécessaire de vérifier soigneusement s'il ne restait pas de débris ovariens chez les animaux castrés traités par le sérum et ayant gardé l'aspect femelle. Pour faire leur autopsie et examiner histologiquement, le cas échéant, les nodules suspects, le Prof. Champy a bien voulu m'accorder son précieux concours et je suis heureux de l'en remercier ici très chaleureusement. L'autopsie minutieuse de ces poules a montré que l'ovariotomie avait été totale et que le maintien du plumage femelle et l'absence d'ergots devaient être exclusivement attribués au traitement des animaux par le sérum de génisse.

Ces résultats suggéraient tout naturellement l'idée d'essayer le sérum de génisse chez des coquelets castrés, de façon à inhiber chez eux les caractères de neutralité, comme on le fait avec une greffe ovarienne. Le sérum de génisse est resté inactif malgré un traitement de 18 mois. Le chapon paraît donc moins réceptif que la chaponne vis-à-vis de la substance inhibitrice du sérum de génisse.

Résumé et conclusions. — Les poules complètement ovariotomisées et dont les phanères évolueraient infailliblement vers le type neutre conservent le type femelle si on traite ces animaux par le sérum de génisse. Celui-ci peut donc remplacer, au point de vue particulier qui nous occupe, l'ovaire normal, déficient ou la greffe ovarienne. Les expériences relatées ci-dessus montrent, en outre, que l'inhibition des caractères de neutralité peut se faire par une chalone non spécifique et que celle-ci est capable de manifester son activité par voie digestive.

« Le meilleur médecin n'est pas celui qui sait le plus, car, quelque savant qu'il soit, ce qu'il sait n'est rien ; c'est celui qui aime ses malades et qui en a pitié. A celui-là nous pouvons confier aveuglement le soin de notre vie, avec la certitude qu'il n'essaiera pas sur nous des remèdes inconnus, qu'il ne nous opérera pas sans nécessité, qu'il ne nous inventera pas des maladies supplémentaires, sous prétexte de nous délivrer de celles dont nous souffrons. Celui-là, s'il ne sait pas nous guérir, saura du moins souffrir avec nous et nous consoler »

(Théodor de WYZEVA. — in : Henry SAUBEVAL (*Médecins et clients.*)

La stérilité masculine est, très souvent, causée par une épididymite double, causée elle-même par une uréthrite qui n'est pas forcément gonococcique, d'après STUTZIN. (*Mediz. Kln* 17 oct. 1930, p. 1556.)

Le **cancer inopérable** peut bénéficier d'une façon surprenante de l'autohémothérapie, d'après GRABCHENKO (*Voprosy Onkologii*, 1930. p. 169) sans qu'on puisse en aucune façon parler de guérison. A. M.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Duretés et tristesses de la profession médicale

A propos de l'ouvrage de Paul Le Gendre : *La Vie du Médecin*, guide de l'étudiant et du praticien ; déontologie et technique professionnelle : formation, pratique ; rôle social ; entr'aide et protection. 2e édition. Tome 1 du *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée* publié sous la direction d'Emile Sergent, L. Ribadeau-Dumas et L. Babonneix. Un vol. 600 p. Paris, Maloine, 1931.

Certes l'idée de donner comme introduction à ce traité un guide de l'étudiant et du praticien paraissait la meilleure des idées qui se put concevoir.

Il en était cependant une meilleure encore : celle de confier la rédaction de ce guide au plus affectionné, au plus vénéré, au plus expérimenté des Maîtres, le docteur Paul Le Gendre de l'Académie de médecine. Sa deuxième édition revue, complétée, abondamment développée de sa *Vie du Médecin* est un fronton magnifique, de solidité inébranlable à l'œuvre de MM. E. Sergent, L. Ribadeau-Dumas et Babonneix.

Qu'on me permettre, avant d'analyser — de façon nécessairement sommaire — l'œuvre si étendue, l'œuvre d'une portée si considérable, l'œuvre si *bienfaisante* de Paul Le Gendre, de dire ce que je pense de la carrière médicale.

Métier dur, métier triste (je ne dis pas triste métier ! voilà le lot du médecin.

Qu'en savez-vous, diront d'aucuns, vous qui fûtes médecin militaire, c'est-à dire voué à une profession qui, simple bague au doigt voilà quelque quarante ans, ne laisse pas, si elle ne cesse de se charger de jour en jour de poids de plus en plus lourds, de différer extrêmement de celle du praticien civil.

A cela je répondrai que si je fus médecin militaire il m'advint aussi d'être médecin civil et par surcroît pharmacien et vétérinaire, dans des régions de l'Afrique du Nord où, à cent kilomètres à la ronde, seul bipède ayant étudié anatomie, physiologie et thérapeutique, il était naturel que je fusse, comme furent, sont et seront quantité de médecins militaires, le recours unique de ceux qui — gens ou bêtes — souffraient, avaient besoin de remèdes. Et Dieu sait avec quelle prudence, je tentais d'exercer le moins mal possible celles des fonctions auxquelles ne m'avait pas destiné mon diplôme de docteur en médecine !

D'autre part, les conditions de l'existence ont voulu que, de même que d'autres médecins militaires, j'exerçasse deux sortes d'autres carrières ; je fus, pendant près de sept ans un bureaucrate ponctuel du ministère de la Guerre ; enfin j'ai mené la vie intégrale de l'officier ; j'ai longtemps commandé une compagnie (qui, je ne sais pourquoi portait le nom de *groupe*) dans les mêmes conditions qu'un capitaine d'infanterie — et, avec cette seule différence, que ma troupe de brancardiers n'était pas armée, qu'elle ne donnait jamais de coups et se contentait d'en recevoir.

Médecin, bureaucrate, officier... que penser de ces trois carrières ?

La vie de l'officier est parfaitement *saine*. L'officier respire un air pur ; il vit, si son organisme est normalement constitué, dans les conditions les plus favorables à la santé. Tristesses et laideurs, même en temps de guerre, n'offensent pas plus ses regards que ceux de tout autre. Il n'a point à redouter le surmenage intellectuel et s'il peste parfois — non sans agrément — contre ses chefs ; s'il subit souvent d'interminables et inutiles attentes, ses responsa-


GÉLOGASTRINE
LICARDY
PANSEMENT GASTRIQUE
GÉLOSE - GÉLATINE - KAOLIN
GRANULÉ
1 cuillerée à bouche
avant chaque repas
ou au moment des crises
TABLETTES
2 tablettes avant
chaque repas
ou au moment des crises
LABORATOIRES LICARDY _ 38, B^rd Bourdon. NEUILLY-PARIS


MAGNESIUM HARDY
SES 2 FORMES
SIROP
SIROP DE MAGNESIUM HARDY
MAGNESIUM HARDY
TABLETTE - BOUILLON
LES SEULES PREPARATIONS PRATIQUES ET AGREABLES
CHLORURE DE MAGNESIUM
Échantillons sur demande
42, BOULEVARD SAINT-MARCEL
PARIS (5e)

…ités sont, en général, des plus limitées, car il est solidement encadré. Il trouve parmi ses compagnons des camaraderies, des amitiés qui sont un charme délicat, un charme profond, une des joies, une des grandes joies de l'existence. On ne sait pas hors de l'armée de quelle extrême indépendance d'opinion, de quelle grande liberté d'expression, les officiers ont accoutumé de témoigner entre eux. La confiance, une confiance que ne vient jamais bouleverser la terrible question *argent* crée entre les officiers une fraternité rare. Sans doute existe-t il des exceptions. En quelque milieu que ce soit, il se rencontre des coins pourris. Mais quand l'officier vient, par malchance, à donner dans un de ces mauvais lieux où la confiance est exclue ou bien encore s'il se heurte en un supérieur immédiat, à un brutal, à un demi-fou ou à un neuf-dixièmes de fou, espèce dont l'armée (*experto crede Roberto*) n'est nullement exempte, il lui suffit de quelque patience pour obtenir la mutation qui le libérera du groupe insolent ou mesquin, le débarrassera de la bête fauve ou de l'animal incohérent.

Il est superflu d'appuyer sur les conditions qui font *malsain* le métier du bureaucrate. Mais pour qui parvient à vaincre les premières et naturelles répulsions, c'est un métier fort *attachant*. Hors les heures de présence au bureau le bureaucrate est libre et maître de son temps. Et, durant les heures de présence, il a tout le loisir de cultiver en lui les dispositions maniaques qui, dès l'enfance, sommeillent en tout homme et dont la tyrannie est pleine de douceur. C'est avec joie que l'homme de bureau retrouve chaque matin le docile sous-main, le fidèle encrier, le porte-plume affectionné, ses compagnons, ses auxiliaires et ses consolateurs des heures grises. C'est avec un geste cordial de la main qu'il saluera avant de s'en aller le sage et véridique calendrier qui lui rappelle la proximité du samedi anglais, du dimanche, des fêtes, ponts et entre-ponts, multiples, archimultiples oasis sur la route monotone. C'est avec une paternelle bienveillance qu'il gourmande l'astucieuse paire de ciseaux que leur instinct taquin ne cesse de pousser à se dissimuler dans des recoins invraisemblables. Dès que sonne la dix-huitième heure ou plutôt un bon quart d'heure avant qu'elle ne sonne, notre bureaucrate quitte, d'un pied léger, le théâtre de ses exploits, fier, libre, insoucieux, dégagé de toute obligation. Que le feu prenne à l'établissement (serait-ce un mal ?) ceci ne le regarde pas. Encore une fois il est *libre*. Il passera la soirée et la nuit comme il l'entend — sans la moindre appréhension d'être éveillé à deux heures du matin pour un essai inopiné (1) de mobilisation dû au génie d'un colonel fanatique, sans redouter d'être appelé à quatre heures du matin auprès d'une femme en couches, au chevet d'un enfant que l'on assure en péril d'asphyxier.

Que la fonction bureaucratique soit extrêmement attachante, nul doute. La plupart des retraités en viennent à se consoler de n'être plus que des retraités, à méditer avec philosophie sur la véracité du proverbe vulgaire — et impie — des Anglais : « *un chien vivant vaut mieux qu'un évêque mort* ». Retraité, le bureaucrate ne se console pas et s'il ne parvient pas à trouver un bureau *de remplacement*, il ne sait rien de mieux que de se laisser mourir de désespoir.

La profession médicale est *dure* et elle est *triste*.

Dure car *rien n'est plus pénible* (malgré l'habitude qu'on en peut avoir) que de vivre en révolte avec la règle des civilisés qui exige que les repos et les repas, le travail et les délassements aient leurs heures et que ces heures soient sensiblement toujours les mêmes.

Je ne parle pas, bien entendu, du praticien qui, voué à telle spécialité peut accorder à son activité professionnelle une régularité en quelque sorte bureaucratique. Et je ne parle pas non plus du médecin de *saison* qui, à la façon d'un météore, apparaît dans une ville d'eaux, y passe quelques mois et dispose à sa guise du reste de l'année.

C'est au praticien de clientèle générale que je pense et je dis son métier dur, je le dis très dur, je le dis terriblement dur.

Ceci n'est point révélation à l'usage des médecins. Tous sont documentés sur le point.

Mais le public en général ne se rend pas compte de l'extrême élasticité que réclame la profession médicale, de la sauvagerie avec laquelle il est trop souvent usé et abusé de cette élasticité.

Rompu de fatigue ou bien malade lui-même, fébricitant ou simplement enrhumé, ayant un besoin immédiat de repos le médecin, rentrant chez lui, trouve l'appel qui le jette par paliers et par étages en ville, à travers monts et vaux à la campagne, au chevet d'un patient dont l'examen réclame une attention scrupuleuse, un examen fatigant parfois difficile à pratiquer, souvent rendu plus difficile encore par le manque d'éclairage, par la misère ou par les défectuosités de l'habitat, examen que complique plutôt que ne l'allège la nervosité d'un entourage effaré, incompréhensif ou inintelligent, entourage qu'il faut éclairer, rassurer ou préparer doucement au pire, en tout cas soutenir moralement.

Au plus profond d'un sommeil indispensable, le médecin réveillé par le téléphone ou par le coup de sonnette doit, vêtu hâtivement, affronter froid et bourrasques, appelé en des parages lointains pour faire face à quelque inextricable situation qui réclamerait l'immédiate collaboration de confrères, quelquefois aussi — qui pis est peut-être — réclamé pour quelque niaiserie qui ne vaut pas le dérangement.

Et c'est encore le soir où le médecin a résolu de traiter quelques amis, alors qu'il se réjouit du moment de détente consacré à l'affection, c'est à l'instant précis où le festin va commencer de livrer ses trésors, que le médecin, arraché subitement à ses hôtes, arraché à sa propre table, doit, en hâte, s'en aller en quelque endroit lamentable et lointain, exercer son ministère.

Ces choses *il ne faut pas se lasser de les répéter aux populations* afin qu'elles finissent par comprendre non seulement que le labeur du médecin est un labeur technique qui n'a rien de comparable avec les labeurs purement matériels, que la profession médicale ne cesse pas de réserver à ceux qui la pratiquent des risques incessants de dégradations physiques graves, de dangers parfois mortels, mais encore que le fait de n'être jamais assuré de son repos crée d'évidence à l'activité médicale des droits à un *surtarif* de valeur exceptionnelle.

Oui cela il faut le dire, le redire, le répéter inlassablement, le faire pénétrer dans les masses. Trop de médecins par pudeur, par modestie, par insouci de leur intérêt propre, sont enclins à céler cette condition incomparablement dure de leur profession : *ne jamais pouvoir répondre de l'heure qui vient*.

La profession médicale ne se contente pas d'être une profession *dure*, c'est aussi une profession *triste*.

L'on dira : « Allons donc ! Que parlez-vous de tristesse ? Nous connaissons des médecins qui sont les plus gais compagnons du monde. Pétris de jovialité, très « *boute-en-train* » ne cessant pas d'avoir aux lèvres le mot plaisant, le mot spirituel, le mot drôle, c'est se moquer du monde, que les prétendre dominés par les tristesses de leurs occupations professionnelles... »

Vraiment ?

Je dis que ceux qui parlent ainsi sont de bien pauvres psychologues, des gens dont la vue est fort courte des gens qui auraient grand besoin d'affiner leur sens critique.

Sans doute le médecin ne peut-il se laisser dominer par les tristesses que ne cesse de lui valoir, que lui vaut à tout instant la pratique de son art.

(1) Il n'est que juste de reconnaître que beaucoup de Colonels ne montrent aucune propension sadique à abuser de ces exercices nocturnes et ... inopinés où leur grade leur réserve d'ailleurs les charges du premier rôle, exercices... *inopinés* au point que nul militaire, dans une garnison, n'en ignore, une bonne semaine à l'avance, le jour (ou plutôt la nuit) et l'heure, tant est remarquable le don d'information des cuisiniers de toute unité qui se respecte.

Il ne peut pas, il ne *doit* pas, pour lui et pour les autres, céder aux douleurs, aux deuils, aux appréhensions que lui procurent le contact des moribonds, les efforts désespérés des condamnés sans merci, les conflits d'issue incertaine entre la vie et la mort.

Nul praticien n'atteindrait la trentième année s'il se laissait submerger.

Aussi le médecin est-il contraint de vivre sa vie en partie double.

Il *faut* que — parfois contre les précisions mêmes qu'il tient de ses connaissances et de son expérience — contre le cri angoissé de sa propre sensibilité, il ne cesse pas de soutenir le patient. Il *faut*, ayant quitté le malade, qu'il paraisse au regard de ses concitoyens non pas le vaincu déprimé, dominé par ses nerfs ou par ses inquiétudes, mais bien l'homme pondéré et fort partant confiant et même gai.

C'est de lui-même, c'est au détriment de sa propre substance que le médecin est contraint de tirer la vertueuse duplicité de son rôle charitable.

Voyez ces trois convives à la même table :

L'un, le bureaucrate, paraît ravagé de préoccupations. Il doit d'urgence livrer un mémoire, un gros rapport qu'il espérait avoir le loisir de terminer en un mois ou deux. Quelle affaire ! quel tracas ! Il ne dit mot et, le regard éteint, il mange de travers !

A côté, l'officier ne mange même pas de travers il ne mange pas du tout. Il est furieux ; il est exaspéré. Affreuse conjoncture ! son Chef lui a fait sur un ton déplacé une observation singulièrement injustifiée. Il se répand sur ce chef et sur le noble métier des armes en jugements outranciers d'une sévérité définitive.

Le troisième convive — le médecin — est gai, charmant, spirituel ; il relève les courages abattus de ses compagnons, parvient presque à désassombrir leurs fronts.

Voilà, dira-t-on, deux hommes affligés à qui leur profession vaut de terribles mécomptes. Quant au troisième, son entrain, son humeur expriment suffisamment qu'il a pris le lot heureux et que sa carrière est la plus consolante, la moins désagréable qui soit.

Oui-da, voilà ce qui s'appelle juger d'après les apparences !

Que le rapport soit terminé ou non en temps voulu. (Et, pour Dieu ! à qui cela importe-t-il vraiment !) l'épais bureaucrate aura tôt repris une sérénité que pareils incidents ne font qu'effleurer passagèrement.

Le supérieur de l'officier, un peu honteux de l'algarade de la veille, se hâtera demain de faire à son subordonné un gros compliment aussi immérité que l'était le gros reproche de la veille. Et, rasséréné, séance tenante notre officier retrouvera avec son sourire, la conviction qu'il est le plus bel officier du monde l'indispensable serviteur de la plus valeureuse des armées.

Mais le médecin ?

Il ne sera pas encore rentré chez lui que de son subconscient jailliront les préoccupations, disons les angoisses qui, non éteintes mais superficiellement masquées pendant l'heure de détente, peuplent le fonds et le tréfonds de sa vie intellectuelle et morale : l'enfant qui se débat désespérément contre l'étreinte d'une pneumonie double, la vieille mère qui, atteinte d'un cancer, souffre tellement que ce serait charité que d'abréger ses jours, la plaie, d'apparence anodine qui commence de s'infecter, la gangrène qui envahit un segment de membre...... Et lorsque ces inquiétudes auront disparu elles seront remplacées par d'autres qui leur ressembleront comme des sœurs, tout aussi pénétrantes, tout aussi poignantes, également marquées par l'anxiété et la tristesse.

Quel champ de deuil, quel cimetière, quel océan d'inquiétudes, de douleurs et de responsabilités que le *subconscient* du médecin praticien !

Si le *refoulement par nécessité sociale* astreint le médecin, c'est-à-dire le pilote qui ne cesse de tenir la barre dans la tempête à être en même temps que l'homme qui s'inquiète, celui qui rassure, réconforte, sourit, cette gymnastique du dédoublement imprime à sa psychologie — souvent à son insu — des caractères indélébiles.

On ne vit pas dans la lutte, on ne combat pas incessamment le mal, on ne commande pas incessamment les forces de réaction contre l'assaut des forces de misère, et surtout l'on ne mène pas de pareille action en quelque sorte secrètement, c'est-à-dire sans rien laisser transparaître en public des émotions dues aux vicissitudes des batailles, sans que, si endurci, si « *cuirassé* » que l'on soit, ou qu'on imagine l'être, la dureté et les tristesses de semblable existence ne marquent douloureusement d'empreintes pénétrantes la trame même, la sensibilité profonde de l'individu.

Qui traitera du *refoulement chez le médecin*, refoulement qui pour employer l'expression chère à Freud serait à celui-ci un thème méritoire de psychanalyse, si le vieil animal était un instant capable d'apercevoir dans l'humanité autre chose encore qu'un gigantesque appareil sexuel.

Mais n'avons-nous pas notre Freud et même (Dieu merci !) notre super-Freud, n'avons-nous pas Voivenel ?

Un beau sujet pour sa belle revue : *L'Archer* : les conséquences individuelles et sociales de la *compressibilité chez le médecin de l'incompressible sensibilité.*

Notons tout de suite l'une de ces conséquences (j'y reviendrai prochainement) : la supériorité morale et intellectuelle du médecin sur tous les autres hommes.

Dr G. Saint-Paul (G. Espé de Metz),
Médecin général.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE

L'occlusion intestinale

Dans un clair petit volume (1) **qu'il vient de publier**, Pierre Moiroud rappelle que l'occlusion intestinale peut poser des problèmes difficiles, très difficiles, de diagnostic et de thérapeutique et qu'elle entraîne une mortalité générale encore trop élevée : trop souvent, l'acte opératoire ne s'adresse qu'à des lésions déjà fort évoluées. C'est dire l'importance d'aller à la recherche d'un signe minimum qui oriente dans la bonne voie, celle qui mène à l'intervention précoce et, même, précocisisme.

* * *

C'est dire que, dans ce livre subordonné aux nécessités de la pratique, P. Moiroud a été amené à résumer les éléments qui permettent de faire le diagnostic de l'occlusion et les principaux signes cliniques qui permettent de s'en méfier ou même, de l'affirmer. Il insiste sur l'intérêt de l'examen aux rayons X sans repas baryté.

Il montre comment on peut pousser plus loin le diagnostic et différencier les iléus par obturation des iléus par strangulation.

Enfin il faut faire la part des occlusions fonctionnelles, qui dépendent d'un trouble apporté au fonctionnement de la musculature intestinale, soit la paralysie, le plus fréquent chirurgicalement, soit du spasme plus ou moins circonscrit. De ces occlusions fonctionnelles, les maladies de l'abdomen, qu'elles soient inflammatoires ou traumatiques au sens le plus large du mot, sont les causes les plus fréquentes : inflammation péritonéale, maladies de l'intestin, des vaisseaux mésentériques, des organes voisins (foie, rein, pancréas, organes génitaux), et, accessoirement, les maladies du système nerveux et les intoxications, tel le saturnisme, telle la goutte. Et, au total, on n'est jamais sûr qu'un iléus dynamique existe seul et ne se mêle pas à quelque autre mécanisme d'occlusion.

Par ailleurs, une occlusion, d'abord paralytique, peut devenir une occlusion où l'élément mécanique gagne peu à peu en im-

(1) Pierre Moiroud. — *Traitement médico-chirurgical de l'occlusion intestinale aiguë ou subaiguë*, un vol., Masson, édit., 1931.

BIBLIOGRAPHIE

La sublime jouissance (de l'amour ; de la volupté ; de la douleur ; de la luxure), par JEAN DE GRIMODY. Armor édition, 3, rue de la Présentation. Paris (XIe). 310 p., 15 fr.

Un ouvrage bien curieux.

Il ne s'agit pas d'un reportage superficiel ; nous sommes loin de la littérature approximative du journaliste qui, à renfort de rhétorique, relate la tournée des grands ducs.

Jean de Grimody connait *à fond* les milieux dans lesquels il nous fait pénétrer. Chose bien plus rare qu'on ne le croit, il a réussi à pratiquer ses personnages à les voir *tels qu'ils sont* et non *tels qu'ils se montrent* à se les assimiler au point de *savoir leurs pensées*.

Exceptionnels sont les écrivains qui apportent pareil bagage, car les personnages en cause sortent de la banalité. Si bien des pages sont consacrées à l'amour honnête et pur, la plupart des chapitres nous introduisent dans le monde des *souteneurs*, des *filles publiques* et des *filles de maison*, monde aux anastomoses policières indélébiles, mais monde strictement fermé, ayant ses lois, son code d'honneur, sa morale, cruelle, impitoyable pour qui a fauté contre cette morale.

Je dis l'ouvrage curieux.

Certes !

Car la lecture dont nous n'attendions que répulsion et dégout pour la nature humaine nous amène au contraire à la juger avec Jean de Grimody, plutôt avec trop d'indulgence qu'avec trop de sévérité.

C'est que Jean de Grimody est un humain, un sensible, un généreux et aussi un *sachant*. Rien n'excuse mieux que de comprendre....

Au demeurant nul prêche ; il ne sermonne ni ne philosophe. C'est de la forte peinture de ses rudes personnages, des situations touchantes ou tragiques que créent leurs mœurs et les circonstances, que se dégagent les jugements auxquels nous conduit l'auteur : *absurdité des séries de maternités épuisantes et déformantes, de procréations de malheureux par une même femme — vilenie du mariage par intérêt — cruauté de la prostitution par famine — et (thème connu sur des modes nouveaux) relèvement de la prostituée par famine.*

Le contraste entre le réalisme des scènes parfois fort émoustillantes je veux dire passablement suggestives, et l'idéalisme de certaines conclusions est surprenant. Mais à mon sens l'auteur est dans le vrai. Il ne fait pas le dégouté. Il est *humain*. C'est bien.

Le style est net, franc, direct. Pas de fioritures ; pas de trémolo. Dieu merci ! voici encore un jeune, dégagé de la verroterie à la mode. Saluons à nouveau le présage que nous donnaient récemment d'autres jeunes : Jeanne Humbert (*En pleine vie*). Jean Souvenance (*Pour l'Idéal*).

Une critique : dans les passages assez nombreux où se trouvent des mots d'argot, l'auteur pour donner la traduction de ces mots usent de renvois en bas de page. C'est un peu gênant et même fatiguant pour le lecteur. Le mot qui traduit devrait se trouver en italiques et entre parenthèses à côté du mot traduit.

Je note ce détail pour marquer toute l'importance que j'attache à l'œuvre de Jean de Grimody. Il faut se rappeler son nom ou plutôt se remémorer celui de *Montho* sous lequel il est déjà fort connu et sous lequel il va nous donner prochainement *Les détraqués de l'amour* (Armor Edition) et *Les professionnels du vice*, reportage de faits *vrais* dont certains stupéfieront la plupart des médecins eux-mêmes. (*Reproduction autorisée.*)

Dr G. ESPÉ DE METZ.

Sociologie et Education de demain, par Henry DAMAYE. Alcan éditeur, Paris 1931. 12 fr.

Cet ouvrage a pour objet de défendre la thèse que biologie et psychiatrie doivent être, aujourd'hui, les directives de la sociologie et de l'éducation. La première condition, pour diriger normalement les hommes, est de connaître l'homme en sa normale et sa pathologie. Il est indispensable de savoir ce que peut l'homme et ce qu'on est en droit de lui demander sans aller contre les lois de la nature. L'auteur démontre qu'il ne peut y avoir de sociologie, à notre époque, sans biologie ni psychiatrie. Pour rendre l'homme meilleur et éviter la guerre, l'indication est de connaître les tares humaines et de s'efforcer d'y remédier.

M. Damaye, étudie la bonté et la méchanceté, l'influence néfaste de notre enseignement secondaire sur la santé des enfants et la longévité des familles, les dangers du service militaire pour les jeunes gens et les hommes, les fondements de nos religions révélées, leurs défauts, leurs lacunes. D'autres chapitres sont consacrés à la nécessité d'une éducation biologique pour les magistrats, les législateurs et les dirigeants d'une nation. M. Damaye montre le mal produit par une incohérence entre les lois ou entre les administrations. Il étudie les psychoses des collectivités des nations, et les moyens de les prévenir.

Ouvrage médico-social et de prophylaxie. Ce livre sera lu avec grand profit par les médecins, les biologistes, les éducateurs et les sociologues : c'est-à-dire par tous ceux qui ont pour mission de conserver l'individu, la famille et la nation.

portance : les anses distendues, pleines retombent sur elles-mêmes, d'où formation de coudures et de plicatures qui deviennent des actions mécaniques.

***

Etat des tuniques intestinales en amont du siège de l'occlusion. On peut distinguer deux variétés d'occlusion : celles qui s'accompagnent d'épaississement, celles qui s'accompagnent d'amincissement des parois, les occlusions qui sont l'aboutissant d'une sténose progressive et les occlusions brusquement constituées.

L'épithélium disparait au point où la lésion intestinale est au maximum ; les villosités sont nécrosées superficiellement, il y a des thromboses et des ruptures vasculaires. La barrière épithéliale tend à devenir inexistante en sorte que l'infiltration microbienne gagnera bientôt les autres tuniques.

Deux conséquences résultent de ces lésions épithéliales :

1° les produits toxiques ne semblent que très peu absorbés au début, puisque les organes d'absorption sont lésés ;

2° sans qu'il y ait perforation, les microbes peuvent gagner le péritoine dès les premières heures.

***

Ce que devient le péristaltisme dans l'occlusion ? Le professeur ROGER a étudié cette question au point de vue expérimental : il y a de grands mouvements péristaltiques en amont de l obstacle. A une période plus avancée apparaît un autre phénomène : c'est une paralysie progressive de l'intestin, qui est d'abord manifeste près de l obstacle et qui s'étend progressivement à toute la musculature.

WERELIUS attribue une très grande importance à cette suppression du péristaltisme qui précéderait de peu l'arrêt de la sécrétion biliaire et en serait la cause déterminante :

Tout le fonctionnement du système gastro intestinal avec les sécrétions biliaire et pancréatique serait subordonné au péristaltisme de l'intestin.

Contrairement à une notion ancienne, il ne se produit pas au cours de l'occlusion de mouvements anti-péristaltiques. Les vomissements fécaloïdes sont dus à la compression que le diaphragme et la paroi abdominale exercent sur une anse fortement distendue par les liquides ; l'évacuation se fait d'autant plus facilement que la musculature intestinale est paralysée.

***

La toxicité du contenu intestinal. La mort dans l'occlusion intestinale est dû à une auto-intoxication ayant son point de départ au niveau de l'intestin. Les accidents sont d'autant plus précoces et d'autant plus intenses que l'occlusion siège plus haut : l'occlusion du g êle est plus grave que celle du gros intestin ; les accidents acquièrent leur maximum d'intensité et de rapidité quand l'occlusion intestinale siège sur le duodénum.

Cette toxicité du contenu intestinal est moins due à la sécrétion des toxines microbiennes qu'aux sécrétions de l'organisme lui-même. L'auto-intoxication est d'origine duodénale : alors que le contenu intestinal est d'autant plus septique que l'on considère un segment plus bas situé de l'intestin, les accidents toxiques sont d'autant plus rapides et intenses que l'obstacle est plus haut, avec maximum de gravité au cas d'occlusion duodénale sous-vatérienne.

***

L'occlusion intestinale déclanche, en dehors des manifestations cliniques bien connues, un syndrome humoral dont l'élément majeur, sans aucun doute, est représenté par un abaissement du taux des chlorures sanguins et accessoirement par une polyglobulie nette, par une hyperglycémie, par une azotémie progressive.

P. MOIROUD expose les théories qui essaient d'expliquer le mécanisme de cette hypochlorémie et il rappelle comment l'emploi en injections intra-veineuses de solution hypertonique de chlorure de sodium est devenue la médication de choix pour combattre ces accidents généraux. Il faut, en même temps, utiliser les solutions isotoniques par voie sous-cutanée ou intrarectale pour réhydrater le malade. Le chlorure de sodium paraît posséder une véritable spécificité, les autres chlorures, les chlorures de potassium, de calcium, de magnésium, se montrant totalement dépourvus d'action curative. Un violent péristaltisme des muscles lisses et, en particulier, de la musculature intestinale fait suite à l'injection dans le sang des chlorures hypertoniques.

***

Y a t-il un traitement médical de l'occlusion intestinale ? se demande, alors, PIERRE MOIROUD. Le lavage d'estomac, le lavement électrique que LEJARS a étudié si à fond en 1909 sont, tour à tour, étudiés, ainsi que les ressources de la méthode de rechloruration de GOSSET.

***

La *rachianesthésie* exerçant une action excitatrice sur la contractibilité intestinale au cours des interventions (évacuations alvines sur la table d'opérations dans les cas normaux). On a eu l'idée de provoquer ce phénomène favorable en cas d'occlusion.

Pierre MOIROUD expose, donc le mécanisme d'action de la rachianesthésie. L'effet de l'anesthésie rachidienne est due à la section chimique temporaire des filets préganglionnaires splanchniques, provoquée par l'anesthésique. Par suite de l'action inhibitrice du splanchnique sur la motilité intestinale, l'équilibre vague sympathique se rompt sous l'action non compensée du pneumogastrique et l'intestin se contracte intensément.

Mais, du point de vue pratique, il faut retenir que la rachi est un agent inconstant d'évacuation intestinale : dans la statistique de Pierre Duval, elle a provoqué l'évacuation intestinale dans seulement 16 p. 100 des iléus mécaniques.

***

Le traitement de l'invagination par les *lavements* est rappelé : elle est inconstante, elle aussi, mais il ne faut pas la dédaigner.

***

Le *traitement chirurgical* est, alors, envisagé et, d'emblée, MOIROUD s'affirme catégorique : « Lorsque au niveau de l'intestin, existe un obstacle mécanique qui interrompt ou modifie le cours des matières et des gaz, seul le traitement chirurgical est capable de donner des résultats réguliers. Ils seront d'autant meilleurs que l'opération sera plus précoce ».

L'entérostomie doit être réservée aux cas où rien de mieux ne peut être tenté raisonnablement.

La laparatomie exploratrice et curatrice est le seul procédé logique.

Divers procédés facilitent l'exploration de l'abdomen : 1° le lavage d'estomac pré-opératoire qui supprime la distension gastrique ; 2° la ponction préalable des anses, préconisée par OCKINCZYC, qui facilite l'exploration abdominale et l'intervention principale en évitant le brassage désespérant et vain des anses distendues.

MOIROUD étudie ensuite les possibilités de l'entéro-anastomose le traitement chirurgical de l'invagination intestinale aiguë chez l'enfant et chez l'adulte, l'iléus biliaire, les occlusions par volvulus de l'intestin.

***

Il expose, ensuite, la prestion des occlusions post-opératoires.

1° Les occlusions post-opératoires précoces : toutes les laparatomies peuvent se compliquer, dans les premiers jours, d'accidents liés à ce que l'intestin n'a pas repris ses fonctions ; les vomissements l arrêt des matières et des gaz pendant les quarante-huit premières heures qui suivent une intervention, sont des symptômes qui ne sortent pas de la banalité, que l'on a tendance à considérer comme normaux, alors qu'à côté des cas quasi physiologiques, il y a des cas franchement pathologiques.

Il existe des occlusions vraies post-opératoires dues à des causes mécaniques et complètement indépendantes d'un processus infectieux : par exemple, des cas de volvulus post-opératoires.

Cette occlusion mécanique, il est possible de la lever. Il convient, donc, de savoir la reconnaître : l'état général immédiatement grave, l'accélération progressive du pouls au-dessus de 100, l'altération du facies, l'habitus général du malade, joints à l'arrêt absolu des gaz ne permettent guère de s'arrêter à l'idée d'un simple retard dans la reprise des fonctions intestinales.

2° Les occlusions post-opératoires tardives. Quelques mois, un an ou plus, après une intervention parfois banale, on peut observer des accidents occlusifs qui, eux aussi, appellent l'intervention chirurgicale.

Enfin, dans un dernier chapitre, P. MOIROUD étudie les occlusions congénitales aiguës.

***

Telles sont les principales idées cliniques que développe le beau livre de MOIROUD. Il faut en conseiller la lecture au médecin comme un guide sûr dans un domaine où l'on n'a pas le droit d'errer.

Henri VIGNES.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 mars 1931

Deux cas de néphrose lipoïdique avec rémission prolongée. — *MM. Achard, Bariéty, Codounis* présentent deux malades qu'ils suivent l'un depuis 18 mois, l'autre depuis 11 mois. A leur entrée dans le service, ces malades avaient tous les signes de la néphrose lipoïdique : gros œdèmes, grosse albuminurie, corpuscules biréfringents dans l'urine, hyperlipidémie, hypoprotéinémie avec diminution très importante de la sérine et inversion du quotient albumineux. Ces malades furent soumis à un régime hyperazoté auquel on ajouta 6 gr. 10 d'extrait thyroïdien. Les résultats furent remarquables. Ils portèrent non seulement sur les signes cliniques (les œdèmes ont totalement disparu), mais aussi sur le syndrome humoral. Chez le premier malade l'albuminurie est tombée de 10 gr. à 1 gr. 50 ; les lipides ont baissé de 31 gr. 50 à 11 gr. 60. Les protéines se sont relevées de 40,18 à 66,60. La sérine est remontée de 15,06 à 42,70, le quotient albumineux de 0,59 à 1,78.

Chez le second malade l'albuminurie disparut, les lipides passèrent de 38 à 6,90 ; la cholestérine de 7,20 à 1,50 ; les protéines totales de 31,50 à 78 ; la sérine de 4,58 à 54,23 ; le quotient albumineux de 0,17 à 2,28.

En plus de cet intérêt d'ordre thérapeutique les auteurs soulignent plusieurs autres points : les antécédents syphilitiques du second malade ; l'association avec une néphrite azotémique ; l'importance des troubles lipidémiques pour le diagnostic, des perturbations protéiniques pour le pronostic.

Maladie de Léo Buerger chez une jeune fille musulmane. — *MM. Trabaud* et *Mredden* (Damas). — Les auteurs relatent un cas typique de maladie de Léo Buerger observé chez une jeune fille, non pas juive, mais musulmane, et qui se termina par la mort. Outre une légère hyperglycémie, on constata une cholestérinémie de 4 gr. 30. Pas de syphilis héréditaire ou acquise ; pas de consanguinité. Par contre, la malade était paludéenne et avait des habitudes éthyliques. Elle avait eu de nombreuses manifestations de lithiase biliaire. Les auteurs pensent que l'affection relevait d'artérites conditionnées dans une certaine mesure par un dysfonctionnement hépatique.

Etude microscopique des lésions dans un cas de maladie de Léo Buerger chez une jeune fille musulmane. — *MM. J. Trabaud* et *Choukat Chaty* (Damas).

Endocardite végétante à staphylocoque. Forme suraiguë et forme lente. — *MM. A. Lemierre, A. Laporte et E. Boltanski* rapportent deux cas d'endocardite à staphylocoque très différents l'un de l'autre. Dans le premier, il s'est agi d'une forme maligne suraiguë classique, compliquée de méningite dont le diagnostic fut posé immédiatement grâce à l'existence d'éléments cutanés emboliques, ecchymotiques, centrés de bulles purulentes. Le point particulier de cette observation est l'étiologie : la septicémie a eu pour point de départ l'utérus consécutivement à un avortement provoqué.

Le deuxième cas a été complètement atypique, la maladie a duré quatorze mois, se traduisant d'abord, pendant un an, par des crises de défaillance cardiaque avec douleurs anginoïdes, légers mouvements fébriles et parfois infarctus pulmonaires, le tout cédant bien au traitement digitalique, et faisant place à des périodes de tolérance. La phase terminale, qui dura deux mois, fut marquée par une véritable explosion de phénomènes emboliques dans les grosses artères des membres, la rate, les reins et les poumons. Le diagnostic de la nature staphylococcique de l'infection fut seulement fait alors grâce à l'hémoculture et à l'examen d'un petit épanchement pleural purulent. A l'autopsie, on trouva de grosses végétations polypiformes dans la cavité ventriculaire gauche, implantées sur la cloison inter-ventriculaire. Les orifices du cœur eux-mêmes étaient intacts.

Aucun souffle n'avait d'ailleurs été perçu durant la vie.

Observation d'un cas d'état dysmyélinique du corps strié. (Syndrome de Cécile et d'Oskar Vogt) avec atteinte hypothalamique. — *MM. Georges Guillain* et *Pierre Mollaret* présentent une malade de 33 ans chez laquelle on observe la symptomatologie d'un syndrome dysmyélinique du corps strié.

On constate chez elle un ensemble complexe de mouvements anormaux. Mouvements athétosiques des membres supérieurs et de la face avec spasmes passagers des membres et du cou ; grands mouvements d'extension subite des bras comparables à ceux décrits sous le nom d'hémiballismus ; tremblement de repos enfin localisé au bras gauche et analogue au tremblement parkinsonnien. Le tonus musculaire est légèrement diminué, mais lors des mouvements apparaît une hypertonie d'action prédominant sur les antagonistes. On ne note aucun symptôme associé, pyramidal, sensitif ou cérébelleux.

Les auteurs montrent l'identité de ce tableau clinique avec celui décrit par Cécile et Oskar Vogt dans l'état dysmyélinique du corps strié, syndrome présentant des analogies mais aussi des différences avec l'état marbré du corps strié.

Parmi les syndromes nouvellement décrits dans la pathologie lenticulaire il convient, par une analyse méthodique, de classer ces faits. D'ailleurs les lésions de ces syndromes paraissent détruire souvent la région lenticulaire.

Dans le cas présent, dû sans doute à une encéphalite infectieuse, il est incontestable que la participation de la région hypothalamique doit être envisagée.

Un cas français de pellagre avec paraplégie. — *MM. Georges Guillain, P. Mollaret et J. Lereboullet* présentent une paysanne de l'Oise, âgée de 56 ans, atteinte depuis six mois d'une paraplégie spasmodique lentement évolutive et accompagnée de troubles des sensibilités profondes.

Il existe d'autre part des lésions cutanées complexes, faites d'atrophie, de cicatrices, de placards achromiques et de placards hyperpigmentés. Ces lésions sont strictement localisées aux parties découvertes : face dorsale des mains et des avant-bras et surtout tête et cou. Ces troubles ont précédé de deux ans les symptômes nerveux et débutèrent brusquement par une éruption érythémato-bulleuse.

La paraplégie ne peut être attribuée à une étiologie banale : compression médullaire ou myélite à cause des résultats négatifs de la ponction lombaire des épreuves de Queckenstedt et de la radiographie. D'autre part les lésions cutanées imposent, par leur topographie, l'idée d'une actinité et présentent tous les caractères observés dans la pellagre. Les auteurs retrouvent chez leur malade d'autres faits confirmatifs : vie au grand air, début à la fin de l'été, hypochlorhydrie gastrique, ammoniurie, forte indoxylurie, mononucléose sanguine (43 %).

Les auteurs rappellent les différentes théories pathogéniques de la pellagre : rôle du maïs dans l'alimentation, carence en acides aminés, hypothèse toxique infectieuse ou parasitaire, avitaminose spécifique ou complexe. Ils insistent particulièrement sur le rôle des phénomènes de photo-sensibilisation comparables à ceux observés chez l'homme ou l'animal avec l'éosine, la fluorescéine, l'acridine.

Ils en trouvent la confirmation dans l'existence chez certains animaux de phénomènes de photocatalyse provoqués par l'ingestion de certains produits alimentaires (fagopyhisme, trifoliose). Ces faits amènent à envisager chez les sujets sensibles la protection des surfaces découvertes par l'emploi de substances antiphoto-sensibilisatrices.

Hydroa bulleux. — *M. Lortat-Jacob*, à propos de la présentation d'un malade atteint d'hydroa bulleux, discute les relations qui existent entre le zona et l'érythème polymorphe.

Xantrochromie d'origine alimentaire. — *MM. Noel Fiessinger* et *F. Thiébaut* présentent une malade atteinte de faux ictère par carotine. La teinte de la peau de tout le corps, mais plus spécialement celle de la paume des mains et de la figure est fortement colorée d'un jaune légèrement teinté de rose. Les muqueuses ne sont pas colorées, les urines sont normales. Pas de prurit ni de bradycardie. Aucun signe d'intoxication biliaire. Le foie est normal, l'épreuve du rose bengale est normale. Les auteurs font une analyse minutieuse de ce fait et arrivent aux conclusions suivantes :

Le plasma et les urines ne contiennent pas de bilirubine (réaction au diaronium). Le derme n'est pas imprégné de bilirubine (Bruysch négatif). La coloration jaune intense du plasma qui atteint sept unités Walter est due à la carotine dosée à 7 mmgr. par litre de plasma, dont les auteurs présentent l'extrait.

Cette carotinodermie résulte du régime de la malade fortement chargé en légumes verts et en oranges.


CHLORO-CALCION
SOLUTION STABILISÉE, RIGOUREUSEMENT DOSÉE, DE CHLORURE DE CALCIUM
CHIMIQUEMENT PUR
80 gouttes ou ½ cuiller à café = 1gr. Ca Cl²
Recalcifiant
Hémostatique
Déchlorurant
DIRECTEMENT
ASSIMILABLE
Littér. Echant. LABORATOIRE MICHELS
9, Rue Castex _ PARIS

Valeur pratique de la sédimentation globulaire au cours des rhumatismes chroniques. (Résultats de 600 déterminations). — *MM. J. Forestier et F. Coste.* — Les auteurs ont appliqué à l'étude des rhumatismes chroniques, la réaction de sédimentation globulaire par la technique de Westergren. Ils montrent la précision et la simplicité qui en font une réaction éminemment clinique, à la portée du praticien, et d'après leur expérience de plus de 600 déterminations portant sur 190 cas d'affections rhumatismales diverses, ils montrent la différence bien tranchée qui existe entre trois groupes d'affections rhumatismales :

1° Les algies dites rhumatismales (sciatique, névralgie cervico-brachiale, etc...) où la réaction est normale ;

2° les arthropaties chroniques des gens âgés à lésions initiales surtout ostéo-cartilagineuses (arthroses, telles que la lombarthrie, le rhumatisme d'Héberden, le morbus coxæ senilis, etc....., où elle est également normale ;

3° les arthrites inflammatoires à localisations mono et surtout polyarticulaires, à lésions initiales surtout synoviales, dont la grande majorité est représentée par les polyarthrites symétriques progressives, aboutissant au rhumatisme déformant de Charcot et où la sédimentation globulaire atteint des chiffres constamment très élevés.

Ces faits d'un intérêt diagnostique et pronostique indiscutable apportent un élément de plus à la distinction entre les arthrites inflammatoires et les arthropathies chroniques d'ordre dystrophique.

M. Léon Bernard souligne l'intérêt pronostic de la réaction de sédimention globulaire dans la tuberculose.

M. Grenet ajoute que, dans un grand nombre d'affections, il existe un parallélisme net entre la sédimentation et l'évolution de la maladie.

Purpura fulminans. Septicémie à diplococcus Crassus. — *MM. P. Harvier* et *R. Cattan* rapportent l'observation d'une femme de 34 ans atteinte de septicémie foudroyante avec purpura hémorragique, type purpura fulminans (état typhique, ecchymoses cutanées, métrorragies etc...). La mort survint au cinquième jour de la maladie. Les cultures du sang et du liquide céphalo-rachidien permirent d'isoler et d'identifier d'une façon certaine, le pseudo-méningocoque de Jaeger-Heubner. On sait que le purpura fulminans peut être déterminé soit par un méningocoque, soit par un para-méningocoque, mais le pseudo-méningocoque n'avait pas été encore signalé à l'origine de ce syndrome hématique.

Action sur la tolérance hydro carbonée du drainage chirurgical des voies biliaires dans un cas de diabète et de lithiase vésiculaire associés. — *MM. P. Harvier* et *J. Caroli* ont observé un homme de 50 ans atteint, depuis un an, de coliques hépatiques, fébriles, suivies d'ictère passager, qui firent penser à un calcul du cholédoque. Ce malade présentait, en même temps, une glycosurie importante avec glycémie de 1 gr. 85.

Après préparation par l'insuline, la glycosurie disparut, la glycémie fut ramenée à 1 gr. 45 et l'intervention chirurgicale fut pratiquée.

La vésicule scléreuse était remplie de calculs, mais la voie biliaire principale était libre et non dilatée. Après cholécystectomie, un drainage des voies biliaires fut institué et prolongé un mois.

Une biopsie du foie, pratiquée au cours de l'intervention, décela deux ordres de lesions : d'une part, une réaction lympho-scléreuse importante des espaces portes, d'autre part des signes d'inflammation endothéliale, avec polynucléose intravasculaire, et dégénérescence des cellules hépatiques dans la zone centro-lobulaire.

Après l'intervention, non seulement les symptômes biliaires disparurent complètement, mais on put constater successivement la diminution puis la disparition de la glycosurie, suivie de l'augmentation de la tolérance hydrocarbonée.

C'est à la faveur du drainage chirurgical des voies biliaires que se sont réparées les lésions d'hépatite, responsables à la fois des poussées de rétention biliaire (et les auteurs rappellent à ce propos leurs publications antérieures sur les hépatites ictérigènes de la lithiase) et les symptômes diabétiques.

De la valeur du rapport azotémique dans la recherche de l'insuffisance hépatique. — *MM. M. Labbé, Nepveu et Roubeaux.*

M. Valentin.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Tube digestif

Le pseudo-gastrique est un type de malade commun et important à connaître ; il fait de l'hypochlorhydrie avec ou sans fermentations, de l'hyperchlorhydrie, de l'aérophagie ou de la gastralgie ; et pourtant l'estomac n'est pas l'organe malade.

La *prostatique* ou le *rétréci* vide mal une vessie souvent infectée ; l'anorexie, les nausées, les vomissements ne disparaîtront qu'avec le retour d'une évacuation vésicale normale.

Les *azotémiques* présentent de l'inappétence, des vomissements et même des douleurs gastriques.

Les *cardiaques* accusent des troubles gastriques en période de fatigue ou de petite insuffisance cardiaque.

Il faut signaler le cas des *adénoïdiens*, des sujets atteints de *sinusites* et de *suppurations rhino pharyngées*.

La répercussion d'une *appendicite chronique* sur le fonctionnement de l'estomac est illustrée par une observation, que nous citons intégralement à cause de son grand intérêt :

Un homme de 45 ans entre dans notre service avec des douleurs d'estomac atroces. Dès qu'il a ingéré le moindre aliment, il souffre affreusement, ce qui ferait penser à un ulcère. Le repas d'épreuve montre une forte hyperchlorhydrie ; mais la radioscopie reste négative : aucune encoche, rien qui fasse suspecter une lésion ulcéreuse. Ce malade nous raconte qu'il souffre ainsi de l'estomac depuis des années ; il en arrive à ne plus pouvoir travailler ; la vie lui est devenue des plus pénibles. Un examen minutieux nous montre l'existence d'un point de Mac Burney très vif et très constant.

En l'absence de toute autre raison appréciable, nous nous demandons si les troubles gastriques un peu contradictoires que présente ce malade ne seraient pas réflexes et liés à l'existence d'une appendicite chronique. Nous faisons opérer ce malade : appendice scléreux avec brides inflammatoires, témoignages de poussées subaiguës anciennes et répétées. Après l'intervention, disparition complète de tous les troubles gastriques.

Plusieurs mois après cette heureuse intervention, le malade se maintenait en parfait état.

La *cholélithiase* et la *cholécystite* peuvent prendre aussi le masque des dyspepsies ; on a alors comme guide l'irrégularité des douleurs ou des troubles dyspeptiques et la contradiction des signes observés ; un signe majeur pour le diagnostic est l'existence du point vésiculaire.

Les *affections utéro-ovariennes* produisent également des manifestations dyspeptiques ou gastralgiques tout à fait comparables à celles de la cholélithiase ou de l'appendicite chronique. (Jacques Carles. Les pseudo gastriques. *Gazette médicale du Sud-Ouest*, 1er février 1931).

Tuberculose

La notion de virus filtrant bouleverse toutes les notions classiques sur la tuberculose et plus particulièrement sur l'hérédité tuberculeuse.

Le précurseur des précurseurs fut Ferran, de Barcelone, qui n'admit jamais le *dogme de Koch* et soutint le polymorphisme du virus tuberculeux Les notions admises aujourd'hui de polymorphisme, cycle évolutif, contingence de caractères réputés essentiels, variations extrêmes de virulence sont singulièrement éloignées de la doctrine officielle.

En 1910 Fontès, de Rio de-Janeiro, montra que le filtrat de pus caséeux de ganglions tuberculeux produisait chez l'animal une tuberculose atypique ; il se heurta au scepticisme officiel universel et, se croyant victime d'une erreur de technique finit par abandonner ses recherches.

En 1930 les idées du savant espagnol et du savant brésilien. finissent par triompher, triomphe posthume, triomphe tardif, qui donnent une piètre idée de l'esprit scientifique et de l'imagination des états-majors médicaux. Une fois de plus une idée vraie est rejetée parce qu'elle est simplement neuve, tandis que l'erreur tire son prestige d'une consécration unanime. On finit, un jour ou l'autre, par s'incliner devant l'évidence, mais pourquoi si tard et avec tant de mauvaise grâce

Force est d'admettre la métamorphose passagère de la forme bacillaire en une forme invisible et filtrante, du virus en un ultra-virus ; le virus filtrant traverse non seulement les filtres de porcelaine les plus serrés mais encore la barrière placentaire Ces faits sont gros de conséquences théoriques et pratiques.

Le bacille de Koch n'étant qu'un des aspects du parasite de la tuberculose, l'infection tuberculeuse ne comporte pas obligatoirement la présence de ce bacille.

L'hérédité doit être envisagée sous deux aspects : l'hérédité bacillaire et l'infection transplacentaire par l'ultra-virus ; la première, exceptionnelle, est toujours extrêmement grave ; la seconde paraît de virulence moindre et pourrait même posséder, dans certaines conditions, des propriétés vaccinantes.

La solution des différentes questions, posées par la connaissance du virus filtrant, fera faire un grand pas au problème de l'immunité et de l'immunisation spontanée contre la tuberculose. [Pierre Simonin. L'hérédité tuberculeuse et la notion de virus filtrant (ultra-virus tuberculeux). *Revue médicale de l'Est*, 1er septembre 1930].

Chirurgie

Les calculs latents du rein sont trop souvent méconnus, faute d'un examen méthodique.

Les modifications des urines doivent retenir notre attention. Tout pyurique doit être soupçonné de lithiase ; avant cette période d'infection il existe parfois des hématuries légères, parfois révélées seulement par l'examen microscopique. Il faut insister, au point de vue pratique, sur le danger que présente le diagnostic d'albuminurie ; tout médecin, qui constate une albuminurie, doit s'assurer par lui-même, et, au besoin, par le cathétérisme, que l'urine est limpide, et demander un examen microscopique de l'urine.

Il y a une autre catégorie de malades qui portent souvent des calculs du rein, ce sont les lithiasiques urinaires en général.

Enfin les symptômes font rechercher le calcul d'un côté et la radiographie permet de le retrouver du côté opposé. La radiographie devra être totale ; on examinera successivement les deux reins, les deux uretères et la vessie. Il faut reconnaître qu'il existe des calculs qui échappent à l'examen radiographique.

Le diagnostic de colibacillose est trop souvent insuffisant et masque un calcul latent du rein. (C. Lepoutre. Les calculs latents du rein. *Journal des Sciences médicales de Lille*, 11 janvier 1931).

Obstétrique

La pathologie du post-partum est délicate à interpréter dans des cas, comme celui qui suit.

Une primipare accouche le 31 août, environ 10 jours avant terme ; présentation du siège, légère déchirure du périnée, délivrance complète.

De 3 au 6 septembre la température s'élève pour se maintenir à 39°4 le matin et à 40°1 le soir ; pouls à 104.

L'examen clinique est absolument négatif : rien aux poumons ni au cœur, foie normal, rate normale, appareil digestif normal, appareil génital sensiblement normal.

Une hémoculture permet de déceler du bacille d'Eberth à l'état pur.

Dans l'évolution ultérieure, on note une phlébite gauche, haute, incomplète, l'œdème étant resté localisé à la partie supérieure de la cuisse. Guérison. (Morel. Fièvre typhoïde du post-partum ou infection puerpérale à bacille d'Eberth. *Bourgogne médicale*, décembre 1930).

Dermatologie

Les streptococcies cutanées sont d'une extrême fréquence dans la pratique courante ; superficielles, sans gravité, faciles à reconnaître, elles demandent à être traitées hâtivement et efficacement.

Dans l'*impetigo* on procède à l'ablation des croûtes ; on lave soigneusement avec une solution très diluée (20 °/₀₀) de liqueur de Van Swieten ; on applique une couche épaisse de pommade à l'oxyde jaune de Hg à 1 % et on termine par un poudrage abondant à l'amidon.

L'*ecthyma* doit être décapé et lavé de la même manière ; on panse les ulcérations avec la même pommade ou avec des rondelles d'emplâtre rouge de Vidal : il y a quelquefois intérêt à faire des attouchements de l'ulcère avec une solution de nitrate d'argent à 4 % ou de bleu de méthylène à 1 %.

L'*intertrigo* est nettoyé par quelques lotions émollientes à l'eau de guimauve ou faiblement antiseptiques ; puis on fait une friction rude, énergique avec de l'alcool iodé à 1 % ; enfin on étale une couche légère de crème de zinc à 3%.

La *perlèche* s'améliore rapidement en pratiquant matin et soir, un lavage à l'eau bouillie chaude et une onction avec une pommade à l'oxyde jaune de Hg ; tous les 2 ou 3 jours, on badigeonne avec une solution de nitrate d'argent dont le titre varie de 3 à 10 %. Il ne faut pas négliger les lavages de bouche avec une solution légèrement antiseptique. (Henri Malherbe. Traitement pratique de quelques streptococcies cutanées. *Gazette médicale de Nantes*, 1er février 1931).

Radiumthérapie

La conception actuelle du traitement du cancer de la verge est loin d'être univoque ; les tendances thérapeutiques varient suivant qu'il s'agit de chirurgiens ou de radiumthérapeutes.

Une observation montre l'intérêt du débridement chirurgical, sans exérèse mutilante, suivi de la curiethérapie en surface, par appareil moulé. Cette technique a donné une guérison rapide, bien maintenue depuis 5 ans et demi, sur un homme âgé alors de 78 ans, qui présentait une verge absolument méconnaissable, en battant de cloche, du fait de lésions négligées datant d'un an. (G. Ferry. Les indications thérapeutiques actuelles du cancer de la verge. *Revue médicale de l'Est*, 15 août 1930).

Pathologie coloniale

Le climat du Maroc a-t il une influence sur les nouveau-nés européens ? 2.657 pesées, faites à la Maternité de Rabat, donnent les résultats suivants, présentés en graphiques, sur les poids à la naissance.

La courbe de poids des garçons est rapidement ascendante de 2.500 à 3.100 gr., puis lentement ascendante, presque en plateau, de 3.100 à 3.400 gr. et rapidement descendante au delà de 3.500 gr.

La courbe de poids des filles est rapidement ascendante de 2.500 à 3.000 gr. ; elle forme un plateau légèrement descendant jusqu'à 3.500 gr. et elle descend rapidement de 3.500 à 4.300 gr.

La moyenne du poids est de 3.408 gr. pour les garçons et de 3.282 gr. pour les filles.

Ces chiffres donnent l'impression que les enfants nés à la Maternité de Rabat pèsent plus que les enfants nés en Europe : une cause d'erreur consiste dans le fait que les poids inférieurs à 2.500gr. n'ont pas été retenus. (J. Herber. Le poids des nouveau-nés européens à Rabat. *Maroc médical*, 15 décembre 1930).

Aphorisme

Les formules mathématiques sont dangereuses en médecine et même en chirurgie (Eugène Acquaviva, de Marseille).

Tous les actes biologiques sont subordonnés à une réaction bien déterminée du milieu organique (Hautefeuille, d'Amiens).

La connaissance des causes étant moins avancée que celle des symptômes, le diagnostic étiologique offre plus de difficultés que le diagnostic différentiel (P. Mazel, de Lyon).

J. LAFONT.

NOUVELLES

Dermatoses et syphilis exotiques. — A la Clinique des maladies cutanées et syphilitiques de l'hôpital Saint-Louis (Pavillon Bazin, 40, rue Bichat, Paris 10e), un centre de consultation et de traitement des maladies de la peau : syphilis, lèpre, mycoses, dermatoses exotiques, etc., est réservé particulièrement aux travailleurs coloniaux, aux travailleurs étrangers, aux immigrants, aux étrangers qui demandent aide et assistance à leurs consultats respectifs.

Cette consultation a lieu les lundi, mercredi, vendredi, samedi matin à 9 h. 30.

Une autre consultation a également lieu : mercredi soir à 20 h. 30.

A la grande consultation, 40, rue Bichat, pour les travailleurs étrangers qui n'ont pu venir à celle de la matinée.

Les malades qui ne connaîtraient pas la langue pourront s'adresser à leur consulat afin de se faire accompagner d'un interprète.

Ils pourront se munir de leur passeport ou de leurs pièces d'identité.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur P. Blum, médecin assistant de l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, à Paris 10e.

Echos et Glanures

Journal Officiel. Questions écrites. — 11339. — M. Duval-Arnould rappelle à M. le ministre du Travail que l'article 9, paragraphe 2, de la loi du 30 avril 1930, sur les assurances sociales prévoit que six semaines avant l'accouchement, six semaines après, l'assurée jouit de plein droit de l'indemnité journalière visée à l'article 5, à la condition qu'elle ait cotisé 60 jours pendant les trois mois ou 240 jours pendant les douze mois qui ont précédé l'état de grossesse ; et demande si cet article doit être appliqué à la lettre ou s'il ne faut pas au lieu « d'état de grossesse », lire « accouchement » faisant observer que, si ce texte doit être pris à la lettre, aucune femme ne pourra toucher l'indemnité de maternité journalière avant le 1e juillet 1931. (Question du 16 janvier 1931.

Réponse. — Il résulte des dispositions combinées des articles 4, 5 et 9 de la loi du 30 avril 1930 sur les assurances sociales et de l'article 2 de l'arrêté du 6 septembre 1930, que pour avoir droit aux prestations de l'assurance-maternité, qu'il s'agisse de prestations en argent ou de prestations en nature, l'assurée doit avoir cotisé 60 jours pendant les trois mois ou 240 jours pendant les douze mois qui précèdent celui de la première constatation médicale de l'état de grossesse. Au début de l'application de la loi, pour les accouchements ayant eu lieu en septembre ou en octobre 1930, l'indemnité journalière a été accordée à compter du 1e octobre à toute assurée accouchée qui justifiait du versement d'au moins 60 cotisations journalières à la date du 30 septembre 1930.

11043. — M. René Burtin demande à M. le Ministre du Travail si les termes de l'article 38 de la loi sur les assurances sociales excluent un cultivateur aveugle du bénéfice de ladite loi au titre des assurés facultatifs. (Question du 18 décembre 1930.)

Réponse. — Les dispositions de l'article 38 de la loi du 30 avril 1930, aux termes desquelles les personnes susceptibles de bénéficier de l'assurance facultative ne sont admises qu'autant qu'elles ne sont atteintes d'aucune maladie aiguë ou chronique, ni d'aucune invalidité totale ou partielle susceptible d'élever notablement leur morbidité, ne paraissent pas s'appliquer au cas visé par l'honorable député, si l'intéressé remplit par ailleurs les autres conditions exigées pour l'admission dans l'assurance facultative et exerce effectivement une des professions visées aux articles 37 et 72 de la loi du 30 avril 1930.

(*J. O.* 22 février 1931).

11251. — M. Vincent Auriol demande à M. le ministre du Travail si les caisses primaires de répartition peuvent espérer voir apparaître bientôt le tarif de spécialités prévu par l'article 18 du règlement d'administration publique codifié (décret du 25 juillet 1930) ainsi que la liste des médicaments spécialisés autorisés, prévus par l'article 19, paragraphe *ter*, du même règlement ; et ajoute que, jusqu'à ce jour, les ordonnances pharmaceutiques sont formulées avec de nombreuses spécialités donnant fréquemment l'impression de l'abus et rendant très onéreuses pour les caisses la rubrique frais pharmaceutiques. (Question du 15 janvier 1931.)

Réponse. — Le rapport de la commission instituée par l'article 7, paragraphe 4 de la loi du 30 avril 1930 avec mission d'établir et de tenir à jour la liste des médicaments spécialisés autorisés sera examiné par le conseil supérieur des assurances sociales dans sa séance du 23 février 1931 et fera ensuite immédiatement l'objet d'une décision ministérielle.

(*J. O.* 21 février 1931).

11608. — M. Désiré Ferry demande à M. le ministre des Pensions quel est le nombre : 1° de pensions attribuées pour infirmités résultant d'intoxication par gaz ; 2° des pensions attribuées pour tuberculose, suite d'intoxication par gaz ; 3° de pensions attribuées pour tuberculose ayant une origine autre que l'intoxication par gaz ; 4° de pensionnés décédés des suites d'intoxication par gaz. (Question du 4 février 1931.)

Réponse. — Il n'existe au ministère des Pensions aucune

statistique permettant de fournir les renseignements demandés par l'honorable parlementaire.

11663. — M. Ravenat demande à M. le Ministre de la Santé publique si l'étude des mesures de protection des stations climatiques contre le séjour des malades atteints de tuberculose sera bientôt terminée et si le nouveau modèle de réglement sanitaire spécial à ces stations sera publié à bref délai. (Question du 6 février 1931.)

Réponse. — L'étude du réglement sanitaire spécial aux stations, et qui contient notamment les dispositions relatives aux mesures destinées à préserver des maladies contagieuses se poursuit ; le texte élaboré par le conseil supérieur d'hygiène publique de France est actuellement soumis à l'examen de la commission permanente des stations hydrominérales, qui va l'examiner dans une très prochaine réunion. La question de la protection des stations climatiques contre l'afflux des malades atteints de tuberculose va être examinée par la commission permanente de préservation contre la tuberculose à sa séance d'avril ou de mai 1931.

11233. — M. Jean Calvet demande à M. le ministre de la Santé publique si, en application du paragraphe 5 de l'article 4 de la loi du 5 août 1879, les juges de paix ne doivent pas être considérés comme inéligibles aux établissements de bienfaisance. (Question du 15 janvier 1931.)

Réponse. — Aucun texte ne prévoit l'exclusion des juges de paix des fonctions de membre d'une commission administrative d'un établissement de bienfaisance.

Jurisprudence. — *Accident du travail et maladie professionnelle. Caractères distinctifs. Débardeur transportant des sacs de chaux et de ciment. Brûlures dans la région du dos par les matières. Accident relevant de la loi du 9 avril 1898.*

Si l'accident du travail, de même que la maladie professionnelle, est juridiquement un événement anormal, causé par le travail et portant atteinte à l'intégrité ou à la santé du corps humain, dans l'accident du travail l'événement producteur doit être soudain, ou, tout au moins, d'une durée courte et limitée.

En conséquence, relève de la loi du 9 avril 1898, et non de la loi du 25 octobre 1919, le débardeur atteint de brûlures au dos résultant du frottement des sacs de chaux et de ciment pour le transport desquels il était embauché, cela alors même que ces brûlures, causées par la causticité de la matière ensachée, aient nécessité l'hospitalisation de l'accidenté.

(Justice de paix de Brest, 1er canton, 24 juillet 1930).

(*Le Quotidien juridique*, 1er mars 1931).

Les étudiants étrangers en France. — (Sénat. *Séance du 10 mars 1931*) :

. . . .

M. Victor Bérard. — Comment voulez-vous que nous n'ayons pas, tout à la fois, une joie immense et une certaine inquiétude des responsabilités que vous allez bien nous donner en les augmentant chaque jour, quand nous prenons les statistiques de l'Université de Paris ? Nous y voyons que le nombre des étudiants français à Paris, qui était de 5.000 en chiffre rond, en 1875, est aujourd'hui de cinq fois plus, et que, pendant ce même temps, le nombre des étudiants étrangers qui, en 1895, n'était pas de 3.000, est aujourd'hui de 15.000. Attirer les étrangers à Paris, je le veux bien, à condition, d'abord de les loger, puis non seulement de leur donner des maîtres, comme vous le réclamiez tout à l'heure, mais aussi de les mettre dans les conditions d'études telles qu'ils puissent s'imprégner, en quelque sorte de culture française. Vous savez bien que ce n'est pas le cas. A l'heure actuelle, nous avons notre plein d'étrangers, nous en avons beaucoup : certains en désirent davantage : mais pour le moment nous ne pouvons pas en avoir davantage, moins dans notre intérêt, que dans celui des étrangers, d'abord et du bon renom de la France à l'étranger. Vous savez, comme moi, que, sur ces 15.000 étrangers, il y en a plus d'un tiers qui quittent la France sans savoir un mot de français ».

..... « Parmi ces étudiants j'en ai eu qui avaient appris le français, parce qu'ils avaient eu la sagesse de débuter dans nos universités de province, où nous avons des places pour les loger, des professeurs pour les dresser et quelque chose de

mieux, une société ouverte, hospitalière, ayant pitié d'eux, les recevant, leur montrant ce qu'est une famille française, comment ont vit chez nous, comment on se tient à table, comment aussi on se tient en famille, leur révélant que, malgré tout, il existe encore en France des ménages où l'homme est le mari de sa femme et où la femme est l'épouse de son mari. (*Très bien ! très bien ! et applaudissements.*) Au sujet de ces étrangers, la première question que je vous posais, mon cher collègue, il y a une dizaine d'années, alors que vous étiez ministre de l'Instruction publique — et j'ai bien peur de vous avoir ennuyé souvent avec cette réclamation — a été celle-ci : « Voulez-vous vous joindre à nous pour une simple réforme ? Quand les étudiants viennent en France pour étudier, il faut qu'ils soient capables de comprendre les leçons des maîtres. La plupart ne peuvent pas commencer à Paris. On doit, par une sage distribution, consulter leurs goûts mais aussi nos nécessités à nous et leurs nécessités à eux ». *M. André Honnorat*. Très bien !

Mais toutes les fois que, dans le monde diplomatique, il m'est arrivé de parler à un ministre étranger de l'enseignement de ses étudiants en France, je me suis toujours entendu répondre : « Comment se fait-il qu'il ne se soit pas encore trouvé un ministre français de l'Instruction publique pour interdire l'Université de Paris à tout étranger qui n'a pas fait au moins un, deux et peut-être trois semestres en province ? » (Très bien ! Très bien !)

Nous sommes donc préoccupés autant que vous du souci que vous nous confiez tout à l'heure : nous voulons maintenir le nombre des étrangers dans nos Facultés, mais de plus nous désirons en augmenter la qualité. Nous pensons que ce n'est pas servir le prestige de la France au dehors, pour reprendre votre expression, que de laisser retourner chez eux des étudiants qui, ayant séjourné pendant des années ne sont pas devenus par le cœur, par l'esprit, par la langue, par la capacité d'enseigner et de comprendre, des Français intellectuels. A l'heure actuelle, vous le savez comme moi, un bon tiers de notre clientèle étrangère repart sans emporter grand bénéfice du séjour qu'elle a fait chez nous. Dans ces conditions, la question du diplôme est secondaire. Devons-nous avoir des diplômes pour attirer chez nous la clientèle étrangère, ou devons-nous, au contraire, avoir des cours pour faire de cette clientèle étrangère des hommes qui dans le monde, servent l'humanité, mais servent aussi le prestige de la France ? Toute l'affaire est là. (*Vifs applaudissements*).

La patente du médecin marié à une femme médecin qui exerce. — 11117. — M. Cathala expose à M. le ministre du Budget : a) qu'un médecin est marié avec une femme également médecin ; b) qu'ils exercent deux spécialités différentes dans le même immeuble et dans les mêmes pièces : c) qu'ils ont une salle d'opérations commune avec deux chambres attenantes pour les opérés ; et demande s'ils doivent être imposés séparément à la patente, et comment, dans ce cas, doit se calculer la patente de chacun d'eux. (Question du 15 janvier 1931).

Réponse. — Dans le cas envisagé, chacun des époux est, conformément à la jurisprudence du conseil d'Etat, personnellement passible de la contribution des patentes à raison de la valeur locative totale des locaux professionnels utilisés en commun. En outre, le mari est imposable pour la valeur locative totale de l'habitation du ménage et la femme pour la moitié de cette valeur locative. (*J. O.* 21 mars 1931.)

La vaccination antidiphtérique et les Pouvoirs publics. — 11924. — M. Emile Faure demande à M. le ministre de la Santé publique : 1° s'il est possible d'imposer par un texte législatif, la vaccination contre la diphtérie, dans les mêmes conditions que la vaccination contre la variole ; 2° si le gouvernement peut prendre l'initiative d'un projet de loi dans ce sens ; 3° si en attendant le vote par le Parlement d'une disposition obligatoire, le gouvernement peut prescrire à l'autorité administrative d'organiser une surveillance étroite des établissements scolaires (à tous les degrés) publics et privés, à l'effet de dépister les cas de diphtérie contagieuse, et d'amener par persuasion les parents intéressés à faire vacciner leurs enfants ; ajoute que toute possibilité de contagion conditionne le devoir du gouvernement. (Question du 23 février 1931.)

Réponse. — Un texte législatif pourrait imposer la vaccination antidiphtérique de la même façon que la loi du 15 février 1902 (art. 6) a rendu obligatoire la vaccination antivariolique ; 2° réponse affirmative. Il convient d'ajouter qu'une proposition de loi adoptée par la Chambre des députés le 4 décembre 1930 et transmise au Sénat, recommande l'emploi de l'anatoxine, vaccin antidiphtérique pour tous les enfants, dès le début de leur deuxième année jusqu'à l'âge de 12 ans. Cette vaccination serait rendue obligatoire dans les milieux où la diphtérie existe à l'état endémique. Elle serait pratiquée gra-

tuitement ; 3° en l'absence d'un texte sur la question, le gouvernement ne peut ordonner à l'autorité administrative de prendre des mesures pour introduire la pratique de la vaccination antidiphtérique dans les établissements scolaires. Il lui appartient cependant, dans la mesure où lui incombe le devoir d'assurer une protection efficace de la santé publique, de conseiller l'emploi de cette vaccination dans les mêmes établissements. C'est ainsi que depuis 1928 une propagande a été faite auprès des familles et que, d'accord avec les inspecteurs d'Académie, des séances de vaccination gratuites ont été organisées dans les écoles sous la direction des inspecteurs départementaux d'hygiène. Les opérations vaccinales, entièrement facultatives, ne sont pratiquées qu'avec le consentement exprès des parents. Ces essais, dont les résultats se sont révélés des plus satisfaisants, n'ont été tentés avec toute la prudence désirable que sur le conseil et avec l'approbation des conseillers techniques sanitaires compétents. Une commission d'étude réunie au mois de janvier 1928 pour préciser les conditions d'application et d'extension de la vaccination antidiphtérique s'est montrée entièrement favorable à son développement. Un vœu de l'Académie de médecine avait antérieurement reconnu l'efficacité et l'innocuité de cette vaccination et demandé sa généralisation systématique parmi les enfants. Les efforts ainsi entrepris avec l'appui des hautes autorités médicales ont été bien accueillies du public et ont préparé la voie à l'introduction éventuelle du principe de l'obligation. (*J. O.* 21 mars 1931.)

L'assistance médicale gratuite et les petites communes rurales. — *Sénat*. — 2e séance du 27 mars 1931.

. . . .

M. Albert Fouilloux. — Messieurs, j'ai une très courte observation à présenter à M. le Ministre de la Santé publique. L'année dernière j'avais signalé à son prédécesseur la situation désastreuse des petites communes rurales par suite de l'application du barème actuel de la loi de 1893 sur l'assistance publique.

En effet, ceux d'entre nous qui sont maires de petites communes rurales savent qu'à chaque instant nos budgets sont mis à mal — passez-moi cette expression — par l'application du barème actuel.

Pourquoi ? Parce qu'au début de l'application de l'assistance médicale gratuite, peu de nos indigents voulaient aller dans les hôpitaux. Aujourd'hui, dans les communes rurales il faut presque se battre pour empêcher des gens qui n'ont pas grand mal d'y aller, et, une fois qu'il y sont, d'y rester fort longtemps.

Ces hôpitaux deviennent ainsi, pourrait-on dire, des maisons de retraites, et au prix actuel très élevé de la journée, les maires des communes reçoivent à chaque instant des notes considérables qui déséquilibrent complètement leur budget. J'ai écouté tout à l'heure avec beaucoup d'intérêt notre collègue M. Guillois qui disait que des barèmes étaient en préparation. Je demande à M. le ministre de penser, en les préparant, à ces petites communes rurales qui n'ont d'autre ressource que des centimes infimes en nombre considérable. Je défends ces petites communes et je suis sûr d'avoir avec moi toute l'Assemblée. (*Applaudissements sur un grand nombre de bancs*).

L'admission des enfants de 15 à 16 ans dans les sanatoria. — *Sénat.* — 2e séance du 27 mars 1931.

. . . .

M. Darteyre. — Je veux poser une brève question à M. le Ministre sur l'âge de l'admission des malades dans les sanatoria. Un praticien distingué, médecin d'hôpital dans une grande ville de province, m'a confié ses doléances au sujet du placement dans les sanatoria. Il s'agissait d'un malade de 15 ans et 2 mois. Le médecin s'est adressé à un sanatorium d'enfants et le directeur lui a répondu que cet enfant, ayant dépassé l'âge de quinze ans, il ne pouvait l'admettre dans son sanatorium. Le médecin s'adresse alors à un sanatorium d'adultes et le directeur du sanatorium lui répond que, l'enfant n'ayant pas atteint seize ans, il ne peut pas le recevoir dans son établissement. Il est arrivé alors ce qui devait arriver : l'enfant fut renvoyé dans sa famille ; celle-ci était pauvre ; il continua à travailler et il mourut alors que le traitement du sanatorium aurait pu le guérir. Il en résulte que les enfants entre quinze et seize ans n'ont pas le droit d'entrer dans un sanatorium. Je ne crois pas que ce soit réellement le règlement, mais le fait particulier que j'ai cité existe, et on ne peut pas mettre en doute la parole d'un médecin dont la haute conscience est appréciée de tous.

Je demande donc à M. le Ministre de la Santé publique de vouloir bien faire cesser cette anomalie, si elle existe, car il reconnaîtra avec moi qu'elle est absurde et incompréhensible.

M. le ministre de la Santé Publique. — Je répondrai à l'honorable sénateur en lui demandant de bien vouloir me signaler le cas particulier.

M. Darteyre. — Je tiens à votre disposition le nom du médecin.

M. le ministre de la Santé Publique. — Il est certain que, si ces pratiques existaient dans certains sanatoriums, le ministre de la Santé Publique s'efforcerait par une circulaire de les faire disparaître.

M. Darteyre. — Je vous remercie.

Assurances sociales et extraction dentaire. — 11609. — M. Maurice Vincent demande à M. le ministre du travail si un docteur en médecine procédant à une extraction dentaire chez un bénéficiaire de la loi des assurances sociales, peut considérer cette intervention comme un « acte de petite chirurgie au cours d'une consultation », inscription qui donnerait droit au praticien à un remboursement supérieur à celui prévu pour « l'extraction dentaire » faite par un chirurgien dentiste. (Question du 4 février 1931).

Réponse. — Réponse négative. Le tarif de responsabilité des caisses ne doit comporter qu'un prix pour une prestation, quelle que soit la catégorie professionnelle du praticien qui l'a fournie. Le tarif de réassurance a fait application de ce principe en précisant que le tarif dentaire serait applicable aux interventions de stomatologie dont l'équivalent se retrouve, même sous une autre dénomination, dans la nomenclature dentaire.

Les soins aux pensionnés militaires. — 12003. — M. Guichard demande à M. le ministre des pensions si un médecin a le droit d'exiger le payement de sa visite à un pensionné de guerre muni d'un carnet médical et lui demande : 1° Quelles sont les conditions d'utilisation du carnet médical ; 2° Quelles démarches il y aurait lieu de faire pour le remboursement des sommes versées. (Question du 26 février 1931).

Réponse. — Le ministère des pensions ne dispose d'aucun moyen pour obliger les médecins à accepter les bons détachés du carnet médical. Il appartient aux mutilés de s'adresser aux praticiens qui consentent à les soigner au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919. (*J. O.*, 29 mars 1931).

BIBLIOGRAPHIE

L'année psychologique publiée par H. PIÉRON. Trentième année (1929) (Deux volumes faisant 936 pages. Alcan éditeur, Paris, 1930.

C'est toujours avec un nouveau plaisir que je signale cet admirable recueil, qui contient des mémoires originaux de premier ordre et qui analyse les travaux de nature psychologiques parus au cours d'une année. Et je tiens à féliciter aussi M. Piéron et ses collaborateurs de la rapidité avec laquelle cette publication est faite.

Les mémoires sont les suivants : La dissociation des douleurs cutanées et la différenciation des conducteurs algiques (Piéron), les associations locales et la loi de fixation des images (Foucault), Un test d'imagination (Gruat Koht), Sur la variation de l'énergie lumineuse et de l'acuité visuelle (Durup et Fessart), De la formation spatiale des impressions lumineuses au niveau de la bovea (Piéron), Etude expérimentale sur l'habileté motrice (Leurquin), Contribution à l'étude de l'apprentissage (Heller et François). Une expérience sur l'apprentissage dans le test de barrage (Chweitzer).

Les analyses bibliographiques portent sur tous les domaines de l'activité mentale : ce sont des exposés documentés, fournissant des données positives à la fois sur les résultats et sur les méthodes. A remarquer aussi que ces analyses sont accompagnées de critiques susceptibles de guider et de renseigner les lecteurs, critiques d'autant plus précieuses qu'elles émanent de compétences. G. P.-B.

L'Archer. — Paul Voivenel a créé *L'archer*, entouré d'une pléiade de « jeunes ». L'effort accompli pendant la première année s'est vu auréolé par le succès. En dépit des difficultés de l'heure présente, *L'Archer* grandit, ayant conquis sa place de haute lutte – sur les sommets.

Sommaire de janvier 1931 : Camille MAUCLAIR. L'Escorial. — Jean FOURCASSIE. Ramond de Carbonnières. — Jules PIGASSE. T. S. F. — Les propos de Campagnou. — Marcel COULON. La noyade d'Ourrias dans « Mireille ». — Louis GRATIAS. L'océan, tout près... — Jean-Paul le TARARE. Bucoliques. — Jean-Daniel MAUBLANC. Marcel Bach, peintre de paysages. — Henri JACOUBET. Histoire de François de Séryeuse (*suite*).

Flèches... sur. — La musique : Adeline LESPIBASSE. — Un livre d'art : Georges GAUDION. — Mistrat : André FERRAN. — Varia : André FERRAN, Antoine RIQUOIR, A. BOULÈGUE, Paul MARTIGNON. — Les Revues : Henri JACOUBET. — Des livres H. JACOUBET. — Une galerie d'art : Henry PARAYRE. — Varia : ROUNY-LERYS, Clément FALCUCCI, Georges GAUDION. — Les Spectacles : Louis DUBY. — Les Disques : Jules PICASSE. — Varia : CAMPAGNOU. – Echos.

Sommaire de février 1931 : Antoine RIQUOIR. Les Destinées musicales du théâtre de Beaumarchais. — Gil ROBIN. Le Chirugien. — Paul VILLA. Deux Sonnets. — Georges CAUDION. Ordre et désordre. Les propos de Campagnou. — Alfred LAUMONIER. Le Mysticisme de Rabindranath Tagore. — André ARBUS. Exposition Arthur Fages. — Octave LERY, Albert GINESTY, Paul VOIVENEL. La Crise du Rugby. — Henri JACOUBET. Histoire de Séryeuse (*suite*).

Flèches... sur. — Les beaux livres : Georges GAUDION. — Henri Nadal et la noblesse du nudisme : TOUNY-LERYS. — Les Revues : Henri JACOUBET. — Varia H. JACOUBET, Paul MARTIGNON. — Photographies : Georges GAUDION. — Un critique Baudelairien : André FERRAN. — Les livres : Jean DOUYAU. — Varia : CAMPAGNOU. — Echos.

Sommaire de mars 1931 : Dr Ch. FIESSINGER : Les difficultés du pronostic. — Pierre FRAYSSINET : Poèmes. — Francis CARCO : Suicide. — Henri RAMET : Légende des années de misère. — André FERRAN : Francis Carco chez les « Vingts ». Les Propos de Campagnou. — Michel de BELLOMAYRE : Poèmes. — Louis GRATIAS : Quercy, terre d'attraction. — Henri JACOUBET : Histoire de François de Séryeuse.

Flèches... sur : La musique : Adeline LESPINNASSE. — Prisons de femmes : TOUNY-LÉRYS. — Des livres classiques : André FERRAN. — Varia : Georges GAUDION. — Varia : Campagnou. — Les Revues : H. JACOUBET. — Un livre d'art : Gorges GAUDION. — L'architecture Antonin CAZELLES. — M. Albert THOMAS et le problême du chômage : Jean Louis COSTA. — Varia : Echos.

Abonnements : 50 francs par an.

L'Archer, A Cazelles, pl. Dupuy ,18 Toulouse C. P. 231-60.

Vouloir et Destin, essai philosphique, par L. BARBEDETTE. Une broch. 46 p. La Fraternité Universitaire, Imprimerie M. Pattegay, Luxeuil-les-Bains (Haute-Saône).

Le Professeur Barbedette est un déterministe convaincu.

Son optique est celle à laquelle je suis intimement rallié depuis une quarantainte d'années.

Mais ma foi est loin d'avoir la solidité de la sienne.

Je me rends bien compte que si je suis déterministe, c'est à cause d'un certain fatalisme inné – en raison de la formation, de la culture reçues lors de ma jeunesse — par l'effet de l'incohérence, de l'absurdité de certai-

nes doctrines philosophiques, métaphysiques qui me furent enseignées.

Mais je ne me sens pas sans doutes quant à la solidité du déterminisme lequel ne me paraît pas présentement pouvoir être considéré comme une vérité scientifique, comme un fait,

Si paradoxale quelle puisse paraître à première vue je ne crois pas devoir exclure l'hypothèse que du libre-arbitre ait pu sortir d'un ou de deux (peu importe le nombre) éléments soumis au déterminisme.

Comment l'Intelligence — en la supposant même d'origine exclusivement matérielle — aurait-elle pu s'affranchir, du moins dans une mesure appréciable du déterminisme intégral ?

Elle aura pu s'affranchir, à mon avis, lorsque disposant dans l'organisme des organes réflecteurs de sa propre activité, elle est devenue *autoconsciente* et qu'*en se discernant elle-même* elle a du même coup, commencé à discerner les lois de la nature c'est-à-dire à prendre connaissance des relations entre les causes, les évolutions des phénomènes, les effets.

Elle aurait ainsi perdu l'*infaillibilité* qui la caractérise chez l'animal mais elle aurait acquis la faculté de soumettre parfois la sensibilité aux impératifs intellectuels, tels qu'ils peuvent résulter de l'examen impartial désintéressé c'est-à-dire scientifique des faits et des lois. Pour éviter les redites je renvoie à ma note bibliographique (a. s. de l'ouvage d'Henri Delacroix : *Le langage et la Pensée*) et à mes brochures.

Pratiquement la position que j'indique est autrement commode que le déterminisme pur et simple pour édifier des systèmes pratiques de philosophie, de morale ou de politique. Car si l'on peut admettre que le déterminisme intégral ne conduit pas nécessairement et toujours à l'apathie intégrale, du moins faut-il reconnaître que tout ce qui exprime blâme ou éloge n'a, du point vue déterministe, qu'une signification émotionnelle ne permettant pas d'imposer ou de recommander quelque obligation que ce soit à quelque degré que ce soit.

Je crois bien toucher là le point faible que masque magnifiquement le talent de Barbedette.

Sans doute arguera-t-il que ce que je présente comme un certain libre-arbitre, n'est-il encore que pur déterminisme.

Je répondrai que je vois une différence considérable entre le déterminisme de l'intelligence *consciente, aveugle* et *infaillible* de l'animal et la faculté de l'intelligence *autoconsciente* de l'Homme de jauger et de juger la sensibilité, voire de la dominer soit en l'affrontant directement, soit « en lui jouant en quelque sorte des tours » afin de la mettre en échec. En termes brefs : en règle générale, dans la normale, sauf exceptions l'*autoconscience ce serait de la liberté*.

L'ouvrage de Barbedette est divisé en trois parties : *vouloir* ; *destin* ; *vaincre*. Il est trop gonflé de substance pour que je puisse rien faire d'autre que d'y renvoyer le lecteur et me borner à signaler quelques points.

Barbedette démontre magistralement ce que cachent les mots *chance, destin* ; il démontre que les ignorances que ces mots recouvrent ne sont que celles des phénomènes naturels dont les effets nous surprennent parce que ces phénomènes sont nombreux, complexes, enchevêtrés, inconnus de nous. L'avenir nous dévoilera de la simplicité là où nous ne discernons que des chaos.

Barbedette magnifie le vouloir, la persévérance pour la conquête de l'Univers, pour l'acquisition de la connaissance de toutes ses lois. Il reprend une thèse qui lui est chère : « L'éthique, écrit-il, doit devenir positive. Il est temps que piqûres, potions, etc., soient substituées aux exhortations pour guérir les volontés. Des ingrédients divers, fournis par des laboratoires bien outillés, feraient naître les passions ou les atténueraient modifieraient les caractères, affermiraient les cœurs défaillants... Afin d'obtenir une efficacité plus grande, la morale doit devenir corporelle autant que psychologique... »

Dans la vie courante, à quelque Ecole que l'on appartienne — fût-ce à l'Ecole déterministe — le blâme et l'éloge sont indissolublement liés aux appréciations que nous faisons de nos semblables.

Le Professeur déterministe L. Barbedette n'échappe pas au sort commun — ce qui me vaut la joie de rencontrer dans son œuvre des phrases comme celles-ci : « Pour manœuvrer les masses populaires, les dirigeants disposent de moyens fort commodes : l'opinion publique se fait et se défait à volonté, l'orsqu'on procède avec prudence et méthode... Après les journaux des maîtres-chanteurs, entre en ligne la grande Presse qui, pour mieux tromper le lecteur, se donne des allures impartiales.... Impuissantes à vouloir autant qu'à réfléchir, les masses sont bernées quotidiennement par une camarilla de politiciens et de banquiers. En général les prétendus chefs d'un pays sont uniquement ceux d'intrigants haut placés.. »

Très bien ! Parfait ! Tout honnête homme ne peut qu'approuver.

Et cependant, qu'on le croie bien, ce n'est pas du tout à cause de la justesse de ces observations que je dis L. Barbedette un des plus grands philosophes de l'ère contemporaire. (*Reproduction autorisée.*)

G. ESPÉ DE METZ.

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMP. THIBON ET CIE. — R. C. 4264
MAISON SPÉCIALE POUR PUBLICATIONS MÉDICALES

FONDÉ EN 1873. — N° 17 — LE NUMÉRO : 50 Centimes — 25 AVRIL 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V°)
C. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies.......... 40 fr.
Étudiants............ 30 fr.
Étranger............ 45 fr.
Étranger 1re zone.......... 70 fr.
Étranger 2e zone.......... 90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance publique. — *Tirage au sort du jury du concours de nomination de médecin des hôpitaux.* — MM. les docteurs Grenet, Bruhl, Babonneix, Laroche, Ribadeau-Dumas, Guillain, Trémollières, Courcoux, Lœderich, Schwartz, Lesne.

Tirage au sort du jury du concours de nomination de chirurgien des hôpitaux. — MM. les docteurs Auvray, Mathieu, Baumgartner, Desmarest, Mauclaire, Guimbellot, Valléry-Radot.

Faculté de médecine. — *Thèses.* — 20 avril. — M. Lazerme. Hémoptysie d'alarme et caverne isolée. — M. Pour. Les hémorragies dans les anémies pernicieuses cryptogénétiques. — Mlle Civade-Arnould. Antigénothérapie dans la tuberculose oculaire. — M. Huret. L'angor aigu coronarien fébrile (forme angineuse).

21 avril. — M. Villoutreix. Les arsénides érythémato-pigmentées fixes.

22 avril. — M. Schwartz. Spirochétose méningée pure. — M. Gritty. A propos d'un cas de péricardite tuberculeuse hémorragique. — M. Adly Fayez Kotry. Traitement endoscopique de l'uretère postérieur.

Thèses vétérinaires. — M. Frisson. L'élevage du cheval de trait en Haute-Saône.

23 avril. — M. Brisset. Reposition sanglante du semi-lunaire. Sa technique. Ses indications.

Association des étudiants. — Les élections au Comité de l'Association générale des étudiants auront lieu le jeudi 30 avril de 9 heures à 21 heures, à la Maison des étudiants, 15, rue de la Bûcherie.

La réorganisation de notre Association sur des bases nou- nous invite à engager les membres de la Section de médecine à y participer en prenant part au scrutin.

Seront seuls admis à voter les camarades français porteurs de carte de l'Association et de la carte d'immatriculation de la

Amphithéâtre d'anatomie. (M. le Docteur Charles Du-jarier, directeur des travaux scientifiques.) — *Conférences de technique chirurgicale* (mai, juin, à 16 heures). — Ces conférences seront gratuites, mais ne comporteront aucune répétition individuelle sur le cadavre. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Programme du cours. — Chirurgie du thorax, de l'intestin et du rectum (quatre leçons), par M. le Docteur Lardennois, chirurgien de la Maison de retraite des Ménages, lundi 4, mercredi 6, vendredi 8 et lundi 11 mai : 1° phrénicectomie, thoracoplastie et thérapeutique chirurgicale des abcès du poumon : 2° cancer du rectum ; 3° voies biliaires (deux leçons). — Chirurgie des articulations (deux leçons), par M. le Docteur Braine, chirurgien des hôpitaux, mardi 5 et jeudi 7 mai : 1° lésions traumatiques des ménisques du genou ; 2° les amputations partielles du pied et l'opération de Ricard (avec projection). Chirurgie de la hanche (trois leçons), par M. le Docteur Mathieu, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, vendredi 15, lundi 18 et vendredi 22 mai : 1° Traitement chirurgical des pseudarthroses du col du fémur ; 2° Des arthrites chroniques ; 3° Des luxations congénitales invétérées de la hanche. Chirurgie du genou et de l'estomac (deux leçons), par M. le Docteur Fredet, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, lundi 1er et vendredi 5 juin : 1° Résection du genou : 2° Sténose hypertrophique du pylore.

Cours de perfectionnement sur « la tuberculose osseuse ». — Un cours de perfectionnement sur la tuberculose osseuse aura lieu cette année au sanatorium Vancauwenberghe, à Zuydcoote (Nord), les 14, 15 et 16 mai.

Le cours est organisé par la Faculté de médecine de Lille et le sanatorium, et sera dirigé par MM. le Prof. Le Fort, chirurgien du sanatorium et le Docteur Baudelot, médecin-chef de l'établissement.

Entièrement gratuit, le cours est ouvert aux médecins français et étrangers et aux étudiants en médecine régulièrement inscrits. Il portera plus spécialement sur les acquisitions modernes, cliniques et thérapeutiques de la chirurgie osseuse. Il comprendra des leçons théoriques, des séances opératoires, des présentations de malades, de radiographies, et des démonstrations pratiques.

Les inscriptions devront être envoyées : *a*) Pour les docteurs en médecine, au directeur du sanatorium de Zuydtcoote avant le 1er mai ; *b*) pour les étudiants en médecine, au secrétariat de la Faculté de médecine de Lille ou dans le service de clinique chirurgicale et orthopédie, hôpital Saint-Sauveur, à Lille, avant le 28 avril.

Programme. — Jeudi 14 mai : 9 h. 1/2 : Réception des adhérents ; 10 heures : Leçon de M. le Prof. agrégé Piquet : Généralités sur la tuberculose osseuse et ostéo-articulaire et son traitement ; 10 h. 3/4 : Présentation de malades ; 12 heures : Déjeuner offert par le sanatorium ; 2 heures : MM. Baudelot et Bachmann : Application d'appareils (minerve, corsets plâtrés, appareils de coxalgie, etc.). — 3 h. 1/4 : Leçon de M. Piquet : Le traitement des tuberculoses diaphysaires, des tuberculoses de la main et du pied. — Vendredi 15 mai : 9 h. 1/2 : M. Le Fort : Séance opératoire (albee, arthrodèse extra-articulaire de la hanche, butées osseuses, etc.). — 12 h. 1/2 : Déjeuner au sanatorium ; 2 h. 1/2 : Leçon de M. Piquet : Traitement des tuberculoses de l'épaule, du coude, du poignet, du cou-de-pied. — Samedi 16 mai : 9 h. 1/2 : Leçon de M. Piquet : Traitement de la tumeur blanche du genou, de la coxalgie ; 10 h. 1/4 : MM. Baudelot et Bachmann : Présentation de malades ; MM. Le Fort et Baudot : Présentation de radiographies ; 12 heures : Déjeuner au Sanatorium ; 2 à 3 h. 1/4 : *Ad libitum* ; 3 h. 1/4 : Leçon de M. Piquet : Traitement du mal de Pott.

Les participants qui désireraient voir traiter tel ou tel sujet

JEUNE FEMME DOCTEUR, au courant pratiques médicales-chirurgicales, cherche poste médecin résidant dans Maison de Santé. Préférence Province (particulièrement Pyrénées).

ou faire telle ou telle démonstration en dehors du programme ci-dessus pourront en faire la demande au cours des deux premières journées. Satisfaction leur sera donnée à la séance du samedi à 2 heures et s'il y a lieu, tous les jours après le cours du soir.

Avis important. — Le sanatorium Vancauwenberghe, à Zuydtcoote, est desservi par une gare spéciale : station de Zuydtcoote. Sanatorium. Il est situé à 10 kilom. environ de Dunkerque.

On pourra trouver des logements soit au village de Zuydtcoote (places très limitées), soit à Bray-Dunes (à 3 kilom.), soit à Malo-les-Bains, soit à Dunkerque. En prévision de l'encombrement probable des hôtels à cette époque de l'année, il est prudent de prévenir, dès l'inscription, M. le Docteur Baudelot qui accepte de retenir des chambres dans la localité désignée.

Les séances commenceront tous les jours à 9 h. 1/2 du matin (le train venant de Dunkerque arrive au Sanatorium à 9 h. 19). Elles ont été fixées pour faciliter le retour vers Dunkerque par les trains dont les heures sont ainsi fixées : jeudi 14 : départ de Zuydtcoote-Sanatorium à 16 h. 41 et 19 h. 32 ; vendredi 15 : départ 15 h. 39 ; samedi 16 : départ 19 h. 32.

Toutefois, des moyens de communications supplémentaires pourront sans doute être fournis pour le retour du vendredi 15.

Repas : le 14, le déjeûner sera offert par le sanatorium aux auditeurs régulièrement inscrits. Les 15 et 16, le repas de midi pourra être pris au sanatorium, moyennant la somme de 10 fr. par repas, à la condition que la demande en soit faite au moment de l'inscription.

Jubilé du Professeur Bousquet. — Un groupe d'anciens élèves du Professeur Bousquet ont pris l'initiative de fêter le quatre-vingtième anniversaire de leur maître directeur honoraire de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, ancien professeur de clinique chirurgicale, agrégé de chirurgie (Val-de-Grâce), membre correspondant de l'Académie de médecine, membre de la Société de chirurgie.

A cette occasion, ses élèves et anciens collaborateurs à l'Ecole de médecine ont décidé de lui offrir une plaquette commémorative.

Le prix de la cotisation est fixé à cent francs et les anciens élèves et anciens collaborateurs du professeur Bousquet qui désireront participer à cette fête sont priés d'adresser avant le 15 mai prochain, dernier délai, le montant de leur cotisation, soit à l'un des membres du Comité, d'organisation, soit au docteur Georges Paturet, 39, Cours Sablon, à Clermont-Ferrand, secrétaire du Comité.

Laboratoire d'anatomie pathologique (Professeur : G. Roussy.) — *Cours de technique hématologique et sérologique*, par M. Edouard Peyre, chef de laboratoire. — Ce cours comporte seize leçons, il commencera le lundi 18 mai 1931, à 14 h. 30 pour se continuer les jours suivants ; les séances comprendront deux parties : 1° Un exposé théorique et technique ; 2° Une application pratique où chaque auditeur exécutera les méthodes et les réactions indiquées.

Programme des conférences. — 1° Généralités sur l'instrumentation nécessaire ; numération des globules du sang, dosage de l'hémoglobine. — 2° Le sang sec, technique d'examen, les globules rouges à l'état normal et pathologique. Les états anémiques simples. — 3° Le sang sec : globules blancs et formule leucocytaire. — 4° Les leucocytoses, l'éosinophilie, l'hématopoièse. — 5° Les polyglobulies, les leucémies (symptômes et lésions). — 6° Les anémies pernicieuses. Les syndromes pseudo-leucémiques. — 7° Les plaquettes sanguines. La coagulation du sang. — 8° Résistance globulaire, propriétés hémolytiques des sérums. — 9° Hémo-agglutinations (groupes sanguins). Les méthodes de transfusion. Les états hémorragiques, par le Docteur Benda, chef de clinique. — 10° La réaction de fixation (B. W.). Le principe. — 11° La réaction de fixation (B. W.). Les dosages. — 12° et 13° La réaction de fixation (B. W.),. Les méthodes. — 14° Les méthodes de floculation, par M. le Docteur Targowla. — 15° Les épanchements des séreuses et du liquide céphalo-rachidien, cytologie et réactions biologiques, par M. le Docteur Targowla, ancien chef de clinique. — 16° Les propriétés physiques du sang (p-H. Cyroscopie, viscosité, etc.), par M. le Professeur agrégé Sannié.

Ce cours est réservé aux auditeurs régulièrement inscrits. Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, s'ils le désirent, recevoir un certificat à la fin de la série de ces conférences. Le droit à verser est de 250 francs. Le nombre des auditeurs est limité.

Seront admis les docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité, immatriculés à la Faculté sur la présentation de la quittance de versement du droit. MM. les étudiants devront, en outre, produire leur carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Banquet du Syndicat des médecins de la Seine. — Le 11e banquet annuel du Syndicat des médecins de la Seine aura lieu le samedi 9 mai 1931, à 7 h. 1/2, dans les salons de l'hôtel Lutetia, sous la présidence du Docteur Le Fur.

Une soirée dansante avec attractions suivra le banquet.

Non seulement les parents et amis de membres du S. M. S. y sont cordialement invités, comme de coutume, mais aussi tous les médecins du département de la Seine, syndiqués ou non syndiqués, qui ont répondu à l'appel de la Confédération et signé l'engagement d'honneur de s'opposer au bouleversement de l'exercice traditionnel de la médecine.

Ainsi en a décidé à l'unanimité, le Conseil d'administration du S. M. S. dans sa séance du 3 mars.

Pour les cartes d'invitation au bal et tous renseignements, s'adresser au siège du Syndicat des médecins de la Seine, 28, rue Serpente.

Dispensaires de la Drôme. — Un concours est ouvert pour la nomination d'un médecin spécialisé, ne faisant pas de clientèle, pour les dispensaires antituberculeux de la Drôme (Valence excepté).

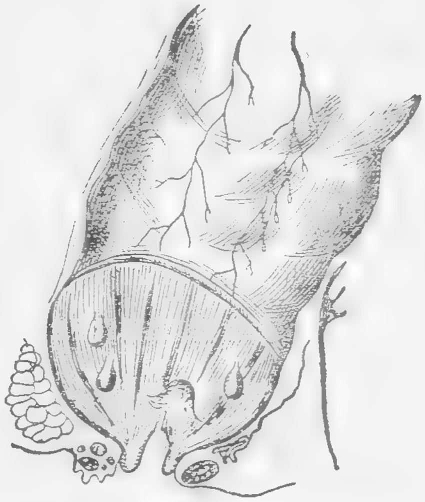
Le traitement du titulaire sera celui arrêté par le statut du Comité national, avec les avantages des fonctionnaires départementaux.

Pour les demandes de renseignements et l'envoi des dossiers, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (6e). Le registre d'inscription reste ouvert jusqu'au 30 mai.

Nécrologie. — Dr Alban ABEILLE, décédé à Marseille. — Dr Georges ALEXANDRE, de Paris, 26, rue de Tournon. — Dr ANGELINI. — Dr Charles ARAMBOUROU, de Châtellereault, 62, boulevard Blossac (Vienne). — Dr BLEUZE, de Villefranche-sur-Mer (Alpes-Maritimes). — Dr Georges BÉTOULIERES, médecin sanitaire maritime. — Dr Gaston CHARROPIN, de Toulon. — MOURILLON, médecin commandant en retraite, décédé dans sa 84e année. — Dr DANIEL (Gabriel-Louis), de La Seyne-sur-Mer (Var), décédé dans sa 54e année. — Dr EYRAUD, d'Allègre (Haute-Loire). — Dr Arthur FRANÇOIS, de Château-Salins (Moselle), conseiller général. — Dr GANIVET DES GRAVIERS, de Mansle (Charente), décédé dans sa 70e année. — Dr Jean G[illegible], médecin principal en retraite, ancien médecin légiste de la ville de Toulon. — Dr Charles LARIVIERE, d'Angers. — Dr Paul MÉHEUX, de Doudeville (Seine-Inférieure). — Dr Charles PHALIPPOU, de Toulouse, décédé le 5 février, dans sa 46e année. Rédacteur en chef du *Lien médical*, fondateur et principal animateur de la *Revue littéraire toulousaine*, le *Bon Plaisir*, le Dr Phalippou, dans les loisirs que lui laissa sa profession, se manifesta tour à tour poète auteur dramatique, romancier, conférencier, animateur de spectacles d'art. — Dr PLOUVIER, de Créteil (Seine), décédé à l'âge de 37 ans. — Dr VERLHAC, de Paris, 31, rue Monge (Ve), décédé dans sa 70e année. — Dr Edmond VIAN, maire de Saint-Chéron (S.-et-O.). — Dr Victor VEDEL, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Montpellier, officier de la Légion d'honneur, décédé à l'âge de 62 ans. Il était le frère de l'amiral Vedel, chef de la maison militaire du président de la République. — Dr WARGNIER, de Broglie (Eure), décédé dans sa 53e année. — Louis BOURDICAUD-DUMAY, étudiant en médecine, décédé à Murat (Corrèze), à l'âge de 21 ans. — Dr EPERY, d'Alise-Sainte-Reine, décédé à Dijon à l'âge de 74 ans. Inspecteur de la Société française d'archéologie, président dela commission de numismatique de l'Académie de Dijon. Il s'était signalé à l'attention des spécialistes des études celtiques par une série de fouilles autour du site d'Alésia, sur le mont Auxois. — Dr Maurice DE FLEURY, membre de l'Académie de médecine, commandeur de la Légion d'honneur, décédé à l'âge de 71 ans. Spécialiste dans l'étude des maladies mentales, ou plutôt dans l'étude de « la médecine de l'esprit », le Dr de Fleury était non seulement un médecin éminent, mais un écrivain remarquable. Son Introduction à la médecine de l'esprit fut couronnée par l'Académie française. Il publia ensuite l'« Ame du criminel », l'« Art de vivre vieux », l'« Ame et le corps de l'enfant », « les fous et la sagesse qu'ils enseignent », l'« Angoisse du monde ».

Le docteur Maurice de Fleury appartenait depuis trente-cinq ans à la rédaction de *Figaro*, où il publiait, sous le pseudonyme d'Horace Bianchon, de vivantes chroniques sur le mouvement médical en France.

Le Cercle Hémorroïdaire



Hémorroïdes internes dues à la compression des vaisseaux sanguins et à l'obstruction de la circulation dans le rectum.

DISTENSION du rectum par défécation laborieuse — compression des vaisseaux sanguins de la région rectale — obstacle à la circulation — hémorroïdes : Cathartiques pour combattre la constipation = irritation de la muqueuse et des hémorroïdes existantes — douleur — risque d'une fissure anale : — abandon des purgatifs = constipation.

Tel est trop souvent le cercle vicieux de la dyscœlie et des hémorroïdes, affections dont l'association exige un traitement local approprié et un correctif intestinal qui n'irrite pas.

Le LORAGA, la première émulsion d'huile de paraffine et d'agar-agar et de phénolphtaléine est éminemment indiqué pour rompre le cercle vicieux.

Le LORAGA lubrifie, donc prévient toute irritation par frottement ; segmente et ramollit le bol fécal, évitant ainsi tout effort excessif dans l'évacuation de celui-ci ; il stimule le péristaltisme sans avoir l'action violente des cathartiques.

¶MM. les Médecins qui en feront la demande recevront gracieusement un échantillonnage suffisant de ce produit, pour leurs essais cliniques.



LE LORAGA est la première Emulsion d'huile de paraffine et d'agar-agar [illegible] ; pas de suintements ; pas de coliques ni de douleurs intestinales ; pas de nausées ni de troubles gastriques ; pas d'accoutumance.

LABORATOIRES SUBSTANTIA

GUILLEMOTEAU & CIE, PHARMACIEN

13, RUE PAGES, à SURESNES (Seine)

TRAVAUX ORIGINAUX

Les complications cardiaques de la grippe

Par M. Georges MARCHAL
Médecin des hôpitaux

I. Préambule

A la suite d'une communication à la Société médicale des hôpitaux, où G. Caussade niait l'atteinte grippale du système cardio-vasculaire, je demandai la parole pour rappeler certains des troubles cardiaques déterminés par la grippe : troubles du rythme, et plus particulièrement extrasystoles, insuffisances ventriculaires sans lendemain, réveils d'aortites syphilitiques latentes.

Mon intervention dans le débat date du 3 mai 1929. Depuis lors, de nouvelles observations personnelles, et une plus ample documentation bibliographique, m'ont permis de compléter une vue d'ensemble sur le retentissement cardiaque de la grippe. Les nombreuses observations que j'ai recueillies trouveront leur développement dans un mémoire ultérieur, ainsi que dans la thèse que j'inspire à mon élève Gérard. Le cadre de cet article ne m'autorise, en effet, qu'à résumer en quelques mots mes observations, pour en jalonner les étapes.

Il faut bien avouer que l'étude systématique du « cœur grippal » n'est plus à l'ordre du jour, après avoir donné lieu à des travaux aussi nombreux que contradictoires : certains ont attribué à la grippe des méfaits cardiaques, manifestement exagérés dans leur fréquence et leur importance, alors que d'autres auteurs, avec Mackenzie, déniaient à cette maladie la moindre influence sur le cœur.

Huchard, qui créa, en 1890, la description de la grippe cardiaque, à côté des trois formes classiques (nerveuse, pulmonaire, gastro-intestinale), en traça des types anatomiques très nets. C'était l'époque où toute manifestation clinique devait se rattacher à une lésion : donc il était assez naturel de vouloir, à toute force, respecter les dogmes de la méthode anatomo-clinique. La grippe cardiaque se subdivisa en : endocardites, myocardites, péricardites, sous l'influence de Huchard et surtout de ses élèves, ainsi que des auteurs allemands.

Huchard, en grand clinicien, avait émis des réserves, insisté sur le rôle de l'inhibition bulbaire, et des troubles du pneumogastrique : il entrevoyait un rôle fonctionnel, et savait critiquer les cardiopathies faussement imputées à la grippe, par exemple les réveils de rhumatisme articulaire aigu. Mais les Allemands surenchérirent sur la conception anatomique, avec les descriptions schématiques et extrêmement discutables de Leyden, de Pawinski, de Schott et de Ruhemann.

Depuis le travail d'ensemble de Minet et Legrand (1920), aucune révision critique n'a été établie en France. Comment expliquer ce long silence ? D'abord par le désaccord entre les faits observés et les descriptions classiques dont la plupart se perdent dans le flou ou dans l'artifice. Et puis par les caractères éminemment capricieux, déconcertants de la grippe, dont le retentissement sur le cœur semble défier toute classification arbitraire : tantôt elle épargne la valeur fonctionnelle d'un cœur préalablement ..., et tantôt elle peut déterminer une brusque défaillance myocardique redoutable mais éphémère.

A propos de chaque observation personnelle résumée en quelques traits, je rappellerai les principales opinions émises dans la littérature sur les troubles correspondants.

Étude analytique des troubles cardiaques de la grippe.

1° *L'extrasystolie*

Observation n° 1. — M. Ju..., homme de 42 ans qui présente des extrasystoles au cours d'une grippe bénigne ; celles-ci disparaissent en quelques jours.

Observation n° 2. — M. Ver..., âgé de 43 ans. Ancien rhumatisant. Touché, à quelques années d'intervalle par trois atteintes de grippe : la seconde déclenche une extrasystolie tenace ; la troisième détermine du bigéminisme, et provoque un réveil de rhumatisme limité à la valvule mitrale ; l'insuffisance mitrale persistante s'est créée immédiatement après cette troisième grippe.

Les extrasystoles apparaissent souvent au cours de la grippe, soit dès le début, soit en pleine évolution, soit enfin dans le décours ou dans la période de convalescence. Personnellement, je les ai observées dans la majorité des cas, dès les deux premiers jours de la maladie.

Sur 55 cas de grippe, que j'ai suivis durant l'épidémie de 1929, j'ai noté 10 fois des extrasystoles provoquées par la maladie. Quatre fois celles-ci figuraient parmi les multiples manifestations de grandes insuffisances cardiaques ; dans les six autres cas, elles n'offraient aucune signification durable. Elles s'accompagnaient facilement de lipothymies, d'abaissement brusque de la tension artérielle, et disparaissaient sans retour ; puis la grippe évoluait sans complications ultérieures. Ces extrasystoles de la seconde catégorie sont généralement *précoces, fugaces, sans lendemain* et *sans gravité réelle*, bien qu'elle fassent partie d'une invasion brutale, voire d'un tableau de sévère agression toxique, souvent émaillé de lipothymies ou de syncopes.

Mon maître Laubry a rappelé à la Société médicale des hôpitaux (10 mai 1929) quelques cas de grippe, observés par lui en 1918, chez des sujets relativement âgés, dont les extrasystoles ont été suivies d'une mort rapide et inattendue, en dépit d'une évolution bénigne en apparence. De tels cas soulignent la gravité particulière, mais temporaire, de ces formes grippales : le danger de syncope, lié à la toxi-infection, commande un repos absolu et une surveillance incessante et compétente pendant la période fébrile, ainsi que de minutieuses précautions durant la convalescence.

L'effacement habituel des extrasystoles nées pendant la grippe a été controversé.

Schott a décrit, au contraire, leur persistance inéluctable, ce qui est démenti par un nombre considérable d'observations.

Eichorst, qui envisageait surtout l'extrasystolie tardive de la période d'état, concluait à une persistance fréquente et très durable. Cette opinion me paraît encore très exagérée.

Certes, des extrasystoles, groupées en salves ou en allorythmie bigéminée, apparues tardivement au cours d'une toxi-infection grippale, peuvent survivre très longtemps à l'évolution de celle-ci ; une de mes observations en fait foi (n° 2). Mais ces faits ne représentent qu'une minorité, et doivent, au surplus, être soumis à la critique : un interrogatoire patient doit montrer l'absence d'extrasystoles dans les antécédents du malade, sinon la grippe ne peut être légitimement incriminée à l'origine d'un trouble du rythme aussi banal chez les neurotoniques.

L'origine, nerveuse ou myocardique, des extrasystoles de la grippe a été également débattue. Les affinités nerveuses de la grippe « septinévrite à virus atténué » suivant l'expression de Dufour, rendent incontestable le brusque dérèglement du système organo-végétatif. Mais il faut admettre qu'à côté de cette origine nerveuse, les extrasystoles grippales reconnaissent assez souvent un point de départ situé directement dans le myocarde : elles accompagnent alors d'autres manifestations plus ou moins intenses, plus ou moins nombreuses, d'insuffisance cardiaque.

L'observation suivante en est un exemple.

OBSERVATION n° 3. — M. Sah..., âgé de 70 ans. Polyscléreux, qui souffrait de crises angineuses depuis une dizaine d'années.

Une insuffisance gauche, avec galop, précède de quelques semaines une grippe. Celle-ci ne détermine qu'une extra-systolie éphémère (de quatre jours) et une recrudescence de dyspnée.

2° Les tachycardies.

Au cours de l'évolution grippale, la *tachycardie fébrile*, proportionnée à la température est de règle.

Beaucoup plus rares sont les *tachycardies insolites*, dont certaines peuvent prendre le type paroxystique.

En voici une observation personnelle :

OBSERVATION n° 4. — Mme Mor..., âgée de 71 ans. Polysclérose avec cœur sénile. De temps à autre, le surmenage déclenchait tantôt un œdème pulmonaire aigu, tantôt un accès de tachycardie paroxystique. Grippe en janvier 1931 : pendant six jours, tachycardie régulière entre 150 et 185 pour une température de 38°6 ; deux ou trois fois par jour, un paroxysme de quelques minutes avec pouls incomptable et tendance lypothymique. Une nuit, œdème pulmonaire aigu. Effacement progressif de la tachycardie. Retour à l'état antérieur.

La plupart des auteurs, qui ont rapporté des cas de tachycardie paroxystique au cours de la grippe, décrivent en règle la guérison, plus ou moins lente.

3° L'arythmie complète.

La fibrillation auriculaire peut être installée depuis longtemps, lorsque la grippe apparaît. Il en est ainsi pour *les myocardites scléreuses des sujets âgés*, qui supportent l'assaut grippal de façons très variables ; contrairement aux descriptions classiques, l'aggravation des troubles cardiaques reste très inconstante. Certes, la toxi-infection peut provoquer une brutale défaillance du ventricule gauche. Mais plus souvent encore, la grippe évolue sans la moindre complication, et l'arythmie complète demeure aussi bien tolérée qu'auparavant. J'ai observé plusieurs cas analogues, dont voici un exemple.

OBSERVATION n° 5. — Mme Var..., âgée de 70 ans. Polyscléreuse. Asthmatique. Arythmie complète, sans insuffisance ventriculaire gauche. Trois hivers de suite, une grippe bénigne survient : elle accroît les accès d'asthme, mais laisse le cœur impassible.

L'arythmie complète du rétrécissement mitral subit bien plus volontiers les néfastes effets de la grippe : celle-ci apporte, en général, un élément de gravité immédiate et précipite la série des accidents évolutifs.

Enfin l'*arythmie complète peut apparaître au cours d'une grippe*, et peut disparaître en quelques jours ou quelques semaines. Laubry a vu « des crises tachy-arythmiques, impressionnantes par leur durée venir compliquer des grippes, avec ou sans déterminations pulmonaires, disparaître presque spontanément, et ne donner lieu dans la suite à aucune séquelle appréciable ».

4° Les bradycardies.

Nous distinguons immédiatement la bradycardie totale, qui entre souvent dans le tableau de la *convalescence*, et alterne capricieusement avec la tachycardie, pour constituer une instabilité du rythme.

Mais *toutes les variétés de bradycardie* ont pu être notées au début ou au cours de la grippe.

Personnellement, j'ai observé trois cas de bradycardie grippale en 1929.

OBSERVATION n° 6. — M. Alt..., âgé de 57 ans. Vagotonique.

Au cours d'une grippe, pouls entre 46 et 55 en position couchée, entre 50 et 62 en position debout. Retour progressif à 70 pulsations avec la guérison ; à ce moment électro-cardiogramme normal.

OBSERVATION n° 7. — Mme Dex..., âgée de 52 ans. Grippe à tendance syncopale. D'emblée, bradycardie à 30, avec extra-systoles ; puis bradycardie à 50. Apparition successive d'un double souffle médiosternal, puis d'un souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle. Bordet Wassermann légèrement positif.

La bradycardie n'obéit pas à la belladone pendant quelques jours, puis en une semaine le rythme reprend son caractère normal : régulier, à 65. Par la suite, effacement de l'insuffisance ventriculaire gauche, et développement d'une hypertension artérielle à 21/12.

Ainsi une grippe sévère provoque une bradycardie transitoire, avec révélation d'une aortite spécifique latente, et poussée passagère d'insuffisance gauche.

OBSERVATION n° 8. — M. Mor... Chez ce malade, spécifique, sujet à des crises espacées d'angor, une grippe réveille et exalte les crises angineuses (état de mal, avec lipothymies) ; au bout de trois jours, pouls à 35, régulier.

Les injections d'atropine n'agissent pas sur la bradycardie pendant quelques jours. Il faut près d'une semaine pour que la fréquence du pouls remonte au delà de 60. Un électroradiogramme enregistré après la disparition de la bradycardie, ne montre aucune anomalie de la conduction ; mais les complexes ventriculaires sont légèrement déformés, ce qui cadre bien avec l'évolution clinique : quelques mois après la grippe, apparaît un souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle.

Dans le premier cas, toute l'évolution plaide pour une bradycardie totale. Dans les deux autres observations la bradycardie faisait partie d'un cortège impressionnant, avec grande insuffisance gauche, passagère dans un cas, et progressive dans l'autre.

J'ai regretté de ne pouvoir analyser le mécanisme de ces bradycardies par l'électrocardiogramme, au moment même de la grippe : les nuances cliniques, et la résistance initiale à la belladone, ne suffisent pas à les classer.

L'on trouve aussi bien, sur les tracés, des *bradycardies totales* et *tous les aspects de dissociation auriculo-ventriculaire*. D'assez nombreux électros ont pu, en effet, être enregistrés, malgré l'état précaire des malades, leur abattement extrême et le danger des *syncopes*.

Cockayne, qui a étudié des centaines de cas de bradycardie grippale, au cours de la grande pandémie de 1918-1919, a pu pratiquer 55 fois l'électro. Il a noté soit une bradycardie sinusale, soit un simple retard de la conduction hisienne, soit une dissociation incomplète, mais jamais de dissociation complète.

Par contre Mentl a observé un cas de dissociation complète. Taub a publié aussi un cas de dissociation complète, qui disparut spontanément en quatres semaines : et cette récupération fonctionnelle des fibres unitives apparaît éminemment intéressante.

La dissociation auriculo-ventriculaire peut évoluer par poussées, comme dans l'observation de Dressler et Kiss où le block se manifesta à deux reprises, séparées par une période de rythme total.

Tous les caractères de la bradycardie grippale par dissociation indiquent une *imprégnation* plus ou moins profonde, mais *transitoire*, du faisceau unitif, par une toxine génératrice de simples troubles fonctionnels : il semble se produire une inhibition beaucoup plus qu'une interruption anatomique.

5° Insuffisance cardiaque liée à la grippe.

Il s'agit de cas polymorphes, où la grippe frappe, assez capricieusement en apparence, tantôt un système cardio-vasculaire préalablement adultéré, tantôt un myocarde sain.

Je rappelle les deux observations (n°s 7 et 8) résumées ci-dessus : l'insuffisance ventriculaire gauche, déclenchée par la grippe, a disparu progressivement chez Mme Dex., alors qu'elle s'est installée définitivement chez M. Mor.

OBSERVATION n° 9. — Mme Os... J'ai rapporté en détails

l'observation de cette forme cardio-pulmonaire de la grippe (Progrès Médical, 6 juillet 1929).

Début syncopal. Défaillance cardiaque. Puis broncho-pneumonie qui évolue de pair avec l'insuffisance cardiaque : lipothymies et crises asphxiques durant une douzaine de jours.

Guérison avec *restitutio ad integrum* des fonctions cardiaques.

Voici encore un cas, où l'insuffisance cardiaque, liée uniquement à la toxi-infection de la grippe a disparu en même temps que celle-ci.

Observation n° 10. — M. X..., âgé de 53 ans. Vagotonique, grand anxieux, sujet à des poussées d'extrasystoles.

Deux hivers de suite, la grippe fait apparaître un bruit de galop présystolique, pendant les quatre premiers jours seulement. Ni avant, ni après ces deux atteintes grippales, aucun signe d'insuffisance cardiaque.

En outre, la dernière grippe a déterminé une élévation temporaire de la tension artérielle : de 14/8 à 18/11.

Observation n° 11. — M. Roch..., âgé de 38 ans. Grippe négligée.

Une rechute, au cours de laquelle apparaît un léger bruit de galop pré-systolique, éphémère ; pas de troubles fonctionnels importants.

Observation n° 12. — Mlle W..., âgée de 40 ans. Grippe avec tendance vertigineuse et lipothymique Asthénie profonde. Léger bruit de galop éphémère.

Les trois dernières observations démontrent que la tonicité du myocarde peut s'amoindrir notablement durant les quelques jours d'une grippe en période aiguë : ces *rythmes de galop transitoires* doivent être notés avec soin, car ils mettent en valeur la médiocrité de la force de réserve myocardique, chez des sujets sains en apparence ; le pronostic d'avenir en est précieusement éclairé.

Mais plus souvent encore, le galop créé par la grippe mérite la fâcheuse réputation immédiate qui lui est habituelle.

Observation n° 13. — M. Pré..., âgé de 41 ans. Hypertendu et asthmatique. Une grippe de quatre jours détermine une grande insuffisance du ventricule gauche, avec crises subintrantes d'asthme cardiaque, et galop persistant.

Observation n° 14. — Mme H..., âgée de 76 ans. Une grippe déclenche une crise d'œdème pulmonaire aigu, qui se répète à intervalles de plus en plus rapprochés. Galop, et souffle systolique intermittent d'insuffisance mitrale fonctionnelle. Mort au bout de dix-huit mois. Il s'agissait d'un cœur sénile, sans manifestations pathologiques : la grippe leur a ouvert la voie, et en a précipité l'évolution.

Observation n° 15. — M. The..., âgé de 67 ans. Aortite sénile très discrète. Syphilis ancienne. Une grippe détermine de nombreuses crises d'angor ; un souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle apparaît, et marque l'entrée dans l'insuffisance irréductible du ventricule gauche.

En somme, lorsque le système cardio-vasculaire est préalablement lésé, et que la toxine grippale n'épargne pas le myocarde, la poussée d'insuffisance cardiaque est à la fois grave et durable.

Sur un cœur sain, l'insuffisance cardiaque peut revêtir toutes les formes, jusqu'aux plus redoutables, mais elle tend à la régression complète dès que la grippe est guérie.

6° *Poussées de rhumatisme cardiaque déterminées par la grippe.*

Il est incontestable que vis-à-vis de toutes les infections chroniques, plus ou moins latentes, la grippe est un puissant stimulant. Elle en réveille, ou même en révèle les manifestations évolutives.

La maladie de Bouillaud n'échappe pas à cette loi.

Je rappelle l'observation de M. Ver... (n° 2) : apparition d'un souffle d'insuffisance mitrale organique, à la suite d'une grippe, chez un ancien rhumatisant.

Observation n° 16. — Mlle Be..., âgée de 20 ans. Rhumatisme fruste de l'enfance. A 9 ans, grippe suivie d'une lésion mitrale. Actuellement maladie mitrale.

Observation n° 17. — M. Reb..., âgé de 53 ans. Rhumatisme cardiaque évolutif, avec insuffisance mitrale, arythmie complète, asystolie. Depuis l'âge de 21 ans, quatre grandes poussées de rhumatisme articulaire aigu, toutes à la suite de grippe.

La discussion sur les rapports de la grippe et du rhumatisme articulaire n'est pas nouvelle, et a pu se développer d'autant mieux que :

1° La grippe doit correspondre à un signalement précis, et ne pas être confondue avec l'angine, le malaise général et les troubles digestifs qui appartiennent en propre aux débuts du rhumatisme ;

2° La grippe est susceptible de se présenter parfois sous la forme de pseudo-rhumatisme infectieux.

Huchard, le premier, insista sur les poussées rhumatismales provoquées par la grippe. Puis la question, présentée sous un jour moins clair par Peter, s'embrouilla dans la confusion des termes avec Weber, Constantin Paul, et Barbier (1895).

Ferrand, à la même époque, accordait à la grippe le rôle « d'agent provocateur du rhumatisme ». Mais dans la plupart des observations (et celles de Pawinski sont significatives à cet égard), le rôle du rhumatisme a été délibérément négligé : tout souffle, organique ou non, qui apparaissait au cours de la grippe ou dans son déclin, était attribué à une soi-disant « endocardite grippale ».

Il suffit pourtant de tenir compte des antécédents presque toujours entachés de rhumatisme ou de chorée, pour reconnaître à la grippe le rôle secondaire et assez banal d'une simple amorce, tel qu'en peut jouer tout surmenage. Mais les idées modernes sur le rhumatisme cardiaque, et la facilité de ses poussées évolutives, ont singulièrement précisé la notion ébauchée par Huchard : le rhumatisme est réveillé par la grippe, et c'est alors lui seul qui lèse le cœur.

7° *Poussées de syphilis cardio-aortique déterminées par la grippe*

Je rappelle à ce sujet l'observation de Mme Den.... (n° 7), où une aortite spécifique latente, a été révélée par une grippe ; ainsi que l'observation de M. Mor.... (n° 8), où les crises angineuses se sont multipliées, et où la grande insuffisance cardiaque s'est développée chez un syphilitique, à l'occasion d'une grippe.

8° *Les douleurs précordiales de la grippe.*

La grippe peut être suivie d'algies thoraciques banales durant la période *de convalescence* : elles entrent dans le tableau général de la profonde dystonie neuro-végétative.

En pleine évolution fébrile, *les algies thoraciques* peuvent apparaître, avec une acuité impressionnante, et témoignent d'une atteinte massive du système nerveux.

Mais *la grippe, à elle seule, ne crée pas d'angor authentique* : elle réveille des crises constrictives, elle peut même les multiplier jusqu'à un état subintrant, chez des sujets préalablement angineux, surtout lorsqu'il existait une syphilis cardio-aortique.

Je citerai encore, à ce propos, l'observation de M. Mor.... (n° 8), ainsi que l'observation de M. The... (n° 15) : chez ces deux malades, spécifiques de longue date, la grippe a réveillé l'angine de poitrine.

9° *Les syncopes au cours de la grippe*

La syncope marque assez souvent le *début foudroyant* d'une grippe, en pleine santé apparente. Le cas de Mme Os.... (n° 9) en est un exemple typique.

La syncope, ou les lipothymies du début, signent une *agression toxinique*, particulièrement brutale et massive du

système nerveux. L'évolution de la grippe acquiert, de ce fait, des *caractères plus menaçants*, et impose une vigilance particulière.

Malgré toutes les précautions, la grippe à début syncopal se complique facilement.

La syncope initiale peut être mortelle d'emblée, et pose alors un important problème médico-légal.

Au cours de l'épidémie de 1929, j'ai constaté une association d'extrasystoles et de lipothymies chez plusieurs malades, dès les premiers jours de la grippe.

Les syncopes qui surviennent au bout de quelques jours, *au milieu de l'évolution fébrile* sont encore plus redoutables qu'au début : elles sont assez souvent mortelles, surtout lorsque l'épidémie grippale vieillit, et atteint le maximum de virulence.

Hallé a décrit une *forme syncopale de la grippe infantile*, d'autant plus effrayante que la syncope est rarissime chez les enfants du premier âge : la syncope peut se répéter plusieurs fois en quelques heures, avant l'apparition de la fièvre.

Ou bien les syncopes se succèdent toutes les vingt ou trente minutes durant vingt-quatre ou trente-six heures, et aboutissent à la mort ; parfois la mort n'est qu'apparente, et Hallé a pu observer la guérison, en quelques cas désespérés.

Chez l'adulte, le tableau est moins dramatique, en général, mais la syncope n'en constitue pas moins un sévère avertissement : elle est grave par sa répétition, et par le tableau lamentable qui l'accompagne (hypotension artérielle, collapsus, défaillance cardiaque).

West a rapporté une observation impressionnante d'une *forme syncopale de l'adulte* : lipothymies et syncopes se succédèrent presque sans arrêt pendant dix jours au cours d'une grippe. Plusieurs syncopes parurent mortelles, et pourtant le malade fut sauvé, grâce à des soins de tous les instants.

Ce cas, ainsi que l'observation personnelle de Mme Os... (n° 9), comportent un fructueux enseignement : *aussi grave qu'apparaisse la situation au cours d'une grippe, il n'est pas permis de désespérer.* Il faut mener une lutte thérapeutique inlassable contre des attaques sans cesse renouvelées : l'essentiel est de gagner du temps, puisque les troubles inquiétants, liés à la toxi-infection ne correspondent pas à des atteintes lésionnelles du cœur, et sont éphémères comme la grippe elle-même.

La grippe réalise aisément la plupart des *conditions pathogéniques de la syncope* : imprégnation toxinique des centres nerveux, pouvant atteindre le bulbe, bouleversement dans l'équilibre du système neuro-végétatif avec troubles fonctionnels du pneumo-gastrique, dérèglement des réactions vaso-motrices et de la circulation de retour (important mécanisme de syncope, comme l'ont montré Laubry et Tzanck), bradycardies, insuffisance cardiaque momentanée, abaissement de la tension artérielle. Ainsi l'état syncopal trouve-t-il plusieurs raisons pour une d'apporter sa marque redoutable à certaines formes de grippe.

10° La tension artérielle dans la grippe

Il est banal d'observer un *abaissement tensionnel*, portant à la fois sur la maxima et la minima, dès le début de la grippe, et quelles que soient les valeurs préalables de la tension artérielle.

Tixier (de Nevers) a publié une étude, trop schématique à mon avis, de la tension artérielle dans la grippe. Cet auteur considère que la maxima et la minima sont légèrement augmentées pendant l'invasion thermique ; qu'elles s'abaissent (principalement la minima) au moment de la défervescence : et redeviennent normales dans la convalescence.

Personnellement, j'ai noté un nombre non négligeable de cas (5 sur 55) où apparaissait une *hausse de la tension artérielle passagère et modérée* : dans l'observation la plus démonstrative (M. X..., n° 10) les chiffres montaient de 14/8 à 18/11 (acmé de la fièvre), pour redescendre à 11,5/70 dans la convalescence.

Mais en règle, la grippe abaisse, d'un bout à l'autre de son évolution, les deux valeurs extrêmes de la tension artérielle, et l'abaissement persiste aussi longtemps que l'asthénie de la convalescence.

11° Cardiopathies préalables non influencées par la grippe

Même chez des cardiaques avérés, la grippe peut évoluer sans provoquer la moindre recrudescence des troubles précédents.

Nous avons déjà indiqué la tolérance assez remarquable des *arythmies complètes des vieillards*.

Les *aortiques*, et les malades sujets à l'*angine de poitrine*, peuvent également traverser la durée d'une grippe sans le moindre dommage.

Parmi bien d'autres cas, les deux observations suivantes en constituent des exemples.

Observation n° 18. — **Mme Vé..., âgée de 54 ans.** Aortite avec double souffle ; pas d'insuffisance ventriculaire gauche. Grippe sévère : début syncopal, apparition d'une broncho-pneumonie, puis abcès pulmonaire. Durant toute l'évolution de la grippe et de ses complications pulmonaires, le cœur ne manifeste aucun trouble.

Observation n° 19. — **M. Led..., âgé de 60 ans.** Polyscléreux, grand neurotonique. Souffre de crises angineuses rapprochées. Une grippe semble influencer favorablement les crises douloureuses, en les supprimant pendant plus an. Le syndrome toxi-infectieux n'a pas touché le cœur, et a imposé les bienfaits d'un repos au lit pendant dix jours à un surmené, neurotonique.

***

III. Considérations sur les différents troubles cardiaques déterminés par la grippe

1° Troubles de la convalescence

Au cours du précédent essai analytique, j'ai simplement esquissé les *troubles de la convalescence*, dont l'origine est franchement neurotonique, et qui gravitent autour de l'asthénie : instabilité du rythme cardiaque, algies thoraciques, tendance aux étourdissements voire à la lypotymie, hypotension artérielle relative, brusques phénomènes vasomoteurs.

En 1920, Masieri a étudié les fonctions cardiaques chez les convalescents de grippe : cet auteur insistait sur l'hypotonie vasculaire et l'instabilité vaso-motrice, qu'il attribuait à un trouble cardiaque. A l'heure actuelle, l'on ne peut admettre cette relation.

Le *myocarde* a été épargné, en règle générale : ou parfois touché par la toxine grippale, mais seulement dans la période aiguë de la maladie. Les *réactions vaso-motrices* sont plus constantes, et se développent surtout durant la convalescence ; elles sont importantes dans l'ensemble des troubles circulatoires, mais doivent être considérées à part, selon les conceptions de Laubry et Tzanck qui assimilent la circulation de retour à un vaste « cœur périphérique ».

2° Les endocardites, myocardites et péricardites grippales

Si la grippe cardiaque ne devait être envisagée que sous l'angle de ces conceptions classiques, elle mériterait amplement l'oubli où elle paraît avoir glissé.

A) *Les prétendues « endocardites grippales »* correspondent en réalité :

a) soit à un souffle anorganique ;

b) soit à un souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle.

c) soit à un réveil d'endocardite rhumatismale ou d'aortite syphilitique ;

b) soit à une endocardite infectieuse à germe banal, streptococcique le plus souvent.

La grippe peut ouvrir une porte d'entrée à la septicémie streptococcique dont le foyer de dissémination prédomine bientôt dans une valvule préalablement lésée par le rhumatisme ou la syphilis ; et pourtant *l'endocardite à évolution lente de Jaccoud-Osler*, dont le germe s'isole par hémoculture, ne peut pas être appelée endocardite de la grippe, maladie à virus mal connu.

Les *endocardites à bacille de Pfeiffer*, signalées assez souvent aux Etats-Unis, et très rarement en France, ont pu prêter à confusion, mais il y a bel âge que le coco-bacille de Pfeiffer n'est plus reconnu comme l'agent pathogène, de la grippe : il n'en représente qu'un des « germes de sortie » les plus fréquents (selon le terme impropre qui désigne les associations secondaires de microbes) au même titre que les pneumocoques, les streptocoques, ou le micrococcus catarrhalis.

B. *Les péricardites*, sèches ou séro-fibrineuses, très rares à la vérité, témoignent seulement d'un réveil de rhumatisme cardiaque sous l'influence de la grippe.

Les péricardites purulentes ne sont que des complications indirectes, au second degré, comme les pleurésies purulentes auxquelles elles s'associent : elles compliquent une broncho-pneumonie à germes variés, mais non l'état initial de grippe.

C) *Les myocardites grippales* ont été décrites un peu à la légère et dans leurs caractères cliniques, et dans leurs lésions anatomiques : longtemps, des lésions cadavériques ont endossé les descriptions très précises de myocardite, dans la grippe comme dans la plupart des autres maladies infectieuses. Les étapes critiques sur les myocardites infectieuses ont été marquées par René Marie (Traité d'histologie pathologique de Cornil et Ranvier), par Noël Fiessinger grâce à un perfectionnement de la technique histologique, et par Walser dans sa thèse sur les myocardies. Les travaux importants de Laubry et Walser nous ont ouvert des horizons de plus en plus étendus vers l'étude des troubles fonctionnels du cœur, au détriment d'une anatomie pathologique bien souvent en défaut.

3° Interprétation des troubles fonctionnels du cœur

Peut-on prononcer le mot de *myocardie grippale*, pour traduire la nature éminemment fonctionnelle des troubles cardiaques énoncés dans cet article ? Oui, mais avec une timidité justifiée par quelques réserves. La myocardie, dans la description princeps de Laubry et Walser, concerne de grandes insuffisances fonctionnelles du cœur, sans cause apparente, dont l'évolution très sévère galope le plus souvent, sans rémissions vers la mort.

Or, les *troubles fonctionnels du cœur*, durant la grippe, reconnaissent une cause assez précise : une toxi-infection dont l'affinité nerveuse ne fait pas de doute. Et la tendance de ces fléchissements fonctionnels, aussi graves qu'ils apparaissent, est la régression rapide sans séquelles notables. Nos explorations encore imparfaites de la valeur fonctionnelle du cœur ne nous permettent pas de savoir si l'assaut brutal de la grippe ne laisse pas en réalité quelque tare minime et latente dans le myocarde. Avec mon maître Laubry, je pense qu'un cœur, touché momentanément par une ou plusieurs atteintes de grippe, peut offrir parfois un terrain de moindre résistance à l'éclosion ultérieure de la myocardie typique, évoluant en quelques mois vers la mort.

4° Origine des troubles cardiaques de la grippe

Le problème rentre dans le cadre d'une ancienne querelle de cardiologie entre les théories *neurogène* et *myogène*, mais l'opposition des deux thèses s'est beaucoup atténuée avec les données actuelles de la physio-pathologie.

Les manifestations cardiaques de la grippe empruntent-elles simplement les voies d'un système organo-végétatif profondément déréglé ? Sont-elles dues à la localisation élective du virus sur les plexus viscéraux, suivant la conception de Dufour ? Résultent-elles d'une imprégnation directe du myocarde par les toxines grippales ? Ou bien le cœur est il touché dans son intégralité neuro musculaire ? Il semble bien que *tous ces mécanismes peuvent être mis en jeu par la grippe*, essentiellement polymorphe, et diverse dans l'échelle des gravités. Ainsi que nous l'avons noté au passage, certaines extrasystolies, et bien des lipothymies ou des syncopes ressortissent uniquement à l'atteinte nerveuse.

Par contre, les *extrasystoles* et la *syncope* peuvent dépendre, avant tout, de l'atteinte éphémère du myocarde.

Tous les signes des insuffisances cardiaques peuvent apparaître avec la grippe et disparaître avec elle.

Les troubles extrêmes du rythme, *bradycardies* et *tachycardie paroxystique*, prêtent encore à discussion : c'est le groupement de tous les signes observés qui permet, en clinique, de pencher pour leur origine nerveuse, ou intracardiaque. Dans les bradycardies, l'électrogramme constitue une aide précieuse, et indique si le trouble porte sur les nerfs extrinsèques ou sur le système de conduction intracardiaque : encore les renseignements ne sont-ils pas absolus, puisqu'une forte perturbation du pneumogastrique peut provoquer un block temporaire du faisceau de His. Rappelons aussi que le système unitif, également appelé « spécifique », diffère des fibres myocardiques, et a été souvent considéré comme un élément neuro musculaire.

La conception très large de Laubry sur l'harmonie chronaxique entre les nerfs extrinsèques, le faisceau unitif, et la masse du myocarde, simplifie le problème si souvent débattu, puisqu'elle délaisse les préoccupations anatomiques pour n'envisager qu'un trouble commun à l'atteinte nerveuse hisienne ou myocardique : d'ordre physio-pathologique.

5° La distinction fondamentale entre les divers troubles cardiaques de la grippe

Ce qui, en définitive, juge l'évolution et le pronostic des troubles fonctionnels du myocarde, c'est l'état préalable du cœur et de la circulation.

Sur un cœur sain, la grippe peut déterminer tous les degrés d'une insuffisance passagère du myocarde, sans séquelle apparente.

Sur un système cardio-vasculaire taré, la grippe peut déclencher une insuffisance importante et définitive du myocarde, ou bien elle peut réveiller l'évolution d'un rhumatisme, ou d'une ancienne syphilis.

***

IV. Traitement

L'intérêt des considérations développées ci-dessus se résume dans la thérapeutique :

1° Il faut s'efforcer de juguler très vite la toxi-infection grippale ;

2° Il faut imposer un *repos absolu et prolongé* au lit, et le favoriser au besoin par une injection de *morphine*, surtout en cas de phénomènes douloureux ou dyspéiques ;

3° Il faut utiliser souvent la *strychnine*, à doses suffisantes, pour lutter contre la sidération nerveuse ;

4° Il faut utiliser l'*ouabaïne* intraveineuse, à petites doses répétées (1/8e de milligramme, ou une ou deux fois par jour) en cas d'insuffisance cardiaque nette ; c'est le moyen essentiel pour temporiser, et franchir la période critique des formes graves ;

5° Il faut user de la *belladone* ou de ses alcaloïdes en cas de bradycardie.

6° Il faut une *surveillance de tous les instants*, puisque de

◆◆◆

multiples accidents surviennent à l'improviste, et commandent tous une thérapeutique d'urgence :

7° Il faut imposer une *convalescence prudente* pendant plusieurs semaines, et parfois même pendant deux ou trois mois.

8° Quelle que soit la gravité immédiate des atteintes cardiaques de la grippe, il ne faut jamais désespérer.

Les manifestations buccales du diabète (1)

Par le docteur **Henry SCHWAB** (Paris).

Le diabète est la maladie par excellence qui prédispose aux complications. Tous les organes du diabétique peuvent être atteints. Les lésions que nous constatons ne se distinguent pas du tout de celles que nous rencontrons chez des sujets non diabétiques. Il y a quand même quelques lésions qui sous l'influence du diabète prennent un caractère spécial et permettent par des signes ou par leur évolution caractéristiques de poser le diagnostic de diabète sucré, avant que l'examen des urines ait révélé la glycosurie.

Ces complications peuvent se ranger parmi les processus inflammatoires ou être de simples troubles trophiques, de la nécrose ou de la dégénérescence.

Il a été beaucoup discuté sur les causes de ces différentes lésions se produisant au cours du diabète aussi bien au début qu'à une étape tardive de cette maladie.

De nombreux auteurs incriminent le taux élevé du sucre contenu dans les humeurs soit qu'il exercerait un effet toxique sur les tissus, soit qu'il favoriserait la flore microbienne.

En outre il est évident que l'acidose du diabète grave produit un effet nocif sur les tissus.

D'autre part on a dit qu'il y a carence en principes nécessaires et indispensables pour la nutrition des tissus.

Depuis des temps plus rapprochés on émet l'avis que le manque local d'insuline est la cause de ces lésions. S'il est sûr que l'insuline régularise le métabolisme des sucres, il reste du moins incertain s'il faut lui attribuer une action directe sur les tissus. Car avant l'époque insulinienne on a pu obtenir par un régime judicieusement institué des résultats satisfaisants. Mais l'insuline renforce singulièrement l'action curative du régime et elle nous permet de prévenir beaucoup de ces complications.

La bouche chez le diabétique est le siège de diverses complications. Celles-ci peuvent atteindre la langue, les gencives et les dents, et la salive. Un des symptômes les plus pénibles du diabète est la sécheresse de la bouche et elle explique partiellement la soif de ces malades. Mais elle aussi provoquée par de la stomatite qui se manifeste par une rougeur de la muqueuse buccale.

La langue est rarement normale. Surtout sèche, parfois poisseuse, elle dépasse souvent sa grandeur habituelle. La sécheresse peut être aussi accentuée que dans les maladies infectieuses (fièvre typhoïde, pneumonie). Les bords de la langue sont gonflés et portent l'empreinte des dents. Par prolifération du revêtement épithéliale il peut se former une gaine autour des papilles (langue pileuse de Lecorché, Férréol, Seegen, Gubler).

Ce gonflement est gênant, mais affaiblit surtout le sens du goût. Celui-ci est perverti ; les diabétiques perçoivent parfois une saveur sucrée, mais ils ont surtout un goût métallique, désagréable en bouche. Quelquefois il y a des fissures, de petites ulcérations sur le dos de la langue causées par sa sécheresse.

Dans les formes graves du diabète la langue prend un aspect très caractéristique, étant très rouge, elle ressemble à un morceau de viande crue. Parfois elle est chargée, mais d'une façon inégale de sorte que Noorden l'a appelée « langue mappe-monde (Landkarten Zunge) ».

A la stomatite dont nous parlions plus haut participe surtout la gencive qui est très rouge, tuméfiée et parfois même fongeuse. A la suite d'un processus inflammatoire ou même sans que celui-ci précède, surtout dans le diabète grave la gencive commence à s'atrophier en mettant à nu le col de la racine dentaire. Les dents commencent à bouger et tombent. Ce phénomène ressemble beaucoup à celui que nous connaissons chez les personnes âgées et que nous considérons comme physiologique. Mais dans le diabète il peut se présenter chez des jeunes et même tout au début de la maladie de sorte que c'est le dentiste qui conseille la recherche du sucre dans les urines.

La carie est fréquente mais peu douloureuse. Elle est arrêtée par le traitement du diabète. Elle ne semble pas être plus fréquente que chez les non-diabétiques (von Noordecn). Falk a remarqué que la carie diabétique débute par la deuxième molaire qui se trouve au niveau du point où le canal Sténon s'ouvre dans la bouche.

Aucune complication du diabète n'est plus fréquente que la périostite alvéolo-dentaire. Elle n'est pas caractéristique pour cette maladie et présente l'image classique de cette affection. C'est une chose qui vous est familière sur laquelle je n'empiéterai pas.

La manifestation buccale la plus typique pour le diabète est l'atrophie du corps alvéolaire, sans pyorrhée. Là le trouble du métabolisme crée un trouble de la nutrition de la gencive et de l'ostéoporose des alvéoles. Les dents bougent et tombent les unes après les autres sans qu'elles soient cariées. C'est une véritable gingivite expulsive d'origine neurotrophique. Apparaissant chez un individu jeune elle est très caractéristique pour le diabète. Cette lésion trophique du diabète prépare le lit à la pyorrhée alvéolaire. L'atrophie ayant dénudé l'apex de la dent les agents infectieux ont facilement accès à une alvéole dont la substance osseuse est déjà raréfiée.

Les irritants locaux et habituels comme le tartre et les mal-positions dentaires ne semblent pas pouvoir être incriminés dans cette lésion.

Il y a des changements quantitatifs et qualitatifs de la sécrétion des glandes salivaires. En général la sécrétion est diminuée, probablement à cause de la polyurie, exceptionnellement il y a hypersécrétion, ptyalisme. La salive est plus visqueuse, pauvre en ferments. Le pouvoir diastasique est diminué dans les formes graves. La réaction au sulfo-cyanure de potassium manque fréquemment (von Noorden).

Les données sur la présence de glycose dans la salive du diabétique sont très incertaines (Lépine, von Noorden, Claude Bernard et avec lui Verneuil, Pouchet, Frerichs, Mosler et Robin pensèrent qu'il n'y avait pas de sucre dans la salive.

Récemment Binet et Rathery ont injecté dans la veine saphène d'un chien 300 cm. d'une solution de glycose à 35 ‰ ; puis par une injection de pilocarpine ils ont provoqué de la sialorrhée. Ainsi ils ont pu démontrer qu'il y avait élimination de sucre aussi bien dans la salive totale que dans la salive submaxillaire obtenu par cathétérisme du conduit de Wharton.

Chez le chien dépancréatisé ces auteurs ont aussi trouvé du glycose dans la salive après injection de pilocarpine.

En 1907 Ferrannini a rapporté une observation d'un homme de 70 ans qui présentait tous les symptômes d'un diabète grave, sans être glycosurique. Mais il avait de la sialorrhée, plusieurs litres par jour et 2.5 ‰ de sucre. Un régime approprié a fait disparaître cette sécrétion excessive de salive et le sucre y a aussi disparu. Un pareil cas est évidemment exceptionnel.

Il est intéressant de savoir si les corps cétoniques passent dans la salive.

(1) Traduction d'une conférence faite à l'« American Dental Club of Paris » le 12 février 1931.

BIBLIOGRAPHIE

Annuaire général des lettres 1931, par Paul REBOUX. Rue de Miromesnil, 7 Paris (VIIIe)

C'est un Bottin — un Bottin perfectionné — qui sonne le glas de tout ce qui, jusqu'à ce jour, fut dans notre pays, tenté dans le même genre. L'écrivain, professionnel ou amateur, trouvera dans cet admirable livre tous les renseignements dont il peut avoir besoin.

Un véritable traité de l'édition initie les débutants à tous les mytéres de l'impression, de l'établissement du manuscrit, de la correction des épreuves, de l'édition proprement dite, de la rédaction du traité, du service de presse etc. etc. Une liste des éditeurs, des imprimeurs et des libraires, des commissionnaires, des agences et des agents de publicité fait suite aux listes des illustrateurs et des *traducteurs*. Cercles, critiques, critiques artistiques, associations littéraires de Paris et de la province, société de *bibliophiles*, prix littéraires, renseignements sur l'étranger et sur les critiques étrangers et sur les œuvres à paraitre prochainement etc, etc... en vérité je me demande ce que le lecteur le plus exigeant pourrait réclamer de plus complet, de plus clair, de mieux ordonné.

La liste des écrivains et des pseudonymes est imprimée en caractéres assez gros pour en permettre aisément la lecture à ceux-là même dont la vue laisse à désirer — petite attention bienfaisante trop négligée dans la plupart des annuaires.

Les principales œuvres sont indiquées au regard de chaque nom du moins pour la psuspart des écrivains, car j'ai remarqué qu'en général, les auteurs dont la notoriété est établie se sont contentés de donner leur adresse, tandis que... les antres ont ajouté des listes parfois longues d'œuvres vouées pour la plupart, je le crains, aux éternités de l'oubli. En limitant à 4 ou 5 a liste des ouvrages de chacun des auteurs, sans doute gagnerait-on bien du papier, mais que de vanités mal en point!

Je n'en finirais pas si je passais en revue toutes les innovations de cet admirable annuaire. Je me contente de signaler le chapitre : *Jurisprudence* dont l'intérêt est primordial pour les professionels.

Une petite critique : L'annuaire débute par une série de portraits. Je me suis tout d'abord demandé si l'intention de Paul Reboux, avait été, en exhibant ces figures, de décerner *des prix de talent* (que vont penser les autres ? me disais-je) ou des *prix de beauté* (et je me disais encore : mon Dieu! faut-il que les autres soient laids !)

Vérification faite, les têtes que l'on nous offre sont les fortes têtes du Comité de patronage. Honneur à elles ! Merci à elles ! Mais, combien, au lieu de la petite faute de goût que décèle cette exposition, seraient préférables, dès les premières pages de *l'Annuaire général des lettres*, des séries de tables analogues à celles par quoi se clôture *l'Annuaire de la Presse*.

Cette restriction anodine ne m'empêche pas de dire l'*Annuaire général des lettres de Paul Reboux* un ouvrage colossal *indispensable à l'écrivain*, parfaitement *clair, méthodique, ordonné, magnifique* et, ce qui ne gâte rien, bon marché. (*Reproduction autorisée.*) G. ESPÉ DE METZ.

Statistique du cancer du sein en Suisse de 1911 à 1915, publiée par les soins de l'Association suisse pour la lutte contre le cancer. Verlag Hans Huber, Bern-Berlin, 1930.

Le fascicule 2 de cette importante publication est composé de quatre mémoires : — deux en langue *française* : Dr. G. CHATENAY (morbidité du cancer du sein), Dr. M. ZISMAN (étiologie et facteurs accessoires) — deux en langue *allemande* Dr. H. Rieder (considérations anatomo-pathologiques ; Professeur E. DE QUERVAIN (vues d'ensemble ; conclusions).

A l'occasion de cette statistique (1911-1915) la question du cancer est examinée de la façon la plus minutieuse sous tous ses aspects.

Spécialistes et chirurgiens trouveront dans cette brochure une documentation importante ; tous les médecins liront avec interêt le mémoire du Dr. M. Zisman (étiologie et facteurs accessoires). E. de M.

Le crapouillot (mars) publie un numéro spécial « *Voyage à Paris* ». C'est un très original reportage de JEAN GALTIER BOISSIÈRE et CLAUDE BLANCHARD sur les diverses formes de l'activité parisienne : on y trouvera des articles, souvent d'un ton polémique assez âpre, sur les journaux, les lettres, la médecine, le commerce, la mode, la finance et même... l'affaire Oustric, ainsi que les interviews de parisiens représentatifs, de Léon Daudet à Poiret, de Me Campinchi à Madame Hanau et de Tristan Bernard à Dekobra ; un remarquable panorama de la vie parisienne en 1931 (la livraison illustrée : 12 fr. 3 place de la Sorbonne, Paris).

Von Noorden a trouvé 8,9 mg. d'acétone pour 100 gr. de salive fraîche. L'acide diacétique manque d'après Flecksler et Binet et Rathery, l'acide β-oxybutyrique d'après von Noorden. La présence d'acétone peut donner à l'haleine cette odeur spéciale de pommes reinettes qui peut aussi être due au dégagement de l'acétone au niveau de la muqueuse stomacale.

Les lésions buccales et dentaires paraissent dues en parties aux altérations de la salive qui est devenue acide par la présence d'acides organiques. D'autre part elles sont à attribuer aux taux élevé du sucre dans les humeurs et dans le diabète grave à l'effet toxique des corps cétoniques. Ces différents facteurs d'intoxication qui résultent du trouble de la glande pancréatique et peut-être encore d'autres glandes endocrines provoquent des troubles dans le métabolisme du calcium dont nous connaissons le rôle important pour le bon fonctionnement des nerf trophiques (sympathiques).

Toutes ces manifestations buccales peuvent apparaître à n'importe quel étape du diabète, mais dépendent évidemment de la gravité de cette maladie. Elles sont extrêmement fréquentes et très peu de diabétiques en sont indemnes.

Traitement

Pour les manifestations buccales c'est comme dans toutes les complications du diabète la maladie-diabète qu'il faut traiter.

Il est indispensable d'instituer un régime et d'administrer de l'insuline. Avant la découverte de cette dernière, par Banting et Best, on pouvait arriver avec le régime seul à obtenir quelques résultats surtout dans la consolidation des dents et dans la carie. Mais c'est avant tout l'insuline qui nous permet de combattre avec succès ces lésions bucco-dentaires. Lorsque le traitement insuline-régime est judicieusement institué on obtient la disparition de la glycosurie et de l'acétonurie.

Et c'est alors seulement que doit commencer le traitement dentaire. Je ne vous parlerai pas des détails de cette thérapeutique que vous connaissez mieux que moi : je me permets seulement de vous rendre attentifs à quelques points d'ordre général qui méritent d'être discutés par le médecin spécialiste d'accord avec le dentiste.

Les plaies du diabétique guérissent très lentement ; la moindre plaie, la plus petite lésion de la gencive peut devenir la porte d'entrée d'une infection grave ; il s'installe facilement de la gangrène pouvant entraîner la mort et ayant comme point de départ des granulations nécrotiques.

C'est pour cette raison qu'il faut éviter des brosses à dents trop dures qui peuvent léser la gencive.

Le badigeonnage à la teinture d'iode des gencives est à condamner pour les mêmes raisons. Tous les antiseptiques forts et en général tous les médicaments à effet caustique sont dangereux pour la muqueuse du diabétique.

A cause de l'acidité de la salive on se servira avec avantage d'eaux alcalines, par exemple d'une solution à 3 % de bicarbonate de soude.

L'ingestion prolongée de sels de chaux semble favorablement influencer les maladies des dents et gencives du diabétique probablement par action sur le sympathique qui est le nerf trophique.

Les extractions dentaires chez le diabétique doivent être considérées comme une intervention chirurgicale. C'est pour cette raison qu'elles doivent être pratiquées avec beaucoup d'adresse, de jugement et sous contrôle médical. Autrement elles peuvent entraîner des résultats fâcheux. Traiter une dent après l'autre, avec beaucoup de soins et de précautions, en laissant assez d'intervalle pour que la muqueuse infectée puisse se remettre et que la granulation commence.

Il est encore un point sur lequel je voudrais attirer votre attention. Beaucoup de diabétiques et même quelques dentistes et médecins craignent des hémorragies après l'extraction dentaire ; mais dans le diabète il n'y a pas de trouble de la coagulation ni du temps de saignement. L'hémorragie n'est pas plus fréquente que chez un non-diabétique. Toutefois il peut se présenter le cas où cette intervention peut provoquer des hémorragies. C'est dans les formes mixtes du diabète, car il est fréquemment associé à des maladies du foie comme la cirrhose et à de la sclérose des artères, à l'hypertension, toutes deux des affections hémorragipares. C'est alors l'affaire du médecin de préparer ces malades à ce qu'ils puissent supporter les interventions dentaires avec le minimum de risques.

Il me reste encore quelques mots à dire sur l'anesthésie chez les diabétiques. Avant la découverte de l'insuline, l'anesthésie générale amenait presque fatalement le coma.

Grâce à l'insuline associée à un régime sévère toute anesthésie peut être employée. Mais on aurait tort d'oublier nos connaissances si péniblement acquises avant la découverte de l'insuline dans cette matière. C'est pour cette raison qu'on a intérêt à raccourcir la durée de narcose si faire se peut. Si une injection de morphine est pratiquée, il faut en injecter aussi peu que possible, car cette drogue provoque de l'hyperglycémie.

Le protoxyde d'azote est le narcotique le plus recommandable et m'a donné des résultats excellents ; parfois il faut avoir recours à de petites doses d'éther. L'éther peut être occasionnellement employé ; car l'hyperglycémie et l'acidose provoquées par cette drogue peuvent être enrayées par l'insuline. Le chloroforme est trop dangereux pour le cœur, les vaisseaux et le foie, il cause de l'hyperglycémie. La novocaïne peut être utilisée. Néanmoins l'infiltration des tissus peut être dangereux (danger de gangrène).

Des détails sont importants et en chirurgie diabétique il importe d'être méticuleux.

Conclusion

Il est un devoir de chaque dentiste de ne jamais toucher un diabétique sans avoir demandé l'avis du médecin. Mais réciproquement nous médecins nous avons le même devoir de nous occuper de la bouche de nos diabétiques. Tout médecin doit exiger du diabétique qu'il ait un dentiste et un dentiste compétent.

Je vous ait dit que les diabétiques ne demandent qu'à faire des complications. Le champ septique de la bouche est un milieu des plus propices à cette réalisation.

Il importe donc par des soins préventifs de ne pas permettre cette éventualité.

Lait. — La teneur en fer du lait de femme, du lait de vache, d'ânesse et de chèvre atteint quelquefois ou dépasse légèrement 1 mgr. ; mais le plus souvent elle est inférieure à ce chiffre. Le taux du fer est analogue pour ces divers laits ; on ne peut, donc, incriminer la carence relative en fer comme cause de l'anémie observée fréquemment chez les nourrissons soumis à l'allaitement artificiel au lait de chèvre, et il faut rechercher d'autres facteurs étiologiques parmi lesquels la carence en vitamines mérite d'être retenue. E. Lesné, Robert Clément et P. Zizine. Sur la teneur en fer du lait de femme et du lait de certains mammifères (Anesse, chèvre et vache). *C. R. des séances de la Société de Biologie*, 1930, t. CV, n° 31, p. 427.

Phlébite de la grossesse. — Banssillon et Pigeaud ont observé un cas de « phlébite du membre inférieur au cours du dernier mois de la grossesse ». (*B. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1930, p. 518). La femme accoucha à terme et, peu après, une phlébite apparut à l'autre membre. Pas d'antécédents infectieux, pas de signe de syphilis, mais la mère de la malade avait eu le même accident.

H. V.

CHRONIQUE

Le mois médico-psychologique

Par le Dr Jacques ROUBINOVITCH

Dans le dernier « *Mois médico-psychologique* » j'ai parlé de la *malariathérapie de la paralysie générale.* Un point intéressant dans l'histoire de cette thérapeutique a été signalé par plusieurs auteurs, à savoir, celui de l'apparition des « *manifestations syphilitiques tertiaires chez des p. g. impaludés* ». MM. Guiraud et Caron ont observé cinq cas de ces manifestations tertiaires sur 110 impaludés et, notamment, 3 gommes cutanées ou musculaires ; 1 éruption psoriasiforme ; 1 ramollissement cérébral par artérite. Elles peuvent apparaître immédiatement, après, la fin de l'impaludation ou beaucoup plus tard, des semaines, des mois et même, trois ans après. Les réactions spécifiques le Wassermann, en particulier, est presque toujours négatif. Il se produit là, évidemment, une reviviscence de la Σ somatique qui peut s'expliquer par la théorie du Dujardin : la paralysie générale, qui est une forme anallergique de la syphilis cérébrale, se transforme par le paludisme et les pyrétogènes, en syphilis allergique. A moins de renverser cette hypothèse, avec MM. Guiraud et Caron et d'admettre que la paralysie générale, étant une inflammation active et diffuse de l'encéphale, provoquerait dans le cerveau la formation d'anti-corps. Ces derniers passeraient à travers la barrière hémato-encéphalique rendue perméable par la méningite et protégeraient l'organisme contre les manifestations syphilitiques. Si la malaria arrête le processus inflammatoire, les anti-corps diminuent ou disparaissent et la syphilis cutanée latente peut réapparaître... On a vu plus haut que par leur localisation ces accidents tertiaires sont loin d'être indifférents : une artérite cérébrale, par exemple, peut tuer le malade ; quant aux manifestatious cutanées, leur contagiosité est peut-être affaiblie, mais sûrement pas nulle.

Les mêmes auteurs ont présenté deux cas de *Syndrome démentiel présénile avec écholalie* offrant une grande parenté avec les syndromes pseudo-bulbaire et catatonique. Les deux malades, fortement affaiblis intellectuellement, répètent telles quelles les questions qu'on leur pose et cela sans aucun ton expressif. Dans les deux cas, absence de tout signe de la série pyramidale.

Dans l'ordre de ces lésions organiques, MM. Tinel et Baruk ont encore présenté un malade chez lequel une *tumeur cérébrale* a réalisé progressivement un syndrome épileptique et parkinsonnien avec des crises paroxystiques d'hypertension intracranienne. Sous l'influence de ces poussées d'hypertension se produisaient des hallucinations auditives et psychiques, du mentisme et des troubles du courant de la pensée. Une trépanation décompressive pratiquée entre deux crises faisait disparaître momentanément ces divers symptômes et contribuait ainsi à expliquer leur mécanisme.

* * *

Une *séquelle d'encéphalite typhique* peut-elle réaliser parfois un syndrome de *démence précoce* ? Une observation de MM. Toulouse, Courtois et Rubénovitch en serait un exemple. Il s'agit d'un malade âgé de 24 ans qui a fait à 17 ans une fièvre typhoïde de gravité moyenne. Après une convalescence normale, son caractère, son intelligence changent et après plusieurs périodes d'excitations, sa déchéance s'aggrave... A 24 ans, sept ans après le début de la typhoïde, il présente du mutisme, de l'indifférence, de la passivité, du négativisme, des stériotypies, de la catatonie... Des cas de ce genre méritent l'attention spéciale des praticiens car la connaissance de ces séquelles d'encéphalites infectieuses est de nature à éclairer la pathogénie de certains désordres psychiques et permettent une action prophylactique d'autant plus efficace qu'elle sera plus rapprochée du début de l'infection. ...

Dans ce même ordre d'idées, MM. Toulouse, Marchand et Courtois viennent de communiquer une observation d'*encéphalite psychosique aiguë au cours d'un érysipèle de la face et du cuir chevelu.* Les troubles mentaux de forme confusionnelle apparurent dès le début de l'infection érysipélateuse et prirent, au moment même où l'exanthème disparaissait, les caractères d'un syndrome infectieux d'allure grave avec pyrotidite. On constata une azotémie à marche croissante et une lymphocytose rachidienne. La mort survint 13 jours après le début des accidents. A l'autopsie, lésions profondes du foie ; des lésions encéphaliques inflammatoires périvasculaires plus accusées dans la protubérance et le bulbe que dans le cerveau ; des lésions cellulaires diffuses, profondes, allant, parfois, jusqu'à la nécrose.

* * *

Le *delirium tremens alcoolique* comporte souvent un syndrome humoral spécial. MM. Toulouse, Courtois et Mlle Russel ont constaté, au cours de l'accès, une rétention de l'urée, du sucre et de la cholestérine du sang, mais surtout de l'urée. Dans les cas mortels, les auteurs ont trouvé que l'azotémie s'élève à mesure que l'accès dure, mais, fait curieux, au moment de la mort, le taux de l'urée n'atteint pas 2 grammes. Pour M. Claude, ces recherches gagneraient à être faites parallèlement dans le sang et dans les urines et en soumettant, surtout, les sujets à un régime sévèrement contrôlé.

* * *

A propos de l'*épilepsie* infantile, M. Gilbert Robin a parlé de la « *constitution épileptoïde* ». Pour lui, cette constitution mériterait droit de cité à côté d'autres constitutions : paranoïaque, perverse, émotive, mythomaniaque, schizoïde, cyclothymique, psychasthénique. Elle aurait comme trait dominant le phénomène d'inhibition, de vide intellectuel momentané qui ne serait, d'après M. Robin, ni de l'absence, ni de la lenteur, mais quelque chose entre les deux ...

Pour M. Gouriou, ce phénomène s'observe aussi bien chez des schizophrènes et, quant à l'épilepsie, elle a une base organique ; elle est due non à une constitution, mais à une lésion. Même opinion est soutenue par M. Delmas : le terme « constitution » doit être réservé aux états qui n'ont pas pour condition une atteinte anatomo-pathologique ; par conséquent, il ne convient point à l'épilepsie. Par contre, MM. Heuyer et Minkowski estiment que du moment qu'un certain syndrome s'observe chez les membres d'une même famille, on se rapproche de la notion d'une constitution, une cause organique n'exclut point le rôle de la constitution, dont le problème doit être envisagé, sur ses deux faces : fonctionnelle et, organique. Enfin, M. Marchand déclare ne pas voir comment il pourrait exister une constitution épileptoïde alors que l'épilepsie est un syndrome qui peut apparaître au cours de toutes les malformations et maladies cérébrales les plus diverses et surtout au cours de lésions cérébrales fixées... Le qualificatif « épileptoïde » lui paraît également critiquable : ce mot voudrait dire qu'il s'agit d'un état qui « ressemble à l'épilepsie mais qui n'en est pas »... ; ce terme ne contribuera donc pas beaucoup à éclairer le problème du mal comitial ...

* * *

Chez les *déprimés mélancoliques*, en général, et les [illegible] en particulier le pH urinaire est supérieur à la normale : au lieu d'être égal à 6, il s'élève chez eux jusqu'à 7 et au-dessus.

Cette valeur du pH urinaire a été utilisée par MM. Laignel-Lavastine, Rogues de Fursac et G. d'Heucqueville dans le diagnostic différentiel des états mélancoliques avec les dépressions qu'on peut observer dans d'autres psychopathies et, en particulier, avec les formes dépressives de la *schizophrénie*

Dans ces dernières on observe, parallèlement aux dissociations motrices comme les barrages et les stéréotypies, des oscillations capricieuses de l'acidité ionique. Ces oscillations témoignent de l'anarchie du mécanisme régulateur de l'équilibre acide-base. Leur constatation au lit du malade fournit un élément de diagnostic de haute valeur quand on craint un début de schizophrénie, cette antichambre possible de la D. P.

* * *

Être *exhibitionniste conscient* et *ne pas être érotique* ou *érotomane* en même temps, voilà un cas assez singulier qui a été présenté par M. X. Abely et Mlle Truche.

Il s'agit d'un homme de 61 ans, un psychasthénique constitutionnel qui a été arrêté pour avoir exhibé ses organes génitaux devant de petites filles qui jouaient dans un jardin.

L'analyse psychologique a démontré que cet homme est un vrai obsédé classique qui n'a cédé à son besoin de s'exhiber qu'après une lutte angoissante très vive. Et pourtant, l'acte n'est pas du tout lié à un désir de satisfaction sexuelle. Il relève d'une autre obsession, contemporaine de celle de l'exhibitionnisme, et qui est l'*obsession du contraste* et de la *superstition*. Voici comment. Chaque fois que dans le psychisme de ce psychasthénique surgit une idée triste, il l'associe aussitôt à l'image d'une personne chère. Par exemple, une pensée de mort évoque immédiatement dans son esprit l'idée et l'image de sa mère. Et, dès que cette liaison mentale est réalisée, X. est persuadé qu'elle va inévitablement porter malheur à la personne évoquée. Alors, l'angoisse s'éveille et grandit.

Pour se défendre, pour se préserver contre la menace d'un malheur, il conjure le sort dangereux par l'évocation d'une idée contraste, d'un tableau gai, riant, de l'image du printemps ou de la jeunesse et cela pour l'opposer à l'idée de la mort... La conjuration peut se réaliser aussi en acte. C'est ainsi, quand X. rencontre dans la rue un cortège funèbre, il revient à son point de départ pour prendre un autre chemin, en évoquant une image gaie.

Son acte d'exhibitionnisme serait le résultat d'une conjuration analogue : X. était angoissé depuis quelque temps par une idée de contamination possible de ses organes génitaux par le contact de sa verge contre le siège sali des cabinets. L'image contraire était représentée par un groupe de fillettes qui venaient jouer auprès de lui. L'idée d'une conjuration possible [illegible]me alors dans son esprit : il faudrait exhiber l'organe souillé, le frotter devant le symbole de la pureté physique et morale, symbole représenté par ces fillettes. X. lutte tant et plus contre son idée immonde, mais l'angoisse augmente et il se décide finalement à s'exhiber..., sans que sa verge présente la moindre érection, sans qu'il ait éprouvé le plus minime plaisir sexuel...

Du moins, il l'affirme avec énergie et sincérité...

Évidemment, on éprouve quelque difficulté à admettre une pareille psychogénèse de l'exhibitionnisme. Aussi MM. Guiraud et Claude ont fait remarquer combien il faut se méfier des récits des malades en matière sexuelle. Leurs explications sont toujours sujettes à caution... et, fait plus grave, leurs récidives ne sont que trop fréquentes.

* * *

A propos de l'*intervention judiciaire dans le placement des aliénés*, question soulevée à la S. M. P. par MM. X. et P. Abely, la discussion a permis à plusieurs orateurs de faire connaître leur point de vue. C'est ainsi que M. Raynier a pensé dans le sens de l'opinion de M. le sénateur Lebert : il est [illegible] douteux, a déclaré ce dernier, que les mesures de l'article en préconisant cette intervention judiciaire, présentent des garanties de la liberté individuelle supérieures à celles données par l'ensemble de la loi de 1838 et, notamment par son article 29. Par contre, M. Heuyer ne voit pas comment l'intervention même précoce, des magistrats dans le placement des aliénés, pourrait-être néfaste pour ces derniers ou attentatoire à la dignité du psychiatre. En réalité, c'est surtout l'aliéniste qui n'est pas protégé : il n'est protégé ni contre le malade, ni contre ses confrères, ni contre la presse, ni même contre les administrations... Si donc les magistrats veulent bien partager désormais les risques du psychiatre, c'est, au fond, tant mieux puisque cela permettrait à l'aliéniste de se limiter à son rôle de médecin-expert qui, tout compte fait, est, son vrai rôle... A cela, M. Courbon répond par une observation tirée de sa pratique à l'Asile de Stephansfeld en 1924 et à celui de Vaucluse, concernant une femme internée à la suite d'une agression avec revolver armé sur sa mère. Aphasique, atteinte d'un délire de persécution, cette malade, internée d'abord en Alsace, fut placée ensuite à l'Asile de Vaucluse... Sur l'intervention du Tribunal qui ordonna la comparution de cette aliénée en Chambre du Conseil, et contrairement à l'avis médical, elle fut mise en liberté et remise à sa mère qui la réclamait... Mais, peu de temps après, la malade, plus délirante que jamais, dut être réinternée dans le même service. Un tel exemple n'est évidemment pas de nature à inspirer une confiance absolue dans l'utilité de l'intervention judiciaire dans l'internement des aliénés. Finalement, la S. M. P. a nommé une Commission chargée d'étudier et de rédiger un vœu sur lequel on se prononcera à la séance prochaine...

* * *

Enfin, l'histoire du mois médico-psychologique ne sera pas complète, si nous omettons de rappeler deux communications faites à la séance de février dernier à la *Société de Médecine légale de France*. L'une a trait à l'état actuel de l'*organisation pour les adolescents délinquants du service médico-psychologique à la prison de Fresnes*. Chargé depuis, trois ans de l'organisation de ce service près le Tribunal pour Enfants du département de la Seine, j'ai exposé comment ce service fonctionne pour les mineurs, garçons et filles, détenus à Fresnes. Une équipe de seize spécialistes habilités par le Parquet collabore aux examens psychiatriques quotidiens de ces jeunes délinquants. Le système est animé dans son ensemble de l'esprit nettement *rééducatif* vers lequel sont orientés aussi bien le Tribunal pour Enfants que le service pénitentiaire du Ministère de la Justice...

L'autre communication a pour but **d'inviter le** gouvernement à créer dans les prisons des *annexes psychiatriques* et des *laboratoires d'antropologie criminelle*. Elle a pour auteurs MM. Blacque Belair, député et M. Cellier.

La *Société de Médecine légale de France*, après avoir discuté ce projet a définitivement formulé un vœu en faveur de ces deux innovations dans les prisons, annexes psychiatriques et laboratoires d'anthropologie qui bien aménagés sont vraiment d'une nécessité urgente, parce que indispensables à la bonne exécution des expertises psychiatriques.

Dr J. Roubinovitch.

Soufre. L. Daniel et M. Poopesc-Buzeu. (Sur l'action hypoglycémiante du soufre. Les eaux minérales sulfureuses. *C. R. des Séances de la Société de Biologie*, 23 janvier 1931, t. CVI, N° 2, p. 106.), étudiant l'effet des eaux minérales d'Olanesti (Roumanie), estiment que c'est au soufre, existant dans l'eau minérale sous forme colloïdale et sous forme d'H^2S. qu'il faut attribuer l'action hypoglycémiante. Le soufre entre comme élément actif dans la structure moléculaire de l'insuline et, d'autres part, étant donné les troubles profonds d'oxydation qui caractérisent le diabète, il est probable que le soufre intervient aussi dans les échanges nutritifs par son pouvoir oxydant comme catolyseur anorganique. A. M.

L'ignorance de l'histoire, qui est à peu près générale parmi les médecins contemporain, a le double avantage de supprimer du même coup la *tradition* et la *reconnaissance*.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 mars 1931

Traitement sérothérapique de la poliomyélite. — *M. Levaditi* rappelle que, dès 1910, il a constaté, avec Landsteiner, l'action virulicide *in vitro* du sérum des singes guéris de poliomyélite à l'égard du virus de cette maladie. Le sérum de sujets humains convalescents a montré les mêmes propriétés (Netter et Levaditi). L'application du sérum de convalescents à la thérapeutique de la paralysie infantile a eté réalisée en 1910 et 1911 par Netter et ses collaborateurs. En prévision d'une nouvelle épidémie de poliomyélite, il est donc évident que la préparation de sérum de poliomyélitiques convalescents ou d'anciens malades est nécessaire, même indispensable. Il paraît hors de doute que l'épidémie de poliomyélite ayant sévi de juillet à octobre dans certains départements de France, et en particulier dans le Bas-Rhin, réapparaîtra l'été prochain dans les contrées non encore éprouvées.

Il faudrait que, dès à présent, on pût préparer et stocker du sérum de convalescents et d'anciens poliomyélitiques, sérum dont la valeur curative se conserve pendant de longs mois. Or, une telle préparation n'est possible qu'à la faveur d'une organisation adéquate, à l'exemple de celle réalisée aux Etats-Unis (Leake et Clark). C'est la raison pour laquelle M. Levaditi demande à l'Académie la constitution d'une Commission, à laquelle sera confié le soin de préciser les moyens permettant de préparer et de mettre à la disposition des médecins des quantités suffisantes de sérum de convalescents et d'anciens malades poliomyélitiques.

L'Académie nomme une commission qui est composée de MM. Netter, Martin, Marfan, Nobécourt, Guillain, Pettit et Levaditi.

Prophylaxie de la poliomyélite dans l'armée au cours de l'épidémie de l'été 1930. — *M. Dopter* fait connaître dans le détail les mesures prophylactiques qu'il a été appelé à prendre dans l'armée pour éviter, d'une part la contamination de la population militaire surtout dans la région de l'Est où la population civile a été si éprouvée, d'autre part l'extension de la poliomyélite à la faveur des mouvements de troupes qui devaient participer aux grandes manœuvres de Lorraine ; il fallait éviter enfin la diffusion du mal dans le reste du territoire par les réservistes qui devaient être convoqués à l'occasion de ces dernières ; tout était à craindre à cet égard au moment de leur retour dans leurs régions d'origine. De même il fallait redouter l'éclosion de la poliomyélite dans les écoles d'enfants de troupe à la suite de la rentrée des écoliers qui avaient vécu, pendant la période de vacances, dans les régions contaminées.

La prophylaxie mise en œuvre dans les conditions qui se présentaient était difficile et délicate. Elle a été couronnée de succès puisque dans l'armée un seul cas a été constaté pendant les manœuvres, et on n'a eu connaissance d'aucune atteinte civile pouvant être attribuée au retour des réservistes dans leurs foyers d'origine. Ces heureux résultats sont encourageants pour les hygiénistes qui ont la lourde charge de préserver les agglomérations exposées à la contagion.

Action du foie sur quelques substances à action végétative. — *MM D Danielopolu* (de Bucarest), *J. Marou, G. G. Proca* et *Brauner*. — Les recherches ont été faites sur 35 chiens, les uns normaux, les autres après lésion expérimentale du foie par la toluylène-diamine, l'huile phosphorée ou après blocage du tissu réticulo-endothélial par le carmin. Les auteurs ont fait des injections comparatives avec l'adrénaline, l'acétylcholine, le chlorure de calcium ou de potassium dans la veine périphérique, l'artère périphérique, l'artère rénale, l'artère hépatique ou la veine porte. Ils ont constaté que le foie normal retient plus que les tissus périphériques ou la glande rénale l'adrénaline et l'acétylcholine lorsqu'elles sont injectées par la veine porte ou l'artère hépatique, tandis que pour le chlorure de calcium et de potassium cette action du foie n'est pas plus intense que celle de tout autre tissu. Le foie perd en partie la propriété de retenir la choline et l'adrénaline lorsqu'il est préalablement altéré par la toluylène-diamine ou l'huile phosphorée ; il perd en partie cette propriété pour l'adrénaline, mais pas pour la choline après blocage du tissu réticulo-endothélial par le carmin.

Comme la choline et l'adrénaline se trouvent à l'état naturel dans les humeurs et qu'elles circulent par conséquent continuellement à travers le foie, les auteurs ne croient pas à une destruction de ces substances, qui devraient dans ce cas disparaître des humeurs. Ils admettent un rôle d'emmagasinement dans le foie sous une forme quelconque de quelques-unes des substances à action végétative et de restitution à la circulation sous une forme à action végétative. Grâce, en partie, au foie la teneur des humeurs en substances végétatives est constante.

Les modifications du tonus végétatif chez les hépatiques, comme par exemple la bradycardie ictérique, sont dues à une altération de cette *fonction régulatrice du tonus végétatif que possède le foie.*

Remarques sur l'éventualité des réactions aberrantes dans le diagnostic biologique de la grossesse par injection à la souris mâle. — *MM. A. Bauer* et *H. Borrien* rapportent leurs observations personnelles concernant le procédé de diagnostic de la grossesse qu'ont décrit MM. Brouha, Hinglais et Simonnet, procédé reposant sur la propriété qu'acquiert l'urine, dès le début de la gestation, de susciter, par injection à une jeune souris mâle, une hypertrophie rapide et considérable des vésicules séminales. Par ce procédé ils ont toujours obtenu jusqu'ici des diagnostics exacts tant positifs que négatifs, mais à condition d'opérer simultanément sur trois souris, car ils ont vu, quoique rarement, l'une d'elles réagir par une forte hypertrophie vésiculaire dans quelques cas où il s'avéra par la suite qu'une grossesse n'était pas en cause. En n'opérant que sur une souris, on risquerait parfois d'être induit en erreur par ces sortes de réactions aberrantes, qui, isolées, ne doivent pas être tenues pour significatives.

M. Rollier. — Un centre d'héliothérapie et d'adaptation au travail des tuberculeux chirurgicaux.

M. Morax. — Rapport sur l'examen médical des chauffeurs.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 mars 1931

M. Dartigues fait un rapport sur un mémoire de F. M. Cavazzi, de Bologne (Italie) sur les effets produits chez l'homme par des injections sous-cutanées d'hormones de la glande sexuelle mâle d'animaux jeunes et sains. Ces hormones sont prélevées dans le sang qui sort de la glande. En les injectant sous la peau des vieillards, elles leur redonnent les énergies organiques, physiques et psychiques, c'est-à-dire les rajeunissent. Les effets en sont durables. Les injections sont inoffensives. Les expériences ont été faites d'abord à Bologne et répétées dernièrement à Paris, sous contrôle scientifique.

M. Léopold-Lévi montre l'intérêt des recherches de M. Cavazzi, et, à ce sujet, pose une série de questions à propos de la technique utilisée, le mode d'action des médications, son mode d'emploi et la comparaison qu'il y a lieu d'établir avec les greffes testiculaires.

A propos du traitement de l'hypertrophie prostatique par la radiothérapie profonde. — *M. Charles Guilbert* estime qu'il y a des réserves à faire ; le traitement radiothérapique n'est curatif qu'à la période de début, quand la sclérose n'est pas organisée et que l'intervention n'est pas encore indiquée. Les scléreux peuvent être améliorés. La moindre infection vésicale est une contre-indication formelle.

Guérison par le forage de la prostate d'une fistule hypogastrique définitive. — *M. Georges Luys* présente une treizième observation d'un intérêt particulier, en raison de l'état général déficient du malade qui âgé de 68 ans, était atteint d'un emphysème pulmonaire extrêmement prononcé ; il était porteur d'une fistule hypogastrique permanente depuis 19 mois. Ce malade était résolu au suicide, en raison de son infirmité et de l'impossibilité où il se trouvait de subir le 2e temps de la prostatectomie qui devait le libérer. Deux séances de forage permirent le rétablissement de la miction normale. La fistule hypogastrique fut ensuite fermée sous anesthésie locale et le malade put sortir de la Maison de santé, en urinant normale-

ment, avec un jet fort et puissant du début à la fin de la miction, la vessie se vidant parfaitement sans aucun résidu. Cette observation particulièrement concluante montre bien l'efficacité du forage de la prostate.

Toxi-infection d'origine intestinale due à une rétention par péricolite. — *M. Thévenard* rapporte un cas dans lequel les symptômes névropathiques prirent une importance capitale au point de masquer complètement les symptômes entéritiques. L'auteur insiste à la suite du Prof. H. Vincent sur la fréquence de cette pathogénie d'accidents névropathiques qu'on doit toujours avoir présente à l'esprit afin d'éviter des erreurs de thérapeutique. C'est ainsi que le malade qui fait le sujet de cette observation, faillit être interné, puis guérit complètement après une colectomie suivie d'un traitement médico-physiothérapique approprié.

Confirmant les idées exprimées par M. Thévenard, *M. Mazeran* développe les troubles nerveux plus particulièrement observés dans la stase intestinale chronique. Et relativement au traitement, il considère qu'il faut envisager trois formes d'intervention thérapeutique : une première purement médicale, correspondant à la *thyphlatonie*, une deuxième où la péricolite est tolérée, c'est-à-dire où le drainage intestinal s'effectue. Une troisième où l'élément sténosant prédomine et qui nécessite l'intervention.

M. Perpère rappelle que la notion des troubles mentaux liés à la stase intestinale est vieille comme la médecine. Il ne croit pas opportun pour cela de créer un « syndrome entéro-nerveux », car il s'agit dans ces cas seulement d'intoxication (non d'infection) nerveuse légère chez les prédisposés dans les syndromes entéro-rénaux, entéro-pulmonaires, etc., il s'agit au contraire de poly-infection viscérale.

La prostatite chronique latente. — *M. Ch. David* montre la fréquence des infections chroniques de la prostate qui passent totalement inaperçues. Elles sont dues soit au gonocoque le plus souvent seul ou associé, soit au staphylocoque, au spirocoque, au colibacille ou à l'entérocoque. Ces derniers venus par voie descendante à l'occasion d'un syndrome entéro-urinaire. Cette infection prostatique ne traduit habituellement son existence que par un minimum de symptômes. Il existe souvent, mais non toujours, une petite goutte matinale et fréquement une issue par le méat de liquide blanchâtre lors de la défécation. Le toucher rectal montre une prostate de volume à peu près normal, mais dont le massage fait sourdre plus ou moins de liquide séro-purulent. La culture des secrétions permet le diagnostic étiologique de ces prostatites qui doivent être traitées par le massage, les grands lavages au nitrate d'argent et les injections d'auto-vaccin. P. PROST

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Physiologie

La perception de la direction du son a été l'objet de deux séries d'expériences modernes, l'une avec les sons musicaux produits par un haut-parleur interposé dans un circuit oscillant comportant une lampe à trois électrodes, l'autre avec les chocs produits par l'interruption du circuit non oscillant au moyen d'un pendule ayant la période d'une seconde. Le son est transmis du haut-parleur aux oreilles de l'observateur par un système remplaçant le pavillon et composé d'un tube en Y et de deux tuyaux de caoutchouc (un pour chaque oreille) ; une coulisse en forme d'U permet de faire varier la longueur du chemin parcouru par le son dans chaque tuyau. Quand on déplace l'une des deux coulisses, l'observateur perçoit la variation de direction apparente de la source sonore.

Le changement de la longueur d'un des deux chemins au moyen du glissement de la coulisse n'est qu'un moyen permettant au son d'arriver avec une différence de temps ; la perception de la direction d'un choc s'explique par cette différence de temps, puisqu'il n'existe pas de phase dans le bruit. D'autre part, dans les expériences du son musical, du fait que les deux oreilles peuvent distinguer la direction d'une source sonore, on est obligé de considérer une autre fonction qui naîtra de l'usage des deux oreilles, c'est la conception de la différence de phase ou d'intensité, fonction qui est restée jusqu'à ce jour une énigme insoluble. (Mishio Ishimito et Kanamé Kurihara, Sur la perception de la direction des sons, *Proceedings of the Imperial Academy*, Tokyo, octobre 1930).

Syphilis

Pourquoi les syphilitiques abandonnent-ils leur traitement ? Le département syphiligraphe de l'université de Pennsylvanie a fait des recherches à ce sujet et des recherches assez onéreuses, puisque chaque visite en ville est revenue à 1,40 dollar et chaque malade retourné à la clinique a coûté en moyenne 5,99 dollars.

Sur 455 sujets, qui avaient abandonné, 408 ont été suivis, 120 n'ont pu être rejoints, 255 ont été touchés personnellement et 78 par lettre. 201 sont revenus à la clinique, ce qui représente une proportion de 44,4 %.

Les raisons, invoquées pour l'abandon du traitement, sont très nombreuses et très différentes.

Il y a tout d'abord les raisons financières (24,3 %) : heures de travail ne concordant pas avec les heures d'ouverture de la clinique, pauvreté, chômage, etc. C'est surtout la non-concordance des heures de liberté et de consultation qui a été invoquée le plus souvent, d'où la nécessité de séances spéciales pour les travailleurs.

Ensuite viennent les causes d'abandon résultant d'un *mauvais contact* entre le personnel médical et les malades (21,6 %) : les uns n'ont pas compris la gravité de la syphilis, les autres pensent se traiter tout seuls, certains se sentent en bonne santé ; voici encore quelques raisons invoquées : crainte de la ponction lombaire, refus de croire au diagnostic, doute sur la valeur du traitement, mauvais accueil, etc.

Certaines raisons ne sont pas discutables mais temporaires (17,9 %) : maladie personnelle ou familiale, déplacement, emprisonnement, opposition conjugale, etc.

Il y a aussi des causes d'abandon inévitables et permanentes (13,9 %) : départ, traitement dans une autre clinique, décès, aliénation mentale.

Les réactions ont joué un rôle dans 11,2 % : réaction sévère ou rendant le travail impossible, réaction à la ponction lombaire.

Les autres facteurs, dépendant du sujet comme fatigue, faiblesse, indifférence, représentent 11,1 %.

Curieuse étude psychologique et statistique qui met en relief le rôle des impondérables dans la lutte sociale contre la syphilis. (Jonathan H. Pugh, John H. Stokes, Louise A. Brown, Dorothy Carnell. A study based on personal follow-up results in a syphilis clinic, of the patient's reasons for lapse in treatment. (*American Journal of Syphilis*, octobre 1930).

Le traitement standard de la syphilis initiale est basé sur les deux principes suivants : le mieux est l'ennemi du bien ; il vaut mieux avoir 90 % de succès chez 1.000 sujets que 100 % sur 10 sujets. Voici le schéma américain :

1° Les 1er, 5e et 10e jours, 0,90 gr. de néoarsphénamine. Répéter cette dose chaque semaine jusqu'à concurrence de 10 injections.

2° Le traitement continue : 4 doses de 0,20 gr. de bismuth à une semaine d'intervalle et iodure de potassium

3° Il est suivi de 4 séries de 10 injections hebdomadaires de 0,90 gr. de néoarsphénamine. Entre chaque série on intercale une série de bismuth-iodure, la 1e de 6 semaines (6 injections), la 2e de 8 semaines (8 injections), la 3e de 10 semaines (10 injections), la 4e, qui est terminale, de 10 semaines (10 injections).

4° Le liquide céphalo-rachidien est examiné à la fin de la seconde série d'arsphénamine.

5° Les sujets, atteints de syphilis primaire, qui n'ont plus de Wassermann positif, cessent leur traitement à la fin de la 4e série.

6° Ce schéma thérapeutique correspond à une durée de 88 semaines et se termine par un second examen du liquide céphalo-rachidien. Le prix seul des médicaments est de *cent dollars*.

7° Le traitement Standard donne 80 % de guérisons définitives cliniques et sérologiques. (W.-R. Houston, A standard treatment for early syphilis, *American Journal of Syphilis*, octobre 1930).

Le traitement d'Herman Goodman, de New-York, est caractérisé par l'emploi systématique des iodures.

Dans la syphilis primaire il injecte, par voie intraveineuse 1,95 gr. d'iodure de sodium, en solution dans 20 cc. d'eau frai-

chement distillée ; il alterne les injections d'arsphénamine et d'iodure.

Dans la syphilis secondaire on pratique des injections intraveineuses alternées d'arsphénamine et d'hyposulfite de soude, ce qui a pour résultat d'éviter la rétention arsenicale et les réactions cutanées. On continue à prescrire l'iodure de sodium par voie intraveineuse et, en cas d'impossibilité, l'iodure de potassium par voie orale.

Dans la syphilis tardive, l'administration de l'iodure précède celle de l'arsphénamine. Il faut donner des doses fortes d'iodure et des doses modérées d'arsphénamine. Les injections d'hyposulfite de soude réactivent les métaux lourds. (Herman, Goodman, Impressions in the treatment of syphilis, *Western Medical Times*, novembre 1930).

Tuberculose

L'influence de la grossesse sur la tuberculose pulmonaire ressort bien de la statistique de 446 cas hospitalisés à la Maternité de l'Hôpital Tornu de Buenos-Ayres.

La cuti-réaction a été positive dans 327 cas (73,17 %) et négatives dans 119 cas (26,83 %) durant la grossesse. Des 327 femmes à cuti positive, 302 furent améliorées et 25 décédèrent ; des 119 femmes à cuti négative, 64 furent améliorées et 55 décédèrent. Une cuti négative au cours de la grossesse est en faveur d'une poussée évolutive.

La classification Turban-Gerhart donnait les chiffres suivants : 1er degré, 119 avec 115 améliorations (96,66 %) et 4 décès (3,34 %) ; 2e degré, 223 avec 199 améliorations (89,70 %) et 24 décès (10,30 %) ; 3e degré, 104 avec 52 améliorations (50 %) et 52 décès (50 %). L'évolution fut comparée avec celle de 446 malades *non enceintes* de l'Hôpital Tornu, qui se répartissaient ainsi : 1er degré, 92 avec 88 améliorations (95,65 %) et 4 décès (4,35 %) ; 2e degré, 206 avec 180 améliorations (87,38 %) et 26 décès (12,62 %) ; 3e degré, 148 avec 63 améliorations (42,62 %) et 85 décès (57,38 %). On en conclut que l'évolution de la tuberculose, associée à la grossesse, dépend plus de la forme clinique de la lésion pulmonaire que de la grossesse.

Des 446 femmes tuberculeuses et enceintes 313 étaient tuberculeuses avant la gestation et 133 ont vu apparaître la tuberculose durant la grossesse. Le chiffre des décès fut de 80, dont 20 pendant la grossesse et 60 après l'accouchement. Sur les 20 décès en cours de grossesse, 15 femmes étaient tuberculeuses avant la gestation ; sur les 60 autres décès, 36 étaient tuberculeuses avant d'être enceintes. (Alejandro A. Raimondi, Influencia del embarazo en la tuberculosis pulmonar, *Prensa Medica Argentina*, 10 novembre 1930).

Parasitologie

Les tiques (*ixodoidea*) sont des vectrices importantes des maladies de l'homme et surtout des animaux.

Les fièvres récurrentes, qui sont transmises par des tiques du genre *Ornithodorus*, se rencontrent en Espagne, au Maroc, en Afrique tropicale, en Perse, au Turkestan, en Asie centrale, au Vénézuela, en Colombie et an Panama ; dans certains cas il y a une influence saisonnière bien marquée.

La fièvre des Montagnes Rocheuses, qui ressemble au typhus exanthématique, s'est considérablement répandue durant ces dernières années ; par exemple, dans l'Etat de Montana, en 1914, elle sévissait dans trois régions limitées, tandis qu'en 1927 elle s'est étendue sur trente-quatre comtés. La tique ixodique *Dermacentor andersoni* est vectrice de cette maladie : ses trois stades (larve, nymphe, adulte) parasitent trois hôtes différents ; les larves et nymphes s'attachent surtout à de petits animaux (rongeurs), les adultes aux grands animaux (chevaux, cerfs, chèvres) et à l'homme.

La tularémie, qui ressemble à la peste, est due au *Bacterium tulareuse* ; elle sévit dans vingt-sept états des Etats-Unis. Elle est transmise par des insectes et des tiques. (*Dermacentor andersoni et dermacentor occidentalis*). Quelques cas ont été observés au Japon, dans les provinces d'Astrakan, de Riazan (Russie) et dans la Sibérie du Nord. Les recherches récentes ont établi que des cas de tularémie ont existé en Russie il y a longtemps, mais qu'ils furent pris pour de la peste.

La fièvre d'Oroya ou Verruga Peruviana est également causée par les tiques.

Les effets pathogènes directs produits par les tiques consistent dans une paralysie motrice progressive (*tick paralysis* des auteurs anglais). La maladie est invariablement associée à la présence d'une ou de plusieurs tiques femelles attachées aux individus atteints et complètement repues ; une seule tique femelle peut produire une paralysie mortelle qui débute 5 ou 6 jours après que la tique s'est attachée à l'individu : si la tique est enlevée du premier au second jour, il n'y a pas de paralysie. Cette forme sévit en Australie sur les enfants et les jeunes animaux, en Afrique du Sud sur les moutons, au Canada et aux Etats-Unis chez les enfants et même les adultes ; il existe depuis plus de 30 ans, un petit foyer de paralysie à tiques des moutons en Crête, dans les fermes de la région de Sitra.

En dehors des mesures prophylactiques, on essaie de combattre la *D. andersoni* à l'aide d'un hyménoptère parasite des ixodes, l'*Ixodiphagus caucurtei*, découvert par Brumpt. On prépare un vaccin en émulsionnant des tiques infectieuses en solution physiologique phénolée à 0,5 %. (G. H. F. Nuttfall, Le rôle pathogène des tiques, *Bruxelles Médical*, 12 octobre 1930).

Gymnastique médicale

La gymnastique médicale est employée trop peu tandis que le massage l'est un peu trop.

La gymnastique médicale a l'avantage qu'on peut la rendre active, ce qui est très difficile avec le massage ; elle a une valeur physiologique, puisque la contraction musculaire accélère la circulation ; elle a une valeur pédagogique, puisqu'elle fait intervenir et discipline le sujet.

Les masseurs doivent s'intéresser aux formes les plus simples de la gymnastique médicale, c'est-à-dire à la gymnastique sans appareils.

Les exercices sont de trois sortes :

1° Exercices libres.

2° Exercices avec résistance par soi-même (auto-tension) ou par un obstacle fixe.

3° Exercices d'arrêt par contraction d'un antagoniste.

La gymnastique semble s'orienter vers les exercices avec résistance, qui sont inconsciemment connus par tout le monde. Le matin, au réveil, on s'étire en faisant une série de contractions, avec auto-résistance ; ou bien on s'allonge en appuyant les mains et les pieds contre les deux bois de lit, avec résistance par obstacle fixe.

Il faut tenir compte aussi de l'importance du relâchement musculaire ; la contraction du muscle isolé a aussi une grande valeur.

La gymnastique médicale a une influence favorable sur le fonctionnement de l'appareil circulatoire et du système nerveux ; elle a un rôle hygiénique et thérapeutique à jouer ; cette orientation moderne est bien mise en relief par l'excellente étude du médecin danois. (Arne Faber, Nouvelle orientation sur la gymnastique médicale (hygiénique), *Acta Medica Scandinavica*, 1er novembre 1930).

Aphorismes

inscrits sur les murs de l'amphithéâtre du service Francisco Cabrera, de l'Hôpital Maciel de Montevideo

Le médecin ne se forme pas dans les livres mais dans les salles d'hôpital.

Il est plus utile pour un étudiant de passer une matinée au chevet des malades que de repasser un manuel de pathologie.

L'étudiant se reprochera toujours d'avoir manqué l'hôpital, car il aura perdu une occasion d'apprendre qu'il ne retrouvera plus.

Plus tu regardes, plus tu écoutes, plus tu touches et plus tu apprends ; les connaissances ainsi acquises se gravent mieux et par suite s'oublient moins.

Plus tu observes, plus tu revois, plus tu interroges les malades et plus tu approches de la clinique.

J. Lafont.

« La destinée de ceux qui s'adonnent à l'art de soigner leurs semblables est d'être utile et de soulager la souffrance. *Il n'est pas besoin*, pour atteindre ce noble but, d'avoir accumulé les parchemins. On peut faire un excellent médecin, alors même que le concours ne vous a pas favorisé. Et d'autre part, avec tous les titres et tous les insignes possibles, on ne fait pas forcément un bon médecin. » (Professeur Raymond Grégoire, Leçon inaugurale.)

Echos et Glanures

Un malade de talent : Henri Heine. (1) — Tel est le titre de la thèse inaugurale du Dr Jean Bastard, ancien élève de l'école du Service de santé militaire de Lyon. Thèse intéressante d'actualité, agrémentée d'un beau portrait hors texte de Heine. « Si le clair de lune allemand argentait l'un des côtés de sa physionomie, le gai soleil de France dorait l'autre », disait en parlant de Heine, Théophile Gautier. Ce fut en effet « le plus français des poëtes allemands », le « Voltaire de l'Allemagne » ; il a passé la moitié de son existence chez nous, où il s'est lié d'amitié avec A. Dumas, Th. de Banville, Théophile Gautier, G. de Nerval, J. Janin ; il collabora à la *Revue des Deux Mondes* ; on le vit dans les salons où fréquentaient V. Hugo, A. de Vigny, Sainte-Beuve, Mérimée, Balzac, George Sand, A. de Musset.

Deux chapitres surtout de la thèse du Dr Jean Bastard, intéresseront les médecins, l'un (chap. III) sur la maladie de Heine, l'autre (chap. V) intitulé : quelques traits du tempérament et de la maladie à travers l'œuvre. « Pour comprendre ce que souffrit ce grand poète et lui pardonner ses défauts, être critique littéraire ne suffit pas, il faut être médecin (Dr Eiffer). Sa dernière grande publication fut son *Romancero*, collection de romances et de poésies diverses, où à côté des accents éminemment lyriques de sa muse, il se trouve les lamentations d'un malade désespéré. Heine à l'époque de la composition de ces vers était déjà très malade ; depuis 1848 son ataxie le tint presque constamment au lit, sa « tombe de matelas ». Il conserva durant sa maladie une grande égalité d'humeur et ne cessa de se moquer de lui-même et des autres. Sa garde étant obligée de le porter sur ses bras, il cria un jour à un ami entrant à ce moment et qui s'informait de l'état de sa santé : « Je ne vais pas trop mal, mon cher, car, comme tu vois, je suis toujours choyé des femmes ».

Voici les conclusions de la thèse du Dr Jean Bastard :

« I. — H. Heine est un malade, ceci ressort des témoignages de ses contemporains, et aussi de ses aveux conscients ou involontaires dans sa conversation, sa correspondance et son œuvre.

II. — De vieille souche israélite, la consanguinité de sa race le prédispose peut-être aux manifestations nerveuses et aux troubles affectifs. De plus son père a été un instable psychique, sensuel et aimant le plaisir, mort sans doute d'un ramollissement cérébral.

III. — Dès le jeune âge, le poète se présente comme un « petit névropathe », avec nettement quelques-unes des tendances psychasthéniques telles que les conçoit M. Hesnard. Ces anomalies psychiques sont favorisées au cours de son existence par des meurtrissures sentimentales, des déboires d'ordre familial, religieux ou politique et par sa maladie, Heine nous apparaît comme un émotif, un impulsif, un impressionnable, un instable, enclin en outre à l'hypocondrie. Ce dernier travers s'amplifie à la faveur de sa maladie de la moelle épinière.

IV. — Il semble avoir contracté la syphilis tout jeune, sans doute entre 17 et 20 ans. A 33 ans, débute chez lui une syphilis nerveuse, très probablement un tabes, dont l'éclosion est facilitée par la fragilité héréditaire de son système nerveux, par ses soucis et ses excès, par l'insuffisance du traitement.

L'affection a évolué chez lui, avec un luxe de symptômes de plus en plus graves ; il meurt en 1856 dans la cachexie, après avoir fait diverses complications cérébro-médullaires.

V. — Son œuvre, essentiellement personnelle, est le reflet fidèle de son tempérament, dont elle traduit toutes les fluctuations et toutes les anomalies au cours de l'existence. Sous son éclat et son attrait, on décèle sans peine l'impulsivité, l'égocentrisme, l'instabilité de l'auteur.

Le tabes, dont Heine a subi les tritesses, mais non ces troubles psychiques surajoutés que crée parfois le tréponème dans cette affection, loin d'amoindrir son talent, lui a seulement donné un tour nouveau. Il a fourni au poète des sources neuves

(1) Dr Jean Bastard. — Un malade de talent : Henri Heine. Avec un portrait hors texte. (Thèse de Lyon, 1930, 83 p. Prix 15 fr. Imprimerie Bosc et Riou, 42, quai Gailleton, Lyon).

d'inspiration, qui l'ont rendu plus sincère et plus poignant. En changeant son mode d'existence, en influant sur ses goûts et sur son imagination, il a marqué son œuvre de façon indélébile. Mais l'activité intellectuelle du malade n'a pas cessé un instant ; il a écrit sans trêve jusqu'à la fin, ses plus beaux vers sont peut-être ceux où il chante ses souffrances. Ces cris de désespoir ou de révolte, refrénés par un stoïcisme admirable, font véritablement de Heine le poète de l'Ataxie. »

Au chapitre consacré à la maladie de Heine, le Dr Jean Bastard cite le fameux poème « la Femme Noire » et rappelle que ce poème *est le premier document où l'on accuse nettement la syphilis de donner l'ataxie* (Dr Eifer). Voici ce poème.

> La Femme Noire a pris ma tête et l'a pressée
> Avec tendresse sur son cœur.
> Et mes cheveux ont grisonné, trace laissée
> Aux endroits mouillés par ses pleurs.
>
> Elle a baisé mes yeux, et j'ai perdu la vue,
> Elle a baisé mon corps, je suis paralytique,
> La moelle de mes reins, avide, elle l'a bue
> En sa succion diabolique.
>
> Mon corps est maintenant un cadavre, où pourtant
> Prisonnier, l'esprit se démène,
> Et maintes fois, la fureur le prenant,
> Bondit, tempête et se déchaîne.
>
> Outrages vains ! ton blasphème le plus méchant
> Ne tuera pas même une mouche
> Supporte ton destin, essaye, moins farouche,
> De prier, pleurer doucement.

(Traduction inédite d'A. DE TRÉVERRET).

Les troubles de la vue de Maupassant. Une lettre inédite publiée par *le Mercure de France.* — *On lit dans le Mercure de France 1er avril* 1931 :

« Une lettre de Maupassant extrêmement intéressante pour l'étude des troubles qui précédèrent sa dernière maladie, a été mise en vente le mois dernier par Victor Lemasle. Adressée de Cannes à une amie (vraisemblablement Mme Lecomte du Nouy) elle ne porte pas de date, mais fut sans doute écrite à la fin de l'année 1890 ou au début de 1891. A cette époque, en effet, se précisèrent chez Maupassant les troubles de la vue dont le docteur Cazalis, le premier, avait deviné l'origine et que soigna l'oculiste Landolt.

Je viens d'être, je suis encore affreusement souffrant, et voilà pourquoi vous n'avez eu aucune nouvelle de moi. La maladie survenue dont je suis atteint, et dont on ignore le foyer, vient de me donner des accidents des yeux, intolérables et bizarres.

Aussitôt que je fixe, que je porte mon attention sur quelque chose, que j'essaye de lire ou d'écrire, mes pupilles se déforment, se dilatent, prennent des apparences invraisemblables. Aussi depuis trois semaines, m'est-il défendu de faire quoi que ce soit, d'écrire même un court billet. Je dicte, ce qui n'est pas commode, ce qui est impossible en bien des cas. Le remords de ne vous avoir adressé un mot me hante, et j'ai voulu vous dire au moins la cause de mon silence. Je payerai cela par quelques heures de souffrances, dont j'aurai le dédommagement par les heures charmantes que je passerai bientôt près de vous car je compte revenir à Paris dans quelques jours.

Je n'y resterai pas très longtemps, cette ville me faisant toujours mal, mais si mon séjour y est bref, je veux qu'il m'y soit agréable, et le meilleur moyen d'obtenir ce résultat, c'est de vous voir aussi souvent que vous le voudrez bien.

A bientôt ma chère amie, je baise vos mains très tendrement, et je vous prie de croire à ma très vive et très sincère affection.

Nous pensons, dit le *Mercure de France*, que cette lettre fut adressée à l'auteur d'*Amitié amoureuse*, car la rédaction est dans la même note intime et tendre que les textes publiés par Mme Lecomte du Nouy, sous la signature : Mme X.., à la *Grande Revue* en 1913. On peut lire par exemple, à la page 529 de cette publication, numéro du 15 avril, des phrases comme celles-ci : « En 1890... j'ai pu suivre, jour par jour, cette sorte d'exaltation morale qui le bouleversait vers cette époque. Tout d'abord, il se plaignit d'une sorte d'hallucination olfactive qui, disait-il persistait en lui d'une manière implacable... etc »

La culture française au Japon. — *Extrait d'un article de M. Georges Dumas, paru dans la* Revue des Deux Mondes (15 *mars* 1931) *et intitulé,* La langue française en Extrême-Orient.

« ... Avec un pareil entraînement des élites vers l'Amérique l'Angleterre et l'Allemagne, il est à présumer que le français joue un rôle restreint dans les milieux japonais cultivés et parmi les étudiants eux-mêmes, s'ils continuent à se former sous les mêmes influences que leurs aînés Et en effet, dans les milieux scientifiques que j'ai particulièrement connus, j'ai pu constater


PLIAGE POLIVÉ
RISQUES DE CONTAMINATION ÉCARTÉS PAR



qu'à l'heure actuelle on connaît très peu notre culture et notre langue. J'ai sous les yeux, tandis que j'écris, quelques exemplaires de revues psychologiques et neurologiques rapportées de Tokio. Le journal japonais de psychologie fait suivre la plupart de ses articles de résumés allemands ou anglais et, quand j'ai demandé à l'un des directeurs, M. Kumada, professeur de psychologie à la Faculté des lettres de Tokio, s'il ne pourrait pas faire donner aussi des résumés en français, il a eu le regret très sincère de me répondre « en allemand » que dans l'ignorance de notre langue où étaient ses collaborateurs et lui-même il ne pouvait envisager la possibilité de ces résumés qu'à titre exceptionnel.

La *Revue de neurologie*, dirigée par les professeurs S. Kuré et K. Miura, fait suivre en général ses articles de résumés allemands et de larges bibliographies où les productions françaises tiennent une place infime.

A l'asile d'aliénés de Tokio, dont mon collègue le professeur Kuré m'a fait visiter les services, j'ai cherché des yeux à la bibliothèque, sans en trouver plus de deux, des livres français, tous les ouvrages de psychiatrie sont allemands. Il va de soi, dans ces conditions, que les professeurs français qui parlent devant des auditoires médicaux ou scientifiques de collègues ou d'étudiants, peuvent s'apercevoir, dès les premiers mots, qu'ils ne sont compris que très difficilement, ou pas du tout, par la plus grande partie de leurs auditeurs.

« ... Chez Maruzen, le premier libraire de Tokio, on déclare, sans pouvoir et peut-être sans vouloir me donner des chiffres globaux, que pour 100 livres anglais qui sont en général des livres techniques concernant le métier d'ingénieur, les questions de finance et d'industrie, on vend 50 livres allemands, qui sont pour la plupart des ouvrages de médecine ou de science et environ 20 livres français qui sont des livres de philosophie, de sociologie, de droit, des romans ou des publications illustrées.

Nous envoyons au Japon un nombre très faible de livres scientifiques ou médicaux et nos revues scientifiques ou médicales y ont trop peu d'abonnés ; mais en revanche on peut évaluer à 150.000 le nombre des livres français exportés annuellement au Japon. Dans cette exportation dominent les livres d'art et de critique esthétique, les romans, les ouvrages de droit et d'économie politique, les ouvrages de philosophie ou de sociologie. On y trouve aussi, mais en quantité moindre, des ouvrages de sciences appliquées et des ouvrages militaires.

. . . .

« Deux Facultés de médecine, celle de Tohoku et de l'Université de Kyushu, ont inauguré des cours de français facultatifs, destinés aux étudiants désireux de connaître assez bien notre langue pour lire nos auteurs médicaux et nos revues spéciales.

A la Faculté de Tohoku, le père Deffresne, et à celle de l'Université de Kyushu le père Joly, sont chargés de ces cours. J'estime que les enseignements de ce genre dont l'utilité n'est pas contestée, sont susceptibles de se développer. A Kyoto, j'en ai trouvé un qui naissait grâce à l'initiative de mon éminent ami Imamura, doyen de la Faculté de médecine, et de M. Francis Ruellan, directeur de l'Institut franco-japonais... »

La médecine en U. R. S. S. — On lit dans le journal *Pour l'instruction communiste* (19 mars), au sujet du rôle de la médecine en U. R. S. S. :

« La mission des associations médicales est de mettre la médecine au service du socialisme.

« Il est absolument nécessaire de modifier, en se basant sur la méthodologie lénino-marxiste, toute l'essence scientifique de la médecine jusqu'à présent imprégnée de conceptions idéalistes, vitalistes, mécaniques et métaphysiques.

« Seul un travail systématique et le remplacement des membres de nos associations médicales par de nouveaux éléments peuvent assurer une solution heureuse à tous les grands problèmes qui se posent devant la médecine. Il est indispensable de faire des connaissances scientifiques de la médecine le domaine de toute la classe ouvrière et de détruire le mur qui sépare de cette dernière la science médicale. Il faut enfin imposer à toutes les associations scientifiques médicales la collaboration et la direction méthodologique de l'académie communiste. »

Pour la création du denier des laboratoires. — Dans sa leçon inaugurale, M. le Professeur Léon Binet, sollicitait la création du *Denier de la Science*. Dans *Le Journal* (3 avril 1931), il dit au grand public pourquoi l'initiative privée doit contribuer aux ressources budgétaires des laboratoires :

« Comment faciliter l'activité et le rendement des laboratoires scientifiques ?

En dehors de l'intervention des Pouvoirs publics, ne doit-on pas solliciter celle de l'initiative privée ? Les Américains du Nord le font depuis longtemps et aux Etats Unis, les principales pépinières de l'activité scientifique sont l'œuvre de libéralités individuelles. Là-bas, un homme d'affaires, un industriel, un banquier... contribuent directement et largement aux ressources budgétaires des laboratoires. Puisque les laboratoires travaillent pour la santé de tous, il faut que tous participent à ses dépenses.

La recherche scientifique doit être désintéressée ; le laboratoire doit ressembler à la fourmillière que décrit M. Maeterlinck, dont chaque unité « travailleuse opiniâtre, n'a d'autre plaisir que d'offrir, à qui veut le prendre, tout le fruit de ses peines ». Mais il importe aussi que le chercheur ne soit pas entravé par des difficultés matérielles.

Je pense qu'il y aurait un avantage considérable à constituer, autour de chaque laboratoire, un groupe d'amis, de bienfaiteurs qui, par leurs subsides, permettraient à ce laboratoire d'avoir un plein rendement. Il faut penser à la fois à l'installation et à la production ; améliorer les salles existantes et augmenter l'intensité de la recherche ; acheter des instruments et surtout grouper des techniciens compétents, actifs, ayant foi dans la science.

C'est pour la réalisation de cet idéal que le grand public — qui récolte les fruits du travail scientifique — doit bénévolement constituer le *denier des laboratoires*.

Congés de convalescence et autorité militaire. — 6245. — M. Basset demande à *M. le Ministre de la Guerre* si un médecin chef d'un hôpital militaire peut supprimer une permission de convalescence pour raison disciplinaire. (Question du 22 novembre 1929).

2e réponse. — Les médecins traitants n'accordent pas de congés de convalescence ; ils ne font, à l'autorité territoriale qualifiée pour statuer que des propositions concernant les militaires qu'ils jugent pouvoir faire bénéficier de cette faveur.

En conséquence, d'une part, un militaire ne peut être proposé de droit pour un congé de convalescence, et, d'autre part, s'il est proposé pour cette faveur, il ne peut en déduire que cette proposition lui donne le droit au congé, puisque l'autorité territoriale reste juge d'accorder ou de refuser.

(*J. O.* 29 mars 1931).

La première (?) doctoresse de race noire. — Les journaux quotidiens annoncent que Mlle Savage, originaire de l'Est Africain vient de soutenir sa thèse pour le doctorat en médecine devant l'Université d'Edimbourg. Mlle Savage — qui est du plus beau noir et qui exercera dans son pays d'origine serait la première doctoresse de race noire du monde entier.

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMP. THIRON ET CIE. — R. C. 4264
MAISON SPÉCIALE POUR PUBLICATIONS MÉDICALES



FONDÉ EN 1873. — N° 18 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 2 MAI 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 28 avril. — M. LETRÉSOR. Etude des troubles vasculaires dans la catatonie, ischémie horizontale. Rougeur cyanotique de déclivité. — M. DELAFOND. L'eczéma des nourrissons. Essai de diététique. — M. SCHALIT-RESCHE. Manifestations péritonéales du rhumatisme articulaire aigu.

29 avril. — M. LACHAUD. Traitement de la poliomyélite antérieure aiguë.. Maladie de Heine-Medin par la radiothérapie. M. PRADAUDE. Fonctionnement du service obstétrical de la Maternité de Baudelocque. — Mlle VIMEUX. Exploration tubaire et technique opératoire pour les fractures du condyle externe de l'humérus.

30 avril. — Mlle CHOQUART. De l'extrait hypophysaire ocytocique et en particulier de l'association de la pituitrine et de l'anesthésie chlorokélène au coursde l'accouchement normal. — M. VICTOR. La maternité de l'hôpital de Rothschlid. Son fonctionnement jusqu'en 1930. — M. PESQUÉ. L'amygdalectomie totale chez les enfants par l'énucléation instantanée. — M. MASURE. Un cas d'épithéliome des glandes de Meibomius. — M. GOURAUD. Etude des savons (rôle dans l'organisme et applications thérapeutiques). — M. HUBAULT. A propos du traitement des méningococcies. — M. BLUMBERG. Valeur de l'ascension et de l'immobilité du diaphragme pour l'interprétation des résultats de la phrénicectomie chez les tuberculeux. — M. BARRÉ. Les métastases cutanées dans les épithéliomas spino-cellulaires cutanes.

Faculté de médecine de Paris (Année scolaire 1930-1931 Laboratoire d'hygiène.) — *Examen d'aptitude aux fonctions de Médecin sanitaire maritime.* — Le prochain examen aura lieu à Paris, en juin.

En vue de préparer les candidats à cet examen, un enseignement spécial sera donné au Laboratoire d'hygiène sous la direction du Professeur TANON, professeur d'hygiène, conseiller technique sanitaire du ministère de la Santé publique, avec la collaboration de MM. les docteurs JOANNON, agrégé d'hygiène, Henry THIERRY, inspecteur général honoraire des Services techniques d'hygiène de la ville de Paris ; CAMBASSÉDES, Marcel CLERC et NEVEU, assistants d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris ; NAVARRE, chef des travaux de l'Institut d'hygiène et André VILLEJEAN, de l'Office international d'hygiène publique, auditeur au Conseil supérieur d'hyigiène publique de France.

Le cours durera du 1er au 11 juin. Il comprendra des cours de démonstrations pratiques qui auront lieu chaque jour, de 16 à 18 heures, et une visite à une station de désinfection.

Seront admis les docteurs en médecine et les étudiants titulaires de 16 inscriptions, Français et du sexe masculin.

Les inscriptions sont reçues les lundi, mercredi et vendredi, de 14 à 16 heures (guichet , n° 4). Le droit à verser est de 200 francs. Pour tous renseignements, s'adresser au Laboratoire d'hygiène.

Monument à la mémoire du Dr Henry Delagenière. — La ville du Mans ayant décidé l'érection, sur le territoire de la Commune d'un monument à la mémoire du Docteur Henry Delagenière, il vient de se créer dans ce but, un Comité d'honneur, comprenant des personnalités françaises et étrangères : et un Comité local composé des amis sarthois du grand chirurgien sous la présidence du Docteur Gabelle, adjoint au maire du Mans Les souscriptions sont reçues chez Mme Mercier, trésorière, 9, rue Lionel-Royer, au Mans, et au compte de chèques postaux : Comité Henry Delagenière, hôtel de Ville Le Mans (Sarthe) C. C. 1554.70

En Sorbonne. — Le Dr Raymond BOISSIER soutiendra le 16 mai ses deux thèses de doctorat ès-lettres sur les sujets suivants :

Thèse principale : *La Mettrie, médecin pamphlétaire et philophe* (1709-1750) ; Thèse accessoire : Un pamphlet médical au XVIIIe siècle : La Politique du médecin de Machianel.

Le nombre des médecins docteurs ès lettres n'est pas très grand ; d'autre part c'est bien la première fois que deux sujets entièrement médicaux font l'objet d'une thèse de doctorat ès lettres. Le fait méritait d'être signalé.

Exposition organisée à l'occasion du 6e Congrès international de thalassothérapie — Une exposition (produits pharmaceutiques, appareils de prothèse, radiographie, électricité . . .) aura lieu à l'Hôpital maritime pendant les journées du Congrès. Pour tous renseignements concernant cette exposition s'adresser à M. Maujoint, 25, rue de l'Ecole-de-Médecine. Paris, (VIe)

Syndicat général des médecins des stations thermales et climatiques de France. — *Les cures thermales pour les assurés sociaux.* — Aux demandes formulées récemment au Ministère du Travail par le Syndicat général des médecins des stations thermales et climatiques de France au sujet des cures thermales pour les assurés sociaux, il a été répondu que cette question n'avait pas encore été étudiée et ferait ultérieurement l'objet d'une discussion spéciale au Conseil supérieur des assurances sociales.

Cependant, devant l'urgence de cette question qui se pose dès maintenant pour la saison prochaine, il a semblé que la cure thermale pour les assurés sociaux pourrait recevoir provisoirement pour cette année une solution analogue aux autres traitements de spécialités et qui est d'ailleurs celle pratiquée depuis plusieurs années par les caisses d'Alsace-Lorraine.

L'assuré social pour lequel une cure thermale est inidquée, d'après l'avis de son médecin traitant (l'état du malade étant sans doute contrôlé à ce moment par le médecin de la caisse) recevra une « feuille de soins spéciaux » qu'il présentera à son arrivée dans la station au médecin thermal. Celui-ci y opposera sa signature pour justifier de la régularité de la cure et du paiement de ses honoraires qui seront réglés suivant le principe de l'entente directe, au tarif syndical minimum.

Le médecin traitant pourra choisir librement la station indiquée par le cas de son malade et adresser celui-ci au correspondant de son choix.

Il est désirable que le médecin traitant, suivant la pratique habituelle, se mette en rapport avec le médecin thermal pour l'éclairer sur le cas du malade qu'il lui adresse. Le médecin thermal, à son tour , devra à la fin de la cure rendre compte au confrère traitant des résultats obtenus par le traitement thermal, et des observations qu'il aura pu faire sur son malade.

Clinique médicale propédeutique de la Charité. (Professeur Emile SERGENT.) — Le Cours de perfectionnement sur la tuberculose aura lieu du 8 juin au 4 juillet inclus.

L'affiche avec le programme détaillé vous sera envoyé ultérieurement.

La Société mutuelle de retraite des médecins du front, réunie en assemblée générale le 28 mars 1931, à la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence du professeur Balthazard, a élu un Conseil d'administration, lequel a constitué ainsi le bureau :

Président : professeur Balthazard ; vice-président : docteurs Nogué et Sénéchal ; secrétaire général : docteur Pasquet ; trésorier : M. Hufnagel ; secrétaire général adjoint : M. Lévy

Moyennant des versements, complétés par des subventions de l'Etat, variant de 25 à 60 p. 100, cette Société assure aux médecins munis de la carte de combattant des retraites de 6.000 fr., après dix années de versements, ramenées à quatre ans à partir de soixante ans.

Pour renseignements, s'adresser au docteur Pasquet, 42, rue de Bretagne, Paris (VIe).

Stations thermales. — La station thermale de Pougues (Nièvre) est ajoutée à celles où les fonctionnaires du service colonial et des service locaux des colonies peuvent être envoyés en traitement, dans les conditions prévues.

La durée du traitement dans cette Station est fixée à vingt-et-un jours.

Diplôme de médecin sanitaire maritime.— Les jurys pour l'examen des candidats aux fonctions de médecin sanitaire maritime sont constitués dans les villes et aux époques ci-après : Marseille (mars), Paris (juin), Bordeaux (octobre).

Société médicale d'Aix-les-Bains. — Une séance d'études et de discussions se tiendra à Aix-les-Bains le dimanche 17 mai.

Deux rapports seront présentés : 1° La sédimentation globulaire dans le rhumatisme chronique ;

2° La coxarthrie ou arthrite chronique de la hanche.

On se réunira à l'établissement thermal à 10 h. 15 et les conférences auront lieu à 10 h. 30 et à 16 heures.

Tous ceux que cette question intéresse sont cordialement invités. La municipalité d'Aix-les-Bains se fera un plaisir d'être leur hôte ce jour-là.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétaire général de la Société médicale d'Aix-les-Bains.

Nécrologie. — Dr Victor AUGAGNEUR, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Lyon, député du Rhône, ancien maire de Lyon, décédé à l'âge de 75 ans, dans une maison de santé du Vésinet. Né à Lyon, le 16 mai 1855, il fit ses études médicales à la Faculté de médecine de Lyon. et devint successivement interne des hôpitaux (1877), docteur en médecine (1879), chef de clinique chirurgicale (1880), chirurgien en chef de l'Antiquaille (1883), agrégé de chirurgie (1886), professeur de pathologie chirurgicale (1895) et de clinique des maladies vénériennes et cutanées à la Faculté de Lyon (1904).

Il fut rédacteur en chef de la *Province Médicale* de 1886 à 1900. Parmi ses travaux, signalons : *La Syphilis héréditaire tardive*, *Traité des maladies vénériennes* (1900), en collaboration avec le docteur Carle ; *Etude sur le Paludisme* (1908). A ces travaux, peuvent s'ajouter ceux sur la Prostitution des filles mineures (1888). *Le rôle médical dans la réglementation de la prostitution*, rapports présentés au Congrès de Bruxelles (1900) et à la commission extraparlementaire de Paris (1907-1908), dans lesquels il soutint la thèse de l'inutilité et de l'immoralité de la surveillance et de la règlementation de la prostitution. — Dr Edmond CHAUMIER, de Tours, directeur de l'Institut vaccinal de Plessis-les-Tours, membre correspondant de l'Académie de Médecine. — Dr S. DUBOIS père, de Saujon (Charente-Inférieure). — Dr Raoul LACRONIQUE, médecin général du cadre de réserve, décédé à Versailles. — Dr Laurent MANIFICAT, père, de Pontchana-sur-Turdine (Rhône). — Dr SCRINI, de Paris, officier de la Légion d'honneur. — Dr Henri SOULIÉ, professeur honoraire à la Faculté de médecine d'Alger, vice-président du conseil départemental d'hygiène.

« Pour concourir, il faut avoir la jeunesse avec son emballement et ses illusions. Dans candidat, il y a le mot candide. De fait, il faut bien une certaine candeur pour accepter par avance les imperfections de la justice des hommes, les risques, les aléas de l'épreuve et la lutte parfois inégale. » (Professeur Raymond GRÉGOIRE, Leçon d'ouverture.)



BIBLIOGRAPHIE

Paysages d'Annecy, par LÉANDRE VAILLAT. Un fort volume in-4° carré de 160 pages, imprimé par Protat frères, sur pur fil d'Arches filigrané NECI, illustré de 70 dessins d'André Jacques reproduits en phototypie dans les ateliers de Jacomet et Cie, tiré à 100 exemplaires numérotés en chiffres romains et non mis dans le commerce et à 1.800 exemplaires numérotés de 1 à 1.800. Prix de souscription 110 francs. Librairie Dardel, Chambéry.

Après ses paysages de Paris, d'Amérique, de Tunisie, du Maroc et de l'Inde, il était naturel que Léandre Vaillat nous donnât ses *Paysages d'Annecy*. C'est le livre ému d'un écrivain qui, ayant beaucoup circulé sur les grandes routes du monde, s'arrête un instant au pays où il est né et tâche de le regarder avec l'œil frais d'un homme qui s'en est quelque temps détaché et cependant la sensibilité qu'avivent en lui des souvenirs personnels.

Il est temps que nous songions à assurer par le papier, par la présentation, par la typographie, par l'illustration, une forme définitive à ces pages qui ont paru sous un aspect plus modeste, mais qui ont cependant retenu, dès leur apparition, l'attention des critiques contemporains. Citons Henry Bordeaux, bon juge en la matière :

« Comment parlerai-je d'un tel livre ? A chaque ligne je dois m'arrêter pour mieux voir. C'est mon enfance et ma jeunesse qui sont là. Je les appelle, et elles me sourient. A chaque pas, on se heurte à quelque roman. Pèlerin vigilant, M. Léandre Vaillat a grand soin de l'évoquer. Et son livre, embaumé de nos fleurs de montagne, est encore tout chargé de vie humaine. »

Puis Camille Mauclair :

« Jeanne de Chantal, inconsolable de son mari, devint une sainte et ressuscita avec François de Sales les plus beaux romans d'amour spirituel de l'Italie du XV[e] siècle, une amitié idéalisée pareille à celle qui unit Michel-Ange et Vittoria Colonna. Ce roman, M. Léandre Vaillat l'a raconté avec une sûreté définitive et un charme infini : c'est une des plus jolies idylles d'âme qu'on puisse trouver dans l'histoire de la dévotion que j'appellerai « sympathique ». Il y a de la sublime ingénuité de François d'Assise en ce François de Sales composant pour toucher le cœur des femmes les plus délicieux discours. Cet homme, doué d'une inimitable grâce de l'esprit était l'ami d'Honoré d'Urfé, le poète fleuri de l'Astrée ; c'est dans les lieux mêmes où le saint et le poète avaient vécu, que le jeune Rousseau fut conduit à son ivresse à la fois sensuelle et mystique, philosophique et immoraliste, par l'amour de Madame de Chantal et de François de Sales. C'est certainement là une des ascendances les plus curieuses et les moins connues du génie complexe, profane et dévot, de ce capricieux Jean-Jacques... Je n'ai vu que personne, avant M. Vaillat, eût expliqué de cette manière l'influence de la Savoie sur la formation de la sensibilité de Rousseau. »

Mais n'oublions pas que tous ces personnages salésiens et romanesques se profilent sur un fond de paysages qui sont tissés, suivant l'expression de Camille Mauclair, « par un artiste de la langue française ». A la vision de cet artiste de la langue française, s'ajoute, sans faire double emploi avec elle, la vision de l'illustrateur, ANDRÉ JACQUES. Celui-ci, avec un goût très sûr, n'a pas eu la déplorable idée de serrer le texte d'une manière littérale et descriptive. Non, ses délicieux dessins prolongent en quelque sorte l'émotion causée par l'auteur, à la manière dont une musique de scène prolonge le dialogue d'une pièce de théâtre. Dessins au lavis, tout baignés de blondes et transparentes clartés, dessins à la plume, agrafant bien un motif d'architecture, d'une solide et durable pierre, ils suggèrent et définissent tout à la fois. Les paysages d'Annecy de Léandre Vaillat ceux d'André Jacques, composent, suivant le mot dont l'écrivain s'est servi en manière d'introduction, un *pourtraict de ville*.

Encyclopédie par l'image : Le Maroc. Un vol. in-8°, avec 95 illustrations, papier de luxe, couverture en couleurs, broché : 5 francs. Librairie Hachette.

Une œuvre considérable a été faite au Maroc. Un exemple étonnant a été donné de la construction, de l'organisation d'un pays moderne. D'un tel succès, quels sont les auteurs ?

Les hommes, en premier lieu. Le Maroc est né sous le signe de la confiance, une confiance qui a forcé parfois la nature. La spéculation elle-même a été ici acte de confiance. Casablanca s'est faite contre vents et marées. Le Maroc est une œuvre humaine née de la collaboration de deux peuples. Mais cette œuvre porte une signature : Lyautey. C'est Lyautey qui pendant treize ans (1912-1925) a pensé, ordonné, voulu le Maroc moderne.

On le verra dans ce magnifique fascicule, richement illustré, — et bien d'actualité à la veille de l'Exposition coloniale.

L'Amour de l'Art. Le numéro d'avril 1931 est consacré à Toulouse-Lautrec. 93 illustrations.

Ab. : France : un an : 95 fr. Librairie de France, 110, boul. Saint-Germain, Paris.

TRAVAUX ORIGINAUX

La loi de similitude, son mode d'application L'homéopathie d'hier, celle d'aujourd'hui

Par P. FERREYROLLES (La Bourboule)

L'immense fatras de doctrines médicales élaborées au cours des siècles passés gravite autour de deux principes absolument opposés, l'un s'exprime par la formule hippocratique *Similia Similibus Curantur* », l'autre par l'axiome énoncé cinq siècles plus tard par Galien « *Contraria, contrariis curantur* ».

Ni Hippocrate, ni Galien certes n'étaient absolus dans leur dogmatisme, leur intelligence était trop puissante pour ne pas comprendre combien la vérité est multiple et confuse, mais la différence d'esprit que l'on observe entre ces deux écoles se traduit essentiellement par une divergence sur ce point capital de la thérapeutique.

Lutte en somme de deux conceptions différentes. Pour Galien et ses disciples, la maladie est due à une cause occasionnelle, fortuite, extérieure à l'individu : « il n'existe pas de troubles fonctionnels sans altération antécédente de l'état matériel, le trouble de la fonction est la manifestation de la maladie, l'altération de l'état matériel est la maladie elle-même ». Toute la thérapeutique est donc orientée contre la cause, guérir, c'est empêcher la maladie de se dérouler par une intervention dont l'action est contraire. Cette tendance d'esprit aboutit à une recherche purement analytique et fragmentaire de la cause et la thérapeutique varie, par conséquent, suivant l'idée que l'on se fait de l'étiologie des maladies.

Pour Hippocrate et son école, la maladie est l'aboutissement d'un « quid ignotum » préexistant qui a pu demeurer latent, la maladie n'est pas due à une cause locale, mais générale qui s'étend à tout l'organisme, à toute son histoire. Elle se traduit par une série de symptômes qui sont l'expression de l'effort de la nature pour retrouver son équilibre momentanément perdu. Ces symptômes, il ne faut pas les combattre, mais les favoriser, la médication devra donc agir dans le même sens que la maladie pour aider la nature médicatrice et doit s'adresser à l'être tout entier, elle est synthétique et constitutionnelle.

Ces deux courants eurent à travers les siècles à peu près également des périodes alternatives d'épanouissement et d'abandon. Vers la fin du siècle dernier et au début de celui-ci au fur et à mesure que « nos connaissances augmentaient » avec la découverte du microscope, de la pathologie cellulaire, des microbes, des idées d'infection, des différents procédés d'examen de plus en plus précis, on a pu rêver d'une médecine impersonnelle où le diagnostic établi par des réactions de laboratoire, serait indéformable par le coefficient personnel et le traitement fixé comme en vertu d'une équation, mais cette imagination n'a pas résisté au contrôle des faits. Force est aujourd'hui de faire intervenir tous les autres éléments de l'individu qui font qu'il fait sa maladie à lui strictement individualisée ; il est indispensable de le voir pour le soigner utilement comme un tout vivant.

La maladie n'est plus locale mais atteint l'organisme tout entier, le fonctionnement pathologique à ses harmoniques que l'on étudie aujourd'hui comme l'école de Cos étudiait autrefois les sympathies. On nous apprend à respecter certains symptômes traduisant l'effort spontané de la nature vers la guérison. On nous conseille d'aider la nature médicatrice. On revient à l'hippocratisme, mais de ses méthodes thérapeutiques à travers les siècles, codifiées par Hannemann, il y a plus de 100 ans, on ne sait à peu près rien. Quel admirable livre pourtant que l'Organon et quelle matière à réflexion !

* * *

Vers la fin du XVIIIe siècle et au début du XIXe, on est entiché de systèmes et l'on soigne les maladies par la représentation spéculative que l'on s'en fait. Pour les uns, les mécanistes avec Boerhave, toute la vie se ramène à des phénomènes d'ordre physique et mécanique, les lois des leviers et les lois de l'hydraulique s'appliquent au corps humain : la thérapeutique doit contenir les tendances exagérées des maladies. Pour les autres, la théorie vitaliste de Van Helmont, de Stahl, explique toutes les maladies et toutes les guérisons par l'âme. Tout mouvement se fait dans un but déterminé, tout déterminisme implique intelligence et l'intelligence réside dans l'âme ; mais l'âme domine la matière, l'âme est donc le réceptable suprême de toutes les résistances contre la maladie ; l'âme les dirige vers la guérison. Bichat, Broussais, toute la Faculté de Paris, sont favorables au mécanisme. Bordeu, Barthez, la faculté de Montpellier soutiennent le vitalisme qui repose sur les notions de force vitale médicatrice, la thérapeutique consiste pour lui à soutenir l'organisme dans ses réactions d'ensemble, tandis que les mécanismes s'efforcent de combattre la cause supposée du mal.

Mais nulle part, aucune règle, aucune méthode sur laquelle le praticien puisse asseoir sa thérapeutique.

Hannemann, médecin, gémit de cette incertitude ; il lit, dévore anciens et modernes, les traduit, les commente, les abrège, les assimile et à trente quatre ans est déjà célèbre par son érudition. Traduisant la « Matière médicale » de l'écossais Cullen, il fut frappé des propriétés remarquables que cet auteur attribue au quinquina dans les affections les plus diverses, ce qui semblait en contradiction avec les idées que l'on pouvait avoir sur leur étiologie. Etant donné la personnalité de Cullen, ces contradictions devaient n'être qu'apparentes. Il crut que le meilleur moyen de savoir, serait d'expérimenter et de vérifier sur lui-même les effets du quiniquina. Il en prit une décoction plusieurs jours de suite et ne tarda pas à éprouver plusieurs effets analogues à ceux contre lesquels Cullen vantait son action : faiblesse, accès fébriles intermittents, douleurs rhumatismales, sueurs, etc.

Ce fut pour lui un trait de lumière, il y entrevit une confirmation de la loi des semblables, mentionnée par Hippocrate, étudiée par Paracelse et le R. P. Kircher et pensa aussitôt que cette loi pourrait bien avoir en thérapeutique une portée plus vaste que celle que l'on avait soupçonnée jusqu'ici.

Il répéta ses expériences et essaya toute une série de substances connues alors comme spécifiques contre certains états bien déterminés, il vit que l'absorption de toutes ces substances pouvaient reproduire chez l'homme sain, les symptômes essentiels des affections contre lesquelles elles étaient préconisées.

Il renversa alors la question et il étudia sur l'homme sain, l'effet de substances dont on ignorait l'action pour voir si, à l'aide des effets qu'elles produiraient (effets qu'il appela pathogéniques), il pourrait les employer avec succès contre des affections caractérisées par la production de symptômes semblables. Il insista beaucoup sur la nécessité d'expérimenter les remèdes sur l'individu sain, pour une plus grande précision, de façon à ce que l'on ne puisse confondre les symptômes de la maladie avec ceux provoqués par le remède. Le succès justifia son attente, l'effet de ces remèdes sur ces états lui parut plus direct, plus rapide, meilleur que ceux des remèdes que l'on avait l'habitude de leur opposer. L'expérimentation lui parut dès lors indispensable à la base de la thérapeutique. Ce n'est que par l'expérimentation d'une substance médicamenteuse sur l'homme sain et par les effets produits que l'on pourra en déduire son action thérapeutique.

Ces expériences, il les répéta dans sa clinique pendant quinze ans sans en parler à personne et ce n'est qu'après s'être assuré que les faits observés en série justifiaient ses conceptions, qu'il publia son premier ouvrage : « Médecine de l'expérience ».

« Pour guérir, dit-il aussi promptement, aussi sûrement et aussi doucement que possible cherchez avant tout et dans tout les cas accessibles à l'action d'un agent médicinal, un médicament qui puisse produire sur un homme en santé des effets semblables à l'affection qu'il s'agit de guérir, et n'ayez recours aux

diverses méthodes employées jusqu'ici que dans les cas où vous manquerez de remède à action directe. »

En 1796, il affirma la nécessité de faire du principe « similia similibus curentur », disent les uns, curantur disent les autres, (jusqu'alors l'exception), le grand principe de la thérapeutique, en même temps qu'il en limite les possibilités. Sa méthode devient l'homéopathie de *homoios* semblable et *pathos*, affection. En même temps, qu'il tâchait de faire une classification nouvelle des états morbides plus utile pour le praticien, en les désignant sous le nom du médicament semblable qui les guérit, au lieu des anciennes appellations qui ne correspondaient plus à ses idées.

Mais plus Hannemann s'appliquait à expérimenter l'action des différentes substances sur l'homme sain, plus il fut frappé du fait que l'action d'un remède était le plus souvent suivie d'une action opposée, ce qui lui fit distinguer les effets primitifs des médicaments et leurs effets secondaires. Il attribua les premiers à la dose employée, à l'action toxique du remède sur l'organisme, les seconds à la réaction spontanée de l'organisme tendant à combattre l'état pathologique que la substance médicamenteuse avait créé. C'est à cette action secondaire, sans doute que devait être attribuée l'action curative du remède ; elle seule dès lors importait. Il fallait, par conséquent, chercher à supprimer l'action primitive ou la réduire en tous cas au minimum en abaissant les doses et déterminer pour chaque remède la dose minima utile pour produire l'effet consécutif avec le minimum d'action première, même sur l'expérimentateur le plus susceptible. Car, remarque-t-il, tout le monde n'est pas également susceptible à une substance, tous les individus en expérience ne présentant pas tous la totalité de symptômes dont se compose la maladie artificielle qu'elle pourrait occasionner. Pour se faire une image exacte d'une maladie, il faut étudier de nombreux cas et distinguer les symptômes constants de ceux qui sont accidentels. Il en est de même pour l'étude d'un remède. Expérimentateur d'un côté, malade de l'autre, doivent présenter une certaine susceptibilité, une certaine sensibilité à l'action du remède pour que sur eux puisse se développer l'action semblable du remède, de même que la maladie doit également rencontrer une réceptivité naturelle de certains de ces organes pour que tel ou tel symptôme se développe chez eux plutôt que tel ou tel autre.

Cette prédisposition n'est qu'une manifestation de leur moi intime qui imprime son cachet particulier à l'action du remède comme à l'action de la maladie. C'est ce moi qu'il faut toucher. Pour le bien connaître, il faut savoir les symptômes qui lui appartiennent en propre, c'est-à-dire au milieu, de toutes ses sensations physiques, de toutes ses réactions morales, distinguer celles qui l'individualisent et trouver le remède qui les couvrira toutes. D'où la nécessité d'étudier le malade complètement par un interrogatoire très poussé qui permettra de se rendre compte de la valeur relative des signes de la maladie et de celle 'd'égale importance de ceux provoqués par le semblable, le remède en l'espèce.

A cause de cette sensibilité spécifique, de cette idiosyncrasie, la dose nécessaire pour produire un effet, devrait pouvoir être très faible.

Il diminue donc progressivement les doses qu'il avait jusqu'alors employées. Il remarque que presque tous les médicaments étaient aptes à produire des effets pathogéniques et à opérer des guérisons à doses infiniment plus petites que celles employées habituellement, « à des doses tellement faibles même, dit-il plus tard, que la raison s'oppose à y croire ». Par conséquent, lorsque l'on applique la loi de similitude, il faut : « *employer toujours la dose minima utile* », dose qui peut être très différente pour chacune des substances utilisées et peut aller pour certaines jusqu'à la dose infinitésimale, et qui doit, cependant, ne pas être inférieure en action à la maladie elle-même et pouvoir provoquer après absorption une aggravation homéopathique imperceptible.

L'expérimentation lui montre parfois que, dans les dilutions très poussées, il ne doit rester qu'une dose de matière tellement faible que pour que les effets en soient si apparents, cette matière doit évidemment avoir en elle-même quelque chose d'autre que sa masse qui agit, une force spéciale, un dynanisme propre : « *Faibles mortels que nous sommes, nous n'avons coutume de considérer les choses visibles et palpables que comme des matières mortes. Nous en tenant à la surface des choses, nous avons coutume de ne considérer que les apparences, nous ne pouvons concevoir les véritables vertus de la matière, mais surtout des matières médicinales qu'en faisant attention à tous leurs effets et en les jugeant sans prévention. Leur véritable essence est dynamique et consiste en des forces immatérielles.* »

Pour développer au maximum ce dynanisme, pour libérer au maximum ses forces, il faut triturer, diluer la matière, soumettre ces dilutions et ces triturations à des succussions successives, car « *rien dans la nature ne manque de vie ou de force, c'est à l'homme de les développer* » et plus loin « *dans la nature la matière est peu de chose, les forces sont presque tout, la matière est force* ». Donc triturer la matière, la diluer jusqu'à sa plus impondérable division, ce n'est pas seulement accomplir un acte mécanique, c'est encore et surtout libérer de l'énergie, la matière primitive peut disparaître en apparence, mais l'essence s'en retrouver tout entière dans ce dynamisme libéré.

Cette action dynamique, remarque Hannemann, prolonge du reste ses effets, même après cessation de l'administration des doses, pour certaines substances au delà de plusieurs semaines, pour d'autres un temps beaucoup plus court, pour quelques-unes, elle s'épuise dans les 24 heures, parfois en quelques heures, plus tôt encore pour d'autres. Ce qui l'amena à établir pour chaque substance une durée approximative de durée d'action des remèdes et à préciser leur mode d'administration dans les états aigus et dans les états chroniques. Plus la maladie est à marche rapide, plus souvent devra être répété le médicament, dans les maladies, comme le choléra par exemple, on pourra soulager le malade en lui donnant une dose de camphora toutes les 5 à 10 minutes, tandis que dans les maladies chroniques, plusieurs semaines d'intervalle pourront être parfois nécessaires entre chaque dose.

Cette action, une fois déclanchée, la chose la plus rationnelle qu'on puisse faire, c'est de la laisser marcher sans entrave, sans y ajouter l'action d'une nouvelle dose ou d'un nouveau remède, ce qui gènerait le processus de guérison au point de la compromettre tout à fait. Si elle tardait à s'établir, c'est que le médicament a été sans doute mal choisi et plutôt que de continuer à en administrer de nouvelles doses, il faut s'efforcer de trouver le bon. D'où cet autre corollaire : *Ne jamais répéter les doses tant que l'action du remède n'est pas épuisée.* Il faut savoir attendre.

Par quoi se manifeste l'action du remède bien choisi ou correctement prescrit ? L'expérience a montré que la dose du médicament véritablement indiqué ne laisse presque jamais de provoquer une réaction se traduisant par une véritable aggravation des symptômes, aggravation passagère de quelques heures en général, suivie d'une amélioration générale et progressive. Cette amélioration pour être vraiment curative devra se faire dans l'ordre inverse de celui où les symptômes sont apparus, le malade se sent d'abord mieux dans l'ensemble, puis s'améliorent les organes les plus importants d'abord, les autres ensuite, la peau enfin. Toute amélioration qui se produirait dans un ordre différent de celui-ci : de haut en bas, de l'intérieur à l'extérieur n'est pas durable. Suivant que sous l'influence du remède, cette aggravation est courte et légère, rapide ou durable, tardive et plus ou moins marquée, suivie ou non d'une amélioration, rapide tardive, plus ou moins nette, suivie de la disparition totale ou partielle des symptômes ou de l'apparition des symptômes nouveaux, on peut en déduire l'action du remède sur la maladie et faire un pronostic quant au résultat de traitement.

Telles sont dans leurs grandes lignes les règles qu'Hannemann a déduites de l'expérimentation et qu'il a données comme permettant seules d'obtenir un bon résultat thérapeutique de l'application de la loi des semblables :

« *Si les médecins ne pratiquent pas scrupuleusement ce que j'enseigne, qu'ils ne se disent pas mes disciples, mais surtout qu'ils n'attendent pas de résultats de leurs prescriptions.* »

* * *

Tous n'ont pas pratiqué « scrupuleusement » ; il y a parmi les homéopathes « les purs » qui s'en tiennent aux règles de l'Organon et les « dissidents » qui ont gardé les principes initiaux mais ont évolué, élargi leur thérapeutique, facilité leurs prescriptions par des associations médicamenteuses, etc... Nous n'abordons ici que la méthode pure, c'est la seule ici qui nous intéresse, car c'est à elle seule que l'on demande de se justifier.

Nous disons la méthode, car les modes d'application de la loi de similitude constituent *la méthode thérapeutique homéopathique*; les théories d'Hannemann basées sur ses observations : *la doctrine homéopathique* qui mériterait à elle seule un long développement. C'est contre la thérapeutique que se sont élevées les plus vives critiques. Maintes fois, on y a répondu, d'autant plus facilement que les adversaires de l'homéopathie semblent n'avoir pas sur elle de notions bien précises. Disons simplement aujourd'hui quelles sont les raisons que nous avons de croire que l'homéopathie doit faire partie de notre acquit scientifique, montrons que nous en faisons souvent sans le savoir ou sans vouloir l'avouer, mais qu'alors nous la ferions beaucoup mieux si nous voulions la pratiquer suivant les règles de l'Organon.

La loi de similitude ?

Mais c'est une loi générale de la thérapeutique : le médecin tout court l'utilise tous les jours, la vaccination jennérienne, l'auto-hémothérapie, la vaccination antimicrobienne, toute la thérapeutique par désensibilisation spécifique relèvent de ce principe. Si on ne l'utilise pas davantage, c'est probablement à cause de sa difficulté et du trop grand nombre d'insuccès qui en ont suivi les applications. Mais cela est-ce la faute de la méthode, du manque de règles bien établies ou de l'ignorance de ceux qui s'en servent ?

La valeur de cette loi nous est confirmée par Claude Bernard dans chacune de ses « Leçons de physiologie ». Reprenons donc point par point les observations d'Hannemann et voyons ce que nous en disent physiologistes et médecins d'aujourd'hui.

La nécessité d'une expérimentation de substances médicamenteuses sur l'homme sain plutôt que sur le malade pour en mieux observer les effets ?

« Il n'y a pas une physiologie normale et une physiologie pathologique, dit Claude Bernard, les distinctions que l'on a tenté d'établir à ce sujet ne reposent que sur l'addition rare et simple de phénomènes morbides qui prennent seulement leur part dans un ensemble de manifestations dont la nature ne change pas pour cela. »

Que ces effets puissent reproduire les symptômes d'une affection ordinaire ? Nous lisons dans la deuxième leçon :

« Il existe une si grande analogie entre les symptômes d'une affection ordinaire et les désordres qui résultent de l'ingestion d'une substance toxique dans l'économie que l'on peut jusqu'à un certain point considérer les effets du poison comme le type le plus légitime des actions morbides... »

Nous pourrions citer toute une série d'exemples : digitale, aconit, mercure, arsenic, 914, etc... ; à la lecture de chacune des pathogénésies homéopathiques, on reconnaît les syndromes que l'on rencontre à chaque instant dans la pratique médicale courante. J'en ai donné un exemple détaillé dans le *Journal médical français* dans le numéro du livre jubilaire du Prof. Castaigne avec la strychnine, en voici un autre : le syndrome entéro-rénal d'Heitz-Boyer décrit depuis bien longtemps dans la pathogénésie du Berberis vulgaris :

Berberis. (*Materia Medica Bœricke*)	*Syndrome entéro-rénal.*
Très grande variabilité des symptômes. Céphalée, en casque ou frontale, vertige, indifférent, apathique, frissons, fièvre. Teint pâle jaunâtre. Douleurs dans la poitrine et dans la région du cœur. Nausées le matin, inappétence ...s à l'estomac.	Céphalée tenace, migraines, vertiges, inaptitude au travail, fatigue à l'effort, sensibilité au froid, lassitude générale. Etat subfébrile. Facies pâle, anémié, subictérique. Crises de tachycardie avec extrasystoles (on a décrit la forme entéro-pulmonaire). Etat nauséeux avec anorexie et flatulence.
Douleurs vésiculaires s'étendant à l'estomac, à la rate, constipation, diarrhée sans douleur. Douleurs dans les reins s'étendant aux ligaments de Poupard et aux cuisses. Urines brûlantes, sensation que la vessie ne se vide pas, mictions fréquentes, cystalgie, avec douleurs s'étendant aux cuisses, urines sédimenteuses et purulentes. Douleurs du cou, du dos, lumbago, polyalgies, sensation de froid aux cuisses. Prurit eczéma.	Douleurs vésiculaires, nombreux points névralgiques, abdominaux, douleurs en ceinture. Alternative de diarrhée et de constipation. Cystalgie, mictions fréquentes parfois aussi rétention vésicale. Urines purulentes sédimenteuses. Névralgies cervico-dorsales. Polyalgies refroidissement des extrémités. Eczéma, lésions cutanées (Flandin).

Tout y est, syndrome entéro-rénal, syndrome entéro-hépatique, entéro-pulmonaire et tous ceux que l'on voudra ajouter sur le même thème.

Nous pourrions retrouver le syndrome malin d'Hutinel avec Baptisia et tant d'autres, ce serait fastidieux.

Et Claude Bernard ajoute en contrepartie :

« Rien ne ressemble d'aussi près à l'action des poisons que celle des causes morbifiques et la connaissance exacte de l'évolution d'une maladie nous indique en même temps le mécanisme de la guérison. »

D'où il tire comme conclusion

« Voilà pourquoi si vous administrez un médicament à un individu malade, son action devra se porter de préférence sur l'organe souffrant, c'est de ce côté que les actions électives doivent se manifester. »

Mais ce tropisme, ces actions électives, comment les reconnaître sinon aux seuls signes apparents, c'est-à-dire aux troubles ressentis par l'expérimentateur qui doivent reproduire les symptômes cliniques de la maladie qui doit guérir le remède ? Hannemann insiste sur la nécessité d'une similitude complète de tous les symptômes, de toutes les sensations, de toutes les impressions particulières et aujourd'hui, c'est Sir James Mackenzie qui, dans son remarquable ouvrage : « Les symptômes et leur interprétation » nous rappelle que le clinicien ne doit pas se laisser guider par le laboratoire, que l'étude attentive de la seule symptomatologie peut véritablement conduire au diagnostic. Il nous recommande d'étudier patiemment non seulement toutes les sensations, mais encore tous les changements de caractère, toutes les sensations éprouvées par les malades. Et alors que toute la génération médicale actuelle était plutôt mise en défiance contre les signes subjectifs présentés par les malades, on enseigne aujourd'hui aux jeunes que la maladie comporte toujours un certain nombre de modifications de l'activité physiologique et morale. Ils ne peuvent donc point trouver aussi ridicules les questions si détaillées posées par les homéopathes puisque chacune de ces perturbations morales est en rapport avec des changements du corps.

Si ce semblable peut reproduire les symptômes maladie peut-il avoir sur elle une action utile ?

On peut en citer maints exemples en s'appuyant sur le principe d'autorité de nos maîtres. Trousseau, Huchard, Chantemesse, Fiessinger, Widal, Abrami, Joltrain, Pagniez, Valéry-Radot, Léopold-Lévi ont démontré cliniquement la vérité de la loi de similitude, il serait trop long de rappeler leurs travaux, maintes fois dans la discussion de la valeur de ce principe, ils ont été rappelés. Et nous ne voulons ici donner seulement des preuves expérimentales.

« Il y a en toxicologie, dit le Professeur Richet, une règle absolue qu'on oublie trop souvent, c'est que toute action toxique destructive est précédée d'une action excitatrice plus ou moins longue, plus ou moins stable, une cellule qui meurt par un poison avant de mourir est stimulée dans son action »

C'est cette action excitatrice que l'homéopathie a, la prétention de rendre plus longue, stable jusqu'à la guérison.

Et si le Professeur Lépine a étudié l'action de la phase contraire des remèdes, le Professeur Jagadie Bose a montré cette action sur le développement des plantes sous l'influence de doses différentes d'un même médicament, confirmant expérimentalement la loi de Rudolphe Arndt :

« Les petites excitations provoquent l'activité vitale, les excitations moyennes l'augmentent, les excitations fortes la jugulent, les excitations exagérées l'abolissent, mais à tous les degrés de l'échelle excitatrice, les effets sont proportionnels au degré de la maladie. »

Etudiez les résultats de Jagadie Bose sur la façon dont se conduisent des lots de mêmes plantes conservés dans des conditions différentes, si l'on peut dire suivant leur état de santé : un lot peut mourir, l'autre ne pas être influencé, l'autre se développe d'une façon extraordinaire. Ainsi se trouve justifiée l'importance qu'Hannemann attachait à la gravité de l'état du malade pour la prescription de la dose du remède. En effet, Hugo Schultz étudiant les rapports de la loi de Pfluher et de Ritter-Vali conclut que :

« Plus est avancé le processus morbide, moins forte a besoin d'être l'excitation venant de dehors pour atteindre un effet d'une certaine intensité, et l'on peut dire que l'excitation latente, résultat de l'état moribond du nerf, s'ajoute à l'excitation venant du dehors. »

Il est donc aisé de comprendre que pour déclancher cette excitation, il peut suffire parfois de doses faibles, infiniment faibles, impondérables même. Nous comprenons aussi « qu'une dose puisse agir non pas tant par sa masse que par son dynamisme » comme l'enseignait Albert Robin, dynamisme que nous obtiendrons en poussant la dilution jusqu'à un commencement de dissociation atomique « car ainsi, ajoute Gustave Lebon, les quantités de matières mises en jeu sont infiniment petites et les énergies libérées infiniment grandes». Il faudrait citer bien des passages où ce philosophe contemporain développe le mécanisme de la dose infinitésimale. « C'est de l'énergie intra-atomique libérée par la dématérialisation de la matière que dérivent la plupart des forces de l'individu ». Le médicament homéopathique n'est qu'une force extériorisée hors de la substance prise comme remède, dit Hannemann.

Nous voyons croître tous les jours l'importance de cette force physique en biologie lorsque nous voyons la chimie faire place à la chimie physique et attribuer à des phénomènes physiques les floculats, les précipités, les méfaits de certains virus, les bienfaits des hormones endocrines, les effets de certains sels métalliques, ou l'action des vitamines. N'est-ce pas elle qui agit dans l'action de 0,00000005 d'ovoalbumine suffisante d'après Wells pour provoquer l'anaphylaxie ? Dans son article, Martiny rappelle les travaux de Gabriel Bertrand, de Jousset, de Richet sur l'action biologique de doses infinitésimales de substances, ses expériences et celles de Prétet sont une preuve à ajouter à toutes celles que nous trouverions dans la littérature médicale puisque les adversaires de l'homéopathie ont eux-mêmes apporté la preuve biologique jusqu'à la vingtième dilution décimale de l'action du remède. Et n'ont-ils pas parcouru pour arriver à admettre cette action plus de chemin qu'il n'en reste à parcourir pour admettre définitivement l'action des centièmes ou des millièmes dilutions dynamisées? Martiny, du reste, montre combien les théories de Charles Henry doivent bouleverser nos idées sur la biologie de demain, il montre avec M. Berné par des calculs que l'inconcevable hier est vérité d'aujourd'hui.

L'effet du remède est accru par les succussions ou les triturations successives, la chose est aisément contrôlable. L'Institut Cheabe a montré par des microphotographies combien le temps de trituration modifie la superficie des corps, au bout de dix minutes, le diamètre des particules est de 10 à 20, vingt minutes après, les dimensions sont beaucoup plus petites, après une heure, on a un aspect homogène.

Mais si les adversaires de l'homéopathie ont pu constater avec l'Allemand Hobner que la 15e dilution de camphre pouvait encore agir par sa masse : s'ils ont pu observer les effets physiologistes à 1/40.000.000 d'acide prussique, provoquer la floculation par 1/700.000.0000 de chlorure de mercure ou de sels de cuivre, ils objectent néanmoins que les dilutions des homéopathes sont poussées si loin qu'il n'y a plus rien et qu'elles sont forcément sans action, c'est qu'ils ignorent sans doute les expériences de Boyd publiées et contrôlées voilà plus de dix ans, et qui n'ont jamais été infirmées.

Le Dr Boyd de Glascow et ses collaborateurs, convaincus, parce qu'ils avaient vu sur le malade, de l'efficacité des hautes dilutions homéopathiques, ont cherché à mettre cette action en évidence. Au moyen de son émanomètre, avec des médicaments dont la dilution atteignait la cent-millième, il a pu produire des réflexes chez l'homme sain, différents suivant les médicaments et d'intensité différente suivant le taux de la dilution, réflexes qui lui permettent d'identifier les produits soumis à son examen.

Ces faits parurent tellement extraordinaires à la Société Royale de Médecine de Londres qu'elle a nommé pour les vérifier une commission de savants qui ont établi des expériences de contrôle de la plus grande sévérité. J'en ai publié l'étude dans le *Bulletin médical* (n° 27, 1925), il sera facile à tous ceux que la question peut intéresser, de s'y reporter. Voici les conclusions de la commission : « il a paru à la Commission que le hasard n'était pas en cause et il a fallu admettre les faits annoncés par Boyd ou penser que le Dr Wateley Smith avait été victime d'une adroite supercherie, hypothèse qui fut écartée. Cependant, ces faits, tellement surprenants, avant d'être définitivement admis comme vrais, devaient être contrôlés par d'autres personnes et la Commission décida de procéder à de nouvelles expériences. Les membres tombèrent d'accord pour s'adjoindre MM. E. J. Dingwall, officier de la Société for Psychical Researches, connu par ses travaux sur les méthodes de supercherie de prestidigitation, de clairvoyance, de photographie spirite, etc..., et dont la compétence est universellement connue. « Nous avons fait avec son concours toute une nouvelle série d'expériences avec des appareils, des médicaments et des expérimentateurs différents. Les résultats furent identiques à ceux trouvés par le docteur Wateley Smith, et les expériences du Dr Boyd n'en furent pas moins impressionnantes. La commission a jugé inutile de procéder à de nouvelles expériences. » Sur ces données, Boyd et ses collaborateurs continuent leurs recherches qui sont certainement parmi les plus captivantes que j'ai vues.

Par conséquent, il a été démontré et officiellement reconnu que la dilution homéopathique poussée jusqu'à des 100 millièmes, avait une action biologique et que pour chaque médicament, cette action est spécifique.

Point n'est pourtant besoin d'expériences aussi précises pour entraîner les convictions. On peut faire la démonstration biologique du dynamisme puisque nous ne pouvons pas avec nos méthodes actuelles retrouver le médicament. Rien n'est plus facile à condition d'avoir un réactif de bonne foi suffisamment sensible pour que ces réactions apparaissent d'une façon assez nette pour être indéniables. Quelques-uns de mes collègues de villes d'eaux Molinéry, Dufrénoy, à Barèges, le professeur Alloy, à Toulouse, Billard, Mougeot, moi-même en Auvergne avions étudié l'action des eaux minérales sur le développement des plantes et avions noté l'action favorable nulle ou empêchante de certaines d'entre elles. J'ai donc étudié l'action des différentes dilutions des eaux de la Bourboule et les résultats donnés pour chaque culture furent extrêmement nets, la 200e paraissant avoir le pouvoir agocytique le plus marqué.

Ce réactif biologique a, du reste, été employé récemment en Angleterre par les docteurs Orre et Leith pour des expériences similaires et tout aussi concluantes.

Mais, puisque nous avons montré l'action biologique indéniable de la dose infinitésimale l'action bienfaisante ou nuisible qu'elle peut provoquer sur l'organisme malade, tout le problème consiste à connaître le point critique ou, d'inhibitrice, elle peut devenir stimulante, ou de curatrice, elle peut devenir nuisible. L'expérience a prouvé à Hannemann que la dose correcte d'un remède, homéopathiquement choisi, ne doit pas être inférieure en force à la maladie de façon à ne pas épuiser son action, à ne soulager qu'une partie des symptômes. L'on saura que l'on a bien donné la dose optima lorsqu'elle provoquera une légère aggravation des symptômes, car si la loi des semblables est vraie, l'organisme doit réagir au remède dans le sens de la maladie. Ce que le professeur Marage a démontré de la façon suivante :

Si l'on met en présence du saccharomycès képhir et le bacillus caucasinus, on a une production de képhir et d'acide lactique. Il semble cliniquement parlant que si l'on met ces de

ferments en présence du lait et de bicarbonate de soude, leur travail sera gêné par la production d'acide lactique et il y aura formation de lactate de chaux et dégagement d'acide carbonique.

Or, il se passe justement le contraire, il y a augmentation de la production d'acide lactique qui peut passer par litre de 7 gr. 02 à 9 gr. 54 et de 8 gr. 19 à 9 gr. 54 en prenant les cas les plus favorables.

Dans une seconde note, le professeur Marage a étendu ses expériences à des dilutions successives de bicarbonate de soude au centième de 10^2 à 10^{12} centigrammes par centimètre cube, et il a démontré que les effets de ces doses de bicarbonate de soude à dose infinitésimale avaient pu produire un effet aussi énergique sinon plus énergique que des médications à dose pondérable.

« L'organisme, dit-il, ne saurait être considéré comme un récipient inerte dans lequel se produisent des réactions suivant les lois ordinaires de la chimie. L'organisme se défend contre les médicaments et les réactions produites sont absolument contraires à celles que l'on attendait, médicalement parlant c'est une aggravation ».

Ceci est confirmé du reste par une expérience des plus remarquables par sa précision à ce point de vue ; celle de Marcel Haendel et J. Malet. En injectant de la peptone, du lait, etc..., à des animaux, ces auteurs paralysent le système réticulo-endothélial qui, peu après cette injection, n'absorbe plus l'encre de Chine comme normalement. En préparant l'animal par une série d'injections de peptone ou de lait précédant de quelques jours elle de l'encre de Chine, on constate que les grains de charbon sont mieux absorbés que normalement par le système réticulo-endothélial qui est devenu plus actif du fait de cette préparation (*Deut. med. Woch.*, 1er février 1929).

Cliniquement, il en est bien ainsi, nous en trouvons la preuve dans la vaccinothérapie et dans les méthodes de désensibilisation spécifique, méthodes qui ne sont que de l'homéopathie quoi qu'on dise et dont ce que nous en savons doit confirmer tout ce qu'Hannemann a enseigné.

La vaccinothérapie est, en effet, un mode de traitement par le semblable. La vaccine est une émulsion capable de donner la maladie, mais rendue inefficace par la chaleur ou tel autre procédé qui lui fait perdre ses caractères primitifs. Elle ne peut plus dès lors ni produire de toxine ni donner la maladie comme l'émulsion première, mais peut seulement en provoquer les symptômes. Quelle que soit la dose administrée, le vaccin antityphoïdique injecté à un sujet sain ne donnera jamais que de la céphalée, de la courbature, des malaises, de la température, mais pas la typhoïde. Il est pourtant préventif et curatif.

Pour qu'un remède guérisse, il n'est donc pas nécessaire qu'il soit semblable en nature, il suffit qu'il puisse simplement provoquer des symptômes semblables. Cette analogie au temps de Pasteur choquait effroyablement, l'on croyait comme à un dogme à la spécificité des vaccins, à l'action d'autant meilleure que la spécificité était plus grande et voilà que le champ s'élargit maintenant pour devenir aussi vaste que celui entrevu par Hannemann.

Sir Almroth Wright avait depuis longtemps noté lors d'une épidémie au Transwaal que si à la suite des vaccinations antipneumococciques, la morbidité avait diminué de 80 %, les autres maladies avaient, de ce fait, également diminué de 50 %. Il n'était pas sans avoir noté que les stocks vaccins donnaient parfois mieux que les auto-vaccins et il arrivait en cas d'insuccès de ces derniers à préconiser l'emploi des vaccins homologues. Emile Roux montre que le virus rabique immunise contre le venin, Mame Phisalix que le venin de crapaud immunise contre la rage.

Billard qui fut avant tout un Hippocratiste, nous a montré qu'il y avait dans l'organisme une sorte de défense pré-établie qu'il fallait mettre un jeu pour se protéger contre la maladie. On peut protéger un organisme contre un poison neurotrope par un autre poison neurotrope à condition que le poison protecteur ait le pouvoir fixateur le plus grand. Il nous a montré dans tous les phénomènes de protection, l'influence du facteur dose et du facteur temps. La phylaxie est une des meilleures preuves physiologiques de la loi de similitude. Mais Billard a été très loin dans sa démonstration en montrant que des poisons analogues s'inactivent au lieu que leurs effets ne s'ajoutent, que des poisons végétaux comme la spartéine protègent contre des poisons organiques comme la toxine diphtérique ou le venin de vipère que des poisons minéraux pourraient protéger contre des poisons végétaux ou des poisons organiques, l'Eau de La Bourboule protège contre la spartéine et contre la toxine tétanique, l'eau de Saint-Nectaire contre la toxine diphtérique, l'eau de Châtel-Guyon contre le venin de vipère, simplement parce qu'ils ont tous le même tropisme, les lipoïdes du névraxe. Aurais-je fait, disait Billard, de l'homéopathie sans le savoir ?

Et tout cela n'est pas plus curieux que de voir pour des raisons analogues les homéopathes prescrire Belladone dans la scarlatine, Baptisa dans la typhoïde, Gelsemium dans la grippe ou Drosera contre la coqueluche ou plutôt dans certaines formes de ces diverses affections.

Et la désensibilisation spécifique n'est aussi que de l'homéopathie. J'ai montré autrefois dans un article de la *Gazette des hôpitaux* que l'on pouvait trouver dans n'importe quel ouvrage de matière médicale homéopathique, toute la série de symptômes les plus divers et les plus inattendus présentés par les malades de MM. Widal, Abrami et Joltrain, que l'on pouvait à l'avance savoir qu'ils étaient sensibles à l'Ipéca et seraient pour un temps guéris par une dose infinitésimale de poudre d'ipéca. J'ai montré également que l'on pourrait savoir par les mêmes ouvrages que le second malade était auparavant sensible à l'arsenic et que l'Arsenic était son médicament complémentaire. Car si Billard a montré expérimentalement la hiérarchie des toxines, il a fait entrevoir la hiérarchie des remèdes, or, elle est tout au long dans les ouvrages d'homéopathie.

On n'a pas encore réalisé (cela n'est pas encore découvert) que le sujet sensibilisé n'est qu'un malade qui ne présente des accidents sous l'action d'un antigène que parce qu'il se trouve brusquement en présence de son remède, de l'analogue de la toxine qui l'encombre que nous ne pouvons ni identifier, ni isoler, que l'accident anaphylactique n'est que l'aggravation due à un remède mal dosé, que bien dosé ce médicament, cet antigène est curatif.

Bref, si ceux qui étudient la question passionnante de la désensibilisation, savaient l'homéopathie, leur travail leur serait beaucoup facilité et les progrès seraient plus rapides, les résultats meilleurs.

Mais puisque nous faisons souvent de l'homéopathie sans le savoir, nous devons découvrir, sans le savoir aussi, un mode d'application de nos découvertes qui doit concorder ou confirmer les règles fixées par Hannemann.

Et, en effet, la vaccinothérapie actuelle conseille une dose infinitésimale de vaccin, elle a reconnu la sensibilité différente des individus à une même dose suivant leur état de santé et conseillé des doses d'autant plus faibles que le sujet est plus malade. Elle a montré le danger de répéter la dose pendant la phase négative et pendant que dure l'amélioration, et le Dr Bach ne conseille-t-il pas dans les maladies chroniques d'espacer de plusieurs semaines les doses de vaccin ? Lorsque l'on fit remarquer à Sir Almoroth Whright que tout cela était de l'homéopathie et connu depuis 150 ans, ne répondit-il pas simplement « Oui, mais c'est moi qui l'ai découvert ! »

Rien n'est tout à fait nouveau dans nos conceptions et nos découvertes modernes. La nouveauté vient plus de l'explication du phénomène que du phénomène lui-même ;

Mais l'homéopathie est une méthode difficile, très difficile à apprendre et à appliquer, elle nécessite beaucoup de travail et d'études mais les satisfactions que l'on en retire vous dédommagent de l'effort que l'on a fait.

Il faut savoir en définir les frontières et se rappeler les paroles de Virchow : « *Peu importe, que vous cherchiez à faire avancer la science par des recherches anatomiques, pathologiques, par la clinique ou le laboratoire, la science est assez vaste pour occuper toutes les intelligences à condition que vous ne soyez pas exclusifs, que vous ne dépassiez pas les limites de vos possibilités, que vous n'ayez pas la prétention de tout parfaire.* »

Suivons le conseil de Virchow, respectons chacun le travail de notre voisin, profitons des acquisitions de tous, comprenons-nous et il n'y aura plus ni allopathes ni homéopathes, mais simplement des médecins dont la seule ambition sera de faire un peu de bien.

Les frontières de l'homœopathie

Par le Dr MARTINY

La méthode

Des médecins homœopathes véritables, mieux que l'allopathe compréhensif que nous voulons être, diront ici-même ce qu'est cette thérapeutique dont Hippocrate déjà montra l'importance par la loi de similitude « similia similibus curantur » et dont Paracelse pressentit le dynamisme par la dilution « Corpora non agunt nisi soluta ».

Nous rappellerons simplement que Hahneman est le fondateur de la méthode. Originaire de la Saxe où il naquit en 1755, il mourut à Paris en 1843. Il fut détourné de la thérapeutique classique par l'incohérence de ses principes et par la piètre efficacité de ses remèdes. Par scrupule, il ne voulut plus vivre d'un art qu'il considérait nuisible et mensonger. Médecin, il quitta sa riche clientèle et pour faire vivre misérablement sa femme et ses enfants, il se fit copiste et traducteur. Un jour, en traduisant la Materia medica de Cullen, il y trouva quelques directives curieuses sur l'action du quinquina et pour se former une opinion personnelle, il en absorba de fortes quantités. Il constata tous les signes simulés d'une fièvre palustre. Esprit synthétique, il établit un rapport entre ces deux actions du quinquina, nocive chez l'homme sain, curative chez le malade d'un mal analogue. Il refit plusieurs fois l'expérience sur lui-même. Il la renouvela sur les sujets de bonne volonté et avec les mêmes résultats. Il essaya de très nombreux médicaments, tels que mercure, noix vomique, etc., et, chaque fois, il produisit chez l'homme sain les mêmes symptômes artificiels que chacune de ces substances était capable d'effacer chez l'homme malade.

Passant alors à la thérapeutique, il s'aperçut qu'en administrant des remèdes à doses élevées, il provoquait une aggravation passagère avant la guérison. Il eut recours à l'atténuation des doses par de progressives dilutions infinitésimales et s'étonna de les voir agir avec une efficacité accrue, dépassé un certain seuil et plus la dilution était haute. Perfectionnant peu à peu la technique, il eut une intituition géniale en procédant à la trituration et à la succussion des substances employées. Dans cette période passée où l'on ignorait tout du potentiel vibratoire de la matière, l'homœopathie ne pouvait pas être comprise.

Hahneman mit à la diffuser un acharnement digne d'éloges avec la publication de son Organon et de sa Materia Medica. Il y mit aussi un exclusivisme absolu. Cela lui attira bien des déboires et entacha ce système thérapeutique d'une nuisible étroitesse de vue.

Nous ne nous occuperons pas ici du territoire de l'homœopathie. Comme biologiste et médecin, nous nous porterons à ses frontières en essayant de montrer l'importance en physiopathologie de ces principes, loi de similitude (semblable et analogue), loi de dilution (doses infinitésimales).

La loi de similitude est d'une portée très générale. Tout le monde connaît l'analogie entre les lésions du médicament et le mal pour la syphilis. La digitale est un autre exemple. Elle guérit l'asystolie a écrit Huchard et elle est capable de créer une sorte d'asystolie toxique. Le calomel, l'ipéca, employés dans les états gastro-intestinaux déterminent les mêmes altérations chez les sujets sains. La vaccination jennerienne, les vaccinations antimicrobiennes, la sérothérapie, l'autohémothérapie, l'organothérapie, relèvent intégralement du principe.

Les esprits ouverts admettent facilement le principe de similitude parce qu'il leur paraît logique qu'ils le retrouvent partout, en allopathie comme en homœopathie. Le principe de dynamisation par dilution, paraît toujours discutable. L'emploi des petites doses reste un sujet de plaisanteries faciles de la part des médecins hostiles à l'homœopathie. Cependant en dehors des conceptions théoriques actuelles sur la constitution de la matière, il reste des faits expérimentaux des plus convaincants de l'action biologique des impondérables.

G. Bertrand a démontré que la culture de l'aspergillus niger est facilitée par la présence de 1/10.000.000.000e de mgr. de manganèse dans le milieu de culture, ce qui équivaut à la 10e dilution décimale. Jousset a observé un ralentissement de ces mêmes cultures si l'on ajoute une solution de nitrate d'argent à la 50e dilution centésimale. Richet a montré que le formol entrave la fermentation lactique à la dose de 1/1.000e de mgr. pour 1.000 litres d'eau, que le vanadium ou l'eau de mer à la 10e dilution peuvent exciter la fermentation. Nous connaissons l'action activante de la dose infinitésimale du manganèse dans les oxydases, du zinc dans le venin, du cobalt, du nickel dans l'insuline, etc.

Des quantités de travaux ont été faits sur la constitution intime de la cellule, et le nombre des infinitésimaux qui entrent dans sa composition, pendant ces dernières années s'est considérablement accru. On ne peut plus nier l'action produite dans une cellule, par la modification apportée à la qualité, à la quantité de ces infinitésimaux par la simple variation du point isoélectrique. L'action bactéricide que manifestent l'argent et le cuivre métallique à des doses longtemps considérées comme impondérables, c'est-à-dire, par action à distance plus que par contact en inhibant la pullulation de cultures microbiennes est bien frappant. Des cas d'iodobasedow ont été déclenchés par des doses de 5 mgr. d'iode par jour comme l'a signalé de Quervain. Wells et Osborne avec des doses infinitésimales d'ovalbumine, un millionième de milligramme ont pu obtenir des phénomènes de sensibilisation. Ces faits que les gens de bonne foi ne réfutent point, mais qu'on ne sait pas relier, contribuent remarquablement à mettre en évidence l'action de la dose homœopathique.

Devant ces observations indiscutables, certains physiciens ont eu beau jeu de prouver ensuite qu'après la 10e dilution centésimale, il ne peut plus y avoir aucun atome. Des calculs rectificateurs du physicien Berné, ancien collaborateur de Charles Henry, prouvent que ces appréciations sont fausses et qu'il existe encore des molécules après la 200e dilution centésimale par attraction élective des parois du dynamiseur. Ceci est intéressant et tend à mettre de la discipline et de la méthode dans la préparation des médicaments homœopathiques encore trop livrés pour la plupart à un empirisme pharmaceutique invraisemblable. Il n'est pas prouvé d'ailleurs que les premiers calculs des physiciens fussent fatalement faux. Comment expliquer en effet le mode d'action des 100.000e dilutions centésimales observée par les auteurs suisses dont la bonne foi n'est pas douteuse et dont les techniques sont rigoureuses. Selon l'expression même de J. Roy, la dilution est « une puissance d'absence ». Pourquoi vouloir toujours expliquer un phénomène nouveau par des faits antérieurs déjà existants ? Comme me disait un physicien de la Sorbonne, convaincu de l'action des doses infinitésimales, « Il s'agit d'un phénomène de toute autre nature qu'une simple libération moléculaire. On ne peut pas dire éclatement des soleils atomiques car enfin l'électron libéré n'aurait plus aucune spécificité. Il faut supposer, au contraire, un passage qualitatif de la matière


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME - PARIS

en force. La matière sulfur, le complexe lycopode se transmutent en rythme sulfur ou lycopode. Tout se passe comme si une image puissante remplaçait un objet inerte. Il s'agit d'un phénomène de résonance qui dépasse l'empirisme de la clinique et qui peut modifier non seulement les conceptions de la médecine mais celles de la matière ».

« Pour Berné, ceci s'explique plus simplement par ce fait que les molécules sont plus petites qu'on ne le croit. Le problème se résume à une question de dépolymérisation accusée.

Ces données nouvelles remarquables sont encore du domaine de l'observation. Mais l'observation est accidentelle ; elle porte toujours sur des faits survenus dans des conditions non rigoureuses, admissibles seulement par leur répétition. Pour convaincre, seule l'expérimentation systématique comptera ; et seule elle démontrera l'importance générale de la loi de similitude et du principe de dilution. Il semble d'ailleurs qu'aux frontières de l'homœopathie, la preuve aujourd'hui soit faite.

* * *

Extension physio-pathologique des lois homœopathiques

Le point de départ des expérimentations de Martiny et Pretet est né de l'observation répétée d'une série de faits cliniques très simples.

Dans le traitement des goitres exophtalmiques primitifs, ils furent accidentellement frappés, à diverses reprises, par une action sédative analogue étonnante entre l'hématoéthyroïdine et la thyroïdine diluée. Ils se demandèrent alors s'il ne s'agissait pas de médications parallèles.

L'hématoéthyroïdine est obtenue en prélevant le sérum d'un cheval à qui on a enlevé quelques semaines auparavant le corps thyroïde. Dès l'instant où le cheval n'a plus son corps thyroïde, la thyroïdine contenue dans son sang ne va plus se renouveler comme les autres hormones des glandes à sécrétions internes.

La thyroïdine ainsi raréfiée par les combustions de la vie brassée dans le torrent circulatoire, devient mathématiquement au bout de quelques semaines de dilution uniforme une préparation infinitésimale naturelle tendant vers 0 sans jamais l'atteindre. Le principe général de similitude explique pourquoi elle agit dans l'hyperthyroïdie et non dans l'hypothyroïdie (Léopold-Lévi).

Dans un même ordre d'idées, on peut penser que le cheval de l'Institut Pasteur, qui fabrique avec autant de monotonie du sérum antidiphtérique comme du sérum antitétanique accomplit dans le système circulatoire une transmutation par dilution, du vaccin en sérum.

Le sérum qui contient l'antitoxine ne possède pas un corps nouveau dit anticorps opposé à la toxine dit antigène. l'antitoxine est fonctionnellement la toxine diluée qui agit selon la loi de similitude. Chez le cobaye, les toxines diluées ont donné des immunités incomplètes, caricaturales, pourrait-on dire, et phénomène capital, les très hautes dilutions ont aggravé les animaux, les ont anaphylactisés.

Ainsi se réalise homœopathiquement, malgré son complexe, le mécanisme spécifique de la réaction antigène anticorps.

La majorité des auteurs est actuellement d'accord pour admettre l'unité de fonction des précipitines, agglutines et autres « phénoménines ».

De même les antitoxines (quand il s'agit d'antigènes toxiques primitifs) paraissent être de même nature que ces anticorps spécifiques.

Ramon, tout au moins pour la toxine diphtérique, par elle-même très schématique, a montré la corrélation entre le pouvoir floculant et antitoxique du sérum. Il semble bien admis actuellement que l'anticorps spécifique soit constitué aux dépens de l'antigène dont il est une modification physico-chimique. Ceci a d'abord été entrevu par Buchner et d'autres auteurs comme Ostromulensk, Vrès, Reiss.

Ramon a montré par des expérimentations cruciales, que la quantité d'anticorps est proportionnelle à la quantité d'antigène inoculé. Pour Martiny et Pretet, l'anticorps est constitué au détriment de l'antigène, mais il représente par molécule d'anticorps, l'antigène excessivement dilué et fixé sur une masse de globuline.

Le fait dûment constaté par de nombreux auteurs à savoir que la molécule d'anticorps est plus volumineuse que la molécule d'antigène n'est pas en contradiction avec ce qu'ils soutiennent. La grosseur tient à la globuline qui accompagne physiquement dans l'anticorps l'élément antigène dilué.

Les protéines antigéniques, comme les expériences l'ont montré, sont des colloïdes solubles à grosses molécules. Leur grosseur fait qu'elles vont être véhiculées dans le torrent circulatoire, artères, capillaires, veines sans pénétrer d'emblée dans l'intérieur des cellules tissulaires.

Dans le sérum sanguin, les amas moléculaires vont cependant se *diluer* uniformément au bout d'un temps plus ou moins rapide quasi-instantané ou de quelques semaines. Les groupements molléculaires finissent par atteindre un volume suffisamment diminué pour pénétrer les cellules à fonction antixénique. Le système réticulo-endothélial entre autres se comporterait comme des cellules à membranes dont les mailles sont plus larges que celles des autres cellules. Ce processus rappelle celui de la coloration vitale. Au bout d'un certain délai, on peut concevoir que l'antigène très dilué accolé aux globulines est rejeté dans les humeurs, il constitue alors l'anticorps humoral spécifique.

Etant donné le degré de dilution de l'antigène préexistant l'anticorps véhiculé par le sang peut être répandu dans l'ensemble de tout l'organisme. Lorsqu'une deuxième injection doit se produire, l'organisme n'est plus vierge et à l'introduction de l'antigène se produiront entre l'anticorps et l'antigène des réactions dont Richet et Portier ont montré les premiers l'importance.

* * *

Mécanisme physico-chimique

Ayant ainsi défini l'antigène et montré la constitution de l'anticorps, la physique apporte sa démonstration. J. Loeb a établi l'obéissance des colloïdes protéiniques solubles à grosses molécules, cas des antigènes, aux lois générales des cristalloïdes en solution. On peut donc considérer que les corps dissous se comportent à l'intérieur de leur solvant comme un gaz et que la pression osmotique correspondante est pour un volume donné proportionnelle au nombre d'éléments séparés de ces corps dans le solvant ?

Ces éléments ne sont pas nécessairement des molécules, ce sont des groupements moléculaires dont la grandeur dépend de la concentration. Ces groupements contiennent beaucoup de molécules agglomérées pour une forte concentration. Ils en contiennent de moins en moins au fur et à mesure que la dilution augmente. Berné a été amené à penser que la grandeur vraie des molécules et des atomes est plus petite que celle qu'on leur accorde généralement. On peut obtenir à partir d'un certain degré de dilution des groupements contenant une fraction seulement de molécule alors que la molécule est déjà considérée comme un groupement primitif. Tout est une question de conditions extérieures. Ce phénomène de modification dans les groupements, s'appelle dissociation ou mieux dépolymérisation, en sens inverse, c est la polymérisation. Il faut savoir en effet que si nous sommes impuissants dans nos laboratoires à diminuer la pression d'un gaz au delà d'une certaine limite très supérieure à la pression de certaines matières constatée astronomique-

ment, nous pouvons diminuer cette pression dans le cas d'une substance dissoute aussi loin que nous le voulons. On a fait remarquer aussi que dans un autre domaine, nous sommes incapables de deviner comment se comporte la matière aux hautes températures de 10.000° C et plus et aux très hautes pressions, comme celles qui se trouvent à une grande profondeur dans la Terre ou dans les astres.

Il est reconnu que la fréquence vibratoire d'un amas moléculaire est d'autant plus grande que sa masse est plus petite et on explique le mécanisme des combinaisons par la considération suivante : l'affinité chimique est conditionnée par la possibilité de vibration à la même fréquence des molécules composantes pour obtenir le composé. Cette possibilité est réalisée soit par une température stationnaire déterminée (cas usuel) soit par la résonance d'un catalyseur, lequel est capable de faire vibrer les molécules composantes à une même fréquence, sa fréquence propre.

On peut démontrer que la dépolymérisation est un phénomène réel dans une solution étendue. Inversement on démontre la polymérisation par le froid. Nous en donnons le schéma sans entrer dans de trop grandes complications mathématiques.

On sait que la chaleur spécifique dépend de la température et qu'elle diminue en même temps que la température.

Si c'est la chaleur spécifique moléculaire à la température, θ on peut écrire $c = \varphi'\theta$ (φ' représentant une fonction dérivée).

L'énergie de la molécule à la température θ sera :

$$\int_0^\theta \varphi'(\theta)\, d\theta$$

Mais $\varphi(\theta) = KN\theta$ pour N molécules à la température absolue.

On a donc $N = \frac{\varphi\theta}{K\theta}$

Mais on a *approximativement* $c = 2 K \alpha \theta$ d'où $\varphi(\theta) = K \alpha \theta^2$

d'où $N = \frac{\alpha}{\theta}$ Ce qui signifie que plus la température baisse plus les groupements moléculaires augmentent d'importance. Cela permet d'expliquer en même temps l'augmentation de la conductibilité électrique ainsi que le dégagement d'énergie pendant la polymérisation.

Si au lieu d'utiliser la formule approximative ci-dessus on utilise la formule d'Einstein, ou mieux encore la formule de Nernst et Debye qui est plus exacte.

$$C = \frac{du}{d\theta} = \frac{3}{2} R \left[\frac{\frac{\alpha^2}{\theta^2} e^{\frac{\alpha}{\theta}}}{\left(e^{\frac{\alpha}{\theta}} - 1\right)^2} + \frac{\frac{\alpha^2}{4\theta^2} e^{\frac{\alpha}{2\theta}}}{\left(e^{\frac{\alpha}{2\theta}} - 1\right)^2} \right]$$

dans laquelle $\alpha = \frac{h\nu}{K}$ h étant la constante de Planck

k étant la constante de Koltzmann relative à l'entropie

ν étant la fréquence vibratoire

on obtient $N = \frac{3R}{2K\theta} \left[\frac{\alpha}{e - 1} - \frac{\alpha}{2\left(e^{\frac{\alpha}{2\theta}} - 1\right)} \right]$

qui montre bien que N augmente quand θ diminue comme dans l'hypothèse simplifiée.

La fréquence vibratoire d'une molécule ou d'un ensemble de molécules se propage par rayonnement ainsi que ses harmoniques permettant à d'autres groupements d'entrer en concordance de phase quand cela est possible.

Si la fréquence propre est ν pour une particule vibrante l'énergie cinétique de cette particule sera : $m \pi^2 r^2 \nu'^2$ r étant l'amplitude, m étant la masse.

Le rayonnement d'une particule plus petite pourra fournir par résonance une énergie égale à $n \nu h$ ($\nu > \nu'$) h étant la constance de Planck et n un nombre entier, d'où on tire $r^2 = \frac{n h \nu}{m \pi^2 \nu'^2}$

Donc de deux substances semblables mais inégalement divisées, la plus divisée tendra par résonance à augmenter l'amplitude de la moins divisée. Les hautes fréquences occasionnent donc des augmentations d'amplitude pour les bases fréquences harmoniques.

C'est pour cela qu'une substance plus diluée et fixée physiquement à ce taux par absorption à un autre corps neutre) permet à la substance moins diluée (et libre) de floculer, c'est-à-dire de faire la réunion de ses molécules en amas de molécules qui trop grosses pour passer dans les intervalles moléculaires du solvant se trouvent comprimées par les molécules de ce solvant.

Enfin, les fréquences vibratoires sont identiques ou harmoniques pour deux substances identiques divisées de manière différente. L'identité absolue ne dépend pas de la masse atomique de chacun des atomes mais de l'identité architecturale des éléments de chaque atome.

Il est admis que les atomes sont formés d'éléments en assez grand nombre qui peuvent se grouper de manières différentes ce qui permet à des atomes identiques au point de vue chimique de ne pas être identiques au point de vue physique d'où les finesses de la spécificité biologique. Nous rappelons à ce sujet la découverte récente de deux espèces d'hydrogène, d'azote, qui n'est que le commencement de la complexité plus grande qu'on ne l'a cru des atomes les plus simples.

En résumé, la polymérisation se présente comme une combinaison de molécules ou d'atomes semblables. Elle peut se produire par résonance et augmentation de l'amplitude vibratoire.

Lorsque la polymérisation est importante, les groupements moléculaires sont trop gros pour rester à l'état dissous, il y a précipitation ou floculation.

Etant donné la hauteur de la dilution de l'élément antigène de l'anticorps, on peut affirmer que la fréquence vibratoire de la molécule est très élevée. Elle est en raison inverse de la masse matérielle. Par rapport à celle des molécules d'antigène (qui sont empêtrées et agglomérées les unes aux autres) *l'amplitude vibratoire* de l'anticorps est donc considérable. *Mais sa qualité harmonique spécifique est identique.* L'absorption physique par la globuline ne gêne nullement la vibration ; elle la maintient seulement en empêchant la repolymérisation au contact de l'antigène. Au contraire, celle-ci se produirait trop rapidement avec les toxines artificiellement diluées qui perdent ainsi rapidement leur pouvoir anticorps. La sensibilisation passagère qui accompagne les phénomènes allergiques, débuts d'accidents infectieux, troubles paroxytiques de certains états chroniques doit tenir simplement à la présence dans les humeurs de l'antigène très dilué alors qu'on ne trouve pas d'anticorps véritables.

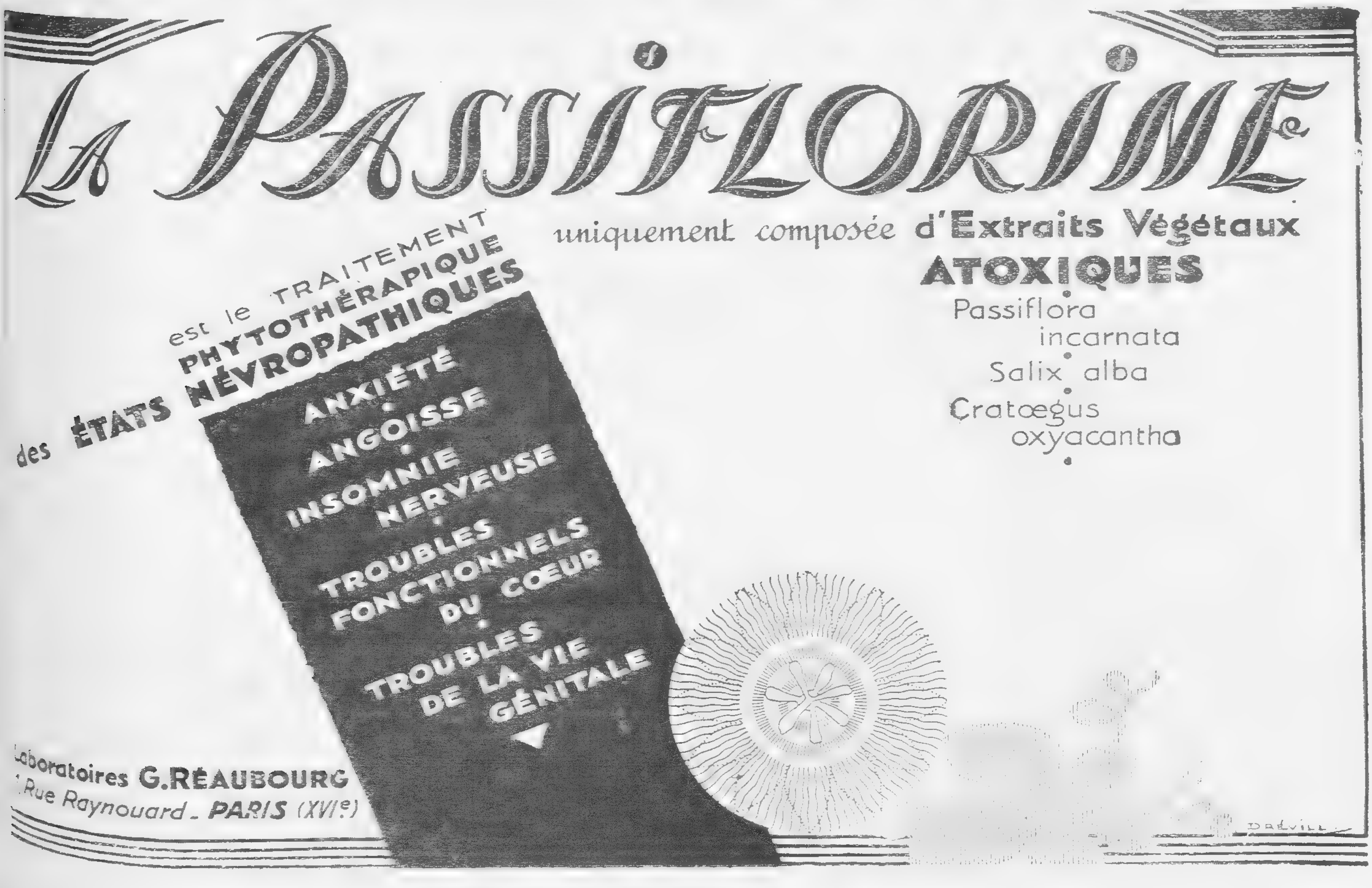
Ceci explique que dans les expérimentations sur le pouvoir anticorps de la toxine diluée, M. Martiny, H. Pretet, n'ont obtenu que des réactions incomplètes. Mais cependant les faits ont été suffisants pour saisir le sens et le mécanisme de la réaction antigène anticorps. On fabriquera des anticorps artificiels le jour où l'on connaîtra le taux de dilution optimum et le moyen d'enrober dans une globuline ou autre corps neutre et adéquate l'élément actif, c'est-à-dire l'antigène dilué.

L'anticorps (fonctionnellement antigène dilué à grande vibration) se comporte donc comme un poste émetteur qui ne peut trouver un résonateur ou poste récepteur que dans les molécules d'antigène spécifiquement semblables.

Subissant l'excitation des ondes détectées les molécules de l'antigène vont augmenter leur amplitude vibratoire qui ira en s'accentuant pour tendre vers l'intensité de l'antigène dilué.



GRANULÉ
FLUOBYL
FLUIDIFIANT ET EXCITANT DE LA SÉCRÉTION BILIAIRE
LACTOSÉRUM
CITRATE DE MAGNÉSIE
PEPTONE
Bourdon Neuilly



LA PASSIFLORINE
uniquement composée d'Extraits Végétaux
ATOXIQUES
Passiflora incarnata
Salix alba
Cratœgus oxyacantha
est le TRAITEMENT PHYTOTHÉRAPIQUE des ÉTATS NÉVROPATHIQUES
ANXIÉTÉ
ANGOISSE
INSOMNIE NERVEUSE
TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR
TROUBLES DE LA VIE GÉNITALE
Laboratoires G. RÉAUBOURG
Rue Raynouard - PARIS (XVIe)

L'énergie vibratoire nécessaire sera fatalement prise dans le milieu extérieur. C'est pour cette raison que *in vitro* le chauffage aide la réaction. Comme cette réaction vibratoire se passe dans un milieu colloïdal protéique soluble à grosses molécules non dans un milieu finement cristalloïde, on peut concevoir que la rupture de l'équilibre colloïdal de l'antigène entraîne dans sa floculation des protéines de sérum. Ce floculat constitué va retenir les éléments antigène anticorps. Cette neutralisation physique est obtenue au moyen d'un véritable éboulement colloïdal.

Les modalités tinctoriales de la réaction antigène anticorps développées par Bordet, schématisées par les toxines et antitoxines par le phénomène de Danysz s'expliquent facilement. Une quantité d'anticorps qui neutralise exactement une quantité totale d'antigène sera prisonnière d'emblée dans le floculat (visible ou non) si on la met en contact avec une partie de l'antigène seulement. Lorsque l'on rajoutera l'antigène il restera libre car la portée d'émission vibratoire de l'anticorps ne pourra plus l'atteindre, séparée qu'elle sera de l'antigène par le floculat. Avec Auguste Lumière, il faut penser que dans l'anaphylaxie, le floculat ainsi constitué intra-cellulaire ou humoral explique les modalités de la réaction. Mais c'est un phénomène secondaire à la réaction. Contrairement à l'opinion admise, la connaissance en biologie de la loi de similitude et du principe de la dilution fait dire que le phénomène spécifique précède et ne suit pas les phénomènes physiques. La réaction anaphylactique reste toujours anonymement la même de par ses caractères de choc protéinique tandis que la réaction spécifique très particulière qui la précède repose sur des bases franchement homœopathiques.

Le phénomène de zone s'explique facilement au moyen de la formule que Berné a donnée sur l'amplitude de la particule réceptrice de l'énergie de rayonnement.

Etant donné donc une substance diluée à un certain taux, ses groupements moléculaires auront une fréquence propre égale à ν.

L'introduction d'une substance identique diluée différemment dont les groupements moléculaires ont une fréquence propre ν ne pourra avoir d'action sur la précédente que si ν est une harmonique de ν par conséquent que pour une concentration optimum.

Alors les groupements moléculaires ayant même fréquence et même amplitude peuvent rester unis ; ils s'agglomèrent et cela constitue la floculation. La floculation une fois obtenue ne peut pas aisément disparaître par modification de la dilution parce que les molécules sont trop grosses pour passer dans les intervalles moléculaires du solvant.

***

Anaphylaxie et immunité

Si on transpose la réaction antigène-anticorps du laboratoire à la clinique, on retrouve, d'une part, les maladies allergisantes (asthme, urticaire, eczéma) et, d'autre part, les maladies infectieuses toxiniques.

Ce que l'on connaît actuellement de la nature des allergines est en accord avec les théories homœopathiques.

Un antigène est, par définition, une substance étrangère, donc électivement diluable *in vivo*. Il s'agit toujours de colloïdes solubles à molécules volumineuses. Les protéines, avec leurs nombreux noyaux d'acides aminés, paraissent seules pouvoir constituer facilement ces grosses molécules.

La simple pénétration intra-humorale de l'antigène sensibilise l'organisme dès qu'une dilution suffisamment haute a été réalisée. Les albumines étrangères comme le blanc d'œuf, les protéines des sérums, peuvent garder indéfiniment ce caractère d'antigène anaphylactisant et sensibilisant. La quantité d'antigène anaphylactisant injecté la première fois importe. La sensibilité apparaît, inversement proportionnelle à la hauteur de la dilution. Cette sensibilisation peut être immédiate avec une trace d'antigène. M. Martiny et H. Pretet ont anaphylactisé le cobaye avec 5 cc. d'ovalbumine diluée au taux 10^{-12} en une heure. Si l'injection est plus forte, il faut attendre plusieurs jours pour qu'une raréfaction naturelle se soit faite.

La désensibilisation selon la méthode de Besredka agit à notre avis, d'une façon très simple sans l'hypothèse d'une anaphylatoxine. Les doses désensibilisantes sont trop petites pour entraîner les troubles graves de floculation. Si, par leur masse, elles sont peu importantes, elles le sont suffisamment par leur force d'expansion, elles ramènent la dilution à un taux moins élevé, c'est-à-dire non anaphylactisant, et permettent les injections massives secondaires sans accident. Au bout de quelque temps, par raréfaction de l'antigène *in vivo* la sensibilité peut réapparaître.

Ce qui est vrai pour les protéines expérimentales l'est aussi pour certains antigènes comme les poisons du bacille de Koch de nature allergisante. Entre une toxine secondaire de ce type et une toxine primaire, on a créé le groupe des toxallergines. Mais on peut dire que dans toute maladie aiguë qui doit guérir, 4 étapes sont à franchir par l'infiniment petit selon la loi de similitude — 2 centripètes d'attaque : l'*incubation* du microbe, l'*invasion* de la toxine — 2 centrifuges de défense : la *période d'état* de fabrication d'antitoxine, la *convalescence* où le principe lytique peut être décelé dans les émonctoires faisant la police des muqueuses en détruisant les microbes. Quand on peut l'isoler, ce principe devient le bactériophage.

Microbe, virus filtrant, toxine, antitoxine, principe lytique réalisent une modification physico-chimique cyclique *in vivo* de la même substance étrangère vivante.

Le serpent se mord la queue quand la maladie doit guérir et immuniser. Quand la liaison ne s'accomplit pas, ce sont les maladies incurables. Quand le mouvement se renverse, ce sont les complications. Celles-ci peuvent tenir aux produits microbiens difficilement travaillés. Mais l'échec est dû, le plus souvent, à une déficience de l'organisme par défaut du complément véritable ferment vivant et agent de l'immunité naturelle.

Dans le domaine du cancer Rubens-Duval a apporté, (en se basant sur le principe de similitude et de dilution et après plusieurs années de longues recherches) une possibilité de guérison du cancer véritablement remarquable. Classiquement il est admis que le cancer n'éveille dans l'organisme aucune réaction d'immunité.

A part l'action si inconstante des magnésiums, les traitements actuels n'ont qu'un but destructif envers les cellules cancéreuses qu'il s'agisse d'une action locale (chirurgicale ou physique) ou même générale plomb, sélenium, cuivre, etc.).

Jusqu'à présent, les faits de vaccination n'étaient pas encourageants. Une cellule cancéreuse est beaucoup plus complexe qu'une simple bactérie, elle constitue une véritable mosaïque d'antigènes.

Les aggravations du cancer par les auto-lysats sont dues à des phénomènes de choc anaphylactique. Dans l'immunité, la fonction anticorps accompagne les globulines ; Rubens-Duval a eu l'idée d'utiliser seulement les globulines insolubles des humeurs. Pour dissocier l'absorption physique anticorps globuline, il a eu recours à de véritables dilutions homœopathiques. Il administre par voie buccale ces vaccins qui semblent donner les résultats intéressants et en tout cas non choquants.

Là ne s'arrête pas ce que l'on peut deviner des données biologiques nouvelles apportées par les principes de l'homœopathie. Une autre question passionnante se pose.

Les mécanismes de l'immunité et de l'anaphylaxie décrits pour les protéines antigéniques et les toxines sont-ils encore vrais pour les toxiques et les remèdes ?

◆◆◆◆

Idiosyncrasie et hérédité

Quand on absorbe des toxiques d'une façon continue et à doses massives, barbituriques, opiacés, etc., on peut réaliser une pathogénésie par intoxication très riche, ou au contraire acquérir dans une certaine mesure une immunité grossière.

Ceci était vrai du temps de Mithridate et est vrai de nos jours où l'on n'hésite pas à administrer des traitements de la plus grande énergie quantitative.

D'autre part, on sait aussi que si on désintoxique un toxicomane quelconque, cette désintoxication n'est pas sans présenter des troubles très graves.

Si on redonne au bout de quelques semaines de désintoxication complète une parcelle de substance toxique, on peut voir survenir des accidents allant du simple malaise au collapsus complet.

Ceci montre nettement que si l'intoxication est continuelle elle réalise en soi un taux de dilution faible d'autodrainage comme dit Léon Vannier. Au contraire, après une abstention qui s'élargit dans le temps, on augmente progressivement la dilution spontanée dans l'organisme. On sait aussi la sensibilité de certains malades à certains remèdes ou aliments : elle se transmet parfois à leurs descendants et constitue les idiosyncrasies.

Les malades de Widal qui faisaient à l'odeur du mouton, à celle de l'ipéca ou même des roses, une crise d'asthme ou d'urticaire sont devenus classiques.

Nous pourrions ainsi multiplier les exemples.

Certaines sensibilisations passent, d'autres durent et s'amplifient. C'est là où tout le complexe biologique entre en lignes de compte. On ne doit pas s'étonner qu'un spermatozoïde ou un ovule puisse porter en soi une puissance infinie des dilutions, c'est-à-dire de vibrations à des taux différents pouvant conditionner l'hérédité et l'atavisme.

Les lois de Mendel subissent les rythmes d'action et de non action comme les dilutions qualitatives et les fréquences vibratoires. Les chromosones sont comme imprégnées par elles.

Nous nous retrouvons ici avec les biologistes vitalistes : Vialleton, de Montpellier et Lucien Cunéot, de Nancy.

Il faut s'imaginer que l'écart des masses entre un œuf et un corps adulte ne constitue au fond que quelques dilutions de plus.

L'individu porte en lui, en dehors de la matière présente tout un ensemble de sensibilités et de qualités vitales sous forme de dilution. Celles ci sont de plus en plus hautes à mesure que l'on remonte du présent au passé. D'ailleurs, les médecins homœopathes suivent la même voie pour agir sur les états morbides. Ils utilisent les dilutions basses dans les états aigus, les dilutions fortes dans les états chroniques. Pour atténuer la tare d'un ancêtre récent, une tuberculine 200 ou 1.000 par exemple, pourra suffire. Mais si l'on veut remonter plus haut dans les tares accumulées par les siècles, il faudrait pour briser le temps, des solutions non réalisées encore par les machines et atteindre des taux de l'ordre peut-être des 100 milliardièmes. L'on peut, en raisonnant sur l'absolu, concevoir que l'on puisse remonter ainsi jusqu'à la dilution inaccessible qui tend vers l'infini et qui est celle du Créé. Oscard Wilde n'a-t-il pas dit : « L'hérédité est le seul Dieu dont on connaît le nom

*

Crénothérapie

Les frontières de l'homœopathie nous ont ainsi amenés assez loin dans le domaine de la spécificité intégrale qui est celle de l'immunité, de l'anaphylaxie et de l'hérédité.

Le domaine de l'analogue, par contre, paraîtrait au premier abord, ne pas dépasser le territoire de l'homœopathie. Mais nous le voyons, en réalité, déborder dans une section officielle de la médecine : la crénothérapie. La corrélation est grande entre la crénothérapie et l'homœopathie : dose infinitésimale de l'élément constituant, dynamisation moléculaire, aggravation médicamenteuse par la cure.

Les travaux de Billard apportent expérimentalement à l'homœopathie une confirmation remarquable de ses principes. Le pouvoir anagotoxique des eaux thermales a montré les possibilités par l'infinitésimal d'une immunité non spécifique, c'est-à-dire par l'analogue, ce qui est à proprement parler de l'homœopathie véritable.

Billard a établi des faits indéniables d'immunité non spécifique. Déjà Roux avait découvert que le virus rabique immunisait contre le vaccin. Mme Phisalix a observé que le venin muqueux de crapaud immunise contre la rage. Dans tout une série de notes, Billard montre qu'un cobaye immunisé contre la toxine tétanique résiste à des doses mortelles de toxine diphtérique, qu'un cobaye immunisé contre la toxine tétanique résiste à une dose de venin de vipères égale à quatre fois la dose mortelle pour le témoin, et qu'un cobaye immunisé contre la toxine diphtérique résiste à une dose de venin de vipère égale à trois fois la dose minima mortelle et il insiste sur cette échelle hiérarchique des neurotoxines qui descendent de la toxine au venin, mais il fait remarquer qu'il est impossible de remonter l'échelle. Il s'agit ici de toxines de même nature qui s'inactivent entre elles et notre mentalité se fait aisément à cette immunité non spécifique de ces différentes toxines l'une sur l'autre.

Le hasard de l'observation empirique devait amener Billard à une grande découverte. Un jour, il rencontra au pied des Monts-Dômes un vieux berger qui lui révéla que lorsqu'il laissait manger à ses moutons des sommités de genêts, ils pouvaient ensuite être piqués par des vipères, sans le moindre inconvénient.

Billard injecte alors à un cobaye 5 mgr. de spartéine pour 100 grammes de son poids, car à 7 mgr., l'animal meurt avec des accidents analogues à ceux que produit le curare. Pendant que le cobaye est en mal spartéinique il lui injecte une dose de venin supérieur à cinq fois la dose minima mortelle et le cobaye survit à l'envenimation.

Mais si l'envenimation a lieu avant l'injection de spartéine, à moins d'être extrêmement rapprochée, elle reste sans effet protecteur quelquefois même elle précipite les accidents.

Billard pensa que si la spartéine dans le deuxième cas était inefficace, c'était sans doute parce que la neurotoxine des venins diffusait dans l'organisme plus rapidement que la spartéine et que cette dernière atteignait trop tard son but pour pouvoir manifester son action protectrice. Il songea à employer un mélange de spartéine avec une eau minérale pour augmenter par les électrolytes de l'eau la rapidité de diffusion de la spartéine.

Il chercha d'abord naturellement qu'elle était l'action de la solution électrolytique seule sur la spartéine et vit que le mélange de 5 cent. cubes d'eau de Choussy avec 10 mgr. de spartéine pour 100 grammes de poids d'animal restait sans effet sur le cobaye. L'eau de La Bourboule protège donc contre la spartéine, propriété qu'elle partage du reste avec l'eau de la source Madeleine du Mont-Dore, avec les eaux de Luchon, comme l'ont montré Maurice et Mlle Crispin, avec l'eau de Bussang, comme l'a montré Perrin.

En revanche, le mélange d'eau de Choussy, de venin, de spartéine, dans la même seringue, tue l'animal dans les délais normaux. Tout se passe comme si en présence de l'eau de Choussy, l'alcaloïde avait perdu ses propriétés empêchantes sur l'action du venin.

Il était tout naturel de rechercher si une eau minérale retarderait ou empêcherait l'envenimation et Billard a trouvé que l'eau de Châtel-Guyon Gubler avait un pouvoir phylactique remarquable pour le venin de vipère après mélange *in vitro*.


AGOMENSINE
CIBA
ANDROSTINE
CIBA
SISTOMENSINE
CIBA

De là, à étudier l'action des eaux minérales sur diverses toxines. il n'y avait qu'un pas, vite franchi, il sacrifia une quantité considérable de cobayes. La Bourboule se montra très active contre la toxine tétanique mélangée *in vitro* et active également *in vivo* en injections séparées. Les résultats les meilleurs ont été obtenus lorsque l'injection d'eau minérale a été faite six heures environ après l'inoculation.

Les eaux de Saint-Nectaire, par mélange *in vitro* protègent contre la toxine diphtérique. Or, pour Garrigou. elles contiennent des traces de mercure, le grand médicament de la digestion des homœopathes.

La phalline des champignons est inactivée par l'eau de source des Chanteurs du Mont-Dore : depuis lors, d'autres expériences ont été faites avec différentes eaux minérales.

Dans les mêmes conditions P. Ferreyrolles a pu, 25 minutes après l'injection de solutions de strychnine, de morphine et de cocaïne, supprimer très rapidement les signes d'intoxication chez les cobayes par injection de 5 cent. cubes d'eau de Choussy, parce que tous poisons neurotropes comme elle.

Ainsi donc :

Si différentes neuro-toxines ont pu s'inactiver. réciproquement des agents médicamentaux, tels que la spartéine, le formol, les eaux minérales, ont pu également les inactiver. Pour cela il faut qu'ils aient le même tropisme que ces toxines, avec un pouvoir fixateur plus grand. une affinité plus grande pour les lipoïdes du névraxe. Il a suffi pour cela de doses prodigieusement faibles de ces impondérables contenus dans une cuillerée à café d'eau minérale. On doit se demander, à propos de l'action antianaphylactique et phylactique des eaux minérales, s'il ne s'agit pas d'un phénomène parallèle à l'action autocatalytique des anticorps spécifiques avec cette différence que, dans le cas des eaux thermales, il s'agit d'une résonance hétérocatalytique. La théorie de la ionisation. de même que celle de la radioactivité, n'expliquent pas leur action dynamique. Les conceptions physico-chimiques de Berné que nous avons exposées avec cette notion de dépolymérisation moléculaire semble apporter la clé du problème, si l'on veut admettre que ce sont les éléments très dépolymérisés de l'eau sodium, soufre, arsenic, etc.. qui sont actifs. Cette dépolymérisation, dans un milieu où des éléments identiques sont pondérables, peut tenir à une adsorption par un colloïde minéral : la silice, par exemple, peut remplacer la globuline dans l'eau vivante. Cette combinaison est instable : l'eau meurt loin du griffon. Mais elle permet aussi *in vivo*, comme l'on montré les expériences de Billard, une pexie de l'élément métallique actif quasi-instantanée sur les lipides ou les protides.

On doit se dégager de cette idée de spécificité telle que nous sommes habitués à la concevoir et admettre qu'une dose infinitésimale de médicament peut remplacer un vaccin ou un sérum. Billard a donné raison aux homœopathes.

La dose infinitésimale employée suivant la loi de similitude a un pouvoir phylactique certain : le mal protège contre le mal.

Mais aucune explication scientifique nette n'a été apportée à l'action de l'analogue ; alors que comme nous l'avons déjà vu la physique moderne explique intégralement l'action du semblable, dans les réactions biologiques de l'anaphylaxie de l'immunité et même de l'hérédité.

Cependant à la lueur des travaux modernes de Charles Henry, on peut déjà entrevoir le mécanisme d'action du remède. Les médicaments homœopathiques comme certaines eaux naturelles sont constituées par une substance diluée dont les éléments moléculaires par conséquent sont peu nombreux dans chaque groupe.

Lorsqu'on dissout une substance quelconque dans un liquide où cette substance est soluble, cette substance se divise en un certain nombre d'agglomérations de molécules. nombre qui dépend de la substance, du volume et de la température, ainsi que de la pression extérieure. Dans chaque agglomération il y a à peu près le même nombre de molécules.

Le nombre de ces agglomérations par unité de volume détermine pour les conditions générales de la dissolution, la pression osmotique.

La variation de cette pression en fonction de la dilution indique le degré de la dissociation des groupements moléculaires dont la masse diminue au fur et à mesure que la dilution augmente. Or, comme nous l'avons vu, les petits groupements de molécules d'une substance quelconque vibrent à une fréquence qui est d'autant plus grande que leur masse est plus petite. Quand cette fréquence atteint une certaine valeur elle est suffisante pour faire entrer en résonance, les atomes biologiques que Charles Henry a découverts.

Les résonateurs biologiques permettent d'entrer en liaison avec les centres nerveux chaque fois qu'une fréquence nerveuse est dans un rapport déterminé avec une fréquence de résonateur biologique. C'est donc par rayonnement que le médicament homœopathique agit. Le calcul nous a montré que pour que l'action soit possible, il faut que le médicament soit suffisamment divisé. A haute dose ce sont des réactions chimiques qui se produisent apportant avec l'action sur le mal, l'action sur la substance. Ayant une nature étrangère, le remède allopathique doit être, en général, considérée en raison de sa grande masse comme nuisible pour l'organisme,

Le calcul montre également qu'il existe pour chaque substance une dose optima capable du maximum de réaction par rayonnement cette dose est toujours extrêmement petite.

L'esprit du médecin moderne doit faire progresser son art entre ces deux dangers : Charybde et Scylla, le gouffre de la crédulité. l'écueil du scepticisme. Les deux principes de similitude et de dilution s'imposent à lui comme deux phares.

A l'époque de l'Empirisme médical, ils ont fait partie des grands secrets du Temple d'Esculape, ils restèrent pour la clinique homœopathique observation pure ; à ses frontières, la biologie apporta ensuite l'expérimentation démonstrative, mais il appartenait à la physique et aux mathématiques de donner l'explication scientifique vraiment rationnelle.

Quelques indications pratiques en homœopathie

Par le Dr J. Paul TESSIER

Il est une chose incompréhensible aux médecins homœopathes, c'est la suspicion dont ils sont trop souvent l'objet, et la persuasion d'un grand nombre de leurs confrères que la doctrine homœopathique ne repose sur rien : en général, d'ailleurs, ces confrères n'ont aucune idée de ce qu'elle est, et se bornent à répéter ce qu'ils ont entendu dire, sans chercher à se rendre compte, ni de la théorie, en somme très logique. et en tout cas n'ayant rien de secret ou de caché, ni des résultats de la pratique homœopathique. Les médecins sont faits pour guérir tout au moins pour soulager, et il serait incompréhensible que certains d'entre eux, en nombre toujours croissant, employassent une méthode qui ne peut mener à rien. Si elle ne peut rien donner, quel est leur intérêt à l'employer puisqu'on veut croire que c'est par intérêt

qu'ils sont homœopathes. Sans doute la suggestion est très importante, a de grands effets dans nombre de cas : mais pourquoi s'en tenir à elle et se priver systématiquement de l'adjuvant d'un traitement efficace ?

Malgré le grand nombre de troubles purement névropathiques, ce n'est tout de même pas toute la pathologie, et d'autre part on ne voit pas l'objection fondamentale à opposer à la doctrine homœopathique.

Celle-ci, on le sait, repose sur le principe suivant : donner au malade un médicament qui, chez l'homme sain, produit précisément le ou les symptômes, j'ajouterai les lésions, observés chez le malade. Le phosphore produit par exemple l'atrophie jaune du foie, ou la nécrose des maxillaires, la cantharide une néphrite, le mercure de la stomatite (une stomatite particulière) le café l'insomnie et l'agitation cardiaque, l'antimoine une irritation des alvéoles pulmonaires, etc. Qu'y a-t-il d'étonnant à ce que ces drogues, ayant une action élective sur certains organes ou tissus, puissent influencer favorablement ces mêmes organes quand des troubles du même ordre s'y sont produits ? Le tout est de les employer, en général, à doses atténuées. Mais cette division des doses, qui va jusqu'à l'infini, n'est pas le principe de l'homœopathie, ce n'est pas par idée préconçue que les homœopathes l'ont employée. C'est uniquement parce que la pratique leur a enseigné, chose incroyable de prime abord, que les effets en étaient bons, bien meilleurs que ceux des doses pondérables.

Cette division infinitésimale des doses est devenue un des articles les plus importants de la thérapeutique homœopathique, qui a nettement devancé, audacieusement, mais dans une sorte de prescience, toutes les découvertes modernes. Car véritablement ce n'est pas en notre temps où l'on entrevoit l'univers comparable aux mondes astronomiques qu'est un atome, mot désormais désuet, que l'on devrait pouvoir s'étonner de la formidable libération d'énergie que peut produire la division extrême de la matière.

Mais nous ne voulons pas ici traiter de la théorie hahnemannienne, déjà exprimée en termes définitifs par le père de la médecine, Hippocrate, [les semblables sont guéris par les semblables, ce qui produit le vomissement le guérit, et la strangurie est guérie par ce qui la produit, ὅμοιος (homœopathie ou homœothérapie)], encore moins voulons-nous aborder les sujets passionnants, parce que plus élevés et plus généraux, qui se sont greffés sur le vieux tronc homœopathique pour en tirer toute la sève, études des constitutions, des types, conception générale de la nature des maladies, où il entre encore une part d'indéterminé et d'incontrôlable : nous voulons seulement demander aux médecins qui se croient libres de préjugés : essayez, voyez si vous avez des résultats nets, et comme vous ne connaissez pas la thérapeutique homœopathique, je vous propose quelques exemples, oserai-je dire quelques recettes.

Je ne me dissimule pas que, ce faisant, je commets une hérésie homœopathique. Il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades, chaque cas est un ensemble, et c'est l'ensemble des symptômes qu'il faut couvrir, comme nous disons, par le médicament approprié. Et cependant en prenant des cas simples, nous pourrons peut-être être utile en incitant ceux qui auront fait l'essai à pousser plus loin la recherche de l'individualisation. Nous tâcherons de ne prendre que des exemples ayant peu de chances d'être attribués à la suggestion.

Voici une jeune fille, un peu blanche, grasse, au système veineux développé, aux jambes un peu épaisses, lourdes, qui est sujette aux engelures, aux mains moites, et dont les règles sont pâles, peu marquées, ou manquent.

Fer, arsenic, donnés pour combattre l'anémie, n'ont pas plus réussi que les extraits ovariens.

Essayez Pulsatilla, plutôt en dilution (à la sixième par exemple) qu'en teinture, et vous aurez les plus grandes chances de voir les règles revenir en même temps que l'état général s'améliorera vivement : s'il y a suggestion il est curieux que les autres médicaments ne l'aient pas produite. Et puisque nous parlons de ce médicament, essayez-le donc chez ces femmes dont les jambes gonflées plutôt qu'enflées, à circulation veineuse lente, sont lourdes, pesantes, et gênent même au lit de telle sorte que la patiente cherche à les placer dans le bord frais des draps. Sensation pure, oui, mais sensation pénible. De tels sujets sont d'ailleurs enclins à avoir des crampes, car il est certain que les crampes sont toujours dues à une stase veineuse : cuprum (le métal cuivre) à la 12e dilution donné le soir, les empêchera le plus souvent de se produire. Cuprum est d'ailleurs le remède des crampes, en quelque point qu'elles se produisent, et je connais des collègues accoucheurs qui ont été amenés à l'étude de l'homœopathie par ce « tuyau » pour les crampes utérines de leurs accouchées. Un petit fait encore à propos d'une des multiples indications de la même pulsatille : essayez-là, intus, dans les orgelets, les vulgaires compères-loriots à répétition. Ce n'est pas à coup sûr le médicament (hepar sulfuris) mais c'est quelquefois bien amusant. Il y a plus de 25 ans, interne à Laënnec, j'en ai donné à mon chef de service, très aimé et admiré, d'ailleurs bien sceptique sur toute thérapeutique, et qui en était à son sixième compère-loriot : il voulut bien se prêter à l'expérience, et la série s'arrêta net, d'où il conclut que c'était une heureuse coïncidence.

Inversement, j'ai vu une dame à qui je prescrivais ce médicament pour ses jambes et qui m'appela quelques jours après, horrifiée par l'apparition d'un orgelet, ce qu'elle n'avait jamais eu. Coïncidence : mais un an après, ayant oublié l'incident, et mandé de nouveau auprès d'elle pour les mêmes troubles veineux, une nouvelle prescription de pulsatille lui ramena un second orgeolet. On voit, chez des sujets sensibles, ces phénomènes de réaction à des doses infinitésimales (6 dilutions = 100 puissance 6).

Mais nous parlions de l'aménorrhée dans cette sphère, affection toujours peu sensible à la suggestion, il y a la leucorrhée, ces pertes blanches des jeunes filles anémiques (il n'est pas question ici des pertes purulentes des infections gonococciques ou autres du tractus utéro-ovarien). Donnez Sepia, l'encre de seiche, et à doses qui ne vous feront pas peur, au dixième ou au centième et vous réussirez mettons huit fois sur dix.

La toux est un symptôme plus soumis à la suggestion, mais les homœopathes seraient-ils seuls à savoir suggestionner ? Ici, il faut tout de même s'entendre : on ne supprime pas instantanément des toux dues à une bronchite, à une pneumonie, et de toute évidence c'est l'ensemble de la maladie qu'il faut soigner. Mais il y a des toux qui si elles ne sont certes pas *sine materia*, y ressemblent.

Pourquoi les homœopathes sont-ils si souvent consultés pour la coqueluche ? Le secret, c'est qu'ils *individualisent* : les toux ne sont pas toutes les mêmes ; l'opium ou le bromoforme, qui calment, ne sont pas la panacée universelle, et d'autre part les enfants, les bébés, ne sont guère suggestionnables.

De ce que les homœpathes emploient avec succès le drosera dans la coqueluche, on en a conclu qu'il fallait probablement donner ce médicament, et à doses de plus en plus fortes.

Non, le drosera produit une toux quinteuse, émétisante, et la guérit à petites doses, à doses diluées, non pas parce que c'est la coqueluche, mais parce qu'elle est telle, que ce soit dans une laryngite, chez un tuberculeux, ou un malade atteint d'adénopathie trachéo-bronchique. Les doses, d'après l'expérience, qu'on ne peut acquérir que par la pratique, diffèrent selon les cas ; dans la coqueluche une dilution, 6e ou 12e est préférable ou aussi dans une laryngite : chez les tuberculeux habituellement, il semble que la teinture réussit mieux. Quelques indications pour la coqueluche en dehors du


ANGIOXYL
DU Dr ROUSSEL
MÉDICATION SPÉCIFIQUE
PAR ACTION TROPHIQUE SUR LES VAISSEAUX
dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ARTÉRITES DE TOUTE NATURE
LES TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE
AMPOULES: 1 à 3 par jour en injection intra-musculaire.
SIROP: 3 cuillérées à café par jour
AUCUNE CONTRE-INDICATION
Angioxyl
Angioxyl Sirop
ÉCHANTILLONS : J. B. FIALIP PHAcien
97, RUE DE VAUGIRARD - PARIS (6e)
R.C. 18.000
Roger Dacosta. Edit.

drosera (et qu'on ne vienne pas dire que nous avons des remèdes secrets) Cina, le semen-contra, toux crampoïde, comme par un mucus adhérent au larynx : toux quinteuse avec expectoration de crachats muqueux et blancs ; il convient chez des enfants gras, rouges, pour des quintes sans vomissements alimentaires et s'il existe du prurit nasal : l'enfant se frotte le nez. Coccus cacti, la cochenille, convient lorsque les quintes sont très spasmodiques, avec vomissements de mucosités (non d'aliments) et chez les enfants très nerveux. Nous retrouvons Cuprum, indiqué par la violence des quintes, avec cyanose du visage, couleur violacée des lèvres et de la face, spasmes des membres pendant les quintes, petites convulsions de la face. Belladona et Hyoscyamus sont des médicaments nocturnes. Belladone, toux sèche, surtout nocturne, avec efforts de vomissements, chatouillements laryngés : un des caractéristiques est que le malade sent sa quinte venir et qu'elle se termine par des éternuements.

Une toux bizarre, en dehors d'une étiquette pathologique quelconque, est celle de la jusquiame (Hyoscyamus) et que les malades, sinon les médecins, connaissent bien.

A peine couché, le sujet, ce n'est souvent pas même un malade, est pris d'une petite toux sèche, tracassante, odieuse, fatigante, non en longues quintes, mais répétée, revenant sans cesse. Hyoscyamus (6e) donné d'avance, ou au moment de la toux, la prévient ou l'arrête rapidement : et il est curieux que Hyoscyamus en teinture ne l'arrête pas. Un de mes parents, qui en souffrait depuis six semaines, et à qui j'avais indiqué ce remède me disait ingénuement, car c'est un esprit fort, fidèle lecteur du *Temps* et à qui l'on n'en compte pas facilement : si je devais croire à l'homœopathie, cela m'y aurait fait croire !

Et cette toux rauque, aboyante, toux de chien, qu'on observe souvent chez les enfants enrhumés avec laryngite. Hepar sulfuris (le foie de soufre) à la 6e dilution ou plus haut.

Cette toux est d'ailleurs souvent prémonitoire du faux croup : sans doute ce n'est rien que le faux croup, rien qu'une angoisse de deux heures pour les parents affolés, et un dérangement nocturne pour le médecin qui s'en passerait bien. Spongia (6e) Spongia tosta, l'éponge calcinée. Remède ridicule, qui sent son moyen-âge ; oui, sans doute ; est-ce l'iode, est-ce le brome qui agit, nous n'en savons rien, mais Spongia tosta réussit, empêche ou jugule la crise, et c'est tout ce qu'on lui demande. Indication : réveil angoissé la nuit en suffoquant, que ce soit d'ailleurs le faux croup, ou autre chose, même une suffocation cardio-rénale.

En parlant de toux, je tiens à parler d'une toux particulière, bien souvent observée chez les femmes : en toussant laisse échapper l'urine (ou en riant). Ici en somme nous avons affaire à un phénomène parétique, et le médicament indiqué, Causticum, à haute dilution, 30e ou plus haut, la guérit bien souvent ; il est à employer aussi dans certaines incontinences nocturnes (enfants) ou même diurnes (vieilles femmes).

Je ne veux pas épuiser le chapitre des toux, qui demanderait une brochure, puisque mon but est de donner des indications pratiques sur divers sujets. Survolons donc rapidement quelques domaines de la pratique médicale, sans nous arrêter à la diphtérie, si bien étudiée par le Dr Chavanon, et dans laquelle Mercurius cyanatus, le cyanure de mercure, à la sixième dilution ou moins, reste le principal remède.

Est-il une affection plus éloignée de la thérapeutique médicale que le prolapsus du rectum ; eh bien, s'il n'y a pas, évidemment, de lésions irrémédiables, donnez le podophyllin, Podophyllum peltatum, ce purgatif hépatique, à la 12e dilution, et faites la statistique.

Et puisque nous parlons de ces régions, n'avez-vous pas vu de ces diarrhées avec colite dysentériforme, selles fréquentes, douloureuses, avec épreintes, et surtout glaires sanguinolentes, très pénibles chez les adultes, parfois mortelles chez les petits enfants. C'est l'indication du Corrosivus, autrement dit le sublimé, à la 3e dilution, au millionième, à des doses que vous pourrez prescrire, à peu près ainsi : liqueur de Van Swieten, III gouttes, eau distillée 200 grammes, une cuillerée à café d'heure en heure. C'est un peu trop fort comme dose, mais chacun peut faire cette prescription sans s'adresser à une pharmacie homœopathique.

Le rein est un organe noble dont l'histologie, la physiologie, normales et pathologiques, ont été abondamment étudiées, mais la thérapeutique ?

Sans doute les œdèmes indiquent la restriction chlorurée, l'azotémie, la restriction des albuminoïdes, mais enfin il y a néphrite, inflammation de la cellule des tubuli, albuminurie, et ce signe dont nous ne devons pas augmenter la valeur, car nous savons bien que l'albuminurie peut être d'autant plus légère que la néphrite est plus grave, dans les cas chroniques, est tout de même pour le médecin un indice capital. Divers poisons la produisent, la cantharide surtout, l'arsenic, la térébenthine (avec sang), le mercure. Lancereaux l'avait bien vu qui donnait une goutte de teinture de cantharides aux albuminuriques ; mais c'était beaucoup trop fort et pouvait aggraver. Cantharis 6e est bien supérieure, qui donne et guérit l'albuminurie, la pesanteur rénale, l'oligurie, l'œdème, des phénomènes de cystite banale.

Un mot encore pour finir, sur ce terrible désagrément qu'est l'ozène, peut-être souvent signature d'une hérédité spécifique. Avec Sulfur, donnez Aurum metallicum, l'or, à la 30e dilution (pour ne pas aggraver) avec Kali-bichromicum, le bichromate de potasse, à la même dose, s'il y a des croûtes, des mucosités filandreuses.

Mais il faut bien s'arrêter. Mon but était de donner quelques aperçus sur divers points de pratique médicale, pour permettre d'essayer, dans des cas très simples, quelques médicaments. J'en fais mes humbles excuses à l'homœopathie, que je ravale à l'état d'une médecine de bonne femme, alors que, tout au contraire, un malade doit être pris dans son ensemble, que c'est l'ensemble de son état, constitution, tempérament, symptômes divers, qu'il faut étudier, et couvrir par le médicament approprié, ce qu'on ne pourra faire que par l'étude de la matière médicale, autrement dit des effets des substances sur l'homme sain. Et comme tout a un commencement, avant de faire une étude approfondie de cette matière médicale, il faut commencer par de pratiques et faciles résumés, tels que la matière médicale pratique de Charette, ce petit livre brillant, spirituel et précis qui, sans fatiguer et même en amusant, donne le goût de *l'indication* des médicaments, le dégoût de la thérapeutique omnibus.

Et cependant, l'homme est mortel, et c'est une loi à laquelle nul ne peut se soustraire, même avec l'homœopathie, dont il n'est d'ailleurs pas toujours facile de trouver les indications. Au moins n'aura-t-on pas agi au petit bonheur.

« En quinze ou vingt ans, tel mémoire qui eut sa renommée est complètement oublié. Ce n'est pas parce qu'il a écrit un long travail sur l'efficacité des moxas que le grand Larrey est encore honoré aujourd'hui, c'est parce que Napoléon a pu dire de lui : « Il est l'homme le plus vertueux que j'aie connu ». (Professeur Raymond Grégoire, Leçon d'ouverture.)

« Depuis la loi de 1892 qui a créé les chirurgiens-dentistes et officialisé leurs écoles, ceux-ci se sont professionnellement multipliés et répandus ; il en existe actuellement six mille en France. Dans ce même laps de temps, les docteurs en médecine, boudant la profession odontologique, ne sont arrivés, à une cadence ralentie, qu'à réaliser quelques centaines de praticiens odontologiques, six centaines environ. » (Professeur Pierre Sebileau, *Académie de médecine*. Discussion du rapport de M. Roussy, sur le projet de loi relatif à l'exercice de l'art dentaire.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

20 avril 1931

Les composés sulfhydrylés du sang humain à l'état normal et dans les états pathologiques. — *Marcel Labbé* et *F. Nepveux.* — Le taux des composés sulfhydrylés du sang des sujets normaux exprimé en glutathion varie de 0,156 gr. à 0,256 gr. moyenne 0,215 gr. par litre. Il est abaissé chez les goutteux (0,135 gr.), chez les obèses (0,154 gr.), chez les cirrhotiques (0,114 gr.), dans le diabète sans dénutrition ni acidose (0,141 gr.), et dans le diabète grave (0,133 gr.) par litre.

Il n'y a pas de relation entre le taux de ces composés et celui de la glycémie, de l'uricémie, de l'azotémie, et de la lipémie. Le mécanisme d'action des composés sulfhydrylés est mal précisé. Les auteurs constatent que dans les troubles de la nutrition, la teneur du sang en glutathion réduit est en général inférieure aux taux normal et pensent que cet abaissement est le fait d'une insuffisance du foie, organe particulièrement riche en composés sulfhydrylés.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 mars 1921

Les améliorants chimiques des farines. — L'Académie discute le rapport de M. Marchoux dont nous avons publié les conclusions (Cf. *Bull. Méd.*, 1931, p. 236).

M. Desgrez estime prématurée la condamnation des « améliorants » et notamment du persulfate d'ammonium. L'Académie devrait compléter sa documentation.

M. Léon Bernard est d'une opinion opposée et rappelle l'avis défavorable du Conseil supérieur d'hygiène.

M. Delbet pense que la recherche des grands rendements dans la culture du blé nous donne un blé moins aisément panifiable qu'autrefois d'où l'emploi des améliorants. Une longue expérience peut seule fixer sur les conséquences de leur emploi. En Amérique où ils sont dès longtemps utilisés on note certains troubles auxquels ils ne sont peut-être pas étrangers.

M. Lapicque. — On a tort d'attacher de l'importance à l'aspect du pain et les améliorants s'adressent surtout à l'aspect du pain. Les dangers éventuels qu'ils peuvent causer ne compensent pas le service qu'ils rendent. De plus la France doit faire son blé de manière à se suffire à elle-même.

M. Marchoux estime, qu'en ce qui concerne ce dernier point, la France peut y parvenir au besoin en recourant au seigle et à l'orge.

Après rejet de l'amendement d'ajournement de M. Desgrez, l'Académie vote définitivement les conclusions du rapport de M. Marchoux.

Les études dentaires. — L'Académie aborde ensuite la discussion du rapport de M. Roussy sur la proposition de loi Milan-Rio qui dispose que le diplôme de docteur en médecine sera nécessaire pour l'exercice de la profession de dentiste.

M. Hayem est opposé au projet Milan Rio, mais demande la réforme des études dentaires.

M. Hartmann demande où les éudiants en médecine pourraient bien apprendre l'art dentaire qui demande deux années de préparation étroitement spécialisée. Le projet Milan-Rio ramènerait vite les dentistes a un nombre insuffisant. M. Hartmann est en somme un adversaire du projet.

La discussion se poursuivra dans les séances ultérieures.

De l'emploi des injections de glycérine dans le traitement des varices par la méthode sclérosante. — *MM. F. Maignon, Ch. Gandclaude* et *M. Lambert.* — MM. Maignon et Grandclaude avaient déjà montré (Acad. des sciences, 7 avril 1930), les effets sclérosants des injections intraveineuses de glycérine à la dose de 3 à 5 centicubes chez le chien. La première injection est généralement peu efficace, mais elle produit une véritable sensibilisation des parois veineuses vis-à-vis d'une seconde qui entraîne (sept fois sur sept) la sclérose avec oblitération complète lorsqu'elle est effectuée six à huit jours après la première. Les injections sont d'autre part parfaitement tolérées, elles sont indolores et n'entraînent aucun trouble fonctionnel. Les auteurs ont eu l'idée de substituer la glycérine aux substances actuellement employées (quinine, uréthane, salicylate de soude, etc.) dans le traitement des varices par la méthode sclérosante.

Les essais tentés sur l'homme ont confirmé en tous points les résultats obtenus sur le chien.

Des expériences comparatives sur le chien ont montré que la glycérine est plus sclérosante que le mélange quinine uréthane, tout en n'étant pas toxique. Les injections de quinine-uréthane, au contraire, ont été fréquemment suivies chez le chien de troubles nerveux, ataxie, titubation, et quelquefois de vomissement. Rien de pareil avec la glycérine qui est un principe nutritif et qui ne doit son action qu'à sa concentration. Aussitôt diluée dans le sang, elle devient tout à fait inoffensive.

L'infestation prénatale dans l'ascaridiase des carnivores. — *M. Henry* fait connaître que l'infestation des jeunes carnivores par les ascarides, se fait surtout par l'utérus de la mère et qu'elle peut être une cause de mortalité à la naissance.

La mesure des valeurs antimicrobiennes des substances chimiques. — *MM. J. Regnier* et *Mlle S. Lambin* se sont proposé d'arriver à définir par une valeur indépendante, suffisamment constante, l'activité d'un antiseptique donné vis-à-vis d'un microbe donné.

Ils essayent de résoudre le problème non plus à la façon des auteurs anglo-saxons qui se bornent à définir une valeur relative (méthode du coefficient phénol), mais à la façon des anciens bactériologistes qui cherchaient à définir une valeur absolue. Reprenant leurs idées, ils cherchent, en précisant de plus en plus les conditions expérimentales, à les appliquer non seulement à l'étude des valeurs antigénétiques, comme l'avaient fait la plupart de ces auteurs, mais encore à l'étude des valeurs antibiotiques.

MM. A. et *R. Sartory* et *J. Meyer.* — Phénomènes apportés par l'irradiation sur le tissu cutané et la glande génitale mâle du lapin en fonction de l'état biologique de l'animal.

Elections. — *MM. Tournade*, d'Alger et *Cluzet*, de Lyon, sont élus membres correspondants nationaux.

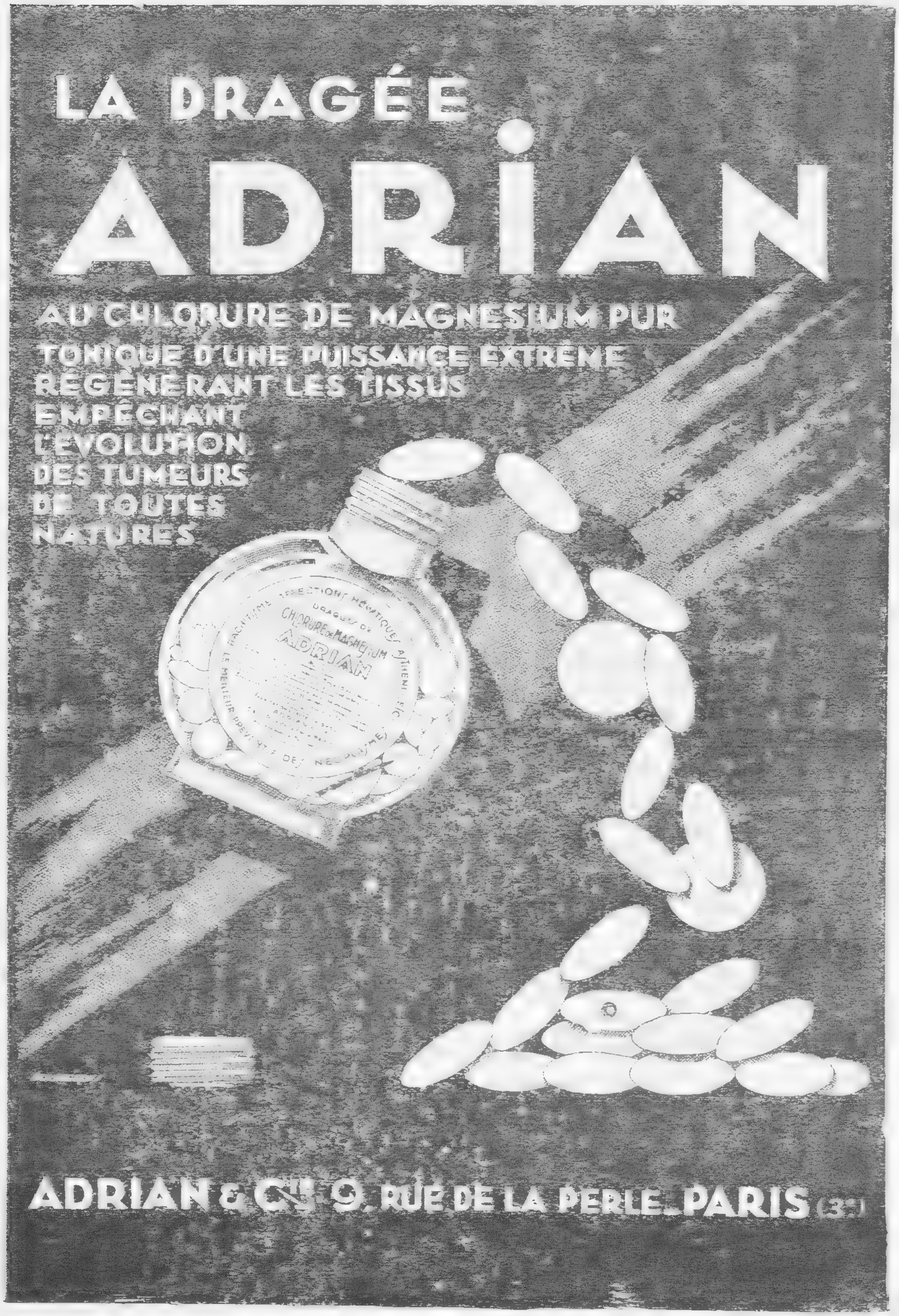
SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 avril 1931

Etude pathogénique de 40 cas de diphtérie et essais thérapeutiques. — *MM. Robert Debré, C. Ramon* et *P.-L. Thiroloix.* — Depuis le deuxième semestre 1926, la diphtérie est devenue plus fréquente et plus grave dans la plupart des pays. La mort des enfants est due, en général, aux diphtéries toxiques et non pas aux accidents asphyxiques du croup. Une diffusion et une gravité plus grandes de la diphtérie survenant après des années favorables ne sont pas des phénomènes nouveaux. Elles ont provoqué la reprise d'anciennes plaintes sur l'activité du sérum antidiphtérique. On a été dans certains pays, notamment en Allemagne, jusqu'à parler d'une véritable « faillite de la sérothérapie ».

Robert Debré, G. Ramon et P.-L. Thiroloix ont étudié, dans le service du Dr Guillemot, 40 cas de diphtérie au point de vue expérimental et pathogénique. Il ont déterminé dans chaque cas ce qu'ils appellent le pouvoir pathogène essentiel du germe résultant de ses deux propriétés fondamentales : virulence d'une part et pouvoir toxigène de l'autre. Ils ont montré que, dans toutes les formes graves, on trouvait des germes à pouvoir pathogène essentiel très élevé. A vrai dire, dans des diphtéries moyennes ou légères, on peut trouver exceptionnellement des germes à pouvoir pathogène essentiel élevé. Ils ont également étudié le dosage des antitoxines dans le sérum du malade avant tout traitement spécifique. Ils ont conclu que la gravité actuelle de la diphtérie est sans doute due à une augmentation du pouvoir pathogène des germes.

Quoique de nombreux essais aient déjà été tentés en ce sens, ils ont, avec la collaboration de M. Legroux, préparé un sérum avec le corps des bacilles diphtériques isolés au cours de



l'épidémie même. Ils ont constaté que ce sérum n'était nullement plus actif que le sérum préparé par l'injection au cheval de toxines ou d'anatoxine. Ils montrent, une fois de plus, que c'est le temps écoulé entre le début de la maladie et le moment où l'on injecte le sérum qui constitue le moment primordial pour le pronostic. Avec les réserves que comporte toute règle mentionnant le début d'une angine diphtérique, car rien n'est plus difficile que de préciser ce moment même, ils indiquent à nouveau le délai de trois à quatre jours qui semble celui à partir duquel s'aggravent les formes moyennes de la maladie. Dans les cas où la haute valeur pathogène du germe s'ajoute à l'absence de l'immunité chez le sujet infecté, la diphtérie brûle les étapes et la sérothérapie ne peut être efficace que dans les toutes premières heures.

Ils demandent que l'on répande cette notion plutôt que de comparer les sérums des divers Instituts, alors que dans tous les pays où la diphtérie est grave, on entend les mêmes doléances, et que de suggérer le renouvellement d'expériences déjà faites bien souvent. Elles aboutissent toujours à démontrer que la toxine diphtérique est une et que seule l'antitoxine est douée d'un pouvoir thérapeutique.

M. Grenet, se basant sur ces constatations cliniques et les résultats thérapeutiques, estime que les conclusions de MM. Debré, Ramon et Thiroloix ne peuvent être accueillis sans quelques réserves. Il rappelle que le sérum antimicrobien et antitoxique est plus efficace que le sérum seulement antitoxique; de même, le sérum ordinaire (préparé à l'aide de la souche d'origine américaine) donne de meilleurs résultats que le sérum désalbuminé.

M. Debré répond que les tentatives multiples, répétées dans tous les pays, de fabrication d'un sérum ayant un pouvoir antimicrobien élevé, et toujours suivies d'échec, justifient cette opinion qu'il partage avec M. Roux, que seule l'antitoxine possède un pouvoir thérapeutique.

Le rhumatisme chronique tuberculeux. — *MM. F. Bezançon, Mathieu-Pierre Weill, J. Delarue* et *V. Oumansky* présentent une malade de 45 ans, atteinte, depuis l'âge de 38 ans, d'une série de poussées aiguës de prurit et d'urticaire, puis de poussées articulaires aiguës, fébriles, simulant en tous points celles de la maladie rhumatismale de Bouillaud, alternant avec les précédentes, puis enfin tout ensemble des poussées aiguës articulaires et cutanées. Ce n'est que depuis la crise de septembre 1930 que se sont installées des lésions chroniques, localisées surtout aux mains, et accessoirement aux pieds et aux genoux. La nature tuberculeuse du processus fut prouvée par la présence du bacille de Koch dans le liquide hydarthrodial des genoux. Les cuti et surtout les intra-dermo réactions à la tuberculine furent suivies de réactions particulièrement intenses, surtout celles pratiquées au voisinage des articulations les plus atteintes.

Aujourd'hui encore, six mois après ces inoculations, les intra-dermo-réactions pratiquées au voisinage des genoux ont laissé des cicatrices pigmentaires importantes. Ces injections de tuberculine s'accompagnèrent d'une reprise des manifestations articulaires. La malade ayant été soumise au traitement tuberculinique, chaque injection provoqua tout d'abord l'apparition, au lieu d'injection, d'un gros nodule sous-cutané persistant ; l'une d'elles entraina même la reviviscence d'une intra-dermo-réaction pratiquée deux mois auparavant. A l'occasion de l'injection de 0,4 d'une solution au 1/100.000e, survint une élévation thermique avec démangeaisons et urticaire qui témoignèrent que les manifestations cutanées qui avaient caractérisé le début de la maladie tenaient à une hypersensibilité tuberculinique tout à fait remarquable de la malade. A l'heure actuelle il ne persiste plus que des déformations banales des mains qui, si on ne connaissait le résultat des examens bactériologique anciens, inciteraient à poser le diagnostic imprécis et inexact de rhumatisme déformant.

Spasme de torsion (type Ziehen-Oppenheim). — *MM. C.-I. Urrechia* et *I. Croza* (Cluj, Roumanie).

Un cas de syndrome épiphysaire. — *MM. C.-I. Urrechia* et *I. Croza* (Cluj, Roumanie).

Recherches cliniques et de laboratoire dans un cas de mélano-sarcome hépatique. — *MM. Dumitresco-Mante, Dulugea-Stoïa* et *Ionesco Craiova* (Bucarest).

Leucémie lymphoïde à type splénique pur. Syndrome ganglionnaire terminal. — *MM. L. Montel* et *Jean Olmer.* — Un homme de 47 ans est vu pour la première fois en 1927 avec une énorme splénomégalie isolée, sans aucune manifestation ganglionnaire. L'examen du sang montre chez lui plus de 500.000 leucocytes par mmc. reprabsentés en grande majorité par des lymphocytes (82 %). Il s'agissait donc d'une forme splénique pure de leucémie lymphoïde.

Sous l'effet d'un traitement radiothérapique, les signes généraux s'améliorent, le nombre des leucocytes s'abaisse et cet état se maintient pendant près de trois ans. A ce moment l'état général recommence à décliner et surtout se développe rapidement une volumineuse adénopathie généralisée. Dans le sang il y a 58.000 leucocytes, les éléments lymphoïdes sont encore prédominants (85 %) mais à côte des lymphocytes apparaissent des lymphoblastes. Dès lors l'évolution est progressive et le malade meurt en six mois.

Cette apparition tardive d'un syndrome ganglionnaire au cours d'une leucémie lymphoïde à type splénique pur, qui n'avait été signalée auparavant, est à rapprocher du syndrome ganglionnaire tardif de la leucémie myéloïde signalée par Emile Weil et Isch-Wall, et paraît avoir la même valeur de poussée de leucémie aiguë terminale.

Hypochlorémie au cours d'une néphrite chronique avec azotémie. Rechloruration. Accidents. — *MM. Etienne Bernard* et *Gaucher* rapportent l'observation d'une femme de 39 ans atteinte de néphrite chronique et entrée à l'hôpital avec un taux d'urée sanguine de 5 gr. 70. Le dosage du chlore plasmatique donnant le chiffre de 2 gr. 73 au lieu de 3 gr. 60. Un traitement rechlorurant est institué (NaCl : 18 gr. en trois jours). Le chlore plasmatique se relève à 3 gr. 33 puis à 3 gr. 40. L'urée sanguine s'abaisse à 4 gr. 19.

Parallèlement on observe une amélioration de l'état général avec disparition des troubles nerveux et digestifs. Mais dès le quatrième jour l'administration de sel doit être arrêtée à la suite de l'apparition d'un œdème pulmonaire. Celui-ci n'est pas alarmant, mais il est suivi deux jours plus tard d'œdème des membres inférieurs et cinq jours après d'œdème énorme du plancher de la bouche et de la langue. Décès.

Cette observation montre, après d'autres, les accidents possibles de la rechloruration même prudemment instituée, quand il s'agit d'un processus chronique où l'atteinte du parenchyme rénal est ancienne et profonde.

M. Rathery note que les accidents surviennent dans les cas où l'hypochlorémie est irréductible et très probablement chez les malades dont les reins sont déjà profondément altérés. Il met en garde contre les injections salines intra-veineuses et préconise de tenter la rechloruration par voie buccale.

M. Labbé soulève l'hypothèse du rôle possible de la rétention du sodium dans la pathogénie des accidents.

La réaction de sédimentation globulaire dans les affections articulaires. — *MM. Mathieu-Pierre Weil, Ch.-C. Guillaumin* et *Mlle M.-L. Laurencie* montrent que c'est pendant les cinq heures qui suivent le recueillement du sang sur la solution citratée qu'il convient de suivre la rapidité avec laquelle vont sédimenter les globules sanguins.

Les auteurs expriment le phénomène sous forme de courbes. Si l'on veut éviter celles-ci, le chiffre le plus significatif est le volume globulaire lu à la deuxième heure. Le tassement étant d'autant plus lent que l'échantillon est plus riche en globules, les auteurs apportent une formule qui permet de corriger cette cause d'erreur dont ils établissent l'importance.

La vitesse de la sédimentation globulaire est l'expression, non de la maladie considérée en elle-même, mais des lésions qu'elle détermine. Si celles-ci n'ont pas le caractère inflammatoire, la réaction sédimentaire demeure normale ; mais elle s'exagère si les lésions sont inflammatoires, et au prorata du degré de l'inflammation. Ainsi considérée la valeur de la réaction est grande ; mais elle ne permet pas la classification des maladies.

Du point de vue pronostique, considérée en elle-même, elle est sans valeur. Mais sa signification devient grande si on lui demande des renseignements sur l'évolution spontanée ou thérapeutique de la maladie. Ceux-ci sont d'autant plus précieux que les données de la clinique peuvent être totalement insuffisantes.

Michelle VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 avril 1931

La gastrophotor. Description et technique. — *M. Bécart* présente le gastrophotor qui permet la photographie de la surface interne de l'estomac. Cet appareil dont la grosseur

et la taille sont celles d'un tube de Faucher, se termine par deux minuscules chambres noires qui permettent de prendre instantanément huit clichés stéréoscopiques de l'intérieur de l'estomac. Chaque film étant repéré d'avance, permet de savoir exactement à quelle partie de l'estomac il correspond. Un ingénieux dispositif permet d'avoir à la disposition un éclairage instantané de 20.000 bougies, au moment même où le courant est coupé. L'introduction de l'appareil est d'une facilité extrême et se fait avec le minimum d'inconvénients pour le patient. Le gros intérêt de cet appareil est de pouvoir faciliter le diagnostic précoce du cancer.

Action des extraits de tumeurs dans les néoplasies cancéreuses. — *M. Dartigues* (de Paris) fait un rapport sur un travail des Drs *Cuvier* (de Bordeaux) et *Carrère* (d'Ozillac) sur l'*Action des extraits de tumeurs dans les néoplasies cancéreuses* par voie buccale ou applications locales en doses faibles ou fractionnées. L'observation a porté sur 174 cas, dont 58 suivis, où l'on a pu voir : une sédation accusée des douleurs, une diminution ou disparition des hémorragies, une tendance à la cicatrisation, une amélioration de l'état général, une régression des masses tumorales et ganglionnaires.

M. Dartigues propose d'appeler la méthode biologique des Drs Cuvier et Carrère *homéothérapie néoplasique* plutôt que tumorothérapie.

M. Quiserne demande si les auteurs de ce travail ont recherché les altérations biochimiques du sang signalées chez les cancéreux et chez certains sujets ne présentant pas de troubles cancéreux évidents par MM. Reding et Slosse (de Bruxelles). Ces derniers auteurs ayant montré la constance de ces troubles (augmentation de l'alcalinité du sérum sanguin, diminution des ions calciques dans le pH) sur les terrains cancéreux et pré-cancéreux dans une communication faite à la Ligue pour la Défense du Cancer en 1929.

Cellule cancéreuse et métastase. — *M. Georges Rosenthal* soutient que la cellule cancéreuse est l'élément de défense contre le virus inconnu du cancer.

Hémocrinothérapie et eczéma généralisé. — *MM. Georges Rosenthal et Fildeiman* présentent un malade atteint d'un eczéma généralisé datant de 4 ans, et guéri après 10 jours de ce traitement.

Traitement de la goutte. — *M. Schneider*. — La goutte est une maladie moins fréquente à rencontrer de nos jours, à cause probablement des progrès de l'hygiène et de la diététique. Mais si autrefois, le traitement de la goutte était peu étudié, si durant très longtemps, la plupart des cliniciens se sont figurés qu'il ne présentait que peu d'intérêt, car la plupart du temps inopérant et même dangereux, l'expérience prouve actuellement qu'on peut guérir de la goutte et cela, sans danger. L'iode et l'urotropine en injections, très souvent, les cures thermales fréquemment, l'autohémothérapie parfois constituent le traitement de la période chronique.

Action indirecte des rayons X. — *M. Guilbert* a rassemblé dans sa communication des faits qui semblent prouver l'effet indirect des rayons X, véritable protéinothérapie. C'est à cette action qu'il attribue l'effet favorable de la radiothérapie dans les épanchements séreux du cancer, dans la tuberculose localisée, les affections cutanées et même les maladies aiguës. De cette hypothèse que la clinique semble démontrer, M. Guilbert espère apporter la vérification sérologique.

Vaccination locale par injection intra-pulmonaire directe. — *M. Georges Rosenthal* rapporte deux cas de pneumococcie pulmonaire qui ont bénéficié de sa technique d'injection intrapulmonaire. Le premier cas a trait à un réveil de foyer avec signes faisant craindre une suppuration secondaire. Dans le deuxième cas, un foyer pseudolobaire en activité est amené à la défervescence après trois piqûres de vaccin.

P. Prost.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 17 avril 1931

Tuberculose urétérale avec rein indemne de lésions bacillaires. — *M. Lavenant* fait un rapport sur un travail de M. Marc Papin (de La Rochelle). Il insiste sur la rareté de pareils faits allant à l'encontre des opinions classiques qui n'admettent pas l'existence de tuberculose urétérale primitive. Cette existence est cependant démontrée actuellement par un certain nombre d'observations. Les malformations congénitales, les sténoses jouent probablement un rôle prédisposant et il est très possible d'invoquer, en dehors de toute lésions folliculaire du rein, la bacillurie tuberculeuse pour expliquer les infections par voie descendante. Il y a lieu d'admettre aussi, dans certaines conditions, une infection vésico-urétérale ascendante.

Trois cas de plaie de la rate par coup de couteau. Suture par thoraco-phréno-laparotomie oblique. Guérison. — *M. Judet* fait un rapport sur ce travail de M. Mahaut (de l'armée). Dans les trois cas la plaie siégeait au niveau de la partie inférieure gauche du thorax. La symptomatologie immédiate était des plus restreintes. Les blessés ont guéri sans le moindre incident.

Faut-il drainer l'abdomen après les résections gastriques ? — D'après *M. Victor-Pauchet*, dans les gastrectomies le drainage est utile dans 20 % des cas environ. Il ne faut pas drainer au contact des sutures ni employer de gaze qui favorise la déhiscence de celle-ci surtout au niveau du duodénum, mais utiliser de préférence des lames de caoutchouc ou parfois des drains. Le drainage est indiqué dans les ulcus térébrants, les ulcus géants, les ulcus haut situés, les ulcus jéjunaux pénétrant dans le côlon transverse, les perforations aiguës de l'estomac et du duodédum.

Rhinoplastie par lambeau à deux pédicules. — *M. Dufourmentel* présente une jeune fille de 21 ans dont toute l'extrémité inférieure du nez avait été détruite par un lupus. La rhinoplastie fut faite par un lambeau en anse à deux pédicules prélevé dans le cuir chevelu. Dix jours après l'application, les pédicules étaient remis à leur place et le greffon put être modelé. En trois semaines le résultat est tout-à-fait satisfaisant.

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

L'insomnie, son traitement par le somnothyril, par le docteur A. Trinquet. (Thèse de Lille, juillet 1930.)

Après un exposé des aspects physiologiques du sommeil, l'auteur passe en revue les diverses hypothèses proposées pour expliquer cette fonction qui est reconnue actuellement comme le résultat d'un double mécanisme, d'une part, cortical (Raphaël Dubois, Legendre et Piéron, Pawloff...), d'autre part, mésocéphalique (Demole, Spigel, Mehes et Pick...), ce dernier paraissant être le plus important.

Suivent un historique et une classification de la médication hypnotique où, avec la variété des composés chimiques, principalement dans le groupe des uréides, apparaît le souci des pharmacologues d'augmenter avec chaque nouveau produit, le pouvoir hypnotique, malheureusement sans en diminuer bien souvent la toxicité.

En faisant valoir l'intérêt du Somnothyril où la dié-thylmalonylurée figure à doses réduites de 20 centigr. par pilule, l'auteur insiste également sur le complexe de médicaments qui entrent dans sa composition et qui lui confirme son caractère nouveau. A cette occasion, il développe brièvement le problème de la perméabilité cellulaire et expose les expériences de Garrelon et Santenoise qui ont démontré l'influence du vague sur la sensibilisation des cellules nerveuses par une action excito-sécrétoire sur la thyroïde dont l'importance dans la régulation organique est apparue depuis longtemps.

Ces notions ont été justement utilisées dans la constitution du somnothyril qui, grâce à son mordant physiologique (ésérine-thyroïdine) et, à l'association d'un hypnotique mésodien céphalique et d'un sédatif cortical, réalise avec des doses réduites, une synergie renforçatrice très efficace dans le traitement de l'insomnie.

De nombreuses observations cliniques, faites sur des nerveux et surtout sur des aliénés, représentées par des graphiques très suggestifs, viennent à l'appui de la grande activité du somnothyril en même temps qu'elles font ressortir une action secondaire apaisante sans crainte d'intoxication et sans accoutumance.

Echos et Glanures

Paul Bert et l'homéopathie. — Il ne lui était guère favorable, qu'on en juge :

« En opposition avec cette pharmacopie grossière, forçant l'infortuné malade à avaler bois, poudres, opiats, se dresse la pharmacopée homéopathique. Ici, simplicité admirable, propreté et délicatesse. Des flacons microscopiques, des gouttes insipides, l'infiniment petit, qui, multiplié par la crédulité humaine, produit d'infiniments grands résultats.... dans l'escarcelle du médecin. Il s'agit ici de millionièmes, de milliardièmes, par rapport à la dose où l'œil observateur reconnaît quelque effet manifeste. Et l'on se demande pourquoi ce liquide à doses mystiques, alors que le flacon seul ferait sans doute même effet. Mais n'insistons pas : ceci est une affaire de foi, et nul doute que les homéopathes, s'ils arrivaient au pouvoir, ne créassent un déli d'outrage à la religion homéopathique, à l'exemple des catholiques, avec lesquels ils ont plus d'une affinité.

Bulletin de la soc. méd. homéopathique de France, 1881, p. 65.

L'opinion d'Eugénie de Guérin sur l'homéopathie. — « Heureux ceux qui croient sans avoir vu ! Heureux donc les croyants à la poudre homéopathique ! Heureux donc mon estomac qui vient d'en prendre sur l'ordonnance de Marie ! J'ai plutôt foi au médecin qu'au remède, il faut le dire, ce qui revient au même pour l'effet. Quoique je t'aie pressé de consulter cette nouvelle méthode de guérison, c'était plutôt pour le régime doux et long, et par cela d'un bon effet, que pour les infiniments petits qui doivent produire infiniment peu de choses. Que peut contenir d'agissant un atome de poudre quelconque, fut-elle de feu ? J'ai donc pris sans conviction et pour complaire à la tendre amie, pleine de soins pour ma santé. Mon remède est de ne rien faire, de laisser faire dame Nature, qui s'en tire seule, à moins de cas aigus. La santé est comme les enfants, on la gâte par trop de soins ». (Eugénie de Guérin. Journal et fragments, 1912, 25 éd.)

Pinel et Corvisart. — « ... Le professeur Pinel ne parlait jamais, dans sa clinique, de la percussion pectorale ; ses élèves ne l'employaient jamais, du moins en sa présence et pourquoi ? parce que Corvisart s'était fort occupé, comme on sait, de ce moyen de sémécotique.

Si le vénérable et bon Pinel, ne fut pas à l'abri d'une telle faiblesse, qui de nous osera s'en croire entièrement exempt ? Pinel, à son tour, n'a guère été cité par Corvisart ou Portal ; Corvisart, Pinel et tant d'autres n'ont pas apprécié l'ouvrage des phlegmasies chroniques de Broussais. Chaussier n'a guère parlé de Bichat vivant, qu'avec un sourire ; et qu'en disaient alors Richerand et Alibert ? c'est de l'histoire....)

(1832 Des Guidé — Lettre aux médecins français sur l homœopathie. p. 48).

Ambroise Paré à Lyon. — « ... Paré vint plusieurs fois à Lyon, soit avec le roi Charles IX, soit avec d'autres chefs tel que le duc de Rohan. Une anecdote nous intéresse : rejoignant les troupes au siège de Perpignan avec ce dernier général, il y mit tant de hâte qu'il passa de longues heures à chevaucher. En arrivant à Lyon, il fut pris d'une hématurie qu'il attribua à cette cause. Cet incident paraît avoir été unique dans son existence. Petite crise néphrétique ou congestion prostatique ? Le diagnostic rétrospectif est difficile. Peut-être demanda-t-il conseil à ses amis Canape et Daleschamps. Il les fréquenta en tous cas pendant son séjour, le dernier surtout, à qui il emprunta plusieurs chapitres de sa chirurgie, notamment celui sur le « Phymosis ». En revanche, il lui prêtait, comme nous avons vu, ses figures. Il le cite à propos d'une observation curieuse : *Monsieur Daleschamps raconte qu'il a vu un homme avec un apostème sur les lombes dont après suppuration icelle dégénéra en fistule par laquelle jeta en diverses fois plusieurs pierres venues des reins, et endurait le travail du cheval et des chariots.* (Extrait de la leçon inaugurale du professeur Gayet. *Lyon Médical*, 25 janvier 1931.)

Psychiatres et campagnes de presse. — L'Archer, *revue mensuelle, publiée à Toulouse sous la direction du Dr Paul Voivenel, poursuit brillamment sa tâche de décentralisation artistique et littéraire.*

De mois en mois, l'Archer a dû augmenter son tirage. Dans le

numéro de mars, les Propos de Campagnou (*alias Dr Paul Voivenel) sont consacrés à* La Loi qui fait délirer les gens dits « raisonnables », *c'est-à-dire à la loi de* 1883. *En voici un extrait* :

« ... Chaque fois qu'un interné sorti, normalement parce que guéri, ou par évasion, proteste contre son entrée et son maintien à l'asile, une campagne de presse se déclenche dont les termes reproduisent avec une étonnante fidélité les termes des campagnes précédentes : « Les psychiatres considèrent tout le monde comme fou, on continue à « embastiller les gens », on se débarrasse d'un adversaire gênant dans les geôles modernes que sont les asiles, les médecins s'associent à des voleurs d'héritages, etc., etc.). Chaque journaliste cite une ou deux affaires qui firent du bruit, mais dans tout ce bruit il n'entend que le son de sa cloche. Il prête aux aliénistes des paroles stupides.

« Dans un article de 1929, l'un d'eux fait dire à un expert : « le malade raisonne clairement, montre dans ses idées de la suite et de la logique : preuve de folie ». Il croit vraiment que l'expert a dit ça ! Après avoir déposé à Douai, dans l'affaire Lefebvre, lorsque je lus dans les journaux les résumés de mon rapport, je me demandai si certains reporters étaient idiots ou si j'avais parlé chinois. On me donnait telle opinion que je venais de combattre, on m'attribuait des cocasseries renversantes, on m'inventait des attitudes. Hier encore, dans *Le Progrès du Nord*, un journaliste — qui eût dû venir plutôt me contredire à la *Tribune Lilloise* — s'élevait contre les diagnostics formulés par certains psychiatres qui « à l'instar du docteur Campagnou divisent l'humanité en deux lots : les fous et les sains d'esprit lesquels sont des fous qui s'ignorent ».

C'est désarmant. Il écrit sans rire : « Un tic, un défaut de caractère, la moindre tare physique (*sic*) ou morale, la moindre réaction anormale de l'organisme en présence d'une émotion ou d'une passion violente suffit dès lors à ces psychopathes (*resic*) pour vous faire interner. Permettez-moi, Messieurs, de la trouver mauvaise ».

Ra, ta, plan. Fermez le ban... »

La maladie d'Henri VIII (Campbell, Kenneth. *Med. Press. Circ.*, n° 4775. 1930). — D'après l'A., Henri VIII, roi d'Angleterre de 1509 à 1547, contracta la syphilis qu'il communiqua à sa femme Catherine d'Aragon, veuve de son frère Arthur et tante de Charles-Quint. Cette dernière fit plusieurs fausses-couches et Marie Tudor, née de ce mariage présenta des symptômes de syphilis héréditaire. Par contre, la reine Elisabeth, née de l'union d'Henri VIII et d'Anna de Boylen — qu'il épousa secrètement après avoir répudié Catherine d'Aragon — vint au monde en parfaite santé.

Pouteau et la taille. — *Extrait de la leçon inaugurale de M. le professeur Gayet, de Lyon.*

« ... A la même époque (1745), Claude Pouteau était nommé aide-major à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Fils d'un maître chirurgien, il alla étudier à Paris sous J.-L. Petit, Ledran, Morand. Revenu à Lyon, il remplit brillamment ses fonctions hospitalières et il s'acquit une grande réputation. Il a laissé trois volumes de mémoires sur des sujets divers, parmi lesquels nous retiendrons ce qui concerne notre art. Inventeur d'une méthode qu'il a dénommée la taille à niveau, parce qu'il se servait d'un conducteur à niveau d'eau pour assurer la fixité de cet instrument dans la vessie, il soutint de vives polémiques avec Frère Côme et aussi avec l'adversaire de ce dernier, Le Cat.

Il s'élève contre les séances de taille à grand spectacle que ne craignaient pas, au contraire, les susdits spécialistes pour la publicité qu'ils en tiraient. Le style de Pouteau a l'emphase et la sensibilité de l'époque, mais l'idée est juste et humaine et montre la valeur morale du chirurgien lyonnais.

« *Mais hâtons-nous d'arriver, écrit-il, à ce grand jour de taille, à cette espèce d'autodafé, expression dure à la vérité, mais qu'arrache à ma plume le sentiment dont j'ai été frappé la seule fois que j'y ai assisté. Ce grand jour, annoncé depuis quelque temps, a rassemblé le plus grand nombre de spectateurs, et il n'est pas sans doute ignoré de ceux qui doivent faire les honneurs de ce spectacle. Mais qu'importe ?...*

« *Voyez ce dernier, cette triste victime de la plus cruelle expectative, pâle, défait, tremblant, altéré par les plaintes, les pleurs, les cris de ceux qu'on apporte dans leurs lits. Voyez-le attendre avec effroi que son tour soit venu, et demander en son cœur par quelle disgrâce il a mérité la dernière place, celle que la balance de la justice réserve au plus grand coupable, lorsqu'elle est obligée de tirer le glaive du fourreau...* »

Ce tableau dramatique nous montre bien ce qu'étaient ces séances, où la curiosité attiraient non seulement les médecins, mais les seigneurs et les bourgeois de la ville. Les articles du *Mercure de France*, qui les avaient annoncées à l'avance, les

décrivaient pour l'émerveillement de leurs lecteurs. Pouteau a eu raison de protester et de rappeler ces opérateurs au respect de la souffrance. Il proteste aussi contre la manie de surveiller, montre en main, la durée de l'opération et de se faire gloire de la célérité obtenue bien souvent aux dépens de l'opéré. Et sa thèse reste encore valable de nos jours... ».

(*Lyon Médical*, 1er février 1931).

Le réflexe du mensonge. — « ... Le réflexe du mensonge facile à constater quand on le cherche, quand on pense à lui, est utile au psychiatre et même au médecin praticien... *Comment le dépister*. Il suffit de fixer du regard la pomme d'Adam, le cartilage thyroïde de son malade et de suivre son discours après les questions posées. A certaines réponses on note des arrêts entrecoupés de mouvements de déglutition plus ou moins ébauchés. On n'a qu'à revenir là-dessus pour constater que le sujet s'embrouille, se coupe et finit, visiblement soulagé, pour avouer l'erreur volontaire, faite quelques heures auparavant .. » (Dr Marion Mutzner, d'Ajaccio, *Presse Médicale*, 11 avril 1931.)

Les cours d'éducation sexuelle en Allemagne. — *Extrait d'un article de M. J. Gaudefroy-Demombynes, paru dans la* Grande Revue (*mars* 1931) *et intitulé* : Deux mois dans les lycées allemands :

« ... C'était à l'Exposition internationale de l'Hygiène à Dresden, le 23 juillet 1930.

« Dans une des salles du Pavillon allemand, garçons et filles de 17 ans environ écoutaient, avec le sérieux qu'on a au catéchisme, les explications extrêmement détaillées, que leur donnait leur professeur devant les planches murales représentant les organes sexuels de l'homme et de la femme, ainsi que le processus de la procréation. J'ai observé ces enfants. Pas le moindre sourire en biais, pas le moindre regard en coulisse, naïveté totale et grande attention scientifique. J'espère qu'il en est de même chez nos étudiants en médecine ; mais je n'imagine pas du tout semblable conférence devant nos élèves de rhétorique, surtout en présence de filles. J'avoue même que ce n'est pas sans une certaine gêne, et le rouge au front, que j'ai suivi les explications du consciencieux pédagogue.

« La même gêne que j'éprouverais probablement la première fois que j'entrerais dans un camp de nudistes. Question de climat ? Les Allemands moins inflammables que les Français ?

« Cela est vite dit, et pourrait presque sembler désobligeant. Je préférerais dire : question de sérieux, de discipline, de contrôle sur soi.

« D'autant plus que j'ai observé ultérieurement dans beaucoup d'autres domaines ces qualités qui me semblent former la clef de voûte de la mentalité allemande, et faire sa force et sa beauté... »

Pour une organisation rationnelle du travail chirurgical. — *Dans* Le Correspondant (10 *avril* 1931), *le* Dr *Louis Bazy expose au grand public l'utilité qu'il y a de concentrer en un seul et même lieu toute l'activité du chirurgien* :

« ... Le perfectionnement de l'art chirurgical, fonction de l'organisation rationnelle du travail scientifique, résultera dans l'avenir, à mon sens, de la création de centres où se trouveront groupés, étroitement groupés même, en vue du travail en commun, tous les hommes dont les connaissances spéciales sont aujourd'hui nécessaires à l'exercice normal de la chirurgie, et qui auront à leur disposition tous les moyens de garder méthodiquement les traces de leur activité.

La concentration de tous les moyens nécessaires en un seul tout homogène est la première condition à réaliser, pour aboutir à ce qu'on pourrait appeler la rationalisation de la chirurgie. Une seconde condition serait également à remplir. Elle consisterait dans le rassemblement en un même point de toute l'activité professionnelle du chirurgien. Disons, à ce propos, que nous avons tout à faire en France.

Dans les conditions actuelles, la vie du chirurgien n'est pas simple. Il reçoit des malades personnels chez lui, les opère dans une ou plusieurs cliniques privées, car les maisons de santé pour les riches ne comportent pas toujours, sinon presque jamais, des chambres qui puissent convenir à la classe moyenne. Son service d'hôpital est ailleurs. C'est dire le temps qu'il passe en déplacements souvent lointains, et la fatigue supplémentaire et parfaitement inutile qui en résulte pour lui. J'entends encore un des plus jeunes et des plus brillants professeurs de clinique chirurgicale des Etats-Unis me dire : « J'aime la chirurgie, mais je n'ai aucun goût pour l'automobile ». De fait, cet homme arrive le matin à sa clinique, où il trouve ses secrétaires, sa bibliothèque, ses archives. Après avoir fait son service et soigné tous ses malades, à quelque catégorie qu'ils

appartiennent, il peut déjeuner avec ses élèves, inviter à sa table les confrères qui sont venus lui rendre visite. Pour l'après-midi, il possède, à côté de son service de malades, ses laboratoires de recherches, si bien que, sans bouger, il a pu, dans sa journée, exercer son activité dans tous les domaines de l'art chirurgical, toujours secondé par le même personnel. Pour moi qui n'aime pas plus que lui l'automobile, sauf lorsqu'il s'agit de se distraire, quel péché d'envie n'ai-je pas commis, en me mêlant pour quelques jours à cette vie si logiquement ordonnancée, où la production devient facile et le rendement assuré ! ... »

« ... Concentrer, en un seul lieu, tous les éléments divers de travail dont ne peut plus se passer, pour le bien de ses malades, le chirurgien moderne ; concentrer en ce seul et même lieu toute l'activité du chirurgien, quitte à lui assurer une situation matérielle indépendante ; lui permettre, par une organisation appropriée, et dont on n'a pas assez perçu chez nous l'utilité, de conserver la trace de son activité, afin que d'autres chirurgiens, et, par conséquent et surtout, d'autres malades, puissent profiter de l'expérience qu'il aura pu acquérir, tels sont les trois termes de l'organisation rationnelle du travail chirurgical. »

Le médecin praticien et l'hygiène publique. — *Extrait de la leçon inaugurale de M. le Professeur René Legrand, de Lille*

«... D'où vient donc qu'en général le médecin, le praticien paraît s'intéresser aussi peu à l'hygiène publique. Il est pourtant hygiéniste par définition. Il fait de l'hygiène sans le savoir, comme M. Jourdain faisait de la prose. Chaque jour, au cours de sa visite, il met en pratique et répand autour de lui des conseils d'hygiène ; isolement, désinfection, vaccination, sont des prescriptions générales qui protègent la famille et la société. Pourquoi, souvent cette ignorance de l'hygiène publique et même dans certains cas de l'hostilité ? Elle vient de ce qu'il n'a pas dans l'hygiène publique la place qui lui revient. La maison est trop encombrée pour qu'il s'y trouve chez lui. Diverses causes sont à l'origine de ce malaise. En se développant, en évoluant vers la protection publique, l'hygiène a dû faire appel à nombre d'autres sciences. Le concours de nombreux techniciens non-médecins lui a été nécessaire. Ceux-ci sont arrivés à elle pleins d'enthousiasme et lui ont rendu de signalés services. Ils s'y sont fait souvent à juste titre une place assez large. C'est au point que dans certains pays, aux Etats-Unis par exemple, des postes d'hygiénistes importants peuvent être occupés par des personnalités non médicales. C'est là à nos yeux une anomalie qui n'est pas sans gros inconvénients si éminentes que soient les personnalités chargées de cette fonction. Quels rapports peuvent-elles avoir avec le Corps médical qu'elles ne comprennent pas ? Comment prévenir des maladies qu'elles ne connaissent pas ? On ne peut combattre un ennemi qu'en le connaissant bien. En prenant une importance trop grande, ces auxiliaires techniques empiètent sur les attributions du médecin qui doit être la cheville ouvrière de l'hygiène. Leurs concours, si précieux soit-il, est toujours une œuvre secondaire. A leur nombre s'ajoute quantité d'hygiénistes administratifs ayant plus ou moins bien assimilé ce qui leur fut enseigné et qui souvent par leur action, contrarient le médecin au lieu de lui apporter une aide efficace.

La carence des Pouvoirs publics, l'insuffisance de l'hygiène officielle a provoqué la multiplication des œuvres privées d'hygiène et d'assistance. Certes, celles-ci sont toujours guidées par des buts très nobles, mais les moyens employés ne sont pas toujours ceux que l'expérience voudrait.

Si certaines œuvres font appel aux médecins pour les guider et les diriger, et rendent des services inappréciables, d'autres, au contraires, refusent leurs conseils et n'appliquent que les conceptions plus ou moins erronées de leurs dirigeants. Le travers qui veut que chacun donne des conseils médicaux, appliquant aux autres la thérapeutiques qui lui a réussi, est encore plus en faveur en hygiène où tout le monde prétend s'y connaître. Nous en avons des exemples dans notre ville où l'on a vu certaines œuvres patronner des théories thérapeutiques n'ayant pas encore fait leurs preuves. Comment voulez-vous que le médecin ne hausse pas les épaules et ne se défie pas de toutes ces manifestations de la charité publique ? Ce ne sont là que deux facteurs psychologiques. Le grand défaut est surtout dans la législation défectueuse de notre pays. Vous savez que notre charte sanitaire est constituée par la loi du 15 février 1902. Cette loi, qui a été critiquée à tant de points de vue, a un défaut capital en ce qui nous intéresse, elle ignore totalement le médecin. Elle ne songe à lui que pour lui imposer la déclaration des maladies

contagieuses, déclaration dont je ne discute pas ici l'indispensable utilité, mais qui n'est trop souvent suivie d'aucun résultat ou de mesures de désinfection souvent plus tracassières qu'utiles. De la collaboration du médecin elle n'a cure. Elle est purement administrative. L'hygiène publique est mise entre les mains de personnalités politiques dont l'intérêt est souvent contraire à l'application des mesures d'hygiène. Quel maire se hasardera à contrarier les intérêts particuliers pour imposer telle ou telle mesure d'hygiène générale ? Si encore le médecin pouvait se faire entendre dans les conseils d'hygiène. Mais il est toujours en minorité, noyé au milieu de fonctionnaires et de politiciens. Les conseils départementaux ont de dix à quinze membres dont trois médecins. Les commissions sanitaires des circonscriptions, composées de cinq à neuf membres comportent un médecin. Il occupe donc dans toutes ces commissions une place très inférieure à celle qui devrait lui être attribuée, puisque sa voix peut être contrebalancée par celle d'un architecte par exemple. Tout cela au grand dommage de l'hygiène publique, dont il est le rouage indispensable. Pas d'hygiène, pas de lutte contre les fléaux sociaux, contre la mortalité infantile sans l'intervention du médecin. C'est lui qui, le premier, avant l'infirmière visiteuse dépistera la maladie, la suivra à la trace, retrouvera les conditions de contagion. C'est lui qui conseille l'isolement, la désinfection, la vaccination. C'est lui qui jette le cr d'alarme en cas de menace pour la société. Pas d'éducation populaire sans le praticien, car l'hygiène publique ne se développera qu'autant que se fera l'éducation du peuple. Aucune oi si sage soit-elle ne l'imposera. Toutes les mesures coercitives ont toujours échoué. Qui est mieux placé que le praticien pour faire cette éducation ? Il pénètre dans toutes les maisons, est questionné par tous.

Sa voix est écoutée. Ses conseils seront suivis plus fidèlement que ne le seront jamais tous ceux qui peuvent être donnés par tous les moyens de publicité possible, affiches, tracts, conférences, école, etc.

C est au cours de ses consultations, dans les conversations de chaque jour que le médecin fait l'éducation hygiénique du peuple.

Donc, rôle de dépistage des maladies contagieuses.

Rôle dans la prophylaxie de ces affections.

Rôle dans l'éducation populaire,

Telles sont les trois armes que le médecin apportera aux Pouvoirs publics si ceux-ci veulent faire appel à sa collaboration... »

(L'hygiène et le médecin. Leçon inaugurale du professeur René Legrand, de Lille. *Echo Médical du Nord*, 21 mars 1931).

L'oto-rhino-laryngologie il y a cinquante ans. — *Extrait du discours prononcé par le Dr Garel, médecin honoraire des hôpitaux, à la séance inaugurale de la Société d'oto-rhino-laryngologie de Lyon :*

« ..... Aujourd'hui, je ne peux mieux faire que de me reporter à une cinquantaine d'années en arrière. Nous n'étions guère avancés à cette époque. On ne traitait que les maladies du larynx et des oreilles. Pour le nez, il n'y avait que deux maladies : le coryza et les polypes, ceux bien entendu qui voulaient bien se montrer à l'entrée des fosses nasales. A cette époque, j'osai publier une note sur le traitement des polypes du nez au moyen de l'anse froide et sous le contrôle du miroir. Je n'ai jamais oublié le sourire profondément ironique que cette note provoqua chez un de nos plus grands chirurgiens lyonnais. Tout cela lui semblait un vulgaire enfantillage et il s'empressa de me décrire son procédé, en tout semblable d'ailleurs, à celui de tous les chirurgiens de l'époque. Le malade était placé devant une fenêtre et l'opérateur plongeait dans les fosses nasales une pince à larges mors. Il arrachait alors au petit bonheur tout ce qui se présentait dans la pince, cornets et polypes indifféremment et ne s'arrêtait qu'après un évidement total lorsque les fosses nasales étaient transformées en deux cavités cylindriques. Inutile d'insister sur les néfastes conséquences d une telle opération. La rhinologie était tout entière à créer et ce sont ceux de mon temps qui ont assisté et pris part à ces transformations. Quant à la laryngologie et l'otologie, elles ne demandaient qu'à se perfectionner. On peut juger de leur développement progressif en parcourant les publications spéciales qui prirent naissance en France vers la période de 1880. La première revue fut fondée par Ladreit de la Charrière, Isambert et Krishaber en 1875. Elle passa ensuite entre les mains de Gouguenheim, puis de Lermoyez. La revue de Moure vient d'atteindre sa cinquante et unième année. Citons encore les *Archives internationales* de Ruault qui viennent de fusionner avec les *Annales*. A mes débuts, il existait une société française composée d un petit nombre de spécialistes connus de la première heure. Un beau jour, nous fûmes mis en demeure de céder la

place à une Société parisienne. Heureusement, Moure veillait et, avec l'appui des provinciaux notre Société Française continua ses réunions annuelles. Il y a de cela quarante-deux ans. Vous savez tous quel a été le développement colossal de cette Société....»

«.... Vous ne saurez jamais, mes chers collègues, quels obstacles nous rencontrions au début de notre carrière. Vous travaillez actuellement en pays conquis, ce qui ne vous empêche pas toutefois de découvrir des méthodes et des procédés nouveaux, Le seul reproche qu'on puisse parfois adresser aux jeunes c'est de limiter beaucoup trop leurs recherches bibliographiques et d'ignorer ainsi ce qui a été découvert et appliqué avant eux.

Au début de la laryngologie nous étions surtout des spécialistes médicaux au propre sens du mot. Nous redoutions les hémorragies et nous nous cantonnions dans les petites interventions purement d'adresse qui permettaient parfois d'éviter des opérations plus importantes. Maintenant tout est changé. il n'y a plus que des spécialistes chirurgiens. Ce n'est point un reproche que je leur adresse et j'ai souvent été émerveillé des beaux résultats qu'ils obtiennent. Mais je ne puis cependant admettre que, dans les sinusites maxillaires, par exemple, l'opération radicale supplante d'emblée des méthodes simples susceptibles de donner environ 70 à 80 % de guérisons. Ce n'est point un plaidoyer *pro domo*. Je préfère plutôt m'appuyer snr une communication faite à Bruxelles, l'année dernière, par M. Bloch. oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris. Cet auteur a démontré que l'on pouvait guérir un grand nombre de sinusites maxillairss au moyen de lavage par l'orifice naturel et il ajoutait que cette méthode était couramment employé en Amérique... » (*Lyon médical*, 29 mars 1931.)

Un échappé de la médecine. — Fils et frère de médecins bourguignons, étudiant en médecine qui s'est échappé du pavillon, NOEL BUREAU, ironique, précis, un peu amer au premier abord et, plus profondément, ardent, *ardens*, vient de publier un nouveau recueil de poèmes en prose qu'ont illustré GROMAIRE, GOERG, MAKOWSKI, DUBREUIL, RALLI, PER KROG. C'est le *Marché aux Puces* que MARCEL SEHEUR a édité sur un luxueux papier d'Arches. NOEL BUREAU nous fait vivre parmi ceux qui errent sur la zone et sur les fortifs, de la porte de Saint-Ouen à la Porte de Clignancourt : nègres, sidis, camelots gouailleurs marchandes de fleurs pour cimetières (« Qui n a pas sa petite, tombe à fleurir »), vieux brocanteurs philosophes qui conservent dans leur roulotte des pièces rares « pour le plaisir, Messieurs ». Au milieu de son bon peuple, le poète présente, lui aussi, ses œuvres :

Je ne vends rien.
Comme le vieux de la roulotte, pour le plaisir.
Pour le plaisir, Mesdames, Messieurs, et parce que vous êtes des connaisseurs.
Poésie du faubourg : bric-à-brac, diseur de bonne aventure, Mademoiselle Armandine sur son chaland, clowns, toutes les épaves, et tous les espoirs et, plus loin, le musée Dupuytren de la foire.

« Un Musée Dupuytren parmi les attractions de la fête.
Sur des toiles peintes, des scènes d'hôpital laides comme la face d'une vitriolée.
La demoiselle qui est à la caisse doit sentir le cadavre.
« Bath poule » me confia le militaire qui regardait un simulacre de femme sous une vitrine.
Et comme je lui désignais, sur des cartons, en lettres majuscules, les terrifiantes menaces dédiées à ceux que l'hygiène ennuie, il me sourit et s'excusa : « J'sais pas lire ».
Devant l'alcoolique invétéré il s'apitoya : « Pauv' type ».
Je le laissai, étonné, l'œil collé au bocal où nageait un fœtus bicéphale.
Rentré chez moi, j'ai vu tourner longtemps dans un tourbillon d'un manège électrique, la femme en cire et le militaire à califourchon sur un cochon à la queue duquel ils avaient attaché un ballon rouge. »

Les toxicomanies en Egypte. — Le bureau d'Information du Caire ne prétend pas être à même de dire combien il y a de toxicomanes en Egypte ; il est cependant parvenu à re-

cueillir de différentes sources des évaluations *ad hoc*, auxquelles peuvent se référer ceux qui veulent s'en faire une idée. Les prisons de l'Etat contenaient au 30 novembre 24.194 prisonniers, dont 7.130 avaient été condamnés pous infraction à la loi sur les narcotiques et 1.813 comme trafiquants de drogues. L'administration des prisons déclare que la majorité des trafiquants sont des toxicomanes, de sorte que nous nous trouvons en présence d'un total de 6.000 toxicomanes au bas mot sur 24.000 prisonniers. Autrement dit un quart des détenus sont des toxicomanes. (*Travail*, de Genève).

Un nouveau laboratoire de physiologie comparée. — *Passage détaché de la leçon inaugurale de M. le Pr Léon Binet* :

« Je ne voudrais pas être trop ambitieux. Néanmoins, convaincu de l'importance de la physiologie comparée, j'ai le vif désir d'organiser une installation sommaire pour effectuer, à la campagne, des travaux dans ce sens. Mon beau-père, qui m'a toujours considéré comme un fils, m'a transmis son attachement à la terre limousine. Vous connaissez sans doute la beauté de la région creusoise, avec ses prairies, ses genêts et ses bois, avec ses sources et ses ruisseaux. Là-bas, écrit C. Silvestre dans la *Vie de Jean Pradeau* ; « l'eau jaillit sous la baguette des fées, chante, nourrit une verdure éternelle », jusqu'au moment où, « cernée par l'orbite des champs », elle est « devenue l'étang ». C'est sur une petite île ombragée, émergeant d'un de ces étangs dont le Limousin est si riche, que, demain, se dressera mon modeste laboratoire où, pendant la période des vacances, mes élèves et moi pourrons poursuivre quelques recherches physiologiques. »

Le livret de santé en Allemagne. — De *Je suis Partout* :

Le *Comité National d'hygiène populaire* vient de décider, avec la collaboration de médecins éminents, la création d'un livret de santé.

Ce document, qui ne serait pas obligatoire, aurait pour but de compléter le livret de famille. Il contiendrait l'indication de toutes maladies dont le titulaire aurait été atteint depuis sa naissance. Il aurait pour but de faciliter la tâche des médecins en leur fournissant une fiche précise sur la constitution et le passé de leurs clients. Ce livret pourrait rendre des services également lorsqu'il s'agit de choisir une profession, car, dans certains cas, il offrirait une contre-indication. Enfin, il serait utile au moment du mariage...

Il n'est pas certain, malgré tout, qu'il soit adopté facilement. Comme il ne saurait être question de l'imposer, il faut qu'il entre peu à peu dans les mœurs : or, la presse aussi bien que les particuliers, font déjà de nombreuses objections. Dans les milieux ouvriers on craint que le livret de santé n'empêche parfois son détenteur de trouver du travail ; d'autres assurent que, pour être bien portant, il faut pouvoir oublier ses maladies, et que la possibilité de les récapituler à chaque instant sur un prétendu livret de santé exercerait une influence déplorable sur le moral de l'homme de demain.

BIBLIOGRAPHIE

Cléopâtre. Sa vie et son temps. par ARTHUR WEIGALL. Traduction de JEAN DUREN et M.-R. LAVILLE. Un vol. in-8 de la *Bibliothèque Historique*, avec 5 croquis et 8 illustrations hors-texte, 30 fr. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le public français sera heureux de connaître cette bibliographie remarquable de la célèbre reine d'Egypte par le savant anglais le plus qualifié.

M. Weigall nous donne de Cléopâtre un portrait vraiment nouveau, tout à fait différent du portrait classique que nous ont présenté les historiens romains.

Il montre que Cléopâtre était une Grecque dans les veines de qui ne coulait pas une goutte de sang égyptien et qu'elle était reine d'une des plus riches contrées du monde au moment où Jules César cherchait encore à établir sur des bases solides sa puissance. Nous voyons comment Cléopâtre devint l'épouse légale de César en Egypte, comment elle eut de lui un fils, Césarion, et comment elle et l'enfant allèrent se fixer à Rome.

César cependant fut assassiné, et Cléopâtre dut fuir en Egypte ; à partir de ce moment, elle n'eut qu'un but ; combattre Octave, et obtenir que son fils, Césarion, fût reconnu comme l'héritier de César. C'est pour mener à bien cette politique qu'elle épousa Marc-Antoine et qu'elle déclara la guerre à Octave.

M. Weigall explique magistralement la bataille d'Actium, qui a toujours été un mystère, et montre comment Cléopâtre, comprenant soudain qu'Antoine ne poursuivait pas les mêmes fins qu'elle, s'enfuit en Egypte en l'abandonnant à son destin.

Puis c'est l'invasion de l'Egypte par Octave vainqueur, le suicide dramatique d'Antoine et celui de Cléopâtre.

Cette biographie est une véritable résurrection d'une des femmes les plus célèbres et en fait les moins connues de l'histoire.

Revue des cours et conférences. Parait le 15 et le 30 de chaque mois. Le n° 4 fr. 50. Abonnement : un an : 60 fr. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du n° du 30 mars 1931 : L. Sechan : Les noces de Thetis et de Pélée. — G. Lote : Le vers romantique (VII) : la césure et le tertiaire. — A. Grenier : Les voies romaines en Gaule (II) : la toponymie des voies romaines. — A. Spaier : Quelques aspects de l'idéalisme (VII) : raison unipersonnelle et pensée consciente (suite). — F. Gaiffe : L'évolution du comique sur la scène française (VIII) : Grandeur et décadence de la gaieté. — L. Sansy : Le travail du style et le souci du rythme chez un auteur contemporain.

Le Gérant : A. ROUZAUD

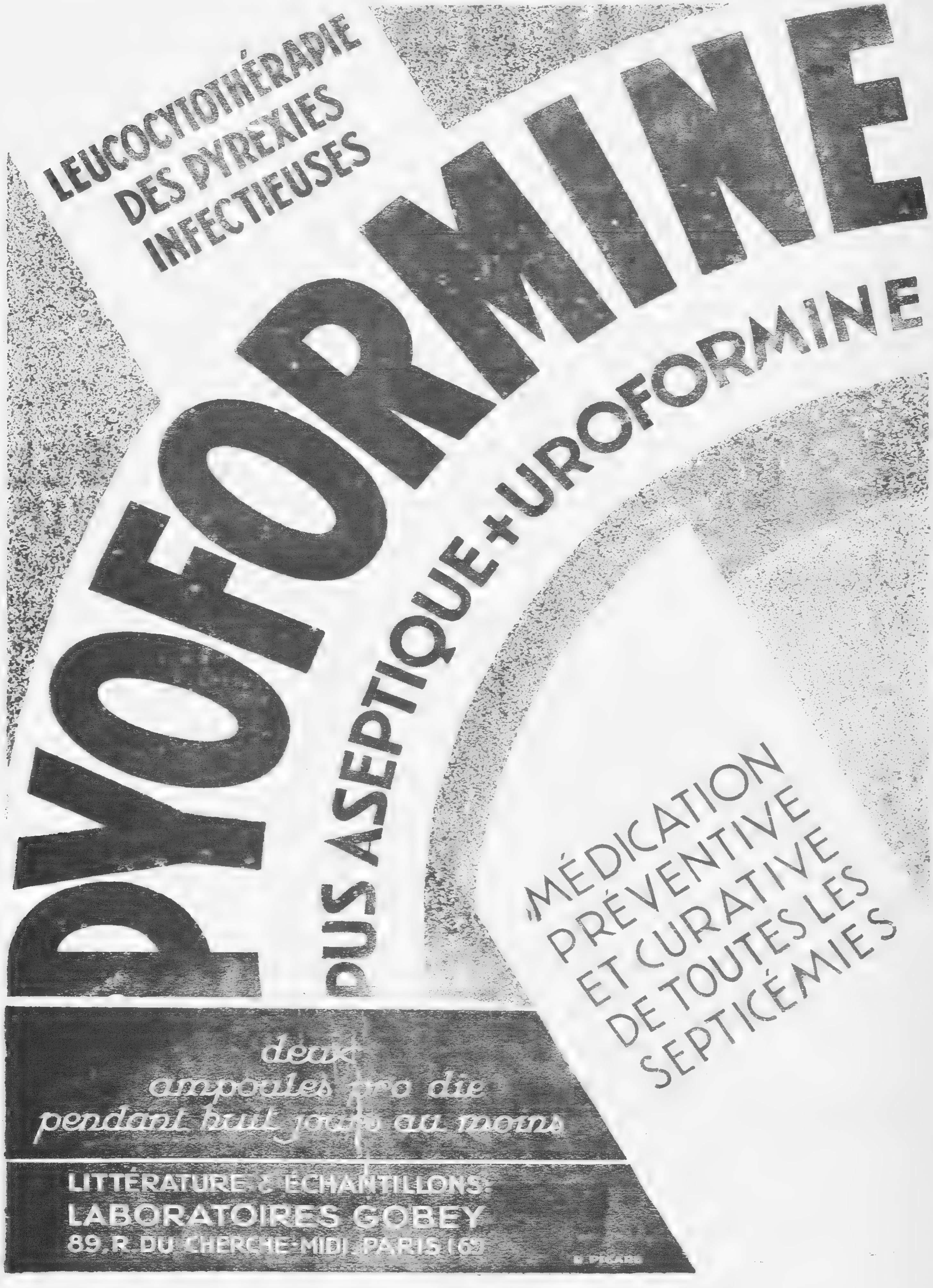
CLERMONT (OISE). — IMP. THIRON ET CIE. — R. C. 4264
MAISON SPÉCIALE POUR PUBLICATIONS MÉDICALES

... 1873. — N° 19 LE NUMÉRO : 50 Centimes 9 MAI 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE


LEUCOCYTOTHÉRAPIE
DES PYREXIES
INFECTIEUSES
PYOFORMINE
PUS ASEPTIQUE + UROFORMINE
MÉDICATION
PRÉVENTIVE
ET CURATIVE
DE TOUTES LES
SEPTICÉMIES
deux
ampoules pro die
pendant huit jours au moins
LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS:
LABORATOIRES GOBEY
89. R. DU CHERCHE-MIDI. PARIS (6)

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Tirage au sort du jury du concours de nomination de médecin des hôpitaux.* — MM. les docteurs Grenet, Bruhl, Babonneix, Laroche, Ribadeau-Dumas, Guillain, Trémollières, Courcoux, Lœderich, Schwartz, Lesné.
Tous ces médecins ont accepté.

— *Tirage au sort du jury du concours de nomination de chirurgien des hôpitaux.* — MM. les docteurs Auvray, Mathieu, Baumgartner, Desmarest, Mauclaire, Guimbellot, Vallery-Radot.
Tous ont accepté.

— *Thèses.* — 4 mai. — M. ELEFTHÉRIAN. Etude du cancer de la tête du pancréas chez les jeunes. — M. BRISARD. Arthrorisis antérieure et postérieure dans les pieds équins et talus.

6 mai. — M. GUIGNER. Les amaigrissements liés au pneumothorax artificiel. — M. LEVEILLER. Les traitements actuels des artérites sténosantes non diabétiques. — M. L. ROTH. Etude de la relation entre la tuberculose humaine et la tuberculose des volailles.

7 mai. — M. BAQUÉ. Etude clinique des luxations exposées du coude. — M. MOUTARD. La malade polykystique du foie.

9 mai. — Thèses vétérinaires. — M. DEVILLERS. La résistance globulaire dans la piroplasmose du chien. — M. ROUX. Le rat musqué. Notion sur la classification, les mœurs, l'élevage et la pathologie.

Facultés de Médecine. — *Concours du premier degré d'agrégation des Facultés de médecine.* — Par arrêté en date du 28 avril 1931, une session pour les concours du premier degré de l'agrégation des facultés de médecine s'ouvrira, le 6 novembre 1931, pour les catégories ci-dessous désignées :

Catégorie A. — Anatomie.
Catégorie B. — Histologie.
Catégorie C. — Histoire naturelle medicale et parasitologie.
Catégorie D. — Bactériologie.
Catégorie E. — Anatomie pathologique.
Catégorie F. — Physiologie.
Catégorie G. — Chimie.
Catégorie H. — Physique.
Catégorie I. — Médecine générale.
Catégorie J. — Chirurgie.
Catégorie J *bis*. — Ophtalmologie.
Catégorie J *ter*. — Oto-rhino-laryngologie.
Catégorie K. — Obstétrique.
Catégorie L. — Histoire naturelle pharmaceutique.
Catégorie M. — Pharmacie.
Catégorie N. — Chimie générale pharmaceutique et toxicologie.

Un arrêté ultérieur fixera les dates de chacun de ces concours.
Le nombre des candidats qui pourront être déclarés admis à la suite des épreuves de ces concours est fixé au maximum, ainsi qu'il suit, pour l'ensemble des faculté de chaque catégorie :

Catégorie A. — Anatomie	3
Catégorie B. — Histologie	2
Catégorie C. — Histoire naturelle médicale et parasitologie	2
Catégorie D. — Bactériologie	2
Catégorie E. — Anatomie pathologique	3
Catégorie F. — Physiologie	4
Catégorie G. — Chimie	6
Catégorie H. — Physique	5
Catégorie I. — Médecine générale	15
Catégorie J. — Chirurgie	12
Catégorie J *bis*. — Ophtalmologie	2
Catégorie J *ter*. — Oto-rhino-laryngologie	2
Catégorie K. — Obstétrique	4
Catégorie L. — Histoire naturelle pharmaceutique	2
Catégorie M. — Pharmacie	2
Catégorie N. — Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	3

Cours de perfectionnement sur les troubles du rythme cardiaque. — Sous la direction du Dr Camille LIAN, médecin de l'hôpital Tenon.

Ce cours, qui sera suivi d'un voyage à la station hydro-minérale de Royat, aura lieu du 26 mai au 6 juin. Il sera fait par le Dr C. LIAN avec la collaboration de MM. HAGUENAU, médecin des hôpitaux ; A. BLONDEL, ancien interne lauréat des hôpitaux, assistant du service ; GILBERT-DREYFUS et P. PUECH, anciens internes du service ; BREANT et PLANTEVIN, chef et assistant du laboratoire du service ; P. MERKLEN et ODINET, internes des hôpitaux.

Tous les matins à 10 heures, conférence clinique avec projections : à 11 heures, exercices cliniques. Le mardi et le vendredi matin sont consacrés entièrement à l'examen des malades de la consultation spéciale du service (un télécardiophone permet à tous les élèves d'ausculter simultanément un même malade).

Tous les après-midi à 15 heures et à 17 heures 1/2, conférences cliniques avec projections : à 16 heures, démonstration pratique (sphygmomanométrie, radiologie, électrocardiographie, méthode graphique, pléthysmographie).

PROGRAMME DU COURS. — Mercredi 27 mai, 10 heures, M. LIAN : Considérations générales sur le rythme cardiaque et ses troubles. — 11 heures, M. BLONDEL : Démonstration clinique. — 15 heures, M. BLONDEL : Forme commune de l'arythmie extrasystolique. — 16 heures, M. P. MERKLEN : Généralités électrocardiographiques. — 17 h. 1/2, M. GILBERT-DREYFUS : Formes cliniques de l'arythmie extrasystolique.

Jeudi 28 mai, 10 heures, M. LIAN : Causes et traitement de l'arythmie extrasystolique. — 11 heures, M. BLONDEL : Démonstration clinique. — 15 heures, M. BLONDEL : Troubles du rythme sinusal. — 16 heures, M. ODINET : Démonstration pratique d'électrocardiographie. — 17 h. 1/2, M. MARCHAL : Radiologie du cœur.

Vendredi 29 mai, 10 heures, M. LIAN : Démonstration clinique à la consultation spéciale du service. — 15 heures, M. MARCHAL : Radiologie vasculaire. — 16 heures, M. BREANT : Métabolisme basal. — 17 h. 1/2, M. BLONDEL : Forme commune de l'arythmie complète.

Samedi 30 mai, 10 heures, M. LIAN : Traitement de l'arythmie complète. — 11 heures, MM. LIAN et MARCHAL : Exercices de

radiologie cardio-vasculaire. — 15 heures, M. BLONDEL. Causes et formes cliniques de l'arythmie complète. — 16 heures, M. P. MERKLEN : Démonstration de méthode graphique. — 17 h. 1/2, M. PUECH, Tachycardies permanentes.

Lundi 1er juin, 10 heures, M. BLONDEL : Tachycardies paroxystiques. — 11 heures, M. LIAN : Exercices pratiques d'interprétation d'électrocardiogrammes. — 15 heures. M. P. MERKLEN : Flutter auriculaire. — 16 heures, M. ODINET : Démonstration de sphygmomanométrie. — 17 h. 1/2, M. GILBERT-DREYFUS : Traitement des tachycardies.

Mardi 2 juin, 10 heures, M. LIAN : Démonstration clinique à la consultation spéciale du service. — 15 heures, M. ODINET : Forme commune du pouls lent permanent par dissociation auriculo-ventriculaire. — 16 heures, M. PLANTEVIN : Démonstration pratique d'anatomie pathologique du tissu cardiaque primitif. — 17 h. 1/2, M. BLONDEL : Formes cliniques des bradycardies par dissociation auriculo-ventriculaire.

Mercredi 3 juin, 10 heures, M. LIAN : Diagnostic des bradycardies. — 11 heures, M. BLONDEL : Démonstration clinique. — 15 heures, M. P. MERKLEN : Le bloc des branches terminales du faisceau de His. — 16 heures, M. ODINET : Démonstration d'électrocardiographie. — 17 h. 1/2, M. BLONDEL : Les troubles du rythme dans les infections et les intoxications.

Jeudi 4 juin, 10 heures, M. LIAN : Traitement des bradycardies. — 11 heures, M. BLONDEL : Démonstration clinique. — 15 heures, M. ODINET : Les inégalités du pouls. — 16 heures, M. MARCHAL : Démonstration pratique de radiologie cardio-vasculaire. — 17 h. 1/2, M. BLONDEL : Le pouls alternant.

Vendredi 5 juin, 10 heures, M. LIAN : Démonstration clinique à la consultation spéciale du service. — 15 heures, M. HAGUENAU : Epreuves neuro-végétatives. — 16 heures, M. P. MERKLEN : Pléthysmographie. — 17 h. 1/2, M. BLONDEL : Traitement de l'insuffisance cardiaque dans ses rapports avec les troubles du rythme cardiaque.

Samedi 6 juin, 10 heures, M. LIAN : Démonstration clinique.

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi le cours : ils pourront ensuite être attachés au service comme médecins stagiaires, et éventuellement comme assistants.

Chaque année, au début de juin et de novembre, est fait dans le service un cours de perfectionnement sur les affections cardio-vasculaires. Tout le programme est réparti en quatre cours : 1° Arythmies ; 2° Grands syndromes cardiaques ; 3° Endocarde, péricarde, myocarde, aorte et artère pulmonaire ; 4° Artères, veines et capillaires. Le cours de novembre 1931 portera donc sur les grands syndromes cardiaques.

VOYAGE A ROYAT. — Le cours sera suivi d'un voyage à la station hydrominérale de Royat : Visite de l'établissement thermal ; Leçon sur les indications, la technique et les résultats de la cure ; Excursion au Puy-de-Dôme. Départ samedi 6 juin à midi, retour à Paris, lundi 8 juin à 19 heures.

Droits d'inscription : 250 francs pour le cours ; 100 francs pour le voyage à Royat.

S'inscrire : ou bien à la Faculté de médecine, tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), salle Béclard (A. D. R. M.) ou bien auprès du Dr BLONDEL à l'hôpital Tenon, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours.

VIe Congrès international de thalassothérapie. (Berck-Plage, 26 au 28 mai 1931). — Les 26, 27 et 28 mai 1931 se tiendra à Berck le VIe Congrès international de Thalassothérapie.

La question à l'ordre du jour est : Le Traitement de la coxalgie et de ses séquelles. — Rapporteurs : pour la France, les Drs DELAHAYE et GALLAND ; pour l'Argentine, les Drs Carlos E. MOSOTEGUY et Luis A. TAMINI, Ricardo d'ETCHESSARY et Rodolfo RIVAROLA, Rodolfo PASMAN ; pour l'Italie, les Professeurs CERESOLE, DELITALA, DE FRANCESCO ; pour la Roumanie, les professeurs BALACESCO, JACOBOVICI ; pour la Yougoslavie, les Drs GRADOYEVITCH et YOVTCHITCH.

COMMUNICATIONS : Des communications pourront être faites en dehors des rapports, après avoir été préalablement acceptées par le Bureau (Art. 6 des statuts). Elles devront parvenir, accompagnées d'un résumé, au secrétariat général, avant le 1er mai.

Communications annoncées et acceptées : Dr VIGNARD (Lyon) : Le traitement chirurgical de la coxalgie en évolution. — Dr TERWAGNE (Belgique) : Les eaux artésiennes d'Ostende et le nou-

veau palais thermal. — Dr Nedelkoff (Bulgarie) : La tuberculose du péritoine et le traitement hélio-marin en sanatorium maritime pour enfants, près de Varna (Bulgarie). — Dr Climesco et Lanas (Roumanie) : Le traitement de la coxalgie au sanatorium C. T. C. Carmen Sylva, près Constanza. — Dr A. Therohari, J. Tatarano, Mlle Alexiu et Eugène Mares, (Roumanie) : Modifications biochimiques du terrai n dans les cas de coxalgie traités à Tekir-Ghiol (Roumanie) par la cure mixte (héliomarina et Linon minéral).

Rapports. — Les rapports seront remis aux adhérents avant l'ouverture du Congrès.

Emploi du temps. — Arrivée à Berck-sur-Mer le lundi 25 mai au soir.

Mardi, matin : Séance solennelle d'ouverture (Hôpital maritime) : — Midi : Déjeuner offert aux délégués officiels, aux rapporteurs et aux membres des Comités ; —Après-midi : Séance de travail (Hôpital maritime) et visite des hôpitaux de Berck ; — Soir : Dîner et soirée offerts par la municipalité de Berck au Grand casino.

Mercredi, matin : Séance de travail (hôpital maritime) et visi-des hôpitaux de Berck : Midi : Déjeuner offert aux délégués officiels, aux rapporteurs et aux membres des Comités ; — Après-midi : Séance de clôture et décisions à prendre pour le Congrès suivant (Hôpital maritime) ; départ pour Paris-Plage, arrivée à 5 heues : réception des congressistes par les autorités du Touquet-Paris-Plage : Inauguration de la piscine : Soir : Dîner et attractions au Casino, offerts par la municipalité du Touquet-Paris-Plage.

Jeudi, matin : Visite de Paris-Plage. Lunch offert par la municipalité de Paris-Plage, à 11 h. 1/2.

Un Comité de dames se tiendra à la disposition des dames congressistes pour des visites et excursions pendant la durée du Congrès.

Exposition. — Une exposition (produits pharmaceutiques, appareils de prothèse, radiographie, électricité ...) aura lieu, pendant la durée du Congrès à l'Hôpital maritime. Pour tous renseignements concernant cette exposition s'adresser à M. Maujoint, 25, rue de l'École-de-Médecine, Paris-VIe.

Facilités de transport et de séjour. — Le Comité des grands réseaux accorde, pour le transport des congressistes, une réduction de 50 % aux adhérents qui auront à effectuer un parcours simple d'au moins 50 kilomètres, ou qui consentiront à payer pour cette distance. Des prix spéciaux ont été obtenus auprès des principaux hôtels de Berck.

Excursions. — Jeudi : Départ de Paris-Plage à 1 h. 1/2 ; visite des champs de bataille (crête de Vimy, Notre-Dame-de-Lorette ; visite des cités ouvrières et cités-jardins des pays miniers et d'une grande centrale électrique ; arrivée à Lille ; dîner libre : Représentation théâtrale offerte aux congressistes ; coucher à Lille.

Vendredi, matin : Visite de Fives-Lille (usine de métallurgie) et d'une filature de coton ; déjeuner à Roubaix, offert aux congressistes ; après-midi : Visite d'une usine de peignage, filature et tissage de laine ; retour en auto-cars à la gare de Lille, pour prendre le train de Paris ; dîner en wagon-restaurant.

Pour de plus amples renseignements concernant l'organisation du voyage, le séjour à Berck, et le tarif des excursions, s'adresser à l'Agence Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, Paris.

VOIR LA SUITE DES « NOUVELLES » PAGE 878

CLINIQUE UROLOGIQUE

De l'interprétation des modifications pathologiques de la région prostatique

Par le Dr G. MARION,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière (service Civiale).

Les modifications de la région prostatique que l'on peut constater par le toucher rectal constituent un des chapitres les plus importants de la pathologie urinaire, car ce sont elles qui permettent, dans bien des cas de reconnaître les affections de la prostate et de les distinguer les unes des autres. Ces modifications demandent du reste pour être interprétées une grande expérience du toucher rectal, d'autant plus que le même aspect physique constaté par notre doigt peut correspondre à des lésions différentes et ce n'est pas toujours le toucher à lui seul qui peut servir à identifier la lésion. Il faudra souvent compléter les données fournies par le toucher par l'étude clinique du malade et seule l'association des symptômes fonctionnels et des symptômes physiques permettra de reconnaître à quoi est due la modification de la région prostatique.

NORMALEMENT, le toucher rectal chez un sujet qui n'a aucune affection de la prostate révèle en avant du rectum deux saillies ovalaires de la *forme* et du *volume* d'une amande revêtue de sa coque verte ; ces deux masses, réunies à la partie inférieure, s'écartent au contraire à la partie supérieure, laissant entre elle un espace angulaire dépressible. La *consistance* de ces deux lobes est élastique, plus ou moins ferme ; d'autre part, ces lobes sont très bien limités et ne présentent pas de prolongement sur les parties latérales. Le massage de ces lobes permet d'obtenir parfois un peu de liquide visqueux, transparent ou grisâtre. La pression de ces lobes ne provoque qu'un peu de sensibilité, mais pas de véritable douleur.

Les MODIFICATIONS PATHOLOGIQUES qui peuvent survenir dans cette région peuvent être :

1° *Des modifications de volume* ;

2° *Des modifications de forme et de volume* ;

3° *Des modifications de consistance* ;

4° *Des modifications de volume, de forme, de consistance et de limitation.*

1° *Modifications de volume.* — Les modifications de volume des deux lobes latéraux, peuvent tenir à deux causes :

a) Il peut s'agir d'ATONIE PROSTATIQUE SIMPLE : les lobes sont plus volumineux que les lobes normaux, mais aussi bien limités, et ces lobes présentent en général une consistance plus molle que normalement. Cette atonie prostatique se rencontre surtout chez les neurasthéniques qui ont eu ou non des poussées de prostatite chronique antérieure. Elle s'accompagne très souvent chez eux de sensations pénibles du côté du périnée, de douleurs sacro-lombaires, de dépression générale. Mais cette atonie n'est en quelque sorte que secondaire ; elle est due à une mauvaise évacuation de la prostate du fait d'une parésie des fibres musculaires de l'organe. Elle se rencontre surtout chez les sujets jeunes.

b) Dans d'autres cas cette augmentation de volume des lobes prostatiques, sans modification de la forme, de la limitation ou de la consistance, s'observe lorsque en avant des lobes prostatiques s'est développé un ADÉNOME DES GLANDES PÉRI-URÉTRALES LATÉRALES. Il s'agit alors d'une hypertrophie de la prostate caractérisée par l'existence de lobes latéraux sans existence d'un lobe moyen. La distinction entre l'atonie prostatique ne peut être faite que par l'âge du malade et les troubles que le malade accuse.

2° *Modifications de forme et de volume.* — Dans ce cas l'aspect normal de la prostate se trouve modifié par la disparition de l'intervalle triangulaire qui sépare les deux lobes normaux. La prostate forme alors une masse arrondie, régulière, lisse, de consistance élastique plus ou moins ferme, très bien limitée. Dans ces cas le doute n'est plus permis, il s'agit d'une HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE, c'est-à-dire d'un adénome péri-urétral surajouté à la prostate, adénome existant non seulement du côté des glandes latérales, mais également du côté des glandes sous-cervicales médianes donnant lieu à un lobe médian. Tantôt la masse n'est pas sensiblement plus grosse que les lobes normaux de la prostate ; il y a seulement disparition du sillon médian : tantôt au contraire la masse est considérable, bombant dans le rectum et le doigt le moins exercé reconnaît qu'il s'agit bien d'une hypertrophie de la prostate.

Exceptionnellement le toucher rectal révèle une masse identique à celle de l'hypertrophie, mais son volume est considérable, sa mollesse est très grande ; elle est d'autre part bosselée ; enfin on peut la trouver chez des sujets jeunes. Il s'agit d'un SARCOME DE LA PROSTATE.

3° *Modifications de consistance.* — A) Des modifications de consistance peuvent se révéler simplement par l'existence dans un lobe prostatique, normal par ailleurs, d'un *noyau unique* plus ou moins dur, plus ou moins limité, plus ou moins régulier, situé soit au milieu de ce lobe, soit à une de ses extrémités, soit à la conjonction des deux lobes. Ce noyau prostatique peut correspondre à différentes lésions, sans qu'il soit possible toujours par le toucher rectal de différencier la lésion.

a) Il peut s'agir tout d'abord de TUBERCULOSE PROPREMENT DITE DE LA PROSTATE ou de TUBERCULOSE DU CANAL ÉJACULATEUR qui passe au milieu de la prostate.

b) Il peut s'agir d'un ÉPITHÉLIOMA encore très localisé d'un lobe prostatique.

c) Il peut s'agir d'un CALCUL soit engagé dans l'uretère prostatique, soit développé dans un lobe de la prostate.

d) Il peut s'agir enfin d'un KYSTE.

a) Le NOYAU TUBERCULEUX est en général secondaire à une tuberculose épididymaire et, dans ce cas, c'est elle qui attire l'attention : mais le noyau peut être en apparence primitif, aucune lésion n'existant du côté de l'épididyme. Mais si l'on vient à examiner les urines, on verra qu'il s'agit d'un noyau le plus souvent secondaire à une tuberculose urinaire supérieure n'attirant pas encore l'attention par ses manifestations. Exceptionnellement on se trouvera en présence d'une tuberculose prostatique absolument primitive.

b) Le NÉOPLASME DE LA PROSTATE tout à fait au début peut également se manifester uniquement par l'existence d'un noyau unique au niveau d'un lobe prostatique. Rien *a priori* ne permettrait de le distinguer d'une tuberculose de la prostate, n'étaient l'âge du malade et l'absence de toute suppuration tuberculeuse urinaire supérieure ; mais il faut bien savoir qu'apparemment le noyau tuberculeux n'est pas différent d'un noyau néoplasique.

c) Le CALCUL DE LA PROSTATE se reconnaîtra parfois à sa dureté ou à des crépitations que l'on peut obtenir s'il y a plusieurs calculs. Mais là encore le diagnostic ne peut pas toujours être fait par le toucher : c'est la radiographie qui permettra de reconnaître ce calcul lorsqu'on aura pensé à lui.

d) Quant au KYSTE, il reste très rare ; on n'y pensera que si l'on trouve une masse extrêmement arrondie, bien limitée, rénitente, avec absence de toute tuberculose urinaire ou génitale et dont l'évolution ne se modifiera pas avec le temps.

B) Dans d'autres cas, il ne s'agit plus d'un noyau unique localisé à un lobe prostatique, mais de *nodosités multiples* plus ou moins séparées, existant dans un ou les deux lobes, ou de nodosités pouvant par leur confluence donner au lobe prostatique, en entier une consistance irrégulière et beaucoup plus ferme que celle qu'il a normalement.

a) Dans ce cas il peut s'agir de PROSTATITE CHRONIQUE, en général bilatérale précédée d'une histoire plus ou moins longue de blennorragie, se modifiant assez rapidement par le massage, s'accompagnant de troubles plus ou moins accentués de la miction en particulier de miction impérieuse.

b) Il peut s'agir encore d'une TUBERCULOSE ayant envahi tout le lobe prostatique. Dans ce cas on peut dire que presque toujours il y aura une manifestation génitale ou urinaire qui aura attiré l'attention avant que la lésion prostatique ait été reconnue.

c) Un NÉOPLASME plus avancé que celui qui avait donné un noyau unique dans un lobe peut également donner lieu à cet aspect prostatique ; cependant il arrive assez souvent que la consistance de ce néoplasme permet de le reconnaître. Il faut savoir néanmoins qu'il n'est pas toujours facile de distinguer la lésion due à la prostatite d'une lésion de néoplasme, en particulier lorsqu'il s'y joint un adénome péri-urétral (hypertrophie de la prostate), avec des nodosités de prostatite chronique dans un lobe situé en arrière de cet adénome. Le diagnostic avec un néoplasme soit prostatique proprement dit, soit développé dans l'adénome peut être alors extrêmement difficile. Seules l'évolution, l'influence du massage pourront faire distinguer le néoplasme d'une prostatite chronique.

d) Parfois des *phénomènes aigus* attirent l'attention du côté de la prostate : envies fréquentes d'uriner ou impossibilité totale d'uriner, et en même temps on constate l'existence de lobes un peu plus volumineux que normalement, modifiés également dans leur consistance, pas toujours réguliers : il s'agit en somme d'une PROSTATITE AIGUE à la période folliculaire. Dans ce cas ce sont les phénomènes fébriles, douloureux, mictionnels, qui joints aux modifications des lobes, permettent de faire le diagnostic.

4° *Modifications de forme, de volume, de consistance, de limitation.* — A) Un aspect que nous rencontrons malheureusement trop fréquemment consiste dans l'apparition dans la région prostatique d'une masse plus ou moins volumineuse, non plus régulière comme l'était l'hypertrophie de la prostate, mais bosselée, dure par endroits, molle et parfois fluctuante en d'autres, ne présentant plus de limites nettes, soit en haut, soit sur les parties latérales. L'évolution de cette masse est chronique, ne s'accompagne pas de phénomènes aigus.

a) Il peut s'agir dans ce cas d'un NÉOPLASME de la prostate ou d'un néoplasme développé sur un adénome péri-urétral : c'est le diagnostic que l'on devra faire dans la majorité des cas.

b) Il faut savoir cependant que cet aspect qui apparaît comme caractéristique peut être également provoqué par la TUBERCULOSE : mais dans ce cas il y a toujours des lésions épididymaires ou rénales qui permettent de faire le diagnostic.

c) Beaucoup plus difficile est le diagnostic avec la PROSTATITE PSEUDO-NÉOPLASIQUE. Il s'agit d'une prostatite chronique à évolution en quelque sorte ligneuse. Cette prostatite est à l'abcès de la prostate ce que la tumeur urineuse est à l'abcès urineux. Il s'agit d'une prostatite à réaction fibreuse extrêmement marquée, à évolution suppurative très lente et très limitée. Si l'on ne connaît pas la possibilité de cette prostatite, immanquablement on fera le diagnostic de néoplasme de la prostate. Ce qui devra attirer l'attention, c'est l'évolution relativement rapide de cette prostatite, quelques mois, et les douleurs intenses qu'elle détermine alors que dans le néoplasme de la prostate les douleurs ne sont que tardives et existent surtout irradiées dans les membres inférieurs ou dans tout le bassin par suite de l'envahissement des nerfs. L'évolution tranchera évidemment la question, mais il est important de reconnaître précocement cette variété de prostatite au point de vue du pronostic et du traitement et de la distinguer du néoplasme.

d) Ce même aspect peut exister également accompagné de phénomènes aigus, fébriles, douloureux et dans ces cas on portera naturellement le diagnostic de PROSTATITE AIGUE AVEC PÉRI-PROSTATITE.

B) Cette masse irrégulière, volumineuse, que nous avions trouvée ferme ou même dure dans le cas précédent, peut être au contraire nettement *fluctuante* au moins dans la plus grande partie de son étendue.

a) Si elle s'accompagne de phénomènes aigus, il s'agit évidemment d'une PROSTATITE SUPPURÉE AIGUE arrivée à la période d'abcès.

b) Mais un tel aspect, mis à part les phénomènes aigus, peut être également donné par la PROSTATITE CHRONIQUE SUPPURÉE lorsque, antérieurement, il y a eu une prostatite aiguë suppurée qui s'est ouverte dans l'urètre spontanément et qui a continué à suppurer indéfiniment. Dans ce cas on trouvera à certains endroits une dépressibilité très nette et le doigt, appuyant sur cette dépressibilité, fera sourdre du pus par le canal.

c) Une TUBERCULOSE PROSTATIQUE SUPPURÉE peut donner également le même tableau : mais dans ce cas les lésions urinaires ou épididymaires permettront immédiatement de conclure à la nature de cette suppuration.

d) Parfois, très difficile sera le diagnostic de certains ÉPITHÉLIOMAS DE LA PROSTATE A ÉVOLUTION KYSTIQUE, formant des masses molles, fluctuantes et en tout semblables à l'aspect d'un abcès chronique de la prostate. Le diagnostic ici est particulièrement délicat : si le malade est d'un âge avancé et on devra penser à l'évolution d'un tel épithélioma qui s'accompagnera en général des troubles du prostatisme. Mais chez les sujets relativement jeunes chez lesquels on peut l'observer, le diagnostic est presque impossible.

e) Exceptionnellement un TRÈS VOLUMINEUX KYSTE de la prostate pourra donner lieu à cette masse rénitente que l'on rencontrera dans la région. Seules la limitation, l'absence de toute réaction, son évolution très lente pourront faire penser à cette lésion du reste exceptionnelle.

C) Enfin la région prostatique peut être modifiée dans sa forme, dans son volume, dans sa consistance, dans sa limitation par une lésion qui n'est pas exceptionnelle : c'est le SQUIRRHE DE LA PROSTATE. Dans ce cas nous trouvons non pas une volumineuse tuméfaction, mais un aplatissement de toute la région prostatique. Cet aplatissement s'accompagne d'une sensation de dureté particulière d'une absence de limitation. Il n'existe plus de lobes prostatiques perceptibles, mais simplement un plancher prérectal dur, sans limites latérales. Il s'agit d'un cancer de la prostate proprement dite à forme atrophiante un véritable squirrhe de la région.

Telles sont les modifications que peut subir la région prostatique, sous l'influence de l'évolution d'affections variées. Il faudra se garder de confondre les modifications de cette région avec des *modifications qui se passent plus haut qu'elle, dans la région du bas-fonds vésical.* Pour un doigt un

...eu exercé qui aura localisé la prostate, la confusion ne peut avoir lieu, mais certaines tumeurs de la vessie envahissantes peuvent donner au-dessus de la prostate une zone de résistance plus ou moins grande qui pourrait être mal interprétée et rapportée à des affections prostatiques.

D'autre part, en présence d'une modification constatée dans la prostate il sera toujours de grande importance de considérer ce qui se passe du côté des vésicules séminales : vésicules plus ou moins volumineuses mais élastiques, vésicules douloureuses, vésicules comme remplies de suif dans la tuberculose vésicale, empâtées, indurées dans le néoplasme ; parfois on trouvera dans l'aspect de ces vésicules des raisons de pencher vers l'un ou l'autre diagnostic.

Enfin la cystoscopie peut être très précieuse pour compléter l'interprétation à donner à des modifications de la région prostatique.

Pour résumer les différents aspects que peuvent revêtir les affections prostatiques, on peut dire que l'ATONIE PROSTATIQUE se caractérise par une augmentation plus ou moins considérable, des lobes prostatiques s'accompagnant d'une modification de consistance caractérisée par de la mollesse et la possibilité de faire sourdre de ces lobes une quantité de liquide anormalement abondante.

L'HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE peut se caractériser soit par une augmentation de volume des deux lobes latéraux normaux (en réalité, il s'agit de l'adjonction aux deux lobes latéraux normaux de masses péri-urétrales indépendantes de ces lobes normaux, mais que nous confondons par le toucher rectal car nous ne pouvons en faire la distinction) : soit par une disparition de l'intervalle interlobaire médian et constitution d'une masse homogène, arrondie, élastique, bien limitée, d'un volume plus ou moins considérable.

La PROSTATITE AIGUE pourra déterminer tantôt une augmentation des lobes normaux, mais avec une augmentation de consistance de ces lobes ; de plus ces lobes seront douloureux et l'affection s'accompagnera de phénomènes aigus.

Tantôt elle déterminera l'existence d'une masse douloureuse où les lobes latéraux ne seront plus reconnaissables, d'une consistance augmentée et mal délimitée sur les côtés : il s'agira de prostatite en voie de suppuration avec péri-prostatite.

Enfin la prostatite peut se présenter sous forme d'une masse aussi mal limitée que la précédente, mais avec des parties fluctuantes indiquant que la suppuration est arrivée à collection.

Dans la PROSTATITE CHRONIQUE, tantôt nous aurons affaire à une augmentation légère de volume, mais avec modifications de la consistance, qu'il s'agisse de noyaux isolés ou disséminés dans un ou dans les deux lobes : à cette modification pourra s'ajouter l'existence de parties dépressibles indiquant qu'il existe là un foyer suppuratif ouvert dans l'urètre. Ou bien l'on aura affaire à une de ces prostatites chroniques à évolution fibreuse, véritable phlegmon ligneux prostatique simulant à s'y méprendre un néoplasme de la prostate. Seules l'évolution rapide, les douleurs qui accompagnent l'évolution permettront de soupçonner la nature de cette masse.

La TUBERCULOSE DE LA PROSTATE peut déterminer dans les lobes prostatiques soit la formation d'un noyau unique bien localisé, soit celle de noyaux multiples, soit une induration en bloc d'un lobe prostatique, soit une masse volumineuse, bosselée, irrégulière, de consistance ferme, ayant tous les caractères d'un néoplasme de la prostate en apparence, soit une masse fluctuante provoquée par l'existence d'un abcès. Ce sera l'existence d'une tuberculose génitale ou urinaire qui permettra de faire le diagnostic de ces lésions, la tuberculose prostatique proprement dite étant tout à fait exceptionnelle et ne pouvant être reconnue que par la constatation dans les sécrétions urétrales du bacille de Koch.

Le NÉOPLASME DE LA PROSTATE affecte des aspects très variés : noyau unique dans un lobe normal par ailleurs, noyaux multiples, masses irrégulière, volumineuse, bosselée, dure, mal limitée, ou bien induration de la région prostatique sans aucune saillie, la consistance particulièrement dure, la diffusion de la masse entraînant le diagnostic. L'épithélioma kystique, fluctuant est tout à fait exceptionnel.

Le CALCUL DE LA PROSTATE se caractérisera par l'existence d'une masse de volume variable, mais toujours extrêmement dure dont la dureté fera soupçonner la nature qui sera confirmée par la radiographie. Dans d'autres cas les calculs multiples donneront des sensations analogues à celles que provoque une prostatique chronique.

Quant au KYSTE, ce sera un diagnostic d'exception qui ne pourra être fait que lorsqu'on aura suivi un malade chez lequel on aura reconnu une masse extrêmement bien limitée, rénitente, de forme très arrondie, de volume du reste assez variable.

Toutes ces notions paraissent évidemment précises, mais cependant il faut savoir, que le toucher rectal destiné à apprécier et à distinguer des affections de la région prostatique est une des explorations les plus délicates de la pathologie urinaire et dont l'interprétation des résultats demande une expérience consommée, en dehors des cas où l'évidence s'impose à l'esprit du fait du caractère des lésions et des symptômes qu'accuse par ailleurs le malade.

CHRONIQUE

Flore vaginale et sécrétions génitales

Le professeur NURNBERGER vient de publier dans le *Handbuch* de STŒCKEL (1) une étude remarquable de la physiologie et de la pathologie du vagin. J'ai cru intéressant d'en extraire quelques données utiles pour la compréhension et la thérapeutique de la leucorrhée.

***

Normalement les parois du vagin sont recouvertes de sécrétions épaisses, disposées inégalement sur la surface de la muqueuse. Ces sécrétions normales peuvent suivant les différents âges être plus ou moins abondantes. Chez le nouveau-né, elles sont très peu abondantes ; chez les fillettes, avant la puberté, elles le sont encore moins ; chez la jeune fille, elles sont aussi peu abondantes ; mais, chez les femmes adultes non gravides, elles sont abondantes. Avant et après les règles, grâce à une certaine congestion, elles deviennent plus abondantes. Chez les femmes gravides, dès le début de la gestation, les sécrétions sont augmentées, mais normalement il n'y a pas d'écoulement. Au moment de la ménopause les sécrétions génitales diminuent. La sécrétion vaginale normale est de couleur blanche ou blanc-jaunâtre.

Elle est de consistance granuleuse, elle rappelle la colle. Son odeur est fade. Cette sécrétion est constituée de liquide et de parties solides. Les parties solides sont formées par des bactéries, de l'épithélium plat desquamé, des leucocytes et des débris.

D'après DODERLEIN, pour distinguer les sécrétions normales des pathologiques, on se rappellera que l'écoulement normal est blanc, de réaction acide, qu'il a une flore microbienne constante, alors que la sécrétion pathologique est jaune-verdâtre, crémeuse, que sa réaction est moins acide, parfois neutre ou même alcaline ; sa flore microbienne est variable.

(1) W. STOECKEL. — *Handbuch der Gynäkologie,* Tome V, 2e partie. Edition BERGMANN, Munich, 1930

Actuellement, on est d'avis que cette notion est exagérée et que la flore d'une sécrétion vaginale peut être variée tout en étant normale. La sécrétion vaginale pathologique peut parfaitement être acide.

L'aspect et la réaction peuvent être normaux et la flore être pathologique. Le contraire n'a pas encore été observé. La flore d'un vagin normal peut être dans nombre de cas une flore atypique, car les rapports sexuels jouent un certain rôle.

Grote donne la définition suivante de la sécrétion normale : la sécrétion normale est celle qui correspond aux nécessités et aux exigences de la vie à ses diverses périodes.

Maunu af Heurlin précise quatre degrés de pureté de la sécrétion vaginale qui sont établis seulement à l'aide d un examen microscopique fondé sur des cultures microbiennes.

D'autres auteurs utilisent une division morphologique plus facile, c'est celle basée sur les examens des lames. Schroder, en 1921, distinguait trois degrés de pureté ; il semble qu'en pratique la connaissance des deux degrés extrêmes soit suffisante. Mais, alors, on revient à la définition de Doderlein, à la sécrétion normale et à celle qui est pathologique. Dans la première, on ne constate que des bacilles de Doderlein ; dans la seconde, une flore mixte.

Normalement, à l'examen sur lames, on voit de l'épithélium, des leucocytes, des bactéries.

L'épithélium est formé de cellules plates, polygonales, rondes, irrégulières, presque toujours à noyaux. Les cellules contiennent du glycogène qui est facilement mis en évidence à l'aide de colorations appropriées. On y trouve des diastases.

Le nombre de leucocytes varie suivant les cas, l'âge et le genre de vie. Les bactéries sont variables aussi suivant les divers moments.

Quelles sont les origines de la flore vaginale ? Chez le nouveau-né, on ne trouve aucun germe, puis, rapidement, au bout de quelques heures, on en trouve. Ils peuvent provenir du vagin de la mère, du rectum de l'enfant ou de sa bouche. Les germes peuvent être apportés par les mains malpropres de la personne qui soigne l'enfant. Quarante-huit heures après la naissance, on trouve des germes à la vulve et, de trois à quatre jours après la naissance, ils peuvent être déjà assez nombreux dans le vagin.

L'acidité de la sécrétion vaginale tend à empêcher le développement des germes pathogènes. D'un autre côté, les bacilles sont en partie chassés mécaniquement.

Les éléments morphologiques du contenu vaginal sont constitués de bactéries, de leucocytes, d'épithélium, de transsudation tissulaire et d'acide lactique.

D'après Doderlein, le bacille vaginal empêche le développement des germes pathogènes. Les recherches actuelles montrent que le rôle du bacille de Doderlein n'est pas aussi important qu'on le croyait, il y a quelques temps.

D'autres germes peuvent d'ailleurs, avoir le même rôle.

L'acidité de la sécrétion vaginale serait due au bacille de Doderlein, à la présence d'acide lactique et à d'autres acides organiques.

On trouve aussi dans la sécrétion vaginale d'autres substances, telles que la leucine. Dans le vagin du nouveau-né, on ne trouve pas de leucocytes, pas d'épithélium plat, pas de bacilles, ce qui explique que son auto-nettoyage est plus lent. Plus tard, on trouve de l'épithélium plat, des bacilles, mais pas de leucocytes.

La sécrétion vaginale contient quatre cinquième de liquide et un cinquième de parties solides.

On ne peut pas encore parler de la chimie du liquide vaginal, on ne la connaît pas.

D'où vient le liquide vaginal ? On connaît des opinions variées à ce sujet ; les uns disent transsudat, les autres autolyse de l'épithélium desquamé.

La réaction acide de la sécrétion vaginale au moment de la gestation est plus intense.

On distingue l'acidité actuelle, due aux ions libres et l'acidité de titrage, due aux ions liés. On détermine l'acidité à l'aide du papier de tourne-sol.

Chez le nouveau-né, la réaction est acide ; chez l'enfant, elle est alcaline. on ne peut expliquer pourquoi à la puberté, elle devient acide ; chez les femmes déflorées, elle est souvent moindre ; au cours de la gravidité, elle est variable. Chez les femmes malades, elle est neutre ou, même, alcaline. A la ménopause, l'acidité est moins forte.

Dans les affections inflammatoires l'acidité diminue considérablement.

Grafenberg constate que l'acidité atteint son maximum avant les menstruations, puis elle diminue. On constate, d'après lui, une diminution de l'acidité chez les femmes gravides et aussi chez celles opérées d'hystérectomie. Si les fonctions ovariennes diminuent, l'acidité diminue aussi progressivement.

Maunu af Heurlin aurait constaté la diminution de l'acidité à la ménopause et, chez les vieilles femmes, la réaction, d'après lui, deviendrait tout à fait alcaline.

A quoi est due cette acidité de la sécrétion vaginale ? On a dit à la présence de l'acide lactique, puis à celle de l'acide phosphorique ; Raab aurait trouvé des acides aminés. L'acide lactique résulte de la fermentation du glycogène de l'épithélium par les bacilles de Doderlein.

L'albumine qu'on caractérise dans la sécrétion vaginale provient des bactéries et de l'épithélium. On n'a pas encore trouvé de substance du groupe des graisses.

On ne connait rien de précis sur la présence dans la sécrétion vaginale de substances minérales. Grafenberg aurait découvert de la trypsine et Polonsky de la catalase.

* * *

L'écoulement vaginal plus ou moins abondant est pathologique. Mais on connaît certains cas où cet écoulement peut être physiologique. Normalement, cependant, les organes génitaux externes ne sont pas humides. L'écoulement est le symptôme d'une modification anatomique ou fonctionnelle du système génital ou bien il peut être dû à des causes extra-génitales.

L'écoulement qui se fait par le vagin peut provenir du vagin ou des segments sous-jacents des voies génitales.

L'écoulement venant des trompes peut être continu ou discontinu. Le premier est dû à l'inflammation, à un cancer ; le second survient au cas d'une hydropisie tubaire.

L'écoulement venant de l'utérus peut provenir du corps, alors il peut être dû à une endométrite blennorragique ou non, à une endométrite post-puerpérale, à un corps étranger, à la tuberculose, à une tumeur (myomes, cancer, sarcome). Il peut être dû à un trouble de la menstruation ou à une atrophie de l'endomètre.

L'écoulement provenant du col peut être dû à des inflammations, à des érosions, à la tuberculose, à des néoformations.

Les réactions nerveuses et les troubles endocriniens doivent être mentionnés comme cause d'écoulement utérin.

L'écoulement provenant du vagin est dû soit à une perméabilité augmentée de la paroi vaginale, soit à une desquamation augmentée. Il peut reconnaître des causes mécaniques, chimiques, toxiques, thermiques.

D'après V. Jaschke, l'écoulement surviendrait lorsqu'un des facteurs biologiques normaux manque (bon état de la paroi, flore, acidité).

Menge dit que l'écoulement apparaît lorsque la paroi vaginale est malade. Quelles sont les causes de l'écoulement vaginal ? Ce sont les inflammations, les lésions par des corps étrangers, les tumeurs, les abcès, certains états pathologiques du vagin, des autres organes génitaux, de l'organisme en général. Au cas des diverses inflammations, on trouve des leucocytes nombreux : dans les cas de troubles fonctionnels, on n'en trouve point.

Les germes étrangers non spécifiques apportés par le coït ne doivent pas être considérés comme une souillure, car c'est un acte physiologique : d'après Schroder, le vagin de la femme ayant des relations sexuelles régulières est plus propre, car son activité d'auto-nettoyage est plus intense, diminue peu l'action exercée par les fonctions ovariennes.

Dans certains cas, les poils des organes génitaux externes étant trop longs rentrent au moment du coït dans le vagin et apportent des germes.

Les injections trop fréquentes et souvent imparfaites dérangent le nettoyage physiologique normal du vagin. Brose a indiqué les relations existant entre les menstruations et l'apparition des écoulements chez les vierges.

Les divers écoulements venant de l'utérus peuvent déterminer l'apparition d'un écoulement vaginal. D'après Schroder, la flore vaginale aurait une grande importance dans l'apparition de l'écoulement. V. Jaschke dit que c'est la diminution de l'acidité de la sécrétion vaginale qui joue une rôle important. Menge admet les irritations bactério-chimiques. Grafenberg trouve des relations entre les fonctions ovariennes et l'écoule-

ment vaginal, l'hypofonction ovarien donnerait de la diminution de l'acidité de la sécrétion vaginale,

D'après SCHRODER, l'absence de fonctions ovariennes pourrait provoquer des troubles du côté du vagin, la flore vaginale se modifie.

Les troubles circulatoires peuvent avoir de l'influence sur la sécrétion vaginale. Les maladies de la nutrition, le diabète en particulier, semblent dans certains cas être la cause des écoulements vaginaux. Sans qu'il y ait aucun trouble local, l'état général paraît avoir une grosse importance, ainsi que l'hygiène, les secousses physiques et morales, le rôle du système nerveux végétatif semble se préciser.

L'écoulement vulvaire, les sécrétions normales vestibulaires sont peu acides, moins que les vaginales. D'après V. JASCHKE, la sensibilité exagérée des organes génitaux externes, divers troubles fonctionnels, la turgescence des règles ou de l'excitation sexuelles, diverses causes bactériologiques peuvent provoquer l'écoulement vulvaire.

Il peut, dans certains cas, s'agir d'un écoulement constitutionnel, psychogène, neurogène.

De façon générale, l'écoulement neurogène peut être dû à des troubles du système nerveux végétatif. MAYER attache une grosse importance à la cause psychogène, il en donne une longue liste (souvenir, désir inassouvi, rêves, etc.).

Suivant V. JASCHKE, l'origine psychique des écoulements serait très rare en comparaison des autres causes. Les maladies constitutionnelles surviennent sur un terrain d'anomalies constitutionnelles, elles peuvent être la cause de l'écoulement.

Dans certains cas d'écoulement, on trouve de l'asthénie, de l'hypoplasie, de l'intersexualité.

Il ne faut pas oublier de mentionner comme étant une cause fréquente la diathèse exsudative.

On indique comme chiffre 90 % d'eau dans la sécrétion vaginale.

On trouve dans une sécrétion vaginale normale 2 à 2,5 % d'albumine et, en cas de lésions, jusqu'à 6 %. Les hydrates de carbone, sous forme de substances réduites, à l'état normal sont en quantité de 3 à 15 mgr. ; à l'état pathologique ils diminuent. Le glycogène à l'état normal présente de 1 à 90 mgr. en présence de modifications pathologiques sa quantité diminue.

Le pouvoir diastasique de la sécrétion est variable, il peut dans certains cas atteindre 100 et plus. Dans les cas pathologiques ce pouvoir va jusqu'à des chiffres énormes, 245 par exemple.

Pour ce qui est de l'acidité, voici les indications de SCHRODER : en cas de flore du premier degré, l'acidité est de pH-4,0 à 4,7, le sucre de 1/2 à 4 %, l'albumine 2 % ; en cas de flore du second degré, acidité pH-5,0 à 5,6, le sucre de 1,4 à 2,4 %, albumine 2 % ; en cas de flore du troisième degré, l'acidité est de pH-5, 8-6,5, le sucre de 1/2 à 1 %, l'albumine de 6 %.

On trouve 0,10 % à 1,52 % de sel de sodium, 6,51 à 27,50 de calcium.

L'importance clinique de l'écoulement est grande. L'écoulement peut être le symptôme d'une affection ; mais il peut être une cause nocive : les femmes souffrant d'écoulements perdent leurs forces, leur état psychique peut être influencé.

Pour diagnostiquer l'écoulement, il faut tout d'abord voir s'il y a réellement écoulement. Il faut rechercher sa source, connaître sa cause.

Dans certains cas, des femmes très sensibles disent avoir des écoulements et, en réalité, elles n'en ont point (sensation sans écoulement).

L'écoulement peut provenir des trompes, du corps ou du col utérin, du vagin, de la vulve. (Pour distinguer l'écoulement vaginal de celui de l'utérus, on peut dans certains cas, se servir des bains vaginaux au nitrate d'argent ; si l'écoulement après ces bains disparaît, c'est un écoulement vaginal).

Il faut rechercher s'il y a une inflammation à un point quelconque de la filière génitale.

Lorsque l'écoulement est symptomatique, il faut pour le traiter traiter sa cause : s'il s'agit d'une lésion tubaire, il faut extirper la ou les trompes malades ; lorsqu'il s'agit d'un écoulement utérin, d'une endométrite blennorragique, on emploie les lavages avec la solution de formol concentré ou les solutions de nitrate d'argent à 5 % : dans les endométrites non blennorragiques, le formol rend de bons services, lorsqu'il s'agit d'un écoulement sénile, les applications de bromure de radium (100 mgr.) pendant 24 heures peuvent donner de très bons résultats.

Dans les cas d'écoulement post-menstruel, on conseille les injections de chlorure de zinc. Les affections cervicales se trouvent bien de l'emploi de formol. S'il s'agit d'un écoulement vaginal, on fait des bains vaginaux au nitrate d'argent de 2 à 10 %.

La propreté doit être surveillée très attentivement, ainsi que les fonctions du tube digestif ; la constipation doit être combattue. Lorsqu'il y a un écoulement abondant, les rapports sexuels sont nuisibles.

Le calcium ne doit jamais être oublié dans le traitement des écoulements. Chez les femmes gravides, en présence d'un écoulement, on prescrit des injections d'acide lactique en solution à 0.5 %.

NASSAUER proposa le traitement sec des écoulements, l'introduction dans le vagin des diverses poudres absorbantes : traitement peu pratique.

En présence d'écoulements d'origine nerveuse ou psychique, on a recours aux antinervins et à la psychothérapie.

HENRI VIGNES.

CEUX QUI NOUS ONT QUITTÉS...

Maurice de Fleury

DISCOURS DE M. LE PROFESSEUR CHAUFFARD [1]

C'est avec la plus douloureuse émotion que je viens, au nom de l'Académie de Médecine, apporter à la mémoire de notre regretté collègue Maurice de Fleury l'hommage suprême de notre affection. Ne plus le voir parmi nous le mardi, toujours aimable et souriant, ce sera grande tristesse, et il est de ceux que l'on ne peut oublier. Nous le savions souffrant, sous le coup d'une prochaine et grave opération, mais il y a peu de semaines encore il nous était revenu, il continuait à recevoir chez lui amis et clients, il faisait récemment une conférence, et l'annonce de sa mort a été pour nous tous un coup très cruel et très inattendu.

Me sera-t-il permis de rappeler qu'entre Maurice de Fleury et moi un lien existait, beaucoup plus ancien et plus intime que le lien académique ? C'était en 1888, un très jeune médecin des hôpitaux venait de trouver à Sainte-Périne son premier poste de titulaire. Il s'y rendait en général par le chemin des écoliers, par le bateau, et au débarcadère deux jeunes gens l'attendaient, ses deux internes, Ernest Dupré et Maurice de Fleury, deux des futurs maîtres de la psychiatrie française. La visite médicale n'était pas bien longue et Sainte-Périne était vraiment un poste de tout repos. Mais, après la visite, quelles bonnes et joyeuses causeries ! Un peu sur la médecine, beaucoup sur la littérature et sur les arts, et ainsi des goûts communs avaient créé entre le chef et ses deux internes une charmante intimité. Je n'ai jamais oublié ces heures de jeunesse, et de Fleury et moi nous en avons souvent reparlé.

Et puis des années ont passé, le jeune interne est devenu un médecin très en vue, un psychiatre éminent, et en 1909 Maurice de Fleury était nommé dans la section des membres libres de l'Académie de Médecine. Ce fut une joie pour lui d'entrer dans notre Compagnie, et une joie pour nous de l'y recevoir. Il y prit rapidement une place très notoire et n'y a jamais compté que des amis.

(1) *Bulletin* de l'Académie de médecine, n° 15, 1931.

En 1919, à notre séance annuelle, de Fleury accepta de prononcer l'éloge de Littré, et de cette grande et si particulière figure de médecin, d'historien et de savant philologue, il sut faire le portrait le plus charmant, le plus finement nuancé, le plus délicat, et écrit dans la meilleure tradition française. Le succès en fut très grand, et ceux de ses collègues qui le connaissaient peu personnellement comprirent que sa place était parmi les meilleurs d'entre nous. Il le prouva du reste dans de nombreuses communications ou discussions, dont ce n'est pas le lieu de donner ici le détail.

Mais comment ne pas rappeler ses beaux livres de psychiatrie, sur les états dépressifs et la neurasthénie, sur les fous, les pauvres fous, et la sagesse qu'ils enseignent, et surtout celui de ses livres qui peut-être touche encore plus que les autres, sur l'angoisse humaine ! Quel grand et tragique sujet, et avec quelle hauteur de vues, quelle noblesse, quelle compassion souriante Maurice de Fleury a su le traiter ! Car son talent n'avait rien de froidement didactique, partout on sentait des résonances profondes de bonté secourable, d'humanité émue et fraternelle, car si le médecin était un esprit très distingué, l'homme avait un cœur noble et généreux et cela se sentait dans tout ce qu'il disait, dans tout ce qu'il écrivait.

Tous ces dons si beaux et si rares avaient assuré à de Fleury une très enviable notoriété, et quand il y a quelques années une grande maison d'édition voulut publier une série de plaquettes sur les *Caractères de ce temps*, c'est à lui qu'elle s'adressa pour écrire *le Médecin*. Sujet redoutable par sa complexité, et par tout ce que l'on en a dit et écrit en bien et en mal, plus souvent du reste en mal qu'en bien, car le médecin n'a eu que rarement une bonne presse. La bienveillance de de Fleury, pour une profession qui nous est chère à tous, sut rester assez impartiale, pour ne cacher ni les ombres ni les lumières d'un portrait dessiné avec beaucoup d'agrément, et assez véridique pour que nous puissions, sans trop de complaisance, y reconnaître notre image.

Dans tous ces travaux de Fleury portait une haute culture littéraire et artistique, avec la tradition d'un excellent style français classique. On comprend dès lors combien son commerce était agréable et recherché ; on comprend aussi quels souvenirs et quels regrets il laissera dans notre Compagnie. Dans une collectivité aussi technique que l'est une Académie de Médecine, il est très bon que survivent des traductions de culture littéraire, et elles constituent pour la pâte scientifique parfois un peu lourde le plus utile des ferments.

Je m'excuse de ce qu'a eu d'un peu improvisé et discursif cette courte commémoration, que l'on veuille bien n'y voir que l'expression des regrets unanimes que nous laisse la disparition d'un collègue très aimé et très estimé, et que Mme de Fleury et son fils me permettent de leur offrir l'hommage de la plus attristée sympathie de l'Académie de Médecine.

« ..... En 1886, sur 13.500 sages-femmes, il en existait 8.564 de seconde classe. En 1916, lors de mon rapport au Sénat sur la suppression du diplôme de sage-femme de 2e classe, d'après une statistique officielle, le nombre des sages-femmes de 1re classe s'élevait à 7.568 contre 5.124 sages-femmes de 2e classe. En me référant à la statistique du mois de juin-juillet 1930, le nombre des sages-femmes, qui était en 1914 de 12.692, n'est plus aujourd'hui pour la France entière, non compris le chiffre des trois départements recouvrés, que 10.549. » (Paul STRAUSS, *Académie de médecine*, séance du 24 mars 1931.)

VARIÉTÉS

Tels qu'ils sont

Les médecins ont coutume d'examiner les malades et de prendre leurs observations : par un juste retour des choses, les malades vont-ils étudier les médecins, écrire et même publier leurs remarques personnelles ? Il paraît bien, si nous nous en rapportons au *Long Island Medical Journal* (février 1927), qui contient l'histoire d'une vieille dame et de ses expériences avec le corps médical (A story about her experiences with the medical profession).

Cet examen par l'autre bout de la lunette, suggéré par un médecin demeuré volontairement anonyme, est vraiment curieux, car il nous donne le point de vue de la malade (the view point of the patient) ; il met en relief de rares qualités d'observation et d'analyse psychologique : il est sympathique et souriant (n'est-ce pas la vraie définition de l'humour ?) ; enfin il nous montre les médecins tels qu'ils sont et nous initie, mieux que de longs articles, aux conditions d'exercice de la médecine aux Etats-Unis.

L'observation médicale de *grand'mère* débute ainsi :

Ayant été traitée depuis bientôt un an par neuf médecins différents, j'espère qu'un compte rendu rapide de l'impression générale laissée par cette expérience ne sera pas déplacé.

Notons tout d'abord ce nombre de neuf médecins en moins d'un an : encore la malade a-t-elle moins aimé le changement qu'elle n'a été victime de la spécialisation à outrance qui ne sévit pas qu'en Amérique. C'est donc une observation en neuf tableaux, avec un prologue : l'examen préliminaire et indispensable du dentiste pour éliminer l'infection focale, véritable boîte de Pandore, source possible de tous les maux.

En décembre 1925 je fus prise d'un rhumatisme dans l'épaule gauche. Après avoir essayé quelques remèdes simples sans soulagement, j'allai chez le dentiste, pensant que le trouble pouvait venir des dents. Un examen aux rayons X montra un mauvais état de pyorrhée et toutes mes dents furent arrachées. Mon espoir s'en accrut au point que j'espérais voir le rhumatisme s'envoler sur les ailes de l'aurore ; mais non, pas du tout !

Après cet échec la malade appelle un médecin, qui prescrit un régime qui motive quelques réflexions.

Le docteur n° 1 fut consulté et fit un examen complet. Je fus mise à un régime très sévère et cette histoire de régime a été la partie la plus amusante et la plus intéressante de toute l'affaire. Pourquoi ? Parce qu'on prendra (ou devrait prendre), si on a confiance dans le médecin) tout ce qui est prescrit, on acceptera le régime et on continuera jusqu'à ce que, pour une raison quelconque, il décide de le changer ; alors on accepte un autre régime aussi facilement et avec autant de bonne volonté, sans craindre que le premier ait pu vous tuer, mais avec l'espoir que cette fois le médecin tient le bon.

Mais pour en revenir au n° 1 : Régime, pas de fruits, pas de sel, peu de sucre, pas de viande ; il aurait fallu moins de temps pour expliquer ce que je pouvais manger : massage électrique et bains de soleil, qui sont confortables mais ne tiennent pas. Etant avancée en âge et pensant que j'avais ou j'aurais pu accumuler un peu de bon sens, je n'arrivais pas à admettre qu'une sortie par tous les temps, en emportant le rhumatisme avec moi puisque je ne pouvais le laisser à la maison, ne fût pas le mieux pour arranger les choses.

Sur quoi un accès de grippe motive l'appel d'un second médecin, qui s'occupe naturellement du rhumatisme et non de la grippe, ce qui donne d'ailleurs des résultats tout à fait inattendus.

BIBLIOGRAPHIE

Les réactions vaso-motrices du foie, par Roger GLÉNARD. 1 volume in 8° de 240 pages, avec 19 figures dans le texte et 4 planches hors texte : 30 fr.. Collection des actualités de médecine pratique. Gaston Doin et Cie, éditeurs 8, place de l'Odéon Paris (6e).

Le foie est une éponge vasculaire dont le volume, la forme et la consistance sont étroitement liés à l'état des vaisseaux qui constituent sa trame, et ces vaisseaux ont sans cesse à répondre aux incitations humorales et vaso-motrices les plus variées.

De nombreuses expériences de physiologie nous ont appris que, par des actions mécaniques, des sections et excitations nerveuses et l'introduction de substances chimiques dans le foie vivant ou en circulation artificielle, on peut obtenir, sur celui ci, des phénomènes marqués de *vaso-dilatation*, de *vaso-constriction* et d'*hypotonie*.

La palpation du foie nous enseigne qu'il existe, parallèlement chez l'homme, des modifications pathologiques tout à fait superposables et qui sont :

la congestion active du foie ; la rétraction du foie ; l'hépatose.

Ces manifestations cliniques, d'une pathogénie de même ordre, méritent d'autant plus d'être rapprochées dans une description d'ensemble, que leur thérapeutique préventive, médicamenteuse et hydro-minérale présente de nombreux points communs.

Si elles sont relativement peu connues, c'est que leur diagnostic ne peut se faire que par le strict emploi du *procédé du pouce*, seul capable de nous faire connaitre les foies souples et les multiples formes intermédiaires entre le foie normal et les volumineuses hypertrophies.

Le praticien n'a pas toujours la facilité de recourir comme il conviendrait, aux délicates ressources de laboratoire se rapportant à l'exploration fonctionnelle hépatique et d'en attendre les résultats. Aussi est-il dans l'obligation de chercher à tirer, de l'examen clinique au lit du malade, le maximum des renseignements mis à sa disposition

Après d'intéressantes considérations physiologiques, l'auteur reprend, avec force illustrations, la description minutieuse du procédé du pouce : puis il expose, à traits précis, tout ce qui concerne la sémiologie clinique et thérapeutique des réactions vaso-motrices du foie.

Une foule d'états pathologiques en dépendent, surtout dans la clientèle privée. L'ensemble du livre fait ressortir le grand intérêt de ce nouveau chapitre de pratique mentale.

La syphilis héréditaire larvée. Clinique. Diagnostic. Traitement. La pratique médicale illustrée, par E. LESNÉ et A. BOUTELIER. 1 volume in-8° de 56 pages : 14 fr. Librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon, Paris-6e.

La syphilis héréditaire larvée (*de larva*, masque) comprend l'ensemble des manifestations où l'infection tréponémique se cache sous le masque d'une autre maladie ou d'un syndrome banal. Ces manifestations sont importantes à connaitre, car sans les voir partout et toujours, elles paraissent être d'une grande fréquence et étendent d'une façon appréciable le champ de l'hérédo-syphilis.

La *symptomatologie* est des plus variées, l'hérédo-syphilis larvée peut revêtir les aspects les plus divers — et il faut la rechercher sous le masque de troubles de l'état général, de troubles de la croissance, du squelette, de syndromes endocriniens, nerveux, digestifs, respiratoires, cardio-vasculaires, rénaux, cutanés, sanguins, de syndromes pseudo-tuberculeux... Ces différentes manifestations ne doivent être considérées que comme des *signes de possibilité*, qui éveillent l'idée de l'hérédo-syphilis, sans permettre de l'affirmer dans tous les cas.

Le *diagnostic* devra être confirmé par les différentes recherches cliniques, anamnestiques et sérologiques. Les résultats obtenus par le traitement spécifique fournissent enfin par eux-mêmes un élément important de diagnostic.

Une présomption d'hérédo-syphilis larvée impose le *traitement* spécifique. Mais on a souvent intérêt à recourir à des traitements modérés, prolongés et camouflés. On obtient ainsi, fréquemment, des résultats inespérés

La pratique de l'ionisation, applications médico-chirurgicales, par Pierre ROUSSEAU et Pierre NYER. 1 volume in-8e de 168 pages, avec 28 figures dans le texte et 8 planches hors texte : 32 fr., Librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Il était utile et nécessaire de vulgariser la pratique de l'ionisation, méthode toute nouvelle qui constitue, à l'heure actuelle, le meilleur traitement des « algies rhumatismales localisées, des névrites et des cicatrices vicieuses. »

Cet ouvrage essentiellement à la portée de tous les médecins, est un résumé de la question et *fournit au praticien toutes les méthodes* nécessaires à l'application de ce traitement nouveau.

La première partie renferme des « *notions historiques et physiques* ». Ces dernières sont conçues dans un esprit de simplification car elles sont exemptes de formules hermétiques.

La deuxième partie est une vue d'ensemble sur la « physiologie de l'ionisation ».

La troisième partie enfin, beaucoup plus développée traite des applications pratiques de cette méthode. Elle contient en outre, et c'est ce qui constitue l'originalité du travail :

a) des planches anatomiques qui fixeront sur la précision des points à traiter au cours des algies ;

b) des observations de malades et des statistiques sur les résultats du traitement.

La catatonie expérimentale par la bulbocapnine. Étude physiologique et clinique, par H. DE JONG, H. BARUK. Un volume de 136 pages avec 38 figures : 40 fr. Masson, éditeurs, 120, boulevard St-Germain, Paris.

MM. de Jong et Baruk montrent dans leur livre la réalité de la catatonie expérimentale, et les enseignements qu'on peut en tirer.

Cet ouvrage est largement illustré de films représentant les animaux au cours de diverses expériences, ainsi que les malades catatoniques, de graphiques, de courbes électromyographiques, etc... Il est complété par une bibliographie détaillée relative à la bulbocapnine au point de vue chimique, aux travaux pharmacologiques relatifs à cet alcaloïde, à la bulbocapnine dans ses rapports avec la catatonie humaine, à la bulbocapnine au point de vue thérapeutique, notamment dans le traitement des tremblements, enfin au syndrome catatonique en général, au point de vue clinique et physiologique.

Je lui demandai : « Me donnerez-vous quelque chose pour le rhumatisme ? ». — « Peut-être, après vous avoir examinée. » Il me fit une ordonnance, un liniment huileux pour me frictionner l'épaule et chargea une nurse de me soigner. A sa seconde visite il lui dit de le tenir au courant par téléphone. La grippe guérit vite, mais je gardai la nurse six semaines.

L'infirmière est bientôt amenée à prendre parti et à donner son opinion.

La nurse pensait que son médecin était le meilleur, ce qui ne causera de surprise à personne, pas même à un médecin ; je le fis venir ; le n° 3 était si joli (seul mot qui convienne), il usait de parfums si exquis que c'était une joie d'être à côté de lui sans qu'il prescrivît quoi que ce soit ! De plus il était si fort (c'est lui qui le disait) qu'il devait me rétablir en rien de temps. Ses honoraires étaient aussi élevés que ses parfums étaient pénétrants, ses ordonnances d'un prix exorbitant et l'amélioration annoncée ne se produisit pas.

Nouveau changement de médecin et cette fois-ci de sexe.

Une doctoresse brillante, à la page, employant les dernières méthodes pour obtenir l'histoire de votre vie. « Qui était votre père ? Qui était votre mère ? Quand êtes-vous née ? Quand avez vous percé votre première dent ? » Vous vous rendez compte. Le n° 4 procède à un nouvel examen ; à ce moment on y est à peu près habitué et on se résigne. Le jour suivant, après avoir fait quelques tests, elle revint avec un régime très strict, une ordonnance et une invitation à changer d'air.

Parfum de province et d'honnêteté.

Mon fils vivait dans une jolie vieille ville du Jersey et c'était bien ce qui convenait. Il vint me chercher avec une grosse auto remplie de coussins et je partis avec les instructions du n° 4 dans mon sac et les douleurs dans mon corps.

Dans toutes les petites villes il y a un médecin de famille et tel était le cas. Un cher vieux gentleman de province. Il devint le n° 5.

A cette époque j'étais très mal, ne quittais pas le lit et je n'étais pas capable de me mouvoir sans aide. Le docteur approuva le régime et voulut donner une chance au traitement avant de le modifier. Cinq jours après il le changeait et l'amélioration fut immédiate. Le temps était superbe, un vrai mois de mai. Déjà, enveloppée de couvertures, je faisais des promenades en auto sur les plus jolies routes de la contrée. Cela me consolait des mauvaises heures. Un mois après je marchais avec une canne et bientôt j'allai à la maison du docteur, ce qui lui fit plaisir comme vous le pensez. Quinze jours après j'obtins l'autorisation de rentrer chez moi, à condition de suivre ses prescriptions Je ne puis dire ici quel fut le montant des honoraires, mais, pour six semaines, ce fut moins que pour trois visites du médecin chic, et mon docteur n° 5 m'avait fait plus de bien que tous les autres.

La malade se décide alors à passer une dizaine de jours à Long-Island, chez sa fille, qui, à son tour et sans doute par contagion, fait un superbe diagnostic.

Ma fille fut enchantée de me voir et encore plus de savoir que je restais dix jours Mais, dès que je descendis de l'auto, elle s'écria : « Que vous êtes drôle. Laissez-moi regarder vos yeux. Eh bien, mère, vous avez la jaunisse ! » Ainsi j'étais venue pour trouver de la distraction et la jaunisse ; cela s'arrangerait très bien, nous aurions l'amusement et nous attendrions la jaunisse. Quand je regarde en arrière, ce fut follement gai et nous avons ri tout le temps.

Les distractions ne suffisent pas toujours à guérir une jaunisse : le n° 4 est rappelé et demande une consultation avec le n° 6, qui a recours au n° 7.

Toutefois, à mon retour, je m'aperçus que cela commençait à devenir sérieux et j'appelai le n° 4, la doctoresse : elle en fit venir une autre de son espèce, le n° 6. Elle était très capable, avait besoin d'une radio de l'estomac que je désirais également : elle s'adressa au plus gros homme qu'elle put trouver. Et ici nous arrivons au n° 7, un interniste, comme on l'appelait ! Horreur !

Le n° 7 fit un examen consciencieux et projeta de me radiographier la semaine suivante. Trois jours après je fus obligée de l'appeler, car mes pieds, mes jambes et mon ventre étaient enflés et douloureux. Je fus mise au lit.

Le n° 8 est un chirurgien ; nouvelle consultation ; clinique.

Le lendemain le docteur n° 8, un chirurgien de grande réputation, qui s'intéressait à moi à cause de son amitié pour mon gendre, me rendit visite, rencontra le n° 7 et ils vinrent à mon chevet. Bien que très malade, ce fut avec un sentiment de grande importance que je regardai ces hommes distingués venus spécialement pour moi. Le chirurgien avait un physique distingué et un sourire charmant.

Eh bien, le médecin s'assit au pied du lit à droite et le chirurgien à la tête à gauche. Mon ventre ressemblait à un billard ; le médecin frappait comme s'il voulait chasser la boule, en échangeant avec son confrère des coups d'œil d'approbation ou d'autre chose, je l'ignore. Peu après ils allèrent dans une autre pièce, le chirurgien disant : « Maintenant nous allons causer derrière votre dos. » Ils restèrent si longtemps que j'étais terrifiée, mais mon docteur dit en revenant que je ne devais pas penser que le cas était en discussion, mais qu'ils avaient considéré toute la situation.

Le lendemain j'entrais à la clinique, avec une nurse de jour et de nuit. Je ne fus pas négligée par mes amis, car la chambre était un vrai parterre de fleurs, les trois semaines que j'y passai. La seule expérience peu plaisante fut celle des rayons X. Quatre nurses me portèrent du lit au brancard et ma nurse me roula jusqu'à la salle. Elle dit à l'assistant que je ne pouvais pas m'aider moi-même ; il répondit : « On se débrouillera ». Elle m'aida à monter et à descendre, mais elle était trop frêle pour être d'un grand secours. Le liquide que je bus me rendit malade et, deux heures après, je retournai dans ma chambre, seulement pour entendre dire qu'il faudrait une seconde séance dans l'après-midi. J'étais meurtrie de partout et si fatiguée que je pouvais à peine parler. Quand je fus un peu reposée, la nurse me donna une tasse de thé chaud, qui avait bon goût mais refusa de rester.

A partir de ce moment l'amélioration commença à se manifester et à la fin de la semaine suivante le docteur m'autorisa à aller chez mon gendre. Il donna ses instructions et je fus mise entre les mains du n° 9.

Le n° 9 motive des réflexions assez mélancoliques.

Et maintenant je reçois ses soins ; pour combien de temps ? Il le sait peut-être, mais ne le dit pas. Son examen fut sévère, comme celui des autres ; il semble en parfait accord avec le n° 7, avec lequel il a gardé le contact. C'est un autre interniste, un très jeune homme, que je redoute un peu. C'est peut-être très bien ainsi.

Il faudra longtemps pour que je me rétablisse, mais je suis sûre que le n° 9 finira le travail et mon expérience des médecins sera achevée.

Il est probable qu'il a fini le travail et qu'il l'a bien fini ; l'observation ne nous le dit pas, ayant été publiée à titre posthume ; la malade n'avait sans doute prévu ni l'épilogue ni le n° 10, qui fut le médecin de l'état civil.

J. Lafont.

Les hautes doses de digitaline. — « Les cardiaques qui consomment de hautes doses de digitaline peuvent préparer leur testament. Ils ne vivront pas longtemps. Un médecin des hôpitaux de Paris, il y a quelques années, préconisait les hautes doses de digitale. Tombé malade à son tour, il suivit sa méthode à la lettre. Nulle fin ne fut plus rapide que la sienne. » (Dr Charles Fiessinger, *L'Archer*, 18, rue de la Dalbade, Toulouse. Revue dirigée par le Dr Paul Voivenel.)

L'anémie des prématurés n'est pas améliorée par l'emploi du fer réduit, et n'est sans doute pas imputable à une carence de fer. (Silberschmidt, *Jahrb. fur Kind.* 1930 p. 63). Par contre, Catel et Jedas ont obtenu des résultats en faisant ingérer à ces enfants une purée de cortico-surrénale de bœuf (*Monatsch. fur K.* t. 47, p. 301). H. V.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 avril 1931

Action du suc gastrique et du suc pancréatique sur la trypsine enrobée d'acides gras. — *MM. Bourget* et *Raymond-Hamet.* — (Presentation faite par M. Pouchet.) — Pour remédier aux troubles sécrétoires du tube digestif, on a généralement recours à une thérapeutique substitutive qui consiste à fournir à l'organisme les enzymes qui lui font défaut.

Mais si cette thérapeutique est d'une application facile quand il s'agit d'administrer les ferments du suc gastrique, il n'en est pas de même quand il convient de suppléer aux troubles des sécrétions pancréatique et intestinale. On sait, en effet, que la trypsine ne résiste pas à l'action prolongée du suc gastrique, de telle sorte qu'il est extrêmement difficile de la faire arriver à l'intestin sans qu'elle ait été altérée par son passage dans l'estomac. Certes voici déjà fort longtemps qu'on a recours à la kératinisation ou à la glutinisation qui protègent la masse pilulaire contre l'attaque du suc gastrique. Mais en pratique ces procédés se montrent le plus souvent inopérants. En effet, ou bien le noyau pilulaire se gonfle facilement, et alors il fait éclater son revêtement de kératine ou de gluten et est attaqué ; ou bien le noyau pilulaire, extrêmement compact, ne se gonfle pas dans l'estomac, mais alors il risque fort de n'être pas dissocié dans l'intestin et de se retrouver dans les selles sous la forme même sous laquelle on l'a fourni au malade.

Une technique nouvelle a été récemment proposée par Hermann qui l'a mise au point dans le laboratoire du pharmacologiste de Prague, le professeur Wiechowski. Cette technique, dont l'application pratique est connue sous le nom d'Enzypan, a été déjà étudiée par plusieurs auteurs et notamment par Nemetz (1), Fischl (2), Hermann et Neuschul (3). Elle consiste à enrober chaque particule d'enzyme dans un mélange d'acides gras qui résistent au suc gastrique, mais sont saponifiés par le suc pancréatique.

Nous nous sommes proposé de rechercher comment la trypsine ainsi protégée se comporte, d'une part vis-à-vis du suc gastrique, d'autre part vis-à-vis du suc pancréatique.

Nous avons tout d'abord titré, par la méthode de Willstätter et Waldschmidt-Leitz, une quantité déterminée de trypsine (120 milligrammes), puis, après avoir soumis des quantités égales de cet enzyme enrobé d'acides gras, d'une part, à l'action du suc gastrique humain, d'autre part, à celle du suc gastrique de chien, nous en avons effectué le titrage par la même méthode. Bien entendu, avant de procéder aux titrages, nous avons, au moyen d'oxyde d'éthyle à 65° rigoureusement exempt d'alcool, dissous les acides gras dont la trypsine était enrobée.

La trypsine, qui a été soumise à l'action du suc gastrique de chien, a subi une diminution d'activité de 31,5 p. 100. Cette trypsine enrobée d'acides gras avait été introduite dans un petit appareil constitué par un tube de verre fermé aux deux extrémités par une fine toile de platine, appareil qui avait été maintenu pendant vingt quatre heures dans l'estomac d'un chien soumis à son régime alimentaire habituel.

La trypsine enrobée d'acides gras qui a été soumise pendant vingt-quatre heures et à 37° à l'action d'un suc gastrique humain extrait par tubage après repas d'épreuve a subi une diminution d'activité de 25,8 p. 100.

D'autre part, après avoir, pendant six heures et à 37°, soumis à l'action du suc pancréatique de chien de la trypsine enrobée d'acides gras, nous avons constaté que ces acides gras avaient été totalement saponifiés.

Nous sommes donc en droit de conclure que l'enrobage de la trypsine par les acides gras soustrait pratiquement cet enzyme à l'action du suc gastrique.

(1) O. Nemetz. — In *Deutsche médizinische Wochenschrift*, 1928, n° 25.
(2) L. Fischl. — In *Medizinische Klinik*, t. XXIV, 1928, n° 18.
(3) S. Hermann et P. Neuschul. — *Klin. Wochenschrift*, t. IX, 1930 p. 831-833.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 avril 1931

Forme azotémique pure d'une amylose rénale. — *M. Abrami, Mme Bertrand-Fontaine, MM. A. Lichtwitz* et *M. Laudat* présentent l'observation d'une malade atteinte d'amylose hépatique, splénique et rénale très accentuée et chez laquelle les symptômes présentés étaient ceux d'une néphrite, d'abord albuminurique pure, puis azotémique avec anurie terminale de quinze jours et coma ; il existait une cylindrurie granuleuse. Les œdèmes ont fait complètement défaut malgré l'hypoprotéinémie accentuée avec inversion du rapport sérine, globuline ; la lipémie était abaissée. Anatomiquement, il s'agissait d'une infiltration amyloïde massive, avec sclérose rénale.

M. Labbé rappelle la difficulté du diagnostic clinique entre l'amylose et la néphrose à cause des dissociations que l'on peut constater dans la composition des tumeurs dont les divers éléments ne sont pas toujours modifiés dans le sens habituellement observé.

Un cas de splénomégalie mycosique. — *MM. M. Labbé* et *R. Boulin* rapportent l'observation d'un cas de splénomégalie mycosique guéri par la splénectomie et qui fut caractérisé par : son extrême latence (le seul signe clinique étant un amaigrissement accentué), la déformation très curieuse de la rate en chapelet allongé et irrégulier, la polyglobulie sans érythrose. L'examen de la pièce montra une rate scléreuse farcie de nodules de Gamna Candy ; l'irrégularité de sa forme était due à l'hypertrophie très inégale de ses diverses portions.

Athérome généralisé de l'artère pulmonaire avec béance du trou de Botal. — *MM. Apert* et *Baillet* relatent l'histoire d'une fillette de treize ans, malingre, à circulation périphérique déficiente, et chez qui la radioscopie avait montré une dilatation considérable de l'arc moyen du bord gauche du cœur. L'enfant mourut inopinément ; l'autopsie montra une artérite généralisée coïncidant avec une béance du trou de Botal. L'artérite pulmonaire a fait récemment l'objet à cette Société, d'études de MM. Vaquez, Laubry, Clerc, Ribierre et Lian. Ils ont montré que cette artérite est en général conditionnée par une augmentation de pression dans la petite circulation du fait d'un rétrécissement mitral ou d'une sclérose pulmonaire. Dans le cas actuel, l'augmentation de pression était due à la large communication congénitale entre les deux circulations et cela explique le jeune âge auquel la maladie s'est constituée.

Une épidémie familiale de streptococcie. — *MM. Etienne Chabrol* et *R. Waitz* rapportent l'observation de sept malades qui en l'espace de trois semaines se transmirent de proche en proche différentes manifestations streptococciques : erysipèle, ictères, arthrite de l'épaule, septicémie sans localisation.

L'hémoculture permit d'établir un lien entre tous ces accidents : elle révéla un streptocoque très virulent, mais doué d'un faible pouvoir hémolytique. La sérothérapie de Vincent fut mise en œuvre par voie intra-veineuse chez trois de ces sujets à des doses quotidiennes comprises entre 60 et 100 cc.

Elle donna un résultat favorable dans un cas d'erysipèle compliqué d'ictère ; malheureusement, elle ne put sauver deux autres malades traités trop tardivement, au septième jour d'un érysipèle et au quatorzième jour d'une septicémie avec placards érysipélatoïdes.

Rétraction des aponévroses palmaires et plantaires ; coexistence de gros troubles sensitifs du type syringomyélique. — *MM. J. Rouillard* et *A. Schwob* rapportent l'observation d'un homme de 60 ans, qui se plaignait de gêne de la marche et de douleurs dans les pieds ; on constate chez lui un enraidissement douloureux des pieds, qui est dû à une double rétraction des aponévroses plantaires ; aux mains, d'ailleurs, coexiste une double rétraction des aponévroses palmaires.

Ce malade présente de gros troubles de la sensibilité thermique, très accentués dans le dos et au thorax, plus discrets sur les membres inférieurs. Un traitement antisyphilitique assouplit les rétractions plantaires et diminue considérablement les douleurs à la marche, sans modifier les troubles sensitifs. Les auteurs pensent qu'il s'agit là d'une atteinte medullaire très localisée, par artérite syphilitique, et voient dans cette observation une nouvelle preuve de l'origine nerveuse de certaines maladies de Dupuytren.

M. Alajouanine pense que dans un grand nombre de cas — et malgré que certains auteurs se refusent à admettre cette opinion — l'origine nerveuse de la maladie de Dupuytren ne peut pas être contestée. Pour lui, cette affection doit être considérée comme un trouble trophique, souvent associé à des troubles sensitifs dissociés en relation avec des lésions localisées à la commissure grise postérieure.

Rhumatisme vaso-moteur. — *M. May* pense que la classification actuelle des rhumatismes chroniques ou inflammatoires et dégénératifs n'est pas assez précise. Il propose d'isoler une forme de rhumatisme vaso-moteur. Cette appellation souligne l'importance des troubles vasculaires qui siègent dans les extrémités épiphysaires et lui conditionnent en partie les déformations observées.

Ce rhumatisme vaso-moteur présente quelques caractères qui le distinguent du rhumatisme inflammatoire : La localisation (symétrie de l'atteinte rhumatismale qui prédomine aux extrémités), la rareté de l'hydarthrose, l'évolution par poussées, le peu de déformations qu'il entraîne.

L'étiologie, encore inconnue, soulève la question de la nature et de la cause des poussées évolutives. On peut dans certains cas invoquer une origine endocrinienne (ovarienne surtout), réflexe, ou toxique. Cette forme de rhumatisme bénéficierait des progrès de la thérapeutique des perturbations du système sympathique.

M. Coste pense que la forme isolée par M. May est bien plus une forme pathogénique qu'une forme étiologique du rhumatisme chronique.

Il croit qu'elle peut facilement rentrer dans le cadre des arthroses.

M. May soutient au contraire que cette forme vaso-motrice se rapproche plus des rhumatismes inflammatoires infectieux que des arthroses.

Sur des abcès putrides du poumon et leur évolution apparemment favorable. Du traitement par l'émétine. — *MM. Etienne Bernard, Patourel, Decourt et Louvet* rapportent cinq observations de suppurations pulmonaires putrides localisées ayant eu une tendance spontanée à évoluer vers la guérison. Ces cas, malgré leur relative bénignité, s'opposent aux abcès simples par l'odeur nauséabonde, d'ailleurs modérée de l'haleine et de l'expectoration et par le fait d'une flore microbienne comportant toujours une grande multiplicité de germes. Ces cas ont tous été traités par l'émétine. Deux fois cette thérapeutique n'a pas été suivie de modification évidente ; deux fois elle s'est accompagné d'une augmentation de l'expectoration, puis d'une amélioration assez rapide; une fois il y eu parallélisme entre le traitement et la guérison clinique. Il s'agit donc d'une thérapeutique dont l'action est loin d'être constante, mais qui mérite d'être tentée. Si un succès est obtenu on n'est pas autorisé à en déduire qu'il s'agit d'amibiase.

Sur les cinq malades dont la guérison clinique remonte pour la plupart à neuf mois, la restitution anatomo-radiologique n'a été obtenue que dans deux cas. Mais les auteurs se demandent si le reliquat des lésions sous forme de fines arborisations ou d'épaississements broncho-vasculaires ne sont pas résidus inévitables dans une affection dont la tendance sclérogène est si grande.

La guérison dans tous ces cas a été suffisamment rapide (un mois a quatre mois et demi) pour qu'il n'y ait jamais à discuter une intervention chirurgicale. Il n'en serait plus de même si, pour l'un d'eux, l'affection récidivait et se transformait en une gangrène à rechutes.

M. May se demande s'il n'y a pas quelque danger à laisser s'accréditer cette opinion que les abcès putrides peuvent guérir spontanément ou par le seul traitement émétinien.

Il considère que l'abcès pulmonaire putride reste une affection très redoutable à laquelle on peut opposer sans risques et souvent avec d'excellents résultats une méthode therapeutique nouvelle : l'aspiration bronchoscopique.

M. Lereboullet rapporte un cas d'abcès chez un enfant, guéri spontanément, mais suivi de récidive qui entraîna la mort. A l'autopsie, on constata une cicatrice du côté de l'abcès, mais une pleurésie purulente adhésive à pneumocoque de l'autre côté. Il croit que chez l'enfant, il est moins dangereux d'attendre la guérison spontanée que d'intervenir.

M. Donzelot a observé à la maison Dubois six cas d'abcès pulmonaires : deux furent traités par l'émétine, un par l'intervention chirurgicale; dans les trois autres cas, on ne fit aucun traitement. Tous furent suivis de guérison.

M. Fiessinger fait remarquer que l'heureuse statistique de M. Donzelot tient sans doute à ce fait que les malades observés par lui étaient isolés, il estime en effet que l'isolement, en permettant d'éviter les réinfections, joue un rôle considérable dans l'évolution favorable de cette affection, et il déplore qu'il ne soit pas toujours possible de le réaliser dans les milieux hospitaliers.

M. Renaud croit que le pronostic et le traitement des abcès pulmonaires sont bien différents suivant que la collection est ou n'est pas ouverte dans les bronches. Dans le second cas, la cavité n'a aucune tendance à se draîner spontanément ou par aspiration bronchique, et l'évolution est moins favorable que dans la première éventualité.

M. Cathala préconise l'expectative chez l'enfant.

M. Pagniez pense qu'il n'existe pas de règle fixe en matière de traitement des abcès pulmonaires qui restent une affection grave.

M. Kindberg se range à l'avis de M. Pagniez en ce qui concerne le pronostic des abcès pulmonaires.

M. Etienne Bernard fait observer qu'il n'est pas du tout hostile aux interventions chirurgicales. Mais qu'il faut en discuter les indications et tenir compte non seulement de l'état général mais encore de la localisation de l'abcès, les formes localisées au lobe supérieur étant d'un accès moins facile que les autres.

Michelle VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 25 avril 1931

MM. Victor Pauchet et *Bécart* présentent au nom de M. Soresi, de New-York, une *canule abaisse-langue* pour injection intra-trachéale et une *canule soupape* pour empyème thoracique.

M. Schulmann remet à la Société deux volumes *du Traité de la syphilis* publié sous la direction du Professeur Jeanselme, Secrétaire général M. Schulmann, volumes qui ont trait à l'histoire de la syphilis, à son étiologie, à la syphilis expérimentale, la bactériologie et la sérologie.

A propos du rapport sur les travaux de M. Cavazzi. — *M. Levassort* revient sur la question de l'invigoration des sujets âgés par l'administration de sérum d'animaux jeunes. L'asthénie des vieillards résulte d'un déficit endocrinien et d'une auto-intoxication ; il convient de la traiter par un sérum contenant les hormones de la totalité des glandes endocrines et auquel on a conféré, par la méthode de H. Busquet, un pouvoir précipitant vis-à-vis des poisons séniles.

De l'existence d'un système glandulaire et des injections sous-cutanées de sang ou de sérum de sang glandulaire efférent, ou d'hormones, comme méthode thérapeutique. — *M. Léopold-Lévi* fait un rapport sur cette méthode que M. Cavazzi a appliquée avec succés pour le rajeunissement en utilisant le sang efférent de la veine testiculaire d'animaux jeunes et qui doit être appliquée aux diverses endocrines. Quelques réserves doivent être faites en attendant des cas démonstratifs, en ce qui concerne, en particulier l'hypophyse, glande neurocrine. La méthode ne doit jeter le discrédit sur l'opothérapie par les extraits de glande dont les effets sont souvent immédiats, continus, transformateurs. L'oposérothérapie n'est d'ailleurs pas toute nouvelle, puisqu'elle a été utilisée depuis près de 40 ans en opotherapie rénale.

A propos de la méthode sérothépapique hormonique de M. Cavazzi (de Bologne). — *M. Dartigues* répond à la question de M. Léopold-Levi sur le fait de savoir si cette méthode est destinée à remplacer les greffes. M. Dartigues pense que les méthodes peuvent, par leurs progrès, se completer et s'aider, mais que la greffe aura sa très grande place et un avenir assuré, d'autant qu'on pourra évoluer vers la greffe hétérogène (c'est-à-dire animale) devenue de plus en plus possible et étendue, en la prenant à des animaux variés, en tournant certaines difficultés biologiques actuelles. On pourra ainsi réaliser la greffe globale par inoculation vasculaire, substituant totalement une glande neuve prise dans la série animale à une glande usagée d'un organisme humain déficient.

Complications des gastro-entérostomies. — *M. Gutmann* présente une série de clichés montrant les diverses complications que l'on peut observer dans les suites de gastro-entérostomie. (Adhérences, ulcères, gastro-jéjunite, etc.)

Certificat prénuptial et laboratoire. — *M. Foveau de Courmelles* dit que les maladies (tuberculose, syphilis, blennorrhagie) sont décelées par l'analyse du sang des crachats, des urines, du sperme. Si ces prélèvements sont authentiques, le laboratoire peut, sans voir les intéressés, certifier la santé ou la morbidité.

Héliothérapie et tuberculose pulmonaire. — *M. Reycasse* précise les avantages de l'héliothérapie prudente, progressive et bien dirigée dans le traitement de la tuberculose pulmonaire et cite des exemples à l'appui de cette thèse.

Le diagnostic de l'appendicite aiguë. — *M. Pierre Mabille* insiste sur la difficulté de diagnostic dans certains cas. Pour les appendicites typiques avec contracture, pas de grosses erreurs commises. Pour les crises légères atypiques, sans contractures, il peut s'agir ou de formes toxiques graves, ou de lésions minimes au début, ou d'une affection souvent confondue avec l'appendicite : la stase cœcale avec infection intestinale. Cette dernière serait fréquente.

La percussion du foie et ses aléas. — *M. Pron* (d'Alger) indique les causes d'erreur, inhérentes à la percussion du foie seul procédé que le praticien ait à sa disposition pour apprécier la hauteur de cet organe, quand il n'est ni ptosé, ni hypertrophié : tympanisme du haut du côlon droit, allongement du lobe droit, jeu du diaphragme qui mobilise le foie chez les atones du ventre. Il donne les moyens à mettre en œuvre pour diminuer ces causes d'erreur.

P. Prost.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Circulation

L'aortite abdominale constitue une entité nosologique bien individualisée et fréquemment rencontrée ; elle évolue quelquefois d'une manière silencieuse, mais le plus souvent avec une symptomatologie parfaitement caractérisée.

La maladie a chez les uns une allure franchement circulatoire, chez les autres une allure franchement digestive ; dans des cas nombreux les deux ordres de symptômes sont associés.

La *forme circulatoire* est une crise d'angine de poitrine localisée à l'estomac ; la ceinture est serrée dans un étau, le facies est pâle, l'angoisse est profonde ; la crise se produit soit après un effort, soit après un repas copieux, soit après une émotion. Le médecin peut penser à une colique hépatique, néphrétique ou saturnine, à une pancréatite ou à une autre affection abdominale grave, tellement la douleur est vive. En même temps le malade ressent dans son épigastre des battements violents, rythmés sur le cœur.

La *forme digestive* se signale par une symptomatologie en général moins impressionnante ; c'est la forme commune ou banale ; le tableau clinique est habituellement assez particulier pour mettre l'observateur sur la voie d'un diagnostic erroné. On peut distinguer plusieurs types :

Le *type douloureux* a l'allure de l'ulcère ou de la dyspepsie hypersthénique ; il s'agit alors de douleurs épigastriques, sous forme de crampes ou de brûlures ; souvent il y a deux exacerbations, l'une immédiatement après le repas, l'autre tardive survenant 4 à 5 heures plus tard.

Le *type indolore* simule la dyspepsie hyposthénique : pesanteur, incapacité de digérer, ballonnement de l'estomac, aérophagie avec blocage d'air : ici encore on note le rôle néfaste de la marche ou du travail intellectuel après le repas.

Le *type abdominal inférieur ou pseudo-intestinal* est tantôt vague, tantôt précis. Les uns souffrent dans la fosse iliaque droite, au niveau de leur artère iliaque droite ; les autres ont de la constipation opiniâtre avec ballonnement, météorisme, gargouillements audibles.

Le *type tabétiforme* simule les crises gastriques du tabès.

Les complications classiques sont la rupture et la thrombose ; il convient d'y ajouter l'hémorragie intestinale qui est la plus fréquente. (O. Weill. L'aortite abdominale. *Bruxelles Médical*, 1er février 1931).

Tube digestif

Le spasme du côlon est parfois de nature allergique, comme le montrent les quatre observations suivantes :

Obs. 1. — Mlle G., 36 ans, souffre depuis plusieurs années de coliques avec évacuation de mucus. Le diagnostic d'appendicite et de lithiase biliaire a été porté à différentes reprises. Les rayons X montrent un spasme du côlon pelvien, avec distension du cæcum et ptose du côlon transverse. La mère présentait de l'œdème après ingestion de céleri. Elle réagit au lait et au fromage. L'élimination de ces éléments donne de bons résultats. Les symptômes se reproduisent en mangeant par erreur du macaroni et, une autre fois du poisson avec une sauce au fromage.

Obs. 2. — M. A. B., 42 ans, souffre depuis trois ans d'une douleur au creux de l'estomac. Le diagnostic d'ulcère duodénal a été éliminé par les rayons X. Le côlon transverse a été vu spastique. Dégoût pour le lait. Réaction cutanée au fromage, dont l'ingestion provoque la douleur. Antécédents asthmatiques dans l'enfance, dus à l'absorption de lait.

Obs. 3. — Dr. G. F., 62 ans. Gêne et douleur abdominales débutant deux heures après le repas. Ablation de l'appendice, reconnu sain. Asthmatique depuis quelques années. Pas de dégoût pour un aliment quelconque. Côlon descendant nettement spastique. Réaction cutanée à l'œuf et au bœuf. Leur suppression de l'alimentation a été favorable.

Obs. 4. — Mlle M., 40 ans, céphalée perpétuelle, associée à des douleurs abdominales et à la constipation. Pas d'antécédents positifs d'allergie. Pas de réaction cutanée, pas de dégoût alimentaire ; côlon pelvien nettement spastique. On procéda à une élimination alimentaire et on trouva que la banane était à l'origine : elle en mangeait chaque jour. Les symptômes se reproduisirent à la suite de l'absorption d'un morceau de banane. (A.-A. Bisset, Spasm of the colon : Its allergic nature. *Practitioner*, novembre 1930).

Tuberculose

Le rôle joué par l'hérédité a été étudié chez 1.017 tuberculeux pulmonaires en traitement au sanatorium Victor-Emmanuel III, dont les antécédents familiaux pouvaient être connus avec précision.

823, soit 80,9 %, avaient des parents sains.

194, soit 19,1 % avaient des parents tuberculeux.

Les malades ont été répartis en trois groupes :

1° Ceux qui sont victorieux dans leur lutte contre le bacille (formes fibreuses, scléroses simples avec ou sans adénites trachéo-bronchiques, avec ou sans pleurésies, formes fibro-caséeuses bénignes évoluant vers la guérison).

2° Ceux qui luttent sans être encore ni vainqueurs ni vaincus (forme fibro caséeuse chronique banale).

3° Ceux que la maladie a vaincus et dont les défenses ont définitivement cédé (formes fibro-caséeuses à réaction fibreuse insuffisante ou nulle, évoluant vers la forme caséeuse extensive, formes extensives d'emblée, formes cavitaires rapidement destructives, formes toxémiques graves, formes miliaires aiguës et généralisations).

Cette classification, qui n'a rien de classique, est à la fois simple, ingénieuse et pratique ; elle nous débarrasse des chiffres fastidieux et des classifications compliquées d'ordre clinique ou anatomo-pathologique ; elle permet de poser des conclusions nettes, correspondant à la réalité des faits plutôt qu'aux doctrines pathologiques en cours.

Voici les chiffres obtenus ; ils ont leur éloquence.

Enfants de familles saines : 1er groupe 26,6 %, 2e groupe 37,5 %, 3e groupe 35,9 %.

Enfants de tuberculeux : 1er groupe 36,1 %, 2e groupe 33,5 %, 3e groupe 30,4 %.

Sur 100 enfants de familles saines 26 seulement sont d'emblée vainqueurs de la maladie, tandis que 36 le sont parmi les enfants de tuberculeux.

Même parmi ceux que la maladie a vaincus, il existe une différence très nette dans la durée de la lutte : chez les malades du 3e groupe décédés, le temps écoulé entre l'éclosion de la maladie et la mort a été en moyenne de 2 *ans* 7 *mois* pour les descendants de parents malades et de 1 *an* 10 *mois* pour les descendants de parents sains.

L'A. conclut ainsi (en italique dans le texte) et cette conclusion vaut d'être soulignée :

Chez les descendants de parents exempts de tuberculose, les

formes chroniques graves, ou fatales, prédominent. Chez les descendants de parents tuberculeux ce sont au contraire les formes bénignes qui sont de beaucoup les plus nombreuses. (Jeanne Stephani-Cherbuliez, de Genève. Hérédité et tuberculose. (*Revue médicale de la Suisse romande*, 25 novembre 1930).

Un traitement vraiment pratique de l'hémoptysie consiste dans les injections intramusculaires de lait de vache bouilli et refroidi.

L'injection de 3 cc. donne au bout de 3 heures une élévation thermique qui peut atteindre 38° ou 38°5 ; la réaction est plus constante à la dose de 5 cc., elle est aussi plus marquée, la température monte à 39°5 et s'y maintient pendant 4 ou 5 heures, la pression artérielle accuse une diminution d'un centimètre au Vaquez-Laubry et la leucocytose est intense.

Les hémoptysies de faible intensité et l'expectoration hémoptoïque disparaissent rapidement à la 2ᵉ ou 3ᵉ injection ; les hémoptysies violentes et évolutives ne sont pas influencées. (Adolfo J. Galatoire. Un metodo practico para el tratamiento de las hemoptisis. *Semana medica*, 18 décembre 1930).

La question du travail des tuberculeux pulmonaires pose de nombreux problèmes pratiques.

Pendant la cure les tuberculeux ont droit au repos : après la cure ils doivent rentrer dans la vie sociale normale. Quelques-uns sont insuffisamment guéris pour gagner leur vie par leur travail, ils n'ont qu'une capacité de travail réduite ; tout ce qu'ils peuvent faire c'est de trouver quelques petites occupations rémunératrices dans les stations de cure où ils continuent à se soigner.

Parmi ceux qui sont cliniquement guéris, il y en a un certain nombre qui ont beaucoup de peine à se placer ou qui doivent changer de profession. Il serait utile de créer des colonies de travail sur le modèle de Papworth ou des établissements spéciaux groupant indifféremment tous les individus à capacité de travail réduite : infirmes, individus handicapés par la maladie, tuberculeux pulmonaires non contagieux ou cliniquement guéris. (Jaquerod. Le travail des tuberculeux pulmonaires. *Journal médical de Leysin*, décembre 1930).

Ophtalmologie

Le déficit de l'acuité stéréoscopique binoculaire et monoculaire peut être évalué avec un appareil très simple.

Cet appareil est constitué essentiellement par trois fils noirs tendus verticalement. Le fil du milieu est fixe. Les deux fils latéraux, disposés l'un à gauche, l'autre à droite du fil médian, sont montés sur un chariot mobile qui se déplace d'avant en arrière. L'épreuve consiste à manœuvrer ce chariot de façon à amener les deux fils mobiles sur le même plan que le fil médian qui est fixe.

Diverses précautions sont prises pour éliminer certaines causes d'erreur.

Les épreuves ont été effectuées chez des sujets emmétropes, des amétropes, des borgnes récents, des borgnes anciens et des sujets atteints d'amblyopie par anopsie. Les résultats permettent de conclure ainsi :

L'acuité stéréoscopique est défectueuse chez les borgnes, même quand ceux-ci sont adaptés à leur infirmité depuis longtemps.

Les amétropies bien corrigées, exception faite pour l'hypermétropie forte, n'influencent pas pratiquement le degré de l'acuité stéréoscopique. (L. Weekers et R. Hubin. L'appréciation des distances par les borgnes envisagée au point de vue de leur aptitude comme conducteurs d'automobile. *Scalpel*, 6 décembre 1930).

Voies urinaires

Les rétentionnistes aigus sont trop fréquemment victimes d'un faux diagnostic, d'un cathétérisme sans propreté, d'une fausse route.

Il faut commencer par préciser l'existence et la cause de la rétention aiguë.

L'anurie seule peut prêter à confusion avec une rétention d'urine.

Dans la majorité des cas le diagnostic de la cause n'est pas difficile ; en clientèle on rencontre surtout la prostatite aiguë, le rétrécissement de l'urètre et l'adénome prostatique.

La prostatite aiguë survient généralement au cours d'une blennorrhagie. On suspend tout traitement urétral et l'on emploie les décongestionnants et les calmants (bains de siège chauds, lavements chauds avec de l'antipyrine ou du laudanum, suppositoires à la belladone et à la morphine

Le rétrécissement compliqué de rétention aiguë se traite par les décongestionnants, les calmants et l'introduction d'une bougie filiforme laissée en place pendant 48 heures.

Chez le sujet atteint d'adénome prostatique l'indication est de vider la vessie par cathétérisme par des sondages répétés de 5 à 600 cc. Il est d'une très grande importance de se servir d'une grosse sonde (n° 20 ou 22), pour éviter les fausses routes. (Paul Garneau. Les rétentionnistes aigus. *Bulletin médical de Québec*, juillet 1930).

Thérapeutique

Les pyréthrines, extraites du pyrèthre (chrysanthemum cinerarüfolium) seraient des helminthicides complètement inoffensifs pour l'homme et détruisant tous les parasites intestinaux.

Le fait important, qui conditionne toute leur action pharmacodynamique, est leur labilité extrême (saponification) et la très faible toxicité de leurs produits de dédoublement.

Leur administration se montre très efficace, sauf chez les sujets atteints d'entérite ; leur action est nulle sur les œufs, ce qui nécessite une série de cures. (B. Wiki. Le pyrèthre et les pyréthrines. *Revue médicale de la Suisse romande*, 25 novembre 1930).

Aphorismes

L'histoire de la médecine depuis deux mille ans est celle des deux éléments du progrès scientifique : l'erreur et la découverte (R. C. Elmore, de Durant, Mississipi).

Les progrès s'appuient sur des faits précis, bien étudiés. Si leur interprétation diffère pendant un temps, la base n'en reste pas moins immuable, tandis que les théories des imaginations trop généreuses égarent les esprits, induisent parfois en erreur des générations entières, retardent toujours le progrès. (Ch. du Bois, de Genève).

J. LAFONT.

Revue des Thèses

Contribution à l'étude des suites proches et éloignées des interventions pour appendicite aiguë d'après 287 observations, par le Dʳ André BRUYÈRE, ex-interne des hôpitaux de Lyon (*Travail de la clinique chirurgicale de M. le professeur Tixier*) 250 p. Bosc et Riou, imprimeurs, Lyon.

Cette thèse apporte une statistique de 287 cas d'appendicite aiguë soignés durant ces dix dernières années, dans le service de M. le professeur Tixier à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Les malades ont été dans la presque majorité des cas opérés d'urgence à l'Infirmerie de porte de l'Hôtel-Dieu et ont pu être retrouvés pour la plupart à la fin de l'année 1929 afin de contrôler les résultats opératoires éloignés.

L'auteur a d'abord établi la mortalité opératoire qui est globalement de 5,38 % et varie de 1,3 % dans les cas les plus simples à 9 % dans les abcès et 13,5 % dans les péritonites par perforation.

Toutes les complications post-opératoires ont été étudiées successivement : abcès secondaires, fistules, phlébites... et un important chapitre a été réservé à l'occlusion intestinale secondaire qui existe avec une fréquence de 2 % et dont la mortalité est extrêmement élevée.

Au point de vue des résultats éloignés, les troubles digestifs laissés par l'opération existent avec une fréquence assez faible, mais avec une prédominance pour la constipation (15 %).

Quant aux éventrations post-opératoires, elles furent constatées en assez grand nombre, en moyenne dans une proportion de 25 % pour les cas qui ont été drainés. Des trois incisions qui ont été le plus souvent utilisées dans les cas avec drainage, c'est l'incision de Jalaguier qui donne le moins d'éventrations, soit 21 %.

Celle de Max Schüller en a 34 %.

Et celle de Roux 40 %.

En dehors de ces remarques déjà instructives, l'auteur a pu constater que d'après les compte-rendus opératoires, dès le 2ᵉ jour de la crise le tiers des appendices était perforé et que le

3e jour il y en avait la moitié ; progression qui montre bien avec quelle rapidité la plupart des crises d'appendicite aiguë s'aggravent.

L'auteur signale également qu'en plein centre chirurgical, à l'Infirmerie de porte de l'Hôtel-Dieu de Lyon, les chirurgiens de garde ne voient les appendiculaires en pleine crise qu'avec beaucoup trop de retard encore, 60 % de malades ne leur sont adressés que les 3e, 4e... et au dela du 10e jour. Il est évident que la meilleure façon d'améliorer le pronostic opératoire de l'appendicite aiguë, dont on meurt encore est bien d'envoyer le malade le plus tôt possible au chirurgien, qui seul possède les éléments nécessaires de surveillance et de guérison.

Les causalgies post-traumatiques de Weir-Mitchell et leur Devenir.

Le Dr Paul Blanchet vient de consacrer sa thèse inaugurale (1) à cette question.

Voici ses conclusions.

I. — Dans la causalgie de Weir-Mitchell, les modifications psychiques, loin d'être primitives, sont *concomitantes* et *secondaires*. De même que les douleurs de brûlures, elles sont dues à « une épine sympathique ». La psychothérapie n'a sur les unes et sur les autres qu'une action éphémère et aléatoire.

La réalité d'un déséquilibre vago sympathique constitutionnel, antérieur par conséquent au trauma, reste, dans la majorité des cas, à démontrer.

Mais il semble qu'interviennent une question de race (blancs) et une question d'âge, les individus jeunes présentant les causalgies les plus intenses et les plus rebelles ; en un mot question de sensibilité du sympathique.

Toutefois l'apparition des causalgies et leur degré d'intensité demeurent, avant tout, *facteurs des lésions nerveuses.*

II. — Une causalgie est d'autant plus intense et plus tenace :

1° Que le nombre des nerfs blessés est plus grand ;

2° Que ces nerfs sont plus riches en fibres amyéliniques ;

3° Que les troubles paralytiques sont plus marqués ;

4° Que le nerf a été touché plus près de sa racine ;

5° Que la blessure a intéressé une région plus proche d'une articulation.

6° Que cette articulation elle-même est plus riche en éléments sensitifs, en particulier main et coude.

III. — Bien que la causalgie de Weir-Mitchell présente toujours une nuance « sympathique » de premier plan, nous distinguons deux formes anatomo-cliniques : *la forme à prédominance hyperhémique*, la plus fréquente, pouvant évoluer spontanément vers la guérison en quelques mois ; et *la forme à prédominance ischémique*, la plus rare, la plus redoutable, celle qui correspond à des lésions nerveuses et vasculaires plus prononcées, celle, enfin, qui n'évolue spontanément vers la guérison qu'au bout de plusieurs années.

IV. — En sus des douleurs cuisantes, des troubles vasomoteurs et trophiques qui constituent la causalgie de Weir-Mitchell, on observe une *exagération des oscillations du cycle vago-sympathique.*

Les phénomènes vagotoniques post-paroxystiques sont particulièrement accusés dans la forme à prédominance ischémique, où ils peuvent aller parfois jusqu'à la production de spasmes viscéraux atroces avec hémorragie. Les modifications du cycle vago-sympathique donnent souvent naissance à un état mental particulier du type *cyclothymique*.

V. — Pitres et Vaillard ont réalisé expérimentalement des phénomènes analogues à ceux notés dans la causalgie, en introduisant de l'éther acétique au contact du sciatique d'un cobaye.

Albert, dans une série d'expériences, par excitation des régions périarticulaires, a provoqué chez le chien des réactions vaso-motrices et des troubles trophiques, en particulier de l'atrophie musculaire ; données expérimentales qui corroborent maints faits cliniques observés dans la causalgie et les troubles nerveux d'ordre reflexe du type Babinski Froment.

VI. — L'iodure de potassium, la thiosinamine, l'ionothérapie, la diathermie, la radiothérapie, la cure de Néris n'agissent que dans les formes légères.

L'alcoolisation intra-nerveuse sus-lésionnelle, qui produit la sédation des douleurs, mais avec paralysie motrice, durant au minimum de 5 à 8 mois, est abandonnée.

Il en est de même de la ligature du nerf au catgut, qui, d'ailleurs, n'a été appliquée qu'à des causalgies accompagnées de troubles paralytiques graves.

La névrotomie suivie immédiatement de suture, qui donne des résultats aléatoires au point de vue algique et une paralysie motrice durant au moins 1 an 1/2 à 2 ans, doit être également rejetée.

La ligature de l'artère correspondant au territoire causalgique, n'est applicable qu'aux formes hyperhémiques.

La sympathectomie périartérielle précoce constitue le procédé de choix.

Mais, dans certains cas, force est de recourir aux radicotomies postérieures « élargies », qui paraissent donner de bons résultats, mais déterminent la perte définitive de la sensibilité du membre correspondant et au delà.

Les ramicotomies constituent une excellente méthode, à condition de sectionner tous les rameaux correspondant au territoire douloureux.

Toutes ces interventions ont d'autant plus de chances de réussir qu'elles sont pratiquées plus près du début de l'affection. A mesure que l'opérateur s'éloigne de celui-là, les chances diminuent.

Dans la causalgie de Weir-Mitchell, les amputations doivent, autant que possible, être rejetées, car elles ont, maintes fois, provoqué d'une part, l'exacerbation considérable et durable des douleurs, que le malade localise dans son membre fantôme, et d'autre part, l'extension des champs causalgiques.

VII. — Au point de vue pathogénique, les diverses données précédentes nous incitent à reconnaître, à la causalgie de Weir-Mitchell, un mécanisme *neuro-radiculo-sympathique*, avec quelques variantes suivant la forme qu'elle revêt.

VIII. — Le taux d'invalidité doit dépendre de la forme de la causalgie et de l'intensité des phénomènes vagotoniques post-paroxystiques. Exceptionnellement il a pu être légitimement porté à 100 % + la tierce personne.

L'insulinothérapie dans les ulcères de jambe (Dr Armand Lefèvre Thèse de Lyon, Imprimerie Bernigaud et Privat, Dijon 1931).

Voici les conclusions de l'auteur : 1° Nous apportons les résultats obtenus par l'insulinothérapie dane 18 cas d'ulcères de jambe. Sur ces 18 cas nous avons enregistré 9 cas de guérison, 5 échecs complets, 1 cas d'échec relatif (l'insuline après avoir donné momentanément de bons résultats s'étant montrée ultérieurement inefficace) : 3 malades n'ont pu être suivis.

2° La technique que nous avons suivie, consiste à pratiquer chez les malades des injections sous-cutanées quotidiennes de 15 unités d'insuline. Le traitement, lorsqu'il se montre efficace, doit être poursuivi jusqu'à cicatrisation et même un peu au delà. Une de nos observatiens permet de se demander s'il ne serait pas utile, dans certains cas, d'associer au traitement insulinien l'absorption de sucre « per os ». L'opportunité d'un traitement d'entretien paraît devoir être envisagée pour éviter les récidives.

3° Il semble que l'insuline soit surtout efficace dans les cas où il existe un trouble net dans le métabolisme des glucides. La question cependant ne peut se ramener à une formule aussi simpliste. L'addition d'un autre facteur étiologique, au trouble du métabolisme des hydrates de carbone, peut expliquer l'insuccès de l'insuline employée isolément, et justifier l'association à celle-ci d'une thérapeutique spécifique.

D'autre part, on peut voir l'insulinothérapie, par ailleurs indiquée en raison des investigations chimiques, épuiser son action, comme le fait a été observé dans le diabète.

4° Au point de vue des indications de l'insuline dans le traitement des ulcères de jambe, nous éliminerons les ulcères qui sont justiciables d'un traitement étiologique précis (traitement antisyphilitique des ulcères chez les syphilitiques ; méthode phlébo-sclerosante chez les porteurs de varices).

Par contre nous croyons l'insulinothérapie indiquée, soit seule dans les cas où aucune etiologie nette ne peut être indiquée, soit associée comme méthode adjuvante à l'une des médications précédentes, lorsque celle-ci bien que justifiée par l'enquête étiologique, ne donne pas les résultats attendus.

5° Ainsi comprise dans ses indications, l'insulinothérapie, telle que nous l'avons employee, constitue une arme utile pour la cicatrisation de certains ulcères de jambe.

(1) *Les causalgies post-traumatiques de Weir-Mitchell et leur Devenir* par le Dr Paul Blanchet. (Travail du Laboratoire de pathologie interne de la Faculté de médecine de Lyon et du Service hospitalier de M. le professeur Froment) 556 pages. Imprimerie Bosc et Riou, Lyon 1930.

NOUVELLES

[SUITE DE LA PAGE 850]

DROITS D'ADMISSION. — Le droit d'admission est fixé à 60 fr. français, pour les membres effectifs, et à 30 fr. pour les membres associés, ainsi que pour les étudiants en médecine. Tout membre faisant partie de l'Association de thalassothérapie, et ayant acquitté sa cotisation annuelle de 10 fr. ne devra verser que 50 fr. pour être admis au Congrès comme membre effectif. Les membres effectifs seuls auront droit aux volumes des comptes-rendus.

RENSEIGNEMENTS. — Pour tous renseignements, s'adresser au Dr MOZER, secrétaire général du Congrès, hôpital maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais).

Pour les adhésions, s'adresser au Dr Parin, trésorier du Congrès, hôpital maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais). Chèque Postal C/C. Paris. C/C 1412-26.

Association française des chirurgiens-dentistes. — L'Association française des chirurgiens-dentistes réunie en assemblée générale ordinaire, le 19 avril 1931, à la Faculté de médecine de Paris.

A l'occasion des récents débats de l'Académie de médecine sur la réforme des études dentaires, prend acte de l'impossibilité définitive pour les odontologistes de concilier leurs désirs d'autonomie avec les prérogatives légitimes des professionnels et l'intérêt bien compris de la santé publique.

Constate que les résistances à la loi Milan-Rio ont surtout pour effet de retarder une mesure d'intérêt général et de décupler l'encombrement des écoles dentaires en préparant à bref délai une pléthore professionnelle sans exemple.

Désigne à la profession et aux pouvoirs publics responsables l'urgence du vote de la loi Milan-Rio exigeant le doctorat en médecine pour l'exercice de l'art dentaire. *(Communiqué.)*

Permis de conduire les automobiles.—Ont été désignés pour faire partie de la Commission permanente chargée d'établir une liste indicative des incapacités physiques pour lesquelles le permis de conduire les automobiles ne pourrait être délivré et de donner son avis sur toutes les questions soulevées à l'occasion de la délivrance de ce permis : MM. les professeurs Sebileau, Claude, Vaquez et MM. Behague, médecin examinateur neurologue du centre d'aviation du Bourget, et Fombeure, médecin oculiste du ministère des Travaux publics.

Nécrologie. — Dr Philippe BRETIN, professeur à la Faculté de pharmacie de Lyon, décédé à l'âge de 57 ans. — Dr Paul DALCHÉ DE DESPLANELS, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, officier de la légion d'honneur. — Dr KŒHLER, professeur honoraire à la faculté des sciences de Lyon. Il était le beau-frère de M. Auguste Lumière. — Dr SCHEVING, médecin en chef honoraire de la Préfecture de Police.

PAUL DALCHÉ. — J'ai appris avec chagrin la mort de Paul DALCHÉ, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu. Je n'avais pas été son élève : mais il m'avait témoigné une grande bienveillance et il m'avait fait comprendre une certaine gynécologie trop méconnue. La gynécologie ne doit pas être une spécialité de petits tripotages : il faut respecter les muqueuses et les nerfs génitaux ; il faut respecter l'œuvre de la Nature, l'œuvre du Temps. Il ne faut jamais la contrarier et il est salutaire parfois, de l'aider : tel médicament agit sur les vaso-moteurs, tel analgésique soulage, le traitement de telle maladie générale améliore la lésion locale ; — tantôt il faut corriger une faute d'hygiène, tantôt il faut, par une psychothérapie judicieuse, corriger un état d'angoisse. Ce n'est qu'en désespoir de cause qu'il faut avoir recours à la gynécologie mutilatrice.

C'est la gynécologie d'ARAN, de NONAT, de GALLARD (qui fut le beau-père de DALCHÉ), c'est la gynécologie qui s'impose à quiconque prend le temps d'observer les évolutions féminines.

DALCHÉ, né en 1858, interne des hôpitaux de Paris en 1881 avait été nommé médecin des hôpitaux en 1895. Il avait publié, récemment trois importants livres : les *Maladies de l'ovulation*, le *Traitement médical des maladies des femmes*, et des *Leçons cliniques et thérapeutiques des maladies des femmes*. — H. V.

Echos et Glanures

Claude Bernard et l'inauguration de la Faculté de Lyon en 1877. — C'est en novembre 1877 que fut inaugurée la Faculté de Lyon. Claude Bernard, invité à la cérémonie, ne put y assister. On ne relira pas sans intérêt la lettre qu'il écrivait alors au doyen de la Faculté :

Paris, le 19 novembre 1877

A Monsieur LORTET, doyen de la Faculté de médecine de Lyon.

Monsieur le Doyen

Je regrette vivement que l'état actuel de ma santé ne me permette pas d'affronter dans cette saison les fatigues d'un voyage à Lyon. J'ai eu l'honneur d'être invité publiquement (1) à l'inauguration de votre nouvelle Faculté, et c'eût été pour moi, enfant du Rhône, un grand bonheur de me joindre en cette occasion solennelle aux professeurs éminents de votre Ecole parmi lesquels je compte beaucoup d'amis.

On peut dire que l'École de médecine de Lyon est célèbre dès sa naissance, et cela se comprend quand on sait que, de tout temps, Lyon a renfermé dans son sein de grandes illustrations médicales et chirurgicales.

Le gouvernement a vu que le terrain était prédestiné pour une Faculté de premier ordre, et c'est ce qu'a bien compris votre ville en l'installant dans les proportions grandioses qu'elle lui a données.

Les Facultés de médecine présentent un enseignement qui offre ce caractère exceptionnel d'être à la fois scientifique et professionnel. Le côté professionnel ne saurait dans aucun cas être négligé ; mais aujourd'hui la culture scientifique s'impose, et toute Faculté, jalouse des progrès de la médecine elle-même, doit être, avant tout, un foyer scientifique; car dans toutes les sciences, c'est toujours en définitive la théorie qui éclaircira la pratique.

Déjà, à l'étranger, ces progrès dans l'enseignement se sont réalisés, et nous avons raison de nous en inspirer ; mais il ne faut pas laisser oublier pour cela le rôle honorable d'initiative qui appartient à la France dans le mouvement scientifique. Je crois qu'il est de mon devoir, en cette circonstance, de rappeler les noms de mes illustres prédécesseurs dans la chaire de médecine du Collège de France, Corvisart, Laënnec, Magendie, qui se placent au premier rang parmi les grands promoteurs de la médecine scientifique moderne.

La nouvelle Ecole de médecine de Lyon marche dans la voie scientifique. Un avenir brillant lui est assuré, et des élèves nombreux afflueront pour y venir entendre la savante parole des maîtres.

Veuillez donc, Monsieur le Doyen, être l'interprète de mes sentiments auprès de vos collègues, et leur dire que si j'ai le regret de ne pouvoir me trouver aujourd'hui au milieu d'eux, je m'unis entièrement d'esprit et de cœur aux destinées de leur jeune Faculté. Plus tard, quand je me rendrai dans le Beaujolais, mon pays natal, je m'empresserai de rendre visite à la belle Ecole que votre ville édifie en ce moment. Nous devons lui en être reconnaissants, puisqu'elle sert ainsi les intérêts de l'humanité, de la science, et contribue à la gloire de notre patrie.

Agréez, je vous, prie, Monsieur le Doyen, l'expression de mes sentiments dévoués (1).

Claude BERNARD.

(1) Désigné par l'Académie de Médecine dans sa séance du 6 novembre 1877.

(1) Lettre publiée dans le *Lyon Médical* du 25 novembre 1877

La France en Tunisie. — *De M. Ambroise Got, dans le* Mercure de France (15 février 193·).

« . . . Et l'hygiène ? Comment dire en quelques lignes tout ce qui a été fait : les hôpitaux, les dispensaires, les crèches, les gouttes de lait, les sociétés de bienfaisance. Ces dernières ont secouru en 1928 plus de 215.000 personnes.

L'hôpital civil français de Tunis a soigné 3.567 personnes en 1928 ; l'hôpital Sadiki 4.151 Musulmans, dont 3.834 sont sortis guéris. L'hôpital des Contagieux de la Rabta a accueilli la même année 622 malades. Tous les hôpitaux et infirmeries-dispensaires de l'intérieur ont traité 977 Européens et 4.584 indigènes. L'Institut Pasteur est en pleine activité et rend d'immenses services . . . »

Le respect des livres fait partie de la civilisation. — *Extrait d'un article de M. Charles Richet, paru dans* Le Matin (23 avril 1931) *et intitulé* : Défendons la civilisation et respectons les livres.

« . . . Je viens de recevoir un catalogue d'un éditeur allemand (admirablement fait, d'ailleurs), de Francfort. Ce catalogue est en grande partie celui des livres de la merveilleuse bibliothèque de l'Ermitage de Petrograd.

Ainsi, acculés à la ruine, les gens de la Gépéou mettent à l'encan ces trésors. Les grosses sommes d'argent qu'ils vont en retirer, ils les emploieront sans doute à entretenir grassement dans le monde entier des espions qui vont tâcher de provoquer le grand chambardement qu'ils préparent.

Et l'on ose parfois comparer la révolution russe à notre grande révolution ! Mais c'est un sacrilège ! Notre révolution a respecté les livres, les bibliothèques : la Bibliothèque nationale est restée intacte. Puis-je ajouter — car j'ai le droit d'en être fier — que c'est à mon arrière grand-père, Antoine-Augustin Renouard, membre de la Commune de Paris, en 1793, jacobin, mais bibliophile, qu'est due cette préservation ? A.-A. Renouard a obtenu, par l'énergie éloquente de ses protestatisns, qu'on ne détruisît pas les reliures portant les écussons des rois et des grands seigneurs.

Le respect des livres fait partie de la civilisation. Carnegie, ce généreux milliardaire américain, a voulu que toute son immense fortune allât à la fondation de bibliothèques et d'œuvres pacifistes. Combien il avait raison !

Est-il besoin de citer les vers que Victor Hugo, dans l'*Année Terrible*, adresse à l'incendiaire qui, en 1871, veut incendier la Bibliothèque nationale :

> As-tu donc oublié que ton libérateur
> C'est le livre ? Le livre est là, sur la hauteur.
> Il luit, parce qu'il brille et qu'il les illumine
> Il détruit l'échafaud, la guerre, la famine.
> Le livre est la richesse, à toi, c'est le savoir,
> Le droit, la vérité, la vertu, le devoir.

Mais les soviets se soucient peu de toutes ces guitares. Ils condamnent tous nos livres, vendent ceux qu'ils possèdent, n'en laissent plus entrer aucun, de même qu'ils exigent des savants qu'ils fassent d'abord profession de foi communiste. C'est l'avènement de la sauvagerie. Il faut donc que l'Europe sache se défendre et qu'elle oppose un front commun (non pas militaire, grands dieux ! mais intellectuel et commercial) à Staline et à ses camarades. Nos querelles européennes, si âpres qu'elles paraissent parfois, aujourd'hui, entre Français, Allemands, Italiens, Anglais, sont en somme mesquines et misérables. Il y a une Europe civilisée beaucoup plus homogène que des dissentiments plus superficiels que profonds ne le font croire aux gens à courte vue.

L'heure est grave. Alors, pour reprendre un mot célèbre de Briand : « *Soyons de bons Européens* ».

Nous avons un glorieux héritage à défendre. La Grèce nous a donné les arts ; Rome, une législation ; nos philosophes, la liberté de pensée : nos savants, les sciences, c'est-à-dire l'avenir humain. Défendons tout cela. . . »

BIBLIOGRAPHIE

Les Poissons et le Monde vivant des Eaux. Études ichthyologiques et philosophiques, par le Dr Louis ROULE. Tome quatrième. **Les Œufs et les Nids.** Un beau volume in-8° raisin, illustré de 54 figures dans le texte et de 16 planches en trichromie, d'après les aquarelles d'Angel. Broché : 42 fr. Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris Ve).

Ce volume est le quatrième de la série d'études que l'auteur publie, d'après ses investigations et ses recherches, sur les Poissons et le Monde vivant des eaux. ce livre s'attache, comme les précédents, non seulement à d'écrire, tels qu'ils se présentent en eux-mêmes et dans leur entourage, les spectacles de la Nature, souvent étranges, toujours intéressants, mais à les raisonner, on suscitant des comparaisons et des réflexions. L'enchainement des faits leur donne leur philosophie.

On y verra comment l'enfantement, plus varié chez les êtres de l'eau que chez ceux de la terre, se prête parfois à d'extraordinaires manifestations. Depuis le « cannibalisme nécessaire », où les parents s'entretiennent aux dépens de leurs progénitures trop nombreuses, jusqu'à la protection infantile la mieux assurée, toutes les transitions se présentent, aussi curieuses et suggestives les unes que les autres. Les titres de quelques chapitres : les *Œufs flottants*, la *Puissance prolifique*, les *Amours des Lamproies*, les *Noces des Aloses*, les *Nids des Epinoches*, la *Dance nuptiale des Chevaux-Marins* et leur singulière *Couvade Paternelle*, les *Mâles pygmées*, donnent une brève indication des aujets qui y sont traités.

Rien n'a été négligé pour faire de cet ouvrage, dans son texte comme dans son illustration complétant les descriptions, un ensemble cohérent, évocateur du plus grand phénomène naturel qui soit, celui de la génération « déroulant sans arrêt son cycle indéfini de formes et d'actions », et se haussant par degrés, depuis une reproduction indifférente, même hostile jusqu'aux satifactions de la maternité.

Marcel Proust, par Ernest SEILLIÈRE, de l'Institut. Un volume : 12 fr. L'édition originale sur alfa, limitée à 50 ex. : 18 fr. Éditions de la Nouvelle revue critique 16, rue José Maria de Heredia, à Paris (VIIe).

M. Ernest Seillière, dont l'œuvre critique est considérable, tente depuis trente ans, par une succession de monographie critique, l'étude psychologique et morale du grand mouvement naturiste de notre temps. L'enchainement logique de ses belles et profondes recherches l'amène à étudier l'ensemble de l'œuvre de Marcel Proust, représentant éminent de la cinquième génération rousseauiste près de son terme et guide aimé de la sixième. Notre grand critique, dans ses méthodiques investigations, ne s'était jamais encore rapproché à ce point de l'heure présente. M. Ernest Seillière s'attache tout d'abord à nous présenter le portrait intellectuel et moral de l'auteur d'*A la recherches du temps perdu*, puis il dégage les sources de son inspiration esthétique et les éléments psychologiques généraux de ce long roman. L'évolution des caractères et des sentiments des héros de Marcel Proust — les Verdurin, Swann, les Guermantes, Saint-Loup — retient ensuite son attention. Un chapitre entier, pivot du volume, est consacré au baron de Charlus, chef-d'œuvre psychologique de Proust. Enfin après avoir noté avec infiniment de mesure et de tact les étrangetés et les limites du talent de Proust, M. Ernest Seillière met en lumière l'intérêt et les qualités durables de l'œuvre de celui qui fut un extraordinaire psychologue.

Ce livre étudie sous un jour nouveau une fresque immense dont on peut dès à présent discerner l'influence sur les générations de l'avenir.

Revue des cours et conférences. Paraissant le 15 et le 30 de chaque mois. Ab. un an : 60 fr. Boivin, édit, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Emile Legouis : Jules Tellier. — Emile Bourgeois : L'Histoire de l'Allemagne (1806-1850) (IV) — R. Lebègue : La tragédie française au XVIe siècle (I) : Robert Garnier. — Felix Gaiffe : L'évolution du comique sur la scène française (IX) : L'esprit révolutionnaire et le comique. — A. Spaier : Quelques aspects de l'idéalisme (VIII): Pensée et étendue. — G. Lote : Le vers romantique (VIII) : La refonte du vers ; observation sur l'ampleur de la réforme.

Revue d'histoire littéraire de la France. Parait tous les trois mois. Ab. : France : un an : 50 fr. Librairie Armand Colin, 103, boulevard Saint-Michel, Paris.

Sommaire du n° d'octobre-décembre 1930 :

I. J. Dedieu : Survivances et influences de l'apolotigéque traditionnelle dans les « Pensées... — J. Pommier : Banville et Baudelaire. — René Bray : Les tendances nouvelles de l'histoire littéraire.

II. Mélanges. — Une clef d'un « caractère » de Labruyère (G.G.). — Les recueils historiques de Jean Frontean à la bibliothèque Sainte-Geneviève (Pierre Debouguie. — Un passage de « René » et la conversion de Chateaubriand (Emile Bouvier). — Mais sur le disque d'or.... (F. Vezinet). — La source d'un vers de « l'Expiation » (Dr M. Genty). — Le manuscrit des « Mémoires d'un touriste » de Stendhal (*suite*) (J. Bonnerot). — L'original de « Salammbô » (Emile Bohvier).

III. Comptes rendus.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE. — R. C. C. 4264 *Le Gérant :* A. ROUZAUD

... EN 1873. — N° 20 LE NUMÉRO : 50 Centimes 16 MAI 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE



NOUVELLES

Assistance publique à Paris. — *Concours de médecin des hôpitaux* (nomination). — Liste des candidats :

Noms	Nombre de concours	Nombre d'admissibilité	d'ex-æque	Année et numéros d'internat
MM. AZERAD	2	2		1922-46
BARIÉTY	2	2	1	1922-13
CÉLICE	3	2		1922-21
CHEVALLET	8	2		1917-15
HILLEMAND	2	2		1920-55
LAMBLING	2	2		1921-28
PÉRON	5	2		1921-9
PICHON	7	2		1913-43
RACHET	4	2	1	1921-35
RAVINA	7	2		1920(1)21
SCHULMANN	10	2		1912-5
WEISSMANN	6	2	1	1920(2)-29

— *Concours de nomination de médecin des hôpitaux* (consultation écrite.) — Ont obtenu : MM. les docteurs CÉLICE, 20 ; AZERAD, 20 ; PICHON, 19 ; BARIÉTY 19 ; HILLEMAND, 19 ; LAMBLING, 20 ; WEISSMANN, 20 ; CHEVALLEY, 19, 45 ; PERON, 20 ; RAVINA, 19, 45 ; RACHET, 20.

Prochaine séance mercredi 6 mai à 15 heures 30 à l'hôpital Boucicaut.

— *Concours de nomination de chirurgien des hôpitaux* (épreuve clinque). — Ont obtenu : MM. les docteurs : HUARD, 16 ; REINHOLD, 14 ; BERNARD, 18.

Prochaine séance le vendredi 8 mai à 16 heures à l'hôpital Cochin.

— *Concours de chirurgien des hôpitaux* (Nomination). — Liste des candidats :

Noms	Nombre de concours	Nombre d'admissibilité	d'ex-æquo	Année et numéros d'internat
MM. BANZET	2	1		1922-35
BERNARD	4	2		1921-17
FEVRE	3	2		1922-22
HUARD	2	1		1923-21
LEIBOVICI	3	2		1921-1
MENEGAUX	2	1		1922-3
REINOLD	5	2		1920 (1)-68
SEILLE	2	1		1921-3
TALHEIMER	5	2		1920 (1)69
WELTI	5	2	1	1920 (2)37

Concours de nomination de méaecin des hôpitaux. — *Séance du 6 mai* 1931. — Epreuve clinique. — Ont obtenu : MM. [illegible]on, 20 ; Rachet, 19,18 ; Lambling, 19,36 ; Weissman, 20 ; Azerad, 19,27 ; Célice, 19,63.

— *Candidats proposés à la nomination de M. le directeur* : MM. Weissman, 40 : Péron, 40 : Célice, 39,63.

Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Séance du 8 mai.* — Epreuve clinique. — Ont obtenu : MM. Thalheimer, 20 ; Banzet, 18 ; Seillé, 17.

Faculté de médecine de Paris. — *Chaire de pathologie médicale* (Professeur M. A. CLERC, cours complémentaire.) — M. A. CLERC, professeur et MM. AUBERTIN, BÉNARD, BRULÉ, CATHALA, CHABROL, CHEVALLIER, DONZELOT, GUY-LAROCHE, LIAN, MOREAU, PASTEUR VALLERY-RADOT, agrégés en exercice, médecins des hôpitaux feront du 15 au 27 juin prochain une série de leçons sur des sujets d'actualité concernant la pathologie médicale.

Ces leçons auront lieu tous les jours à 18 heures, au Petit amphithéâtre de la Faculté selon le programme ci-dessous :

15 juin, M. CLERC : Cardiopathies et grossesse. — 16 juin, M. AUBERTIN : Le sang des radiologues. — 17 juin, M. BRULÉ : Amylose rénale. — 18 juin, M. DONZELOT : Hypertension artérielle paroxystique. — 19 juin, M. PASTEUR VALLERY-RADOT : Conception actuelle des néphrites. — 20 juin, M. CHEVALLIER : Phagedenisme. — 22 juin, M. BÉNARD : Nepthrose lipoïdique. — 23 juin, M. LIAN : Œdème aigu du poumon. — 24 juin, M. CHABROL : Exploration fonctionnelle du foie. — 26 juin, M. CATHALA : Syndrome cholériforme. — 27 juin, M. GUY-LAROCHE : Les hypoglycémies. — 28 juin, M. MOREAU : Rhumatisme tuberculeux.

Les cours sont gratuits.

— *Thèses.* — 13 mai. — M. KRASSILCHIK. Etude de la vaccinothérapie intra-veineuse dans l'épididymite et le rhumatisme blennorragique. — LELOURDY. Sur quelques débuts insolites du cancer des côlons.

16 mai. — GRABLI. Recherches sur le rhumatisme gonococcique. Allergie et protéinothérapie. — CHALLE. Diagnostic de la tuberculose pulmonaire infantile. — JACQUET. Etude des anémies graves du nourrisson au cours de la première année.

Thèses vétérinaires. — ADELINE : L'intoxication par l'if à baies (Taxus baccata).

Remise solennelle du livre jubilaire et de la médaille offerte par souscription au Professeur Castaigne. — Cette cérémonie a eu lieu le 9 avril 1931 à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, sous la présidence des Professeurs Achard et Chauffard, en présence de M. le Recteur de l'Université de Clermont, de M. le Préfet du Puy-de-Dôme, de M. le Docteur Marcombes, député du Puy-de-Dôme, des Professeurs Lereboullet, Jeanbrau, des Professeurs de l'Ecole de médecine de Clermont, d'un grand nombre de praticiens de la région du Centre et de nombreuses notabilités clermontoises.

VIIe Congrès Français de Stomatologie. — Le VIIe Congrès français de stomatologie se réunira à Paris en octobre 1932.

Le bureau en est ainsi constitué : Président : Dr Bozo, 221, rue du Faubourg-Saint-Honoré, Paris VIIIe ; vice-présidents : Dr Bercher, Dr Cadenat (de Toulouse) ; secrétaire général : Dr A. Lattès, trésorier : Dr Boutroux.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétaire général Dr A. Lattès, 54, boulevard Saint-Michel, Paris-VIe.

IIe Congrès International de pathologie comparée à la Faculté de Médecine de Paris du 14 au 18 octobre 1931 (au cours de l'Exposition coloniale), sous la présidence de M. le Professeur Ch. Achard, de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine.

Sous le haut patronage de M. le Président de la République française ; de MM. les membres du Gouvernement ; de M. le Maréchal Lyautey ; de M. le président du Conseil municipal de Paris ; de M. le président du Conseil général de la Seine ; de M. le Préfet de la Seine ;

Sous la présidence d'honneur de M. le Professeur Roger, ancien doyen de la Faculté de médecine de Paris, président du Comité international permanent des Congrès de pathologie comparée, membre de l'Académie de médecine ; de M. le Professeur G. Barrier, inspecteur général honoraire des Ecoles vétérinaires, ancien président de l'Académie de médecine ; de M. Charléty, recteur de l'Académie de Paris ;

Vice-présidents du Congrès : de M. le Professeur G. Boussy, membre de l'Académie de médecine ; de M. le Professeur Leclainche, membre de l'Académie des sciences ; de M. le Professeur Dop, directeur de l'Institut international de lutte contre les maladies des plantes.

Des comités nationaux sont constitués dans tous les pays et la plupart ont désigné des délégués officiels.

Le Congrès réunira : médecins, vétérinaires, et phytopathologistes.

Avantages offerts aux congressistes. — Entrée gratuite à l'Exposition coloniale sur présentation d'une carte permanente spéciale qui sera remise aux congressistes ; réduction de 50 % sur les chemins de fer français ; réduction de 15 % sur les lignes Afrique du Nord de la Compagnie transatlantique ; prix spéciaux dans divers hôtels, restaurants ; visites, excursions, dans des conditions très avantageuses ; réceptions, etc. ; comité de dames.

Renseignements de toutes sortes en ce qui concerne voyages, logements, excursions, visites, etc., à l'Agence Exprinter, 26, avenue de l'Opéra.

Exposition organisée à l'occasion du 2e Congrès International de pathologie comparée. — Une exposition (produits pharmaceutiques, appareils divers, produits de régime, etc...) aura lieu pendant les journées du Congrès du 14 au 18 octobre 1931, à la Faculté de médecine de Paris.

Pour tous renseignements concernant cette exposition, s'adresser à M. Mouly, 12, rue de Seine, Paris, 6e.

Association française de chirurgie. — Le 40e congrès français de chirurgie aura lieu à Paris, du 5 au 10 octobre 1931, sous la présidence de M. O. Lambret, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lille.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du congrès : 1° Des ulcères peptiques post-opératoires (pathogénie et traitement). Rapporteurs : MM. Gosset (de Paris et Leriche de Strasbourg) : — 2° Traitement chirurgical immédiat des fractures ouvertes de jambe. Rapporteurs : MM. Roux (de Montpellier) et Seneque (de Paris). — 3° Les péritonites à pneumocoques. Rapporteurs : MM. Bréchot (de Paris) et Nové-Josserand (de Lyon).

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer avant le 1er août le titre et les conclusions de leurs communications au secrétaire général, 12, rue de Seine, Paris (6e).

Extrait du règlement. — Les chirurgiens, qui désirent faire partie de l'Association, doivent envoyer au secrétaire général une demande signée par deux membres de l'Association. Ces parrains doivent être des chirurgiens habitant la même ville ou la même région que le candidat, ou, à leur défaut, de ses anciens chefs de service. Les membres du Comité ne peuvent accepter de parrainage, sauf pour les candidats étrangers.

Création de la Société Française de Gynécologie et du Syndicat des Gynécologues Français. — Sous le nom de Société française de gynécologie une société scientifique réunissant les médecins dont l'activité principale est consacrée à l'exercice de la gynécologie médicale, chirurgicale ou physiothérapique, vient d'être constituée. Son siège social est 95, rue du Cherche-Midi. Elle a pour objet l'étude de toute question scientifique ayant trait à la gynécologie. Le bureau est ainsi composé : président : M. F. Jayle ; vice-présidents : MM. X. Bender et L. M. Pierra ; secrétaire général : M. Maurice Fabre ; trésorier : M. F. Papillon. Pour renseignements et adhésions, s'adresser à M. F. Jayle, 20, rue Cassette, Paris (6e).

Le syndicat des gynécologues français a pour principal objet : la défense des intérêts professionnels des gynécologues. Son siège social est, 95, rue du Cherche-Midi . Un conseil d'administration composé de MM. Briault, Buquet, X. Colaneri, Maurice Fabre, Guyot, F. Jayle, Raymond Petit, Regnard, M. Senechal, Violet, a été nommé. Le conseil de famille est composé de MM. Bender, F. Jayle, Raymond Petit, M. Senechal. Le Conseil d'administration se réunira prochainement pour élire le bureau du Syndicat.

Provisoirement adresser les demandes d'admission à M. Maurice Fabre, 6, rue du Conservatoire, Paris, (9e). Ces deux groupements ont pour but de réaliser l'indépendance de la gynécologie qui a toujours été inféodée soit à la médecine, soit à la chirurgie, soit à l'obstétrique et d'affirmer cette indépendance tant au point de vue professionnel que du point de vue scientifique.

La Nomade (Société universitaire de tourisme) . — Cette société organise des voyages confortables par petits groupes de 15 à 25 :

2-9 AOUT : *Ile de France* en auto-car pullmann au départ de Paris (chateaux, sites, ville féodales, souvenirs historiques).

23-30 AOUT : *Suisse*. en auto-car au départ de Bâle (Berne, S... leure, Kandersteg, Interlaken, Mürren, Trümmelbach, Y... fraüjocn, glacier d'Aletsch, Giessbach, Gorges de l'Aar, R... chenbach, Grimsel, Furka et glacier du Rhône, Lac des IV-cantons, Pilatus, Lucerne).

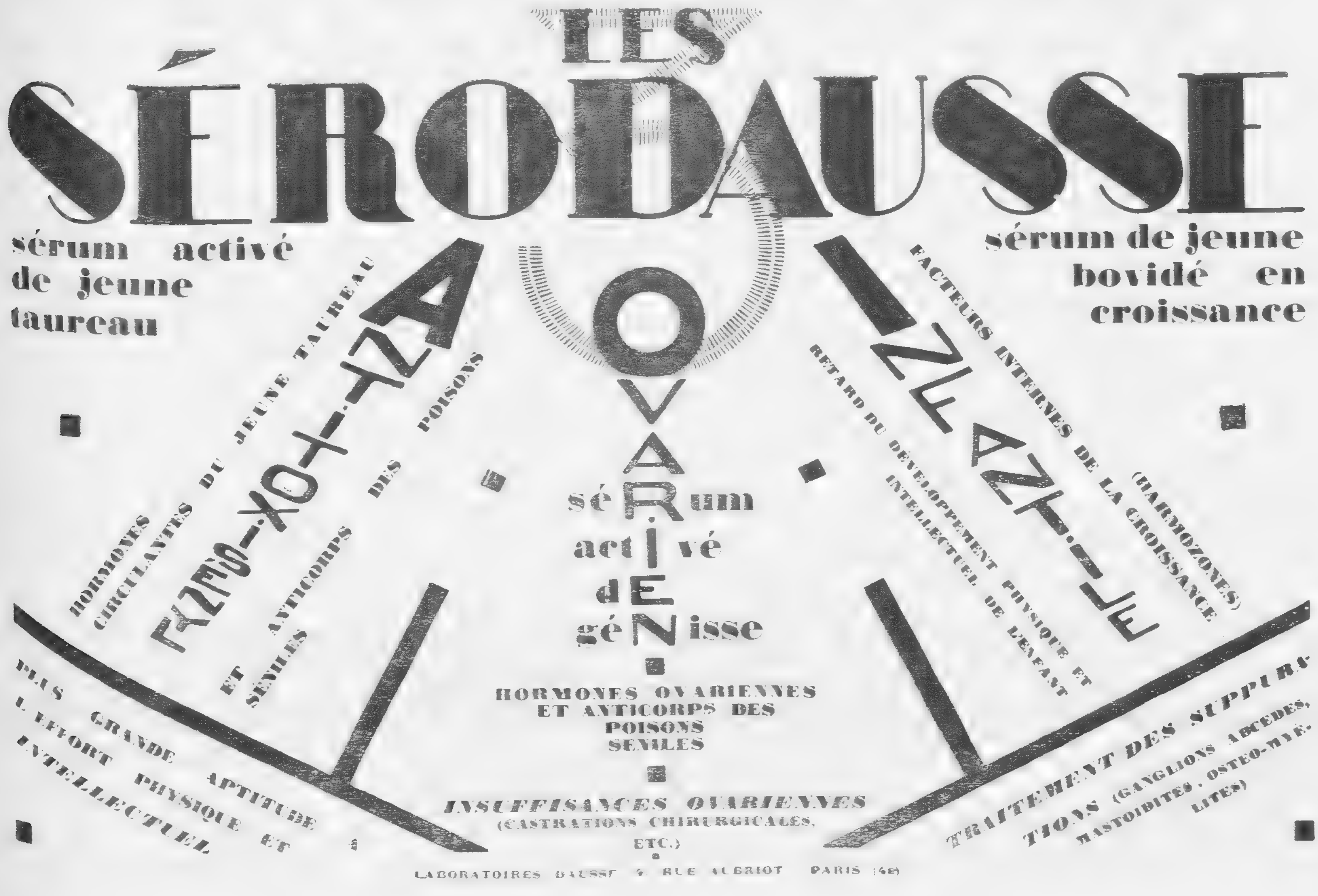
30 AOUT 17 SEPTEMBRE : *Suisse* et *Italie du Nord* (de L... cerne à Lausanne par les Grisons, l'Engadine, les Dolomites, Vénétie, le Lac de Garde, la Lombardie et les Lacs Italiens, Simplon, le Gornergratt.)

Programmes et conditions sur demande écrite au président : Docteur Cavro, 15 rue Jules-Ferry à Paris, 13e.

Syndicat des chirurgiens de Paris et de la région parisienne. — M. le Dr Charles Buizard a été élu président du Syndicat des chirurgiens de Paris et de la région parisienne par le Conseil d'administration du Syndicat dans sa séance du 20 avril 1931.

Nécrologie. — Dr Joseph BARREAU, de St-Loubes (Gironde). — Dr Jean DUMONT, secrétaire de la *Presse médicale*. — Dr Jean GAREL, médecin honoraire des hôpitaux de Lyon, décédé dans sa 80e année. — Dr William NICATI, de Marseille, décédé dans sa 81e année. Avec lui disparaît une grande figure de l'ophtalmologie française. Il publia en 1909 un traité de *Physiologie oculaire* et successivement : Les *opérations cardinales de l'esprit humain, noble Pantagruel, Rabelais notre maître, Demain à Thélème*. — Maurice HAÏK, interne des hôpitaux de Paris. — Yvette MARITAN étudiante en médecine de St-Etienne-la-Ricamarie (Loire), décédée à Paris à l'âge de 26 ans.


HÉMOGLOBINE
DESCHIENS
ANÉMIES
CACHEXIES
FER VITALISÉ
OXYDASES DU SANG
GROSSESSE
CONVALESCENCES


LES
SÉRODAUSSE
sérum activé de jeune taureau
sérum de jeune bovidé en croissance
HORMONES CIRCULANTES DU JEUNE TAUREAU
ET ANTICORPS DES POISONS SÉNILES
OVARIEN
sérum activé de génisse
HORMONES OVARIENNES ET ANTICORPS DES POISONS SÉNILES
FACTEURS INTERNES DE LA CROISSANCE (HARMOZONES)
RETARD DU DÉVELOPPEMENT PHYSIQUE ET INTELLECTUEL DE L'ENFANT
PLUS GRANDE APTITUDE A L'EFFORT PHYSIQUE ET INTELLECTUEL
INSUFFISANCES OVARIENNES (CASTRATIONS CHIRURGICALES, ETC.)
TRAITEMENT DES SUPPURATIONS (GANGLIONS, ABCÈDES, MASTOÏDITES, OSTÉO-MYÉLITES)
LABORATOIRES DAUSSE, 4, RUE AUBRIOT, PARIS (4e)

TRAVAUX ORIGINAUX

Recherches sur le rôle du potassium dans le cancer

Par E. CANTEGRIL
Chef de clinique médicale à la Faculté de Toulouse

La notion de radio-activité a une importance capitale dans le déterminisme des phénomènes biologiques et en particulier dans la physiologie de la division cellulaire (1).

La découverte fondamentale de la radio-activité du potassium par Zwaardemaker (2) devait tout d'abord faire naître une série d'hypothèses sur le rôle de la radio-activité dans la physiologie cellulaire [J. Perrin (3) ; Gurwitsch (4)]. Cette découverte et ces théories pouvaient d'autre part être rapprochées de l'action des radiations sur la division cellulaire. Lacassagne et Monod (5) ont étudié expérimentalement l'action mitogénétique des radiations.

Enfin, les rapports du potassium et du cancer ont été déjà étudiés par Beehe (6), Clowes et Frishic (7), Rohdenburg et Krebhiel (8); Loeper, Turpin et Zizine (9), Waterman (10) qui ont montré les variations de la teneur en potassium des tissus cancéreux.

L'ensemble de ces recherches permet d'arriver aux conclusions suivantes : il existe des rapports étroits entre l'activité karyokinétique et la teneur en potassium des tissus néoplasiques. La bio-radio-activité du potassium doit être rapprochée de ce fait et permet de penser à un rôle vraiment actif du potassium dans la physiologie de la division cellulaire. A l'appui de cette hypothèse viennent les expériences de Nègre (11) Troisier et Wolf (12) Roffo (13) qui démontrent un ensemble de propriétés qualifiées par nous « mitogénétiques » du potassium, tant *in vivo* que *in vitro*.

Dosage du potassium dans le sang des cancéreux.

Les conclusions tirées des recherches précédentes, rendaient captivante l'étude de la kaliémie chez les cancéreux. Nous donnons dans les chapitres suivants, les résultats de nos recherches sur ce sujet.

1) Méthode de dosage

Micro-dosage du potassium sous forme de cobaltinitrites préconisée par Leulier (1)

Cette méthode, utilisée pour les dosages dans les tissus, peut également être utilisée pour le sang.

Après minéralisation par le mélange sulfo-perchlorique à chaud, on opère la précipitation, sur le liquide obtenu après neutralisation au carbonate de lithium, au moyen de cobaltinitrite de soude en solution acétique à 1 % préparée extemporanément. Après lavage du précipité à l'alcool-éther-acétique, on opère le dosage volumétrique par la méthode permanganatique. On peut ainsi faire des dosages inférieurs à un milligramme par prise d'essai.

N.-B. — Les dosages sur le sérum peuvent être simplifiés. Au lieu de minéraliser, on défèque par l'acide trichloracétique à 20 %.

2) Kaliémie normale (2). Répartition du potassium dans le sang.

La majeure partie du potassium sanguin est fixée sur les globules rouges. Le sérum au contraire en contient très peu.

Nous avons pratiqué sur le sérum, 21 dosages chez des sujets normaux. Les chiffres extrêmes ont été 0,18 et 0,40, en grammes par litre. Le chiffre moyen est 0,28. On peut considérer comme normaux les chiffres compris entre 0,20 et 0,35.

Sur les globules rouges, nous avons pratiqué 24 dosages. Chiffres extrêmes : 5.48 et 6,84, en grammes par litre. Moyenne 6,05.

On conçoit que cette énorme différence rende illusoire l'étude de la kaliémie sur le sang total, celle-ci étant avant tout fonction de la richesse globulaire du sang.

Nous avons fait d'intéressantes déterminations en établissant dans 11 prises de sang, le taux du potassium du sérum, des globules rouges et du sang total. A l'aide du volume globulaire chaque fois recherché nous avons apprécié la précision de la méthode. Le potassium du sang total est calculé d'après la formule suivante :

$$\text{Potassium S. total} = \frac{\text{Vol glo (Pot. globules — Pot sérum)}}{100} + \text{pot. sérum.}$$

Vol. globul.	V. sang total (dosé)	K. glob.	K. sérum	K. sang total (calculé)
24	2,53	8,71	0,30	2,32
29	2.57	9,19	0,26	2,54
31	2.30	6,76	0,26	2,28
33	2,34	7,28	0,24	2,56
33	2,57	7,44	0,25	2,62
37	2,62	6,11	0,36	2,48
39	2,50	5,69	0 27	2,29
40	2,26	5,61	0,30	2,45
41	2,73	5,98	0,28	2,61
42	3	6,24	0,27	2.78
43	2,90	6,66	0,30	3,03
50	2,99	5,92	0.28	3,10
52	2.94	5,69	0,25	3,07

De cette première étude nous avons conclu que les dosages de potassium sur le sang total des cancéreux tels qu'ils ont été pratiqués par A. Renaud (3) par exemple sont entachés d'erreur du fait de l'anémie, symptôme fréquent et essentiellement variable chez les néoplasiques.

(1) E. CANTEGRIL. — Rôle du potassium dans le cancer. Radio-activité du potassium. (*La Pratique médicale française*, nov. 1930, p. 397.)

(2) ZWAARDEMAKER. — L'action physiologique du potassium et du calcium. 75e anniversaire de la société de biologie, 27 mai 1923 p. 28.

(3) J. PERRIN. — Essai de synthèse de mécanique chimique. Lumière et matière. (*Annales de physique*, 1919.)

(4) GURWITSCH. — Les problèmes de la mitose et les rayonnements mitogénétiques. (*Bulletin d'histologie appliquée*, 1924, p. 486 et 1928, p. 210.)

(5) LACCASSAGNE et MONOD. — *Arch. franç. de path. génér. et exp. et d'anat. pathologique*, 1922, fasc. 1.

(6) BEEBE (S. P.. — *Am. iourn. of physiology*, 1904, II.

(7) CLOWES et FRISHIC. — *Ann. journ. of physiology*, 1904, II.

(8) ROHDENBURG et KREBHIEL. — The salt content of malignant tissue. *The journ. of cancer research*. Baltimore, 1922, p. 417.)

(9) LOEPER, TURPIN et ZIZINE. — Influence de la castration testiculaire totale sur la teneur en potassium des tissus et des greffes épithéliales de la souris. (*Bull. de l'Ass. française pour l'étude du cancer*, t. XIV, 6 juin 1925, p. 322.)

(10) WATERMAN. — Etudes physiologiques sur le cancer ; le problème des tumeurs et la chimie inorganique. (*Arch. neur. de physiologie*, 1921.)

(11) NÈGRE. — Action favorisante des sels de potassium sur l'évolution des greffes cancéreuses expérimentales. (*C. R.* soc, biol. 8 avril 1922.)

(12) TROISIER et WOLF. — Action cytologique du calcium et du potassium sur la cellule cancéreuse. (*C. R.* soc. biol., t. LXXXVII. 8 juillet 1922, p. 437.)

— Action comparée du calcium et du potassium sur l'évolution des greffes expérimentales. (*C. R. de la soc. de biol.*, t. LXXXVI. p. 651. 25 mars 1922.)

(13) ROFFO. — Influence du milieu sur l'activité des tissus normaux et néoplasique in vitro. (*Les néoplasmes*, 1925, n° 4, pp. 148 et 327.)

(1) LEULIER (A.), VELLUZ (L.) et GRIFFON (H.). — Sur le micro-dosage de potassium sous forme de cobaltinitrite. (*Bull. soc. chim. biol.*, juillet-août 1928, n° 7, t. X, p. 891.)

(2) RÉMOND (A, et CANTEGRIL (E). — Le potassium normal du sang chez l'homme et chez l'animal. (*C. R.* biol. 12 fév. 1930, p. 391.)

(3) RENAUD (A). — La prédisposition au cancer serait-elle due à une teneur anormale du sang en potassium ou en calcium. (*Bull. de l'Ass. franç. pour l'étude du cancer*, 28 avril 1924, t. XII, p. 228.)

3) Les modifications de la kaliémie en dehors du cancer.

On connaît jusqu'à ce jour les modifications du taux du potassium sérique au cours d'une série de syndromes.

D'Espine (1), Lécorché et Talamon (2) avaient signalé il y a déjà longtemps l'accumulation des sels de potasse dans le sérum au cours de l'urémie et de l'éclampsie. Olmer, Payan et J. Berthier (3) ont étudié de plus près cette question. Ils trouvent une hyperkaliémie sérique fréquente mais non constante au cours des états urémigènes : néphrites et cardiopathies. Il n'y a pas parallélisme entre le taux de la rétention uréique et l'hyperkaliémie. Nous avons trouvé des résultats analogues chez les cardio-rénaux (4).

La kaliémie globulaire n'a jamais été étudiée dans les états pathologiques. Nous avons entrepris une étude chez les cardio-rénaux et les hypertendus.

Nos résultats chez les cardio-rénaux, basés sur 23 observations, avec ou sans rétention azotée, nous permettent de conclure que les modifications de la kaliémie globulaire sont rares chez de tels malades. Lorsqu'on trouve une modification, il n'y a aucun rapport soit avec le taux de l'urée sanguine, de l'azote résiduel, de la cholestérine, de la glycémie, soit avec la valeur de la constante d'Ambard.

Parmi les hypertendus, malades chez lesquels notre attention a été attirée par les travaux de Kylin (5), nous avons trouvé des modifications très importantes ; sur 7 cas, nous avons trouvé 4 fois une hyperkaliémie des plus nettes. Le tableau suivant montre 5 malades particulièrement démonstratifs.

Affection =	Hypertension artérielle	Hypertension artérielle	Asystolie	Hémorragie cérébrale	Hémorragie cérébrale
Potassium..	8,11	7,43	7,59	7,10	7,41
Urée........	0,50	0,45	0,80	0,45	1,30
N. résiduel.	0,23	0,38	0,18	0,28	0,24
Cholestérine	1,70	1,80	1,45	1,45	1,90
Glycémie...	1	1	0,90	1.10	1
Ambard....	0,142	0,079	»	0 085	
Pachon					
T. A. Mx....	20	23	14	18	22
T. A. Mn....	9	13	8	10	16

4) Les modifications de la kaliémie au cours du cancer (6).

A) *Sérum.* — Des modifications très peu importantes du taux du potassium sérique chez les cancéreux ont été déjà signalées par Waterman (7), Theiss et Benedict (8).

Nous avons effectué 62 dosages. Nous n'avons trouvé une réelle hyperkaliémie que dans 8 cas soit 13 %. Or, les malades qui présentaient une hyperkaliémie sérique étaient soit des sujets âgés, soit des cancéreux à une période très avancée, soit enfin des malades présentant un mauvais état général indépendant de la néoplasie.

Nous avons donc conclu que les modifications du potassium sérique sont rares chez les cancéreux ; lorsqu'elles existent elles paraissent être sous la dépendance d'une déficience organique, vraisemblablement d'origine rénale, indépendante du processus cancéreux lui-même.

B) *Globules.* — 73 malades ont été examinés. L'hyperkaliémie est très nette dans une proportion de 39 %. Nous nous sommes assurés que cette hyperkaliémie n'est pas sous la dépendance de l'hypertension artérielle.

	Cancéreux	Non cancéreux
Nombre de cas.......	37	54
Potassium normal......	56 %	90 %
Potassium augmenté...	39 %	8 %
Potassium diminué....	5 %	2 %
Chiffre moyen.........	6,70	5 05

Il y a donc nettement une hyperkaliémie globulaire au cours du cancer.

Quels sont les rapports qui unissent la néoplasie et les modifications de la kaliémie ? Pour les apprécier nous avons étudié, chez nos 73 malades, différents facteurs tels que : l'âge, le degré, l'influence radiothérapique, l'activité karyokinétique.

Trois de ces facteurs nous ont paru présenter des rapports avec les variations de la kaliémie. Nous résumons nos conclusions pour chacun d'eux :

a) *Age.* — Pour une même variété histologique du cancer, l'hyperkaliémie est d'autant plus importante que le sujet est plus jeune (conclusion qui repose sur 18 observations d'épithélioma de l'utérus).

b) *Radiothérapie.* — Indépendamment de la formule histologique, l'hyperkaliémie est plus fréquente chez les malades non traités que chez les malades traités : 48 % contre 31 %.

c) *Activité karyokinétique.* — Nous avons apprécié l'activité karyokinétique d'après l'examen histologique. 39 épithélioma de sièges divers. Il y a un certain parallélisme entre l'activité karyokinétique et le taux de l'hyperkaliémie.

Conclusions

On retrouve donc, en étudiant la kaliémie globulaire, les mêmes variations que dans le taux du potassium des tissus néoplasiques.

Cette considération paraît confirmer l'hypothèse suivant laquelle le potassium interviendrait grâce à sa radioactivité dans la régulation de la division cellulaire. Une perturbation dans son métabolisme pourrait avoir pour effet un état pathologique de la division cellulaire.

De telles conclusions sont plus séduisantes que démonstratives. Les inconnues qui règnent encore au sujet du métabolisme du potassium et les quelques connaissances acquises sur ce métabolisme rendent en effet très complexe la compréhension du lien qui unit ces deux phénomènes.

S'il est donc prématuré d'accorder une valeur absolue à ces conclusions, il n'en demeure pas moins vrai qu'elles ouvrent une voie nouvelle à la physiopathologie du processus cancéreux.

(1) D'Espine (de Genève). — De l'accumulation des sels de potasse dans le sérum pendant l'attaque d'éclampsie. (*Revue de Médecine*, 1884, p. 689.)

(2) Lecorché et Talamon. — Traité de l'albuminurie et du mal de Bright. Paris, 1888.

(3) Olmer, Payan et J. Berthier. — Dosages du K, dans le sérum sanguin. Le potassium dans l'insuffisance rénale. (*C. R.* Soc. de biol., t. LXXXVII, 1922, pp. 865 et 867.)

Recherches expérimentales et cliniques sur le rôle du potassium en pathologie. (*Revue de médecine France et colonies*, 1923, p. 5.)

(4) Rémond (A.) et Cantegril (E.). — Teneur en potassium du sérum sanguin à l'état normal et dans quelques cas pathologiques. (*C. R.* Soc. biol., 2 janv. 1931, p. 63.)

(5) Kylin. — La teneur du sang en calcium et potassium. (*Acta medica Scandinavica.* Suppl., XIX, 1927.)

Klin-Woch., 5 février, 12 mars, 14 mai 1925.

(6) Cantegril (E). — Thèse de Toulouse, 1930. Recherche sur le rôle du potassium dans le cancer.

(7) Waterman. — Etudes physiologiques sur le cancer ; le problème des tumeurs et la chimie inorganique. (*Arch. neer. de physiologie*, 1921.

(8) Theiss (R. C). et Benedict (S. R.). — Les éléments inorganiques dans le sérum des cancéreux. (*J. of cancer research.*, t. VIII, p. 499.)

Sérum antidiphtérique. — Chez les sujets sensibilisés au sérum ou en cas de sérumphobie du malade et de son entourage, P. Dupuy (de Noailles, Oise) recommande la voie rectale. Deux observations, dont une de paralysie diphtérique du voile longtemps méconnue. (*Journ. des Praticiens*, 18 octobre 1930.)

H. V.

Lécithénimie et cholestérotémie. — Blix et Ohlin (Pituitrine et lipoïdes sanguins, *Skandin Arch. V. Physiol.*, t. L, p. 167, 1927) ont vu que l'injection d'extrait hypophysaire détermine au bout de quelques heures, une diminution des phosphatides du sang, mais que le cholestérol ne subit aucune variation.

A. M.

CLINIQUE INFANTILE

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES

Les syndromes abdominaux douloureux dans la fièvre typhoïde des enfants [1]

Par M. le Professeur P. NOBÉCOURT

Voici le jeune Camille.

Ses parents et deux sœurs de 16 et 2 ans sont bien portants.

Il est né à terme le 7 février 1917. Il a toujours été chétif et sujet aux angines. Il a eu la rougeole. Il travaille comme apprenti imprimeur.

A partir du 15 janvier, il se sent fatigué et tousse un peu : il est oblige d'interrompre son travail.

Le 18 janvier, il doit s'aliter. Sa température est de 40° ; depuis elle reste élevée Il est abattu, se sent très fatigué, a de l'anorexie, de la diarrhée alternant avec de la constipation. Cependant il dort bien la nuit, n'a pas de céphalée, pas de vertiges, pas d'épistaxis.

Le 28 janvier, un médecin consulté pense à une typhobacillose et envoie le malade à l'hôpital.

Le 30 janvier, Camille entre à la salle Bouchut, au quinzième jour de sa maladie.

Il est âgé de 14 ans. Sa taille de 1 m. 50 est moyenne pour son âge. Il est maigre : il ne pèse que 32 kgr. 800, la moyenne pour son âge étant de 40 kgr. 200 ; la réduction pondérale est de 7 kgr. 400.

Sa température est de 38° le matin et de 39°4 le soir. Il n'a pas de torpeur et répond bien aux questions qu'on lui adresse. Il est un peu pâle.

L'abdomen est normal. On constate une légère sensibilité et du gargouillement dans la fosse iliaque droite. Sur la peau de l'abdomen, on découvre quelques taches rosées lenticulaires.

Les selles sont normales. La langue est rose, humide, le pharynx rouge.

La rate est percutable, mais non palpable. Le foie dépasse de deux travers de doigt le rebord costal.

L'enfant ne tousse pas, n'a pas d'expectoration. A l'auscultation, on perçoit quelques râles sibilants disséminés.

Le pouls est régulier, bat à 84 à la minute. La tension artérielle prise au Vaquez, est de 10,5 pour la maxima et de 9,5 pour la minima.

Le cœur a un volume normal. On entend des bruits faibles ou sourds ; le premier bruit est peu perceptible à la base.

L'examen du système nerveux ne révèle rien de particulier.

Les urines sont foncées. Leur volume est d'environ 500 cc. par vingt-quatre heures. Elles ne contiennent ni sucre ni albumine.

La cutiréaction à la tuberculine est négative.

On pense à la fièvre typhoïde.

Les jours suivants, la fièvre oscille autour de 39°, le pouls bat à 80 ou 90. L'état reste sans modifications.

Je vois l'enfant le 4 février, au vingtième jour de la maladie.

Sa température est de 38°4 le matin, de 38°8, le soir, le pouls à 84.

Les symptômes sont les mêmes que précédemment. La rate est grosse ; elle mesure 11 cm. sur 6 cm. Le foie à des dimensions normales.

La matité précordiale est un peu augmentée. A l'auscultation, on entend un premier bruit mitral très sourd, un second bruit normal. Je pense à une endocardite mitrale.

L'auscultation des poumons décèle des râles sibilants disséminés et quelques râles sous-crépitants à la partie inférieure de l'hémithorax gauche.

Les jours suivants, la température s'abaisse graduellement ; le 8 février elle est de 37°4 37°8.

Mais le 9 février, alors qu'elle est le matin de 37°5, elle monte, le soir, à 38°5.

Le 10 et le 11 février elle est de 38° et 38°4 le matin, de 39°4 et 39°8 le soir.

Le pouls est régulier, bien frappé, à 104 ; la pression, au Vaquez, de 10 6.

L'abdomen est un peu météorisé. La rate est grosse ; elle mesure 13 cm. sur 7 cm., mais elle n'est pas palpable. Le foie déborde toujours un peu le rebord costal.

La matité précordiale est un peu augmentée ; le premier bruit mitral très sourd, le second bruit normal.

Nous assistons à une reprise de la fièvre typhoïde.

La température reste en plateau à 39°-39°6.

Le 18 février, trente-quatrième jour de la maladie, dix-neuvième jour de la reprise, le thermomètre marque 39°4-39°5.

On compte 84 pulsations à la minute.

L'abdomen est météorisé ; à son niveau on constate des taches rosées. La rate est toujours grosse ; elle mesure 11 cm. sur 6 cm.

La matité précordiale ne s'est pas modifiée. Le premier bruit mitral est sourd ; sur la pointe on entend un souffle systolique léger, se propageant peu, holosystolique, constant. Le second bruit est bien frappé.

L'examen des poumons révèle des râles sibilants disséminés et quelques râles crépitants aux bases.

Pendant cette évolution nous avons poursuivi diverses recherches.

Le 4 février, l'hémoculture donne un résultat négatif. Le 6 février, les urines examinées ne contiennent pas de bacilles typhiques.

Le 5 février, le sérodiagnostic reste négatif pour l'Eberth, le paratyphique A et le paratyphique B. Le 11 février, il est positif pour l'Eberth au 1/50e, négatif pour les paratyphiques A et B. Le 20 février, il est positif pour l'Eberth à 1/200, toujours négatif pour les paratyphiques B.

Le diagnostic clinique se trouve donc confirmé par les examens de laboratoire ; il s'agit bien d'une fièvre typhoïde à bacilles d'Eberth.

Les jours suivants, la température reste autour de 39°5, le pouls à 110.

Le matin du 25 février, la température est de 39°1, le pouls à 108. A 16 heures Camille est pris brusquement de douleurs dans la fosse iliaque droite.

L'interne de garde appelé constate une température à 40°3, un pouls à 120. Il n'y a pas de vomissements. La palpation de la région iléo-cæcale est très douloureuse.

L'interne pense à une perforation intestinale. On transporte le malade dans le service du Professeur Ombrédanne et on pratique la laparatomie sous anesthésie locale.

Le péritoine contient un peu de liquide clair ; il n'existe aucune trace de péritonite. L'iléon légèrement contracturé contient quelques plaques de Peyer, mais n'est pas perforé.

L'appendice, qui est ferme et un peu vascularisé, est enlevé. L'examen histologique de l'appendice confirme son intégrité.

On ne constate donc aucune lésion pouvant expliquer les douleurs.

Après l'opération, l'enfant est très faible, les bruits du cœur sont très sourds, la température reste à 40°. La cicatrisation de la plaie s'effectue régulièrement.

A partir du 28 février, la température s'abaisse.

Le 3 mars l'enfant est ramené à la salle Bouchut. Sa température présente de grandes oscillations descendantes ;

[1] Leçon du 21 mars 1931.

elles sont peut-être dues, pour une part, à un abcès de la cuisse gauche consécutif à une injection.

Le 7 mars, je vois l'enfant. Sa température est de 37°2, son pouls à 110 à la minute. La rate est moins volumineuse (8 cm. sur 7 cm.)

La matité précordiale ne s'est pas modifiée. Le premier bruit mitral est toujours très sourd, mais on n'entend pas de souffle net ; le second bruit pulmonaire est accentué.

Le 18 mars, Camille a 14 ans et 1 mois. L'amélioration est notable. La température est irrégulière, mais ne dépasse pas 38°, l'abcès de la cuisse persiste. L'enfant est pâle et maigre.

Le poids n'est plus que de 28 kgr. 250, il a diminué de 4 kgr. 600 depuis l'entrée à l'hôpital. La taille de 1 m. 50 est restée la même.

Le cœur est un peu plus gros. On n'entend plus de souffle, mais le premier bruit mitral est encore un peu sourd mal frappé. On compte 96 pulsations à la minute.

L'histoire de Camille est intéressante sous plusieurs rapports :

D'abord à cause de la *reprise*, qui a été beaucoup plus sévère que la première atteinte.

Ensuite à cause de la *cardiopathie*, qui paraît bien être une *endocardite mitrale*.

Enfin à cause du *syndrome abdominal douloureux*.

Je ne vous parlerai ni de la reprise, qui mériterait un leçon entière, ni de l'endocardite, car j'ai déjà étudié. dan une leçon reproduite par le *Journal des praticiens* du 27 avri 1929, « *Les endocardites de la fièvre typhoïde et les endocardite typhoïdiques chez les enfants* ».

Je vous entretiendrai seulement du SYNDROME ABDOMINAL DOULOUREUX.

Camille, le quarantième jour d'une fièvre typhoïde avec reprise, le seizième jour de celle-ci, présente un *syndrome abdominal douloureux*. On pose le diagnostic de *perforation intestinale*, on pratique une *laparatomie* et on ne trouve *aucune lésion appréciable*, pouvant expliquer le syndrome.

* * *

Les DOULEURS ABDOMINALES sont un symptôme habitue de la fièvre typhoïde chez l'*adulte*.

Pendant la période du début, en même temps qu'une fièvre graduellement ascendante et que divers symptômes, l'abdomen est légèrement météorisé et présente de la sensibilité douloureuse à la palpation de la fosse iliaque droite.

A la période d'état, on constate le tableau clinique de la fièvre typhoïde constituée.

Le météorisme abdominal et les douleurs abdominales ont alors une grande valeur diagnostique.

Les douleurs abdominales sont à peu près constantes. Elles ne sont pas spontanées ; le malade ne se plaint pas, peut être à cause de la prostration ou il se trouve. La douleur est provoquée par la palpation ; le malade l'accuse et, s'il est dans un état de tuphos accentué, elle est révélée par un geste de défense, une contraction du visage.

Les douleurs siègent au niveau de la fosse iliaque droite et de la région épigastrique ; elles correspondent au maximum des lésions ulcéreuses de l'intestin.

Chez l'*enfant*, on constate quelquefois les mêmes symptômes. Mais, en général, ils sont moins caractérisés, et le ventre est indolent.

Dans ma leçon du 4 juin 1921, résumée par *La Médecine* d'août 1921, sur *Les particularités de la fièvre typhoïde chez l'enfant*, j'ai rappelé les notions classiques suivantes : « En général, les symptômes abdominaux sont moins accentués chez les enfants que chez les adultes. L'abdomen est un peu tendu et ballonné à partir du cinquième ou sixième jour et pendant quelques jours ; souvent il reste plat, mou, dépressible, indolent, pendant tout la maladie et la fosse iliaque ne gargouille pas, car la diarrhée est légère ou fait défaut ».

Ces particularités de la fièvre typhoïde chez les enfants sont attribués aux caractères des lésions intestinales.

On admet, en général, depuis Rillet et Barthez, que les plaques de Peyer sont molles, que le tissu cellulaire sous muqueux est normal, que les ulcérations sont tardives, peu nombreuses, petites et cela d'autant plus que l'enfant est plus jeune, que les ulcérations manquent dans un quart des cas.

Tous ces caractères n'ont rien de pathognomonique. Mais il faut retenir que *chez l'enfant, les douleurs abdominales doivent éveiller tout particulièrement l'attention.*

Au cours de la fièvre typhoïde, chez l'enfant comme chez l'adulte les SYNDROMES ABDOMINAUX DOULOUREUX peuvent reconnaître des causes variées et avoir une gravité différente suivant les cas.

Ils surviennent à toutes les périodes de la maladie. On peut en distinguer deux grands groupes :

1° Les *syndromes précoces*, qui apparaissent à la période de début.

2° Les *syndromes tardifs* qui apparaissent à la période d'état, à la période terminale ou pendant la convalescence.

* * *

Je ne m'arrêterai pas longtemps sur les SYNDROMES ABDOMINAUX DOULOUREUX PRÉCOCES. Je les ai étudiés dans ma leçon du 19 décembre 1925, reproduite par le *Journal de médecine de Paris* du 24 mai 1926, sur *Les débuts brusques ou rapides de la fièvre typhoïde dans l'enfance*.

Un enfant est pris brusquement de fièvre, à 39° ou 40°, de vomissements alimentaires puis muco-bilieux, de douleurs abdominales.

Les douleurs sont généralement diffuses, spontanées et provoquées par la palpation de l'abdomen.

Tantôt elles sont fugaces et bientôt disparaissent ou passent au second plan.

Tantôt elles sont et restent le symptôme prédominant.

Le médecin se trouve très embarrassé, car il est en présence de plusieurs éventualités possibles.

On pense a une pneumonie, à cause de la brusquerie du début. La douleur est considérée comme un point de côté abdominal. D'ailleurs les symptômes abdominaux sont assez discrets : le ventre est généralement peu ballonné, tendu, météorisé et douloureux.

Dans certains cas, on ne trouve pas de signes physiques de la pneumonie. Il en était ainsi chez une fille de 3 ans et 8 mois dont j'ai relaté l'observation dans la leçon citée.

Dans d'autres cas, les signes physiques de la pneumonie sont présents et le diagnostic de pneumonie s'impose. En réalité il s'agit d'une pneumo-typhoïde.

Dans les deux éventualités à un moment donné les symptômes de la fièvre typhoïde se précisent.

On pense à une appendicite.

Voici un exemple.

Le jeune François à l'âge de 11 ans et 5 mois, est pris brusquement de fièvre et de douleurs abdominales prédominant dans la fosse iliaque droite ; il est envoyé dans le service du professeur Broca. Celui-ci constate une légère contracture et de la douleur à la palpation profonde au niveau de la fosse iliaque droite ; il prescrit l'application d'une vessie de glace. Les symptômes disparaissent en trois ou quatre jours, tandis que ceux de la fièvre typhoïde se précisent. L'enfant est alors envoyé à la salle Bouchut, le 28 mai 1924.

En pareille circonstance le diagnostic d'appendicite s'impose. S'il existe des symptômes généraux sévères, dus à la fièvre typhoïde, on peut penser à une appendicite à forme typhoïde.

L'*interprétation de ces faits* est très difficile.

On peut les expliquer par une *réaction appendiculaire* ou par une *appendicite* dues à la localisation du bacille typhique. Il en est de même pour les pneumococcies, la maladie de Bouillaud et d'autres maladies infectieuses.


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORDA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS

On peut encore émettre l'hypothèse d'une *péritonite typhique sans appendicite.*

Josias, à l'*Académie de Médecine,* le 14 février 1905, rapporte l'observation d'une fille de 6 ans atteinte d'une *fièvre typhoïde à début péritonitique,* ayant simulé d'abord l'appendicite, puis la granulie. Elle meurt le dixième jour de la maladie.

A l'autopsie, Josias fait les constatations suivantes : «Léger dépoli du péritoine et quelques exsudats fibrineux dans la région iléo-cæcale ; il n'existe ni pus dans la grande cavité péritonéale ni trace de péritonite dans les autres régions. L'appendice est absolument sain, extérieurement et intérieurement ».

Il n'y a pas de perforation intestinale. Au niveau de l'intestin grêle les plaques de Peyer sont infiltrées et ulcérées.

Il n'a pas été fait de recherches bactériologiques. Josias pense qu'il s'agit d'une péritonite par propagation ; celle-ci, d'après lui, explique vraisemblablement les symptômes péritonéaux si intenses du début. On pourrait penser également à une localisation possible sur le péritoine de la septicémie éberthienne.

Mais ce ne sont là que des hypothèses. On ne sait rien de précis.

Le syndrome abdominal douloureux du début n'est pas spécial à la fièvre typhoïde Eberthienne, il se rencontre également dans les fièvres paratyphoïdes.

Je l'ai observé chez une fille de 13 ans et 8 mois, dont j'ai rapporté l'observation dans ma leçon du 5 décembre 1925, publiée dans le *Concours Médical* du 13 novembre 1926, *Sur quelques modalités symptomatiques et évolutives des infections paratyphoïques chez les enfants.* Cette fille est prise brusquement de fortes douleurs abdominales et d'une fièvre à 40°. On l'envoie en chirurgie pour appendicite. En réalité elle a une fièvre paratyphoïde.

* * *

Aujourd'hui, je désire insister particulièrement sur les SYNDROMES ABDOMINAUX DOULOUREUX TARDIFS.

L'apparition, au cours d'une fièvre typhoïde ou pendant la convalescence, de douleurs abdominales doit faire penser à une PERFORATION INTESTINALE. Le diagnostic gravite autour de ce problème : y a-t-il, oui ou non, une perforation ?

La difficulté est grande, car il existe des *syndromes douloureux abdominaux sans perforation et sans péritonite.*

La PERFORATION INTESTINALE est un peu moins fréquente chez les enfants que chez les adultes ; au cours de la fièvre typhoïde, elle se produit dans 1 ou 2 % des cas, chez les premiers, dans 3 % des cas chez les seconds. Elle est très rare avant 6 ans ; on la voit surtout à partir de 9 ans. Son siège est le même chez l'enfant que chez l'adulte.

Elle se réalise surtout au cours de la troisième semaine, quelquefois pendant la deuxième ou la quatrième. Elle peut être le premier symptôme d'une fièvre typhoïde ignorée jusque-là.

Elle peut survenir dans toutes les formes : légères, moyennes ou intenses.

Les *symptômes* de la perforation intestinale et de la péritonite consécutive sont très divers suivant les cas. Ils dépendent de l'état du malade, de l'importance de la perforation et de la rapidité de sa réalisation, de son siège sur une anse intestinale superficielle ou sur une anse profonde, séparée de la séreuse pariétale par d'autres anses.

Le symptôme révélateur est généralement la *douleur.*

Chez certains malades, surtout quand le tuphos est peu marqué et la perforation rapide, la douleur est le *symptôme primordial.*

Elle débute brusquement, comme un coup de poignard, généralement dans la fosse iliaque droite.

Souvent toutefois elle est peu intense, sourde, pongitive, mais constante, exagérée par les déplacements du malade dans son lit. Elle peut conserver le même caractère ou, à un moment donné, faire place à une douleur plus vive.

Quand la douleur est vive, assez souvent elle se calme au bout de quelques heures et fait penser à une rémission qui est trompeuse.

En même temps que les douleurs, on observe *d'autres symptômes* qui complètent le tableau clinique. On les constate en suivant le malade d'heure en heure, pendant trois ou quatre heures.

Souvent il se produit une *chute brusque de la température* ; en moins d'une heure, elle tombe de 3° et plus, même jusqu'à l'hypothermie. Puis la température remonte lentement tandis que la chute de température due à une hémorragie intestinale est suivie d'une reprise rapide.

Cette chute n'est pas constante. Souvent le tracé thermique ne subit pas de changement ou même la température s'élève.

Le *pouls* augmente de fréquence ; une tachycardie brusque associée à une chute de la température a une grande valeur pour le diagnostic ; mais assez souvent le pouls est peu modifié et sa fréquence est en rapport avec la température.

Le *facies* est grippé, anxieux, le teint terreux.

A l'examen de l'*abdomen* on trouve une défense musculaire d'abord localisée à la région de la fosse iliaque droite, puis s'étendant de plus en plus. On remarque en outre de l'hyperesthésie cutanée. La palpation est douloureuse.

Le hoquet, les vomissements sont rares. Les selles se suppriment.

Bientôt se constitue le tableau de la *péritonite aiguë, généralisée, du type sthénique.*

La douleur réapparaît ou s'accentue et se généralise. Elle est exacerbée par le moindre contact. L'hyperesthésie cutanée est vive.

Le *ventre* grossit, se ballonne ; le météorisme progresse et devient très marqué ; la matité hépatique peut disparaître ; la défense musculaire est généralisée à tout l'abdomen.

On remarque l'*immobilité du diaphragme,* une respiration difficile du type costal supérieur.

Il y a de la dyspnée et même de l'anurie.

Le hoquet, des nausées, des vomissements bilieux, porracés, apparaissent.

Le *facies* est grippé, anxieux, de plus en plus péritonéal.

Le *pouls* est petit, filant ; on compte 140, 150, 160 pulsations à la minute.

La *température* monte.

Finalement, le malade présente de l'algidité périphérique, tombe dans le collapsus et meurt en vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures.

Chez d'autres malades, surtout dans les formes sévères, dans lesquelles le tuphos est profond, la douleur est un *symptôme de second plan.*

Alors il n'y a pas de douleurs spontanées. L'attention est attirée par l'aggravation de l'état général et les symptômes font penser à un *collapsus cardiaque.*

Le facies devient subitement grippé, terreux, les yeux s'excavent, les lèvres se cyanosent, les extrémités sont froides et cyanosées. Le pouls est petit.

Toutefois la palpation de l'abdomen est douloureuse, le météorisme est marqué, quelquefois se produisent des vomissements. Aussi l'attention est-elle attirée sur la possibilité d'une *péritonite aiguë asthénique.*

La mort est en général rapide.

Somme toute, chez l'enfant, plus encore peut-être que chez l'adulte, non seulement l'apparition brusque d'une vive douleur abdominale, mais encore des douleurs abdominales légères doivent faire penser à la perforation intestinale.

La perforation intestinale est très vraisemblable s'il survient une chute brusque de la température et de la tachycardie, si le pouls est petit, s'il se produit du collapsus, si on constate de la défense musculaire au niveau de la fosse iliaque droite, puis un météorisme progressif.

Mais ces symptômes peuvent manquer, ou bien ils peu-

◆◆◆

vent relever d'autres causes. Il existe, en effet, des *fausses perforations intestinales.*

Un tableau clinique semblable à celui de la perforation intestinale est parfois réalisé par une *appendicite perforante*, par une *péritonite sans perforation intestinale ni appendicite*, par une *cholécystite perforante.*

Je ne vous parlerai que de la CHOLÉCYSTITE.

Elle est relativement rare dans la fièvre typhoïde de l'enfant ; cependant elle s'observe quelquefois.

La douleur est le symptôme qui attire l'attention.

La *cholécystite simple, catarrhale*, se manifeste par une douleur spontanée, au-dessous du rebord costal gauche, par une douleur plus ou moins vive, à la pression et par une légère contracture de défense, due à une réaction péritonéale, au niveau de la vésicule biliaire.

Elle guérit en général.

Dans ma leçon *Les particularités de la fièvre typhoïde chez les enfants*, que j'ai citée tout à l'heure, j'en ai rapporté une observation.

Une fille de 14 ans entre à la salle Parrot, le 26 juillet 1920, au huitième jour d'une fièvre typhoïde grave, avec température élevée. Le dix-septième jour elle a une hémorragie intestinale peu abondante.

Le vingt-quatrième jour, la température est de 39°8-40°2, le pouls à 116. Nous constatons, au-dessous du rebord costal, à droite, au niveau de la vésicule, un point douloureux, une contracture localisée du grand droit. Le foie dépasse de deux travers de doigt le rebord costal. Les urines sont peu abondantes, contiennent de l'albumine, des pigments biliaires en petite quantité, des acides biliaires et de l'urobiline en grande quantité.

On pose le diagnostic de cholécystite.

Les symptômes persistent pendant quatre ou cinq jours, puis disparaissent.

La fièvre typhoïde continue son évolution. la malade a une nouvelle hémorragie intestinale, puis une bronchopneumonie. Le quarante-troisième jour elle meurt dans le collapsus cardiaque.

Quelquefois, au cours d'une cholécystite catarrhale, se produit une ulcération et une perforation de la vésicule. Celle-ci est surtout le fait d'une *cholécystite suppurée.*

C'est une complication rare chez l'enfant.

MM. Liège et Folliasson, dans une *Etude médico-chirurgicale*, encore inédite, *des perforations de la vésicule biliaire au cours de la fièvre typhoïde chez l'enfant*, en ont réuni quinze observations, dont une personnelle.

Dans les cholécystites typhiques, chez les enfants la perforation de la vésicule est fréquente ; elle survient dans 46 °/₀ des cas. Elle se produit au cours de la deuxième, de la troisième ou de la quatrième semaines, souvent lorsque la cholécystite est déjà reconnue.

Le début est brusque ; il est signalé par une douleur violente, comme celle de la perforation intestinale. La douleur, d'abord localisée, s'accompagne d'une contracture musculaire également localisée.

Puis les symptômes s'atténuent ; c'est la période de tolérance péritonéale, laquelle est plus longue que dans la perforation intestinale.

Enfin apparaissent les symptômes de la péritonite diffuse.

En dehors des cas où l'attention est déjà attirée sur les voies biliaires, la perforation de la vésicule est le plus souvent prise pour une perforation intestinale.

C'est ce qui est arrivé pour un enfant soigné dans le service, dont MM. Fèvre, Liège et Folliasson ont présenté l'observation à la *Société de Pédiatrie*, le 16 décembre 1930.

André est âgé de 11 ans. Il est atteint d'une fièvre typhoïde à évolution régulière, ayant débuté le 24 février 1930. Pendant quelques jours, il accuse une légère sensibilité dans l'hypocondre droit. Le 13 mars, dix-septième jour de la maladie, surviennent brusquement une vive douleur dans cette région et une chute de la température ; le soir du 12 mars, elle est de 39°7, le 13 mars au matin, de 36°9.

Le 14 mars, l'enfant est amené à la salle Bouchut pour une perforation intestinale possible.

Le 15 mars, la température est remontée à 39°4, le pouls est à 110, régulier, bien frappé. L'état général est bon malgré un tuphos marqué. Le facies n'est pas péritonéal.

L'abdomen est légèrement ballonné et douloureux dans toute son étendue. On constate une défense nette des grands droits dans le segment sus-ombilical. Le maximum de la douleur et de la défense est dans l'hypocondre droit.

La matité hépatique est conservée.

On conclue qu'il n'y a pas de signes d'une perforation de l'intestin qui daterait déjà de quarante-huit heures. On émet l'hypothèse d'une cholécystite typhique.

Le soir, la température est de 38°6, le pouls à 130. Les signes généraux et abdominaux s'aggravent, la région sous-ombilicale est plus ballonnée, plus douloureuse, la défense musculaire est surtout marquée dans la fosse iliaque droite, mais il y a aussi de la contracture à l'étage sus-ombilical.

Il n'y a pas de vomissements, de nausées, de constipation.

On envisage de nouveau la possibilité d'une perforation intestinale et on pratique la laparotomie.

On trouve dans la cavité abdominale du pus en abondance, mais on ne constate ni perforation intestinale, ni appendicite.

La vésicule biliaire est très grosse. Sur sa face inférieure on voit une perforation grosse comme une tête d'épingle, au centre d'une plaque de sphacèle comparable à une pièce de cinquante centimes ; elle laisse couler du pus bien lié, dans lequel on constate ultérieurement, à l'examen bactériologique, des bacilles d'Eberth. On pratique un drainage.

André guérit.

Dans les faits précédents, le syndrome abdominal douloureux reconnaît pour cause des lésions intestinales, vésiculaires et péritonéales évidentes. Mais il y a des cas où le SYNDROME ABDOMINAL DOULOUREUX EXISTE SANS LÉSIONS LOCALES APPRÉCIABLES.

Les douleurs abdominales plus ou moins vives, les symptômes abdominaux et généraux plus ou moins intenses peuvent simuler la perforation intestinale et la péritonite.

On peut rencontrer plusieurs catégories de faits. D'une façon schématique le *syndrome abdominal douloureux est tantôt simple, tantôt grave, à forme péritonitique.*

Le SYNDROME SIMPLE peut être causé par une *entéro-colite intriquée* à la fièvre typhoïde.

Rilliet et Barthez, dans leur *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, en 1843, écrivent au sujet des douleurs abdominales : « D'ordinaire peu vives, nous les avons vues dans quelques cas rares très intenses, entre autres chez un enfant de onze ans qui mourut le vingt et unième jour ; dans ce cas la fièvre typhoïde était compliquée d'une entérite très grave ».

Dans *Les maladies des enfants*, en 1909, le professeur Hutinel écrit, avec M. Darré, que la colite n'est pas une complication très rare de la fièvre typhoïde, surtout avant huit ans, chez les enfants souffrant ou non d'une colite chronique. Alors les douleurs abdominales sont violentes et persistantes, le côlon est douloureux à la palpation, la diarrhée est abondante et dysentériforme.

Le SYNDROME GRAVE a été signalé par Rilliet et Barthez, dans la seconde édition de leur *Traité*, en 1853. « L'intensité de la douleur, dans quelques cas, donne, écrivent-ils, de sérieuses appréhensions sur l'invasion d'une péritonite ». Ils rapportent l'exemple d'un garçon de 11 ans, atteint d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité. Tout à coup surviennent d'atroces douleurs du ventre occupant plus spécialement l'épigastre ; les selles sont supprimées, le visage est profondément altéré ; mais il n'y a ni hoquets, ni vomissements, ni ballonnement exagéré du ventre. Les douleurs persistent avec des intermittences pendant trente-six heures ; une application de sangsues les fait disparaître.

Le syndrome grave se manifeste généralement pendant la deuxième ou la troisième semaine.

Le début en est rapide ou brusque. Surviennent des douleurs abdominales vives, des vomissements bilieux, porracés, souvent du hoquet. La température tombe brusquement de 39° ou 40° à 37°. Le facies s'altère rapidement ; les yeux s'excavent ; il y a une grande prostration, de l'adynamie. Le pouls est rapide, filant.

Généralement il y a de la diarrhée et celle-ci peut être verte.

Chez certains malades on découvre un érythème polymorphe.

Le ventre est météorisé, la douleur abdominale diffuse.

L'aggravation est, en général, rapide ; la mort survient dans le collapsus.

Le tableau clinique fait penser à une *péritonite par perforation*. En réalité, il s'agit d'une *fausse péritonite*.

Le diagnostic est très difficile.

D'une part, les symptômes peuvent être les mêmes ; d'autre part, dans la perforation et dans la péritonite les symptômes peuvent être frustes ou même manquer.

Cependant, dans les cas envisagés, la douleur et la défense musculaire peuvent être moins nettes, le météorisme moins progressif et moins marqué, la matité hépatique conservée, le thorax moins immobilisé.

Mais somme toute, ce ne sont que des nuances trompeuses.

L'apparition d'un érythème est un signe différentiel de valeur. Le Professeur Hutinel, en 1927, dans son livre sur *Le syndrome malin dans les affections de l'enfance*, écrit : « Deux fois j'ai été appelé pour décider de l'opportunité d'une intervention chirurgicale, la rapidité du début des accidents, la chute brusque de la température, la faiblesse du pouls et le facies grippé ayant fait craindre une perforation intestinale. La présence de l'érythème, la dépression, l'insensibilité de l'abdomen et l'évolution des accidents me permirent d'écarter ce diagnostic et de rattacher les manifestations observées à un syndrome malin dont l'érythème n'était qu'un signe révélateur ».

Pour certains auteurs, entre autres pour M. Paul Londe, qui étudié les *péritonites typhoïdiques* dans le *Nouveau traité de médecine* de Roger, Widal et Teissier les fausses perforations sont probablement dues à une péritonite ébauchée, à l'injection des vaissseaux sanguins et lymphatiques, à une « réaction péritonéale qui peut n'être qu'éphémère ».

Les autopsies et les laparatomies démontrent qu'il peut n'y avoir ni perforation, ni péritonite.

En ce qui concerne la *pathogénie* de ces syndromes douloureux, on est réduit à des hypothèses.

Le Professeur H. Roger, dans un mémoire sur *La fièvre typhoïde à forme hépatique*, publié par *La Presse médicale* du 28 février 1900, a tendance à les attribuer à *une dégénérescence graisseuse rapide et complète* du foie.

Certains en font une *myocardite typhique à forme cardio-péritonéale*.

Le Professeur Sergent, en fait une manifestation de *surrénalite aiguë*.

Pour le Professeur Hutinel, ces faits font partie du *syndrome malin*. Ils sont dus à l'atteinte du système vago-sympathique. Par leur brusquerie et leurs caractères, les accidents rappellent les manifestations anaphylactiques.

Somme toute, la pathogénie est inexpliquée.

Pour mémoire je vous signale comme cause du syndrome douloureux la *myosite du grand droit*, entraînant sa rupture et la formation d'hématomes.

***

Je voudrais résumer en quelques mots les faits que nous venons de passer en revue.

Pratiquement, l'apparition de douleurs abdominales spontanées ou provoquées chez un typhique, particulièrement chez un enfant, doit retenir l'attention.

Le syndrome abdominal douloureux peut être dû à une perforation de l'intestin, de l'appendice, d'un diverticule de Meckel de la vésicule biliaire, qui cause une péritonite.

Il peut survenir sans lésions du péritoine, de l'intestin, de l'appendice, de la vésicule, sans qu'on puisse découvrir de cause valable.

Camille est un exemple de fausse perforation de l'intestin. Son observation est particulièrement intéressante, parce que la laparatomie a montré l'absence de lésions appréciables.

L'importance de ces faits est grande, car une perforation de l'intestin ou d'un autre organe demande à être opérée d'urgence. Le problème thérapeutique est lié étroitement au problème diagnostique. En cas de doute, il est préférable d'intervenir.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Sur la longévité, la sénilité et la vieillesse

Grâce à son volume, intitulé : « Pour vivre cent ans » et dont la préface a été écrite au douzième jour de sa 99e année, M. Guéniot, le vaillant et sympathique membre de l'Académie de Médecine qui ne manque pas paraît-il une séance et qui résiste victorieusement aux conséquences fâcheuses et inévitables d'un âge avancé, donne un regain d'actualité à une vieille et poignante question. Depuis toujours, les mortels cherchent à reculer, jusqu'à l'âge de cent ans, sinon plus, l'issue fatale et, malgré tous les efforts, on doit reconnaître, sauf dans quelques cas exceptionnels, son impuissance. Mais l'espoir ne désarme point et nombreux sont ceux qui, à la veille de la mort, par trop prématurée, se croient à l'abri de la cruelle échéance.

Notre génération qui, — honneur peu enviable, — est celle de la guerre, participe, au débat engagé, avec intérêt, mais non en qualité de personnes intéressées. Les années écrasantes de la guerre et son lourd héritage comptent doublement et même plus, dans la vie des hommes, qui ne veulent, ne doivent et ne peuvent se faire aucune illusion sur les traces, laissées, dans leur organisme, par une lutte surhumaine, par des soucis persistants et par tant d'autres fines fleurs d'une existence trépidante, agitée et peu sûre du lendemain.

Peut-être ne cherchent-ils même pas, les représentants de l'époque moderne, échappés à la grande tourmente, à devenir centenaires, à prolonger une vie dont ils connaissent d'avance le développement étriqué, en raison d'une usure précoce ? On a vécu tant d'années sur les réserves, on brûlait, par la force cruelle des choses, la chandelle des deux bouts que la lumière pâle d'une flamme vacillante ne tente nullement les esprits désabusés. Certes, on peut conserver les pauvres restes, il est possible de continuer le fonctionnement d'une machine, quoique détraquée, mais les efforts dans ce sens n'animent point les énergies défaillantes.

La vitalité d'un être relativement plus ou moins épuisé ne se trouve pas toujours et forcément accrue après la lecture de volumes sur la longévité, car ce n'est pas la vie, en tant que phénomène biologique, qui préoccupe la victime de circonstances malheureuses, telles la guerre gagnée et la paix non encore conquise, mais le degré passable d'une joie de vivre éventuelle. Tandis que les uns parlent de vivre, les autres pensent à la tristesse de végéter.

Tandis que les uns comptent les années, arrachées à la mort, les autres passent en revue les poids lourds imposés qui s'accumulent et qu'il faut supporter sur un chemin traversé avec plus ou moins de patience et de philosophie, mais sans goût ni plaisir.

* * *

Il ne suffit pas de trouver, dans des écrits de vieillards, qu'ils soient illustres ou non, des préceptes ou des règles à la fois utiles et instructifs, dont l'adaptation permet d'escompter un certain nombre d'années de vie de plus. Nous voulons être renseignés aussi et surtout sur le genre de vie qui sera ainsi accordée. Sera-t-on comme une plante fragile sous le verre d'une serre ? Ou bien comme un malade qui ne vit qu'à force de soins et qui attend chaque jour le dernier coup de grâce ?

Les hommes âgés ont bien souvent de la préférence pour les chirurgiens ou, si l'on veut aussi, pour les dentistes. Non parce qu'ils ont foi dans une greffe miraculeuse ou dans un dentier puissant permettant une mastication parfaite, une utilisation merveilleuse des aliments, mais parce que ces deux praticiens n'admettent pas de situations équivoques. Le mal est enlevé et on n'en parle plus. Or, pour beaucoup déjà, après la quarantaine, la vie n'est qu'un long traitement symptomatique. Le vaisseau prend de l'eau par-ci, par-là, malgré les efforts méthodiques pour boucher les divers trous. Quelques capitaines trouvent un plaisir spécial — qu'ils disent — à ce genre d'exercice, mais certains sont heureux d'espérer un plongeon final et radical.

Tout le problème de longévité se trouve, ainsi, réduit à la notion de la vieillesse et de la sénilité. Devenir vieux : oui, mais sénile : oh ! non, mille fois non. Or les statistiques de maladies et l'expérience de chaque jour nous montrent qu'après 40 ans, des cas de décès par sénilité se rencontrent déjà. Et il suffit de jeter un coup d'œil autour de soi, de scruter les regards vides, d'échanger des idées dénuées de tout sens, de cotoyer la pauvre humanité qui craint l'action, qui fuit l'initiative et qui cherche le nirvana dans l'absence de toute réaction si peu forte soit-elle, il suffit, est-il permis de le dire avec tout le respect que l'on doit aux êtres diminués et pitoyables, de jeter un coup d'œil sur quelques tristes échantillons de la jeunesse flétrie et indifférente, de la maturité peureuse et stérile, enfin, de la sénilité chancelante et délabrée, pour glorifier la vie, mais nullement pour vouloir misérablement végéter, pour aspirer à la verte vieillesse, mais, en même temps, pour prendre en horreur ce supplice dégradant qu'on appelle la malheureuse sénilité, avec une pitié profonde mélangée parfois de mépris, douloureux et inconsciemment cruel.

G. Ichok.

Action de l'administration intraveineuse des sels calciques et magnésiens sur l'excitabilité neuro-musculaire périphérique. — Aux doses thérapeutiques, Ca et Mg, chez le chat décérébré ont une action similaire sur l'excitabilité des nerfs moteurs : élévation de la rhéobase et abaissement de la chronaxie (J.L. Wodon. *CR. de la Soc. de Biol.* 1931 n° 6, p. 462)

H. V.

L'hyperthyroïdisme serait très amélioré par l'ingestion de fluorure d'ammonium à deux pour cent : dix et jusqu'à vingt cinq gouttes dans du lait quatre fois par jour), d'après Goldemperg (*Journal des Praticiens,* 13 déc. 1930 p. 817). A. M.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 avril 1931

Phlegmon des gaines digitales. — *M. Cadenat* rappelle qu'il a préconisé il y a trois ans une seule incision palmaire qui lui avait paru suffisante pour drainer un panaris de la gaine d'un doigt du milieu.

Il insiste sur la douleur à distance comme excellent symptôme d'envahissement de la gaine et sur l'utilité de placer le membre en position verticale pour faciliter le drainage.

Oblitérations artérielles. — *M. Leriche* a vu 9 échecs sur 9 embolectomies : au total, il doit exister environ 34 succès d'embolectomie. L'artériectomie lui paraît surtout indiquée lorsqu'il importe d'aller ou que la paroi endothéliale est altérée.

Elle est encore à pratiquer si le malade est vu plus de 24 heures après l'embolie, ou si après extraction de l'embolus, le pouls ne réapparaît pas.

Dans les oblitérations par thrombose, l'artériectomie est aussi indiquée : ce sont les cas d'artérites thrombosantes mono-artérielles spontanées, les contusions artérielles avec thrombose, les suites de certaines ligatures. Dans la thrombo-angéite, par contre, l'artériectomie n'a aucune indication.

Large voie d'accès dans les lésions traumatiques du genou. — *M. Gernez* rapporte une observation de *MM. Hamant et Chalnot* (de Nancy) sur une observation de fracture de l'épine tibiale ; les auteurs ont enlevé le fragment osseux et ont eu un excellent résultat.

M. Gernez rapporte aussi un autre travail de *M. Duchamp* (de Lyon). Cet auteur a utilisé la voie décrite par G. pour faire une ablation totale du ménisque interne.

M. Mauclaire relate deux cas de fracture de l'épine tibiale et insiste sur les variétés de forme de cette épine.

M. Alglave préfère la voie médiane transrotulienne.

M. Picot, par l'incision de Gernez a pu faire facilement une synovectomie totale.

Greffe de nerf frais de chien pour une section du nerf radial. — *M. Gosset* rapporte une observation de *MM. Thalheimer et Blondin-Walther* (de Paris). — M. G. rappelle que sa statistique intégrale est de 66 % de guérisons complètes. Ce cas vient encore s'y ajouter. Il est à remarquer que le blessé n'a constaté les premiers signes de la récupération fonctionnelle que trois ans après la greffe. En principe la suture est préférable à la greffe ; néanmoins, lors d'une intervention pour plaie nerveuse, il faut avoir un chien tout préparé pour que, le cas échéant, on puisse prélever immédiatement une greffe vivante.

M. Aglave a vu un blessé traité par la suture pour une blessure du sciatique et chez qui sensibilité et motilité ne sont réapparues que dix ans après l'opération.

M. Thierry souligne la difficulté qu'il y a à dire au bout de combien de temps une lésion nerveuse est définitive.

M. Riche ayant libéré un nerf radial pris dans un cal, n'a vu de résultat qu'au bout d'un an.

Appendicite. — *M. J.-L. Faure* est heureux que M. Duval ait insisté de nouveau sur la nécessité d'un diagnostic précoce et d'une opération d'urgence dans l'appendicite aiguë. Il se sépare par contre de lui au sujet du drainage. M. J.-L. Faure montre, en dépouillant sa statistique depuis 1902, que l'emploi progressif du Mickulicz a amélioré ses résultats.

Enfouissement des moignons d'appendicectomie. — *M. Fiolle* (de Marseille) avait fait chez une femme de 34 ans une hystérectomie subtotale pour salpingite et une appendicectomie. Le moignon n'avait pas été enfoui. Six jours après, il dut réintervenir pour une occlusion et il trouva une adhérence d'une anse grêle au moignon appendiculaire. Guérison très simple.

BIBLIOGRAPHIE

Il « De Ægritudinibus infantium tractatus » di M. Leonello Faentino dei Vittori (Le traité des maladies de l'enfance de M. Leonello Vittori), par Paolo Galli, Sienne, S. Bernardino, 1929).

Cette étude, extraite de la *Rivista di Storia delle Scienze Mediche et Naturali* (janvier-février 1929), nous révèle un aspect inconnu du fameux maître, celui de pédiatre.

Leonello, descendant de l'illustre et antique famille des Vittori, était le fils d'un médecin célèbre, recteur de l'Athénée de Bologne ; sur son existence nous avons quelques données sûres, d'autres incertaines. La date de sa mort (5 janvier 1520) est établie par la pierre tombale de l'Eglise St-Dominique de Bologne. La date de sa naissance peut être fixée vers 1450. Docteur en philosophie et en médecine, il enseigna successivement la logique, la philosophie et la médecine à l'Athénée de Bologne.

Parmi les nombreuses œuvres du maître, le *De Ægritudinibus infantium tractatus* ne représente qu'un opuscule de 25 feuillets de deux pages ; Leonello développe les idées d'Avicenne et distingue 34 maladies ou syndromes morbides chez le nouveau-né ou le tout jeune enfant. Il existe un exemplaire de l'édition de 1557 à la Bibliothèque universitaire de Bologne mais la Bibliothèque Communale de Faenza possède un exemplaire bien connu de l'édition de 1548.

J. Lafont.

L'or, remède de tous les temps. Etude de l'évolution d'un médicament à travers les âges, par Pierre Gourbillon. (Thèse pharmacie Montpellier. Marseille, imprimerie Leconte, 1929.)

Travail historique et critique, qui suit l'usage de l'or depuis l'état brut jusqu'aux composés synthétiques de la chimie moderne.

La partie la plus curieuse est l'évocation d'une phase du glorieux passé de l'Université montpelliéraine, son rôle dans l'emploi de l'or en médecine pendant la première moitié du dix-neuvième siècle ; la grande figure de Chrestien est puissamment évoquée.

Jean André Chrestien, né à Sommières (Gard) le 2 juin 1758, publia en 1811 son ouvrage : *De la méthode iatraleptique... et observations sur un nouveau remède dans le traitement des maladies vénériennes et lymphatiques.* Ce remède était l'or, qu'il expérimentait en secret depuis plusieurs années.

L'impression fut énorme sur le monde savant. Duportal et Pelletier rendent hommage à la valeur du traitement à la Société de Pharmacie de Paris. De tous côtés on essaie la méthode de Chrestien : Samuel Mitchill à New-York, Fulvio Gozzi à Bologne, Risueno à Carthagène, Girardot à Varsovie, Desbassins à l'île Bourbon.

Ce concert de louanges unanimes fut bientôt troublé par des notes discordantes ; il y eut des constestations, des discussions, des polémiques. Chrestien vieillissait ; Bourquenod, son gendre et A. T. Chrestien, son neveu, continuèrent la lutte ; Legrand, d'Amiens, devenait le champion de la méthode aurique. Rien n'y fit ; la vogue commençait à décliner.

Jean André Chrestien mourait en 1840, ayant échoué. Charrière fabriquait en 1852 la première seringue *pour Pravaz de Lyon*, qui mourait l'année suivante, tué par l'insuccès et victime de son esprit inventif, comme il convient.

J. Lafont.

La thérapeutique des péchés capitaux (gourmandise, paresse, luxure). Deuxième édition revue et augmentée, par le Dr Laumonier. Un volume de 196 pages. Le François, éditeur, Paris 1931.

Le Dr Laumonier, qui a fait autrefois des cours très remarqués à l'Ecole de psychiatrie, s'est attaché à rechercher les troubles viscéraux et endocriniens qui peuvent exister chez les passionnés et à déterminer le rôle qu'ils jouent dans leur passion. Grâce à une observation méthodique et minutieuse des faits, grâce à des examens cliniques aidés de tous les moyens de laboratoire, et grâce aussi à des résultats thérapeutiques, il est arrivé à une conception originale de la pathogénie des passions. La première édition de cet ouvrage a été rapidement épuisée : l'auteur en donne une seconde, dans laquelle il introduit des modifications nécessitées par les progrès réalisés récemment dans le domaine de la psychophysiologie et de la psychiatrie, notamment en ce qui concerne le mécanisme des psychonévroses. On tend en effet actuellement à abandonner la notion incompréhensible d'affections névrotiques sans lésions matérielles et par conséquent à donner aux troubles organiques toute l'importance générique qu'ils méritent. Dans cette édition cette manière de voir est considérablement renforcée. Il n'échappe à personne que cette conception intéresse à la fois le médecin et le sociologue. Les passions sont en relation avec les maladies sociales et la thérapeutique individuelle est fatalement une introduction à la thérapeutique sociale.

Dans ce volume sont envisagées la gourmandise, la paresse et la luxure. Souhaitons un deuxième livre où les autres péchés capitaux seront étudiés.

M. Laumonier a un style clair, précis, alerte ; c'est un plaisir de lire un ouvrage où la partie scientifique est aussi agréablement exposée.

G. P.-B.


OVAIRE
corps jaune
Follicule
THYROÏDE
LA MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE
CHOAY
OPOTHÉRAPIE SIMPLE
OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE : SYNCRINES
EXTRAITS TOTAUX (Poudres d'Organes) Cachets Comprimés
EXTRAITS INJECTABLES en solution aqueuse Ampoules stérilisées
POST-HYPOPHYSE
LABORATOIRES CHOAY. 48, rue Théophile Gautier. PARIS (XVIe)


Résultats remarquables :
DÉFICIENCES - CARENCES - DÉNUTRITIONS
TUBERCULOSE
INJECTIONS SOUS-CUTANÉES TOUS LES 3 A 5 JOURS
DE
BAKOLYSE
CRÉATININE et ACIDES AMINÉS
EN BOITES DE 10 AMPOULES DE 2cc
LABORATOIRES SAUVIN
122 RUE DU CHERCHE-MIDI
PARIS (VIe)
TÉLÉPHONE FLEURUS 18-00
CHÈQUES POSTAUX PARIS 810-16

M. F... remarque que les trois cas d'occlusion par adhérence du moignon appendiculaire qu'il a observés se sont produits après appendicectomie par voie médiane.

Il est possible que les microtraumatismes des anses grêles par les champs intestinaux n'y soient pas étrangers. Aussi, dans ces cas, est-il d'avis d'enfouir.

Séance du 22 avril 1931

Occlusion par volvulus du cæcum et hernie de l'hiatus de Winslow. — *M. Aigrot* (de Lons-le-Saunier) rapporteur : *M. Alglave*. — Les deux premières observations ont trait à un volvulus du cæcum. Le premier cas était un volvulus iléo-colique et M. A. dut intervenir 24 heures après le début dans une situation très alarmante et il fut obligé de faire une résection de tout le segment iléo-cæcal. Le deuxième cas a trait, à l'opposé, à un cas de volvulus cæco-colique. Cette variété est incontestablement moins grave, puisque M. A. n'est intervenu que trois jours après le début et fait borner son intervention à une simple détorsion.

La troisième observation de M. A. concerne un malade qu'il vit 24 heures après le début des accidents. Il fit le diagnostic d'occlusion intestinale. A la laparotomie, il vit qu'il s'agissait d'une hernie de l'hiatus de Wirslow. Il dilata facilement le collet au doigt ; l'anse herniée put être conservée. Guérison. Il est à noter que le duodénum présentait une cicatrice étoilée blanchâtre.

Le voisinage direct de cet ulcus est un fait intéressant à noter.

Pneumatose kystique du grêle. — *M. Hertz* ; rapporteur : *M. Moulonguet*. — Il s'agit d'un malade de 29 ans qui présente des troubles gastriques avec une hématémèse il y a trois ans. Il existe radiologiquement une sténose pylorique assez serrée.

A la laparotomie, on découvre une masse spongieuse qui recouvre l'intestin grêle dans sa presque totalité.

Les kystes sont petits, les plus gros du volume d'une cerise. Il existe un ulcère duodénal juxta-pylorique que l'on traite par gastro-entérostomie, sans que l'on touche aux kystes. Guérison qui persiste trois ans après malgré la nature microbienne probable de l'affection, il faut être résolument abstentionniste.

A propos du bactériophage. — *M. Lapointe* a traité un jeune homme de 20 ans atteint d'une ostéo-périostite de l'extrémité inférieure du 5e métacarpien gauche avec abcès et arthrite suppurée métacarpophalangienne et avec un foyer analogue au niveau de la tête cubitale coexistant avec une propagation avec l'articulation radio-cubitale inférieure. L'allure était subaiguë, la température à 38°. Quatre injections de staphyphage dans chacun des foyers, après ponctions évacuatrices, firent tout disparaître en 15 jours, et 3 mois après, la guérison était maintenue.

M. L. Bazy insiste sur le fait que le bactériophage ne met pas en jeu le développement de l'immunité mais agit par la réaction entre un antigène et des anticorps ; son action peut donc avoir des effets soudains.

Cependant on comprend que, si la réaction est trop forte, cette action puisse présenter des dangers.

M. Sauvé ne peut admettre l'identité du lysat bactériophagique avec des lysats microbiens.

Il est cependant d'accord sur le danger de la vulgarisation hâtive de la méthode bactériophagique.

M. Picot apporte aussi une observation où une arthrite suppurée du genou gauche fut traitée et guérie par des ponctions et des injections intra articulaires de bactériophage. Un autre cas d'arthrite suppurée de l'épaule ne fut, par contre, pas améliorée et il dut faire une arthrotomie.

Cardiospasme. — *M. Delbet* présente un homme qu'il a opéré pour un cardiospasme par voie abdominale, en détachant l'œsophage de l'orifice diaphragmatique et en abaissant progressivement l'œsophage thoracique. En incisant couche par couche la musculeuse de l'organe, il y fit une petite perforation. Suture facile. Guérison.

Laminectomie lombo-sacrée pour maux perforants plantaires. — *M. Delbet* presente un malade qu'il a gueri presque complètement.

G. MENEGAUX.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 1er mai 1931

Un cas de leucémie lymphatique à forme splénique chez un enfant de 15 ans. — *MM. Robert Debré, Maurice Lamy* et *A. Busson* relatent l'observation d'un enfant de 15 ans, chez lequel l'augmentation énorme du volume de la rate, une hépatomégalie discrète, un épanchement pleural gauche, une anémie notable et l'absence presque complète d'adénomégalie évoquaient d'emblée le diagnostic de leucémie myéloïde. Il s'agissait en réalité d'une forme particulière de leucémie lymphoïde, les examens de sang ayant décelé l'existence de 450.000 leucocytes par mm. cube, avec une proportion de lymphocytes qui atteignait 98 %.

La maladie évolua en quelques mois vers une terminaison mortelle, malgré l'institution d'un traitement radiothérapique. A l'autopsie, on constata une infiltration massive de la rate et de presque tous les viscères par des cellules lymphocytaires. Le thymus et le tissu cellulaire du médiastin étaient envahis par un véritable lymphome diffus. Il existait donc deux foyers principaux, l'un splénique et l'autre thymo-médiastinal, particularité qui ne semble avoir été relevée dans aucune des observations précédentes. Nulle part les ganglions lymphatiques n'étaient augmentés de volume.

Les auteurs, passant en revue les observations antérieures qui s'élèvent à une vingtaine environ, insistent sur l'autonomie véritable de cette forme de leucémie. L'hypothèse que certains invoquent, pour expliquer l'absence d'intumescence ganglionnaire, involution sénile, ou sclérose post-inflammatoire, ne mérite pas d'être retenue. Dans le cas publié, les ganglions examinés ne portaient aucune trace de sclérose.

Le traitement actuel de la diphtérie. — *M. Lereboullet* vient appuyer les conclusions récentes de *MM. Debré, Ramon* et *Thiroloix* sur la valeur du sérum antitoxique. Il insiste avec eux sur la gravité de l'épidémie de diphtérie qui sévit depuis 1926, montre la fréquence des cas dans lesquels l'intoxication d'abord latente est déjà très marquée lors du premier examen clinique et l'impossibilité de fixer la date du début. Il rappelle que tous les essais de sérum antimicrobien ont démontré l'efficacité au moins égale du sérum antitoxique classique. Il montre que la précocité de la sérothérapie à doses suffisantes est la condition nécessaire de l'action thérapeutique et signale les bons effets que lui a donné récemment l'emploi du traitement antimicrobien local par l'instillation nasale d'arsenicaux (novarsénobenzol et acétylarsan) joint à la sérothérapie.

M. Weill-Hallé conclut avec les auteurs précédents à l'efficacité du sérum antitoxique habituellement employé, ainsi qu'à l'utilité de la vaccination antidiphtérique. Il a pu obtenir de bons résultats dans les cas graves, en associant à la sérothérapie intramusculaire et sous-cutanée, les injections intraveineuses de sérum qui n'ont jamais causé d'accidents.

MM. Lesné et *Marquézy* ont observé dans ces dernières années une recrudescence d'angines malignes qui se sont montrées plus meurtrières que le croup.

M. Debré pense que la question des infections associées à la diphtérie est difficile à résoudre. Il croit qu'elles jouent un grand rôle dans la recrudescence des formes graves et ajoute que telle est aussi l'opinion de ceux qui associent au sérum antidiphtérique les injections de sérum anti streptococcique et antipneumococcique.

Herpès consécutifs à la vaccination antityphique. — *M. H. Gounelle* relate les observations d'herpès facial apparus chez 70 sujets, six jours après une vaccination antitypho-paratyphique, sur 320 recrues qui avaient été vaccinés le même jour.

Cette constatation tend à établir que l'ultra-virus herpétique existe très couramment sous forme saprophytique chez l'individu bien portant.

Herpès hémorragique. — *M. H. Gounelle* rapporte l'histoire d'un herpès compliqué d'un syndrome de dyscrasie sanguine (hémorragies intra-vésiculaires, purpura, fragilité vasculaire). L'ultra-virus herpétique serait ainsi susceptible, dans certaines conditions, d'acquérir tout comme le virus encéphalitique, des propriétés hémorragipares.

Etude des rapports entre la monocytose sanguine et le tissu réticulo-endothélial à propos d'un cas d'endo-

thélite généralisée. — MM. Debenedetti et **Florentin** rapportent l'observation d'un homme qui paraissait cliniquement atteint de cancer hépatique. Après nécropsie, l'examen histologique des organes abdominaux révèle, en l'absence de toute formation néoplasique, l'existence d'une endothélite diffuse.

Comme, d'une part les auteurs ont saisi, sans aucun artifice, la libération des cellules endothéliales et leur migration dans le sang, sous l'aspect de monocytes et comme d'autre part il existait une hypermonocytose sanguine, ils considèrent que cette observation vient à l'appui de la théorie réticulo-endothéliale de l'origine du monocyte dont Pr. Merklen et ses élèves sont, en France, les principaux protagonistes.

Epilepsie chez une cardiaque ou épilepsie cardiaque. — *M. C. I. Urechia* (Chij, Roumanie) relate l'observation d'une femme de 39 ans, atteinte d'une sténose mitrale ancienne et méconnue, et arrivée depuis deux ans à une phase de décompensation. Depuis ce moment, elle présente de rares accès d'épilepsie nocturne et des équivalents. On note chez elle une tétanie fruste intermittente, et l'on a observé une crise de tachycardie et des extrasystoles transitoires. L'auteur pense qu'il s'agit d'une épilepsie d'origine cardiaque, par troubles de la circulation cérébrale chez une malade spasmophile.

Sur un cas mortel de fièvre bilieuse hémoglobinurique. — *MM. A. Lumière* et ***Maurice Rudolf*** rapportent l'histoire d'une femme arrivée depuis deux années à Paris, venant de l'Afrique occidentale française, qui succomba en 3 jours au milieu d'un syndrome d'ictère hémolytique aigu avec hémoglobinurie.

Cette femme avait eu en Afrique quelques accès de paludisme, d'ailleurs peu intenses et quatre accès depuis son retour à Paris. Il s'agit donc très vraisemblablement d'une fièvre bilieuse hémoglobinurique. L'évolution de cette maladie a été particulièrement insidieuse, l'appareil fébrile qui l'accompagne habituellement ayant fait défaut.

Le processus hémolytique n'a pas été déclenché par un accès paludéen, car la recherche de l'hématozoaire dans le sang pendant la vie et dans les organes après la mort est restée négative.

On ne peut non plus incriminer la quinine, la dernière prise d'une dose isolée de 0 gr. 25 de ce médicament ayant eu lieu 15 jours avant l'apparition du syndrome hémolytique.

Il est plus probable que la cause occasionnelle de ce syndrome a été le froid, chez cette femme impaludée. Elle est arrivée à Paris en mars et a succombé au milieu d'un mois de mai particulièrement inclément.

L'examen histologique a permis de constater dans les capillaires sanguins du foie de nombreuses granulations hémoglobiniques dont l'élimination par les tubes sécréteurs du rein, d'ailleurs presque partout remarquablement conservés, apparaît nettement sur les coupes.

Tuberculose articulaire subaiguë d'allure rhumatismale. — *MM. F. Bezançon, Etienne Bernard, Oumansky* et ***Gaucher*** rapportent l'observation d'une femme de 22 ans qui a présenté à l'âge de 10 ans une trochantérite à évolution chronique et fistulisée, à 20 ans une poussée de rhumatisme polyarticulaire dont la nature demeura indéterminée, enfin à 22 ans une arthropathie du genou gauche d'évolution subaiguë. Celle-ci apparut d'abord du type « rhumatisme pseudo-infectieux ».

L'hydarthrose, l'absence de lésions osseuses, la négativité des réactions sérologiques de la tuberculose, une gono-réaction légèrement positive, plaidaient en faveur de la blennorragie. Mais l'hydarthrose se transforma en pyarthrose. Une ponction exploratrice ramena un liquide puriforme qui tuberculisa le cobaye. Une intradermo-réaction à la tuberculine provoqua non seulement une réaction générale, une réaction locale très positive, mais encore une réaction focale importante au niveau du genou atteint et plus modérée au genou opposé. La réaction synoviale se maintient longtemps sous ce type particulier de liquide puriforme.

Les auteurs estiment qu'il faut rattacher à la même cause, la tuberculose, les diverses manifestations présentées par la malade, et en particulier la polyarthrite d'allure rhumatismale survenue il y a deux ans.

M. Léon Bernard demande à M. Bezançon si dans les cas analogues qu'il a pu déjà observer, il a pu constater une amélioration sous l'effet du traitement par le salicylate de soude.

M. Bezançon répond que toutes les formes de polyarthrite rhumatismale aiguë, surtout quand elles sont arthralgiques, réagissent bien au salicylate, quel qu'en soit l'agent étiologique. Par contre, l'action du médicament est nulle dans les formes subaiguës ou d'évolution encore plus lente.

A ce propos, il rappelle avoir déjà soutenu que le salicylate n'est pas un médicament spécifique de la maladie de Bouillaud qu'il ne guérit pas, et que son action est surtout analgésique.

M. Coste a remarqué souvent l'existence d'une gono-réaction positive dans les rhumatismes non blennorragiques.

M. Rist pense que c'est chez l'enfant et l'adolescent qu'on peut le mieux juger de l'effet du traitement salicylé dans le rhumatisme. Il oppose l'action admirable du salicylate de soude dans la maladie de Bouillaud à son inefficacité absolue dans le rhumatisme gonococcique.

Il croit, contrairement à M. Bezançon, que le traitement par le salicylate n'est pas purement symptomatique et il n'en veut pour preuve que la disparition à peu près complète des formes du rhumatisme cérébral, et de cachexie rhumatismale qu'on n'observe plus depuis que Germain Sée préconisa en France le traitement salicylé dans le rhumatisme articulaire aigu.

M. Laubry fait remarquer que dans quelques cas de rhumatisme cardiaque — mais non dans tous — le salicylate agit remarquablement bien, alors qu'on ne peut plus rien attendre des tonicardiaques.

M. Debré ne croit pas que le salicylate ait une action spécifique, car il n'agit jamais à titre préventif. Le fait que les arthrites cèdent ou non au salicylate ne permet pas de préjuger de la nature rhumatismale ou pseudo-infectieuse de l'affection.

M. Bezançon reste convaincu de l'action extrêmement utile du salicylate de soude dans le rhumatisme. Il pense néanmoins que d'autres manifestations articulaires que celles de la maladie de Bouillaud sont favorablement influencées par le médicament, mais seulement dans leur forme de polyarthrite. Il dénie au salicylate qui ne prévient pas les lésions cardiaques et ne les guérit pas, toute action specifique.

Michelle VALENTIN.

Revue des Thèses

Contribution à l'étude des hémiplégies au cours de la puerpéralité. (A propos de six observations), par le Dr Laurent AUBERT. (*Thèse de Lyon*, mars 1931, 60 p. *Bosc. et Riou, imprim.-éd.*)

L'A. conclut :

I. — Nous avons réuni six observations d'hémiplégies survenues au cours de la grossesse et pendant les suites de couches. A la lumière de ces faits nous avons essayé de réaliser une étude d'ensemble des hémiplégies au cours de la puerpéralité. On est conduit, lorsqu'on étudie cette question, à distinguer très nettement les hémiplégies de la grossesse de celles survenant au cours du travail et pendant les suites de couches.

II. — Au cours de la grossesse on observe des hémiplégies qui peuvent reconnaître les causes suivantes :

a) Cardiopathies : il s'agit d'embolie chez une femme présentant un rétrécissement mitral et plus rarement d'embolie au cours d'une endocardite infectieuse.

b) Syphilis : il s'agit habituellement, de ramollissement par thrombose, mais nous rapportons deux observations d'hémorragie cérébrale chez des hérédo-syphilitiques probables.

c) Hypertension ou azotémie au cours des néphrites : la question se pose de savoir si on peut faire rentrer dans ce cadre certaines formes cliniques d'albuminurie gravidique.

Il ne semble pas que la grossesse soit susceptible de créer une néphrite hypertensive ou une néphrite hyper-azotémique sans que le rein de la malade n'ait été touché avant la période puerpérale par un processus infectieux ou toxique.

D'autres facteurs exceptionnels ont été invoqués, telle l'artérite cérébrale au cours d'une toxémie gravidique. Aucune observation certaine n'a été rapportée, il s'agit presque toujours, dans de tels cas, de syphilis.

En somme, pour les hémiplégies survenues au cours de la grossesse, celle-ci joue un rôle de facteur prédisposant ou occasionnel. Il ne semble pas qu'il existe vraiment des hémiplé-


CHLORO-CALCION
SOLUTION STABILISÉE, RIGOUREUSEMENT DOSÉE, DE CHLORURE DE CALCIUM CHIMIQUEMENT PUR
80 gouttes ou ½ cuiller à café = 1gr. Ca Cl²
Recalcifiant
Hémostatique
Déchlorurant
DIRECTEMENT
ASSIMILABLE
Littér. Echant. LABORATOIRE MICHELS
9, Rue Castex – PARIS

gies gravidiques : on doit parler d'hémiplégies au cours de la grossesse.

III. — Les hémiplégies survenant au cours du travail reconnaissent des causes identiques à celles qui surviennent au cours de la grossesse, avec cependant un facteur occasionnel supplémentaire, qui est l'hypertension transitoire, qui physiologiquement accompagne l'accouchement et qui peut être la cause déclenchante d'une hémorragie cérébrale en puissance.

A propos de ces hémiplégies survenant au cours du travail, il faut parler des hémorragies cérébrales liées à l'éclampsie puerpérale ; il s'agit là de faits bien connus qui paraissent devoir être rapportés à l'hypertension et peut-être à l'action directe sur les vaisseaux du poison éclamptique.

IV. — Pendant les suites de couches on peut voir des hémiplégies : celles-ci sont de toutes les plus intéressantes parce que certaines d'entre elles paraissent véritablement en rapport avec l'état puerpéral.

a) Au cours des suites de couches, certaines hémiplégies reconnaissent des causes identiques à celles que nous avons vu à propos de la grossesse.

b) Une endocardite infectieuse en rapport avec une infection puerpérale survenue chez une cardiaque est une cause relativement fréquente d'hémiplégie dans le *post-partum*.

c) Des hémiplégies par ramollissement, dues à une thrombose des artères cérébrales, peuvent s'observer : rarement au cours d'une septicémie ; plus souvent semble-t-il, au cours d'une thrombo-phlébite suppurée. Dans de tels cas il s'agit soit du passage d'un embol infectant dans la grande circulation, grâce à la persistance du trou de Bokal, soit beaucoup plus souvent, semble-t-il d'une simple embolie microbienne, sans substratum anatomique vrai, qui réussit à franchir les capillaires pulmonaires.

Réflexion à propos de quelques cas de pleurésie tuberculeuses coïncidant avec la puerpéralité, par le Dr Jean PERRODIN. (*Thèse de Lyon*, mars 1931, 63 p., *Bosc et Riou imprim.-éd.*)

L'auteur conclut :

I. — La pleurésie tuberculeuse a été rarement signalée pendant la grossesse : nous ajoutons aux cas publiés, dix-sept observations.

II. — Nous n'avons trouvé aucune observation, aucun document sur la pleurésie hémorragique et sur la pleurésie purulente tuberculeuse de la grossesse.

III. — La grossesse n'a pas d'influence sensible sur la symptomatologie et la durée de l'épanchement.

IV. — Nous avons relevé un cas d'avortement et sept nés prematurés. L'interruption de la gestation paraît donc fréquente quand une pleurésie tuberculeuse évolue au cours de la gestion.

Il ne semble pas que cette interruption soit specialement conditionnée par l'abondance de l'épanchement.

V. — Le pronostic maternel doit être réservé, nous avons sur dix-sept cas relevé deux morts et trois aggravations dans les deux mois du *post-partum*.

VI. — Une grossesse s'est terminée par un avortement, dans un autre cas nous ne connaissons pas le sort de l'enfant.

Sur les quinze enfants, huit sont nés à terme, sept prématurés dont quatre débiles. Sur ces quatres débiles : deux ont succombé rapidement, un au seizième mois. Les quatre autres prématurés et les enfants nés à terme se sont développés normalement.

Considérations sur la diphtérie à Lyon du 1er janvier 1927 au 1er novembre 1930 d'après les observations hospitalières, par le Dr Marceau MARIÈS. (*Thèse de Lyon*, 1931, 53 p., *Bosc et Riou impr.-éd.*)

La diptérie, à Lyon comme dans d'autres grandes villes de France, paraît en recrudescence marquée, à la fois en nombre et en gravité des cas.

La statistique que nous apportons n exclut aucun cas, la mort fût-elle survenue quelques heures après l'entrée à l'hôpital. Ce n'est pas, comme tant d'autres, une satistique rectifice, à laquelle on pourrait faire dire ce qui n'est pas toujours exact.

De nos recherches il résulte que la mortalité est d'autant plus élevée que le traitement a été plus tardif. Le coryza du nourrisson dans les six premiers mois, lorsqu'il frappe des débiles, entraîne une très forte mortalité.

La gravité des angines diphtériques communes est surtout l'œuvre du croup avec broncho-pneumonie.

Les angines diphtériques malignes aboutissent très souvent à la mort, avec une atteinte multiple des viscères, mais au premier rang, des reins, se traduisant par une azotémie élevée, avec cylindrurie, et toute une série de manifestations cliniques, et aussi des surrénales.

La vaccination antidiphtérique par l'anatoxine, pour si précieuse et recommandable qu'elle soit, ne met pas à l'abri d'une façon absolue, de toute infection diphtérique, même maligne.

Les dyskératinisations épithéliomateuses, par le Dr Jean ROUSSET, ex-interne des hôpitaux de Lyon. (*Thèse de Lyon*, 598 p. *Masson et Cie, éditeurs*.)

L'auteur conclut :

On peut séparer du groupe des maladies dites dyskératosiques ou plus communément *dyskératoses* deux affections : la maladie de Paget et la maladie de Bowen, qui ont entre elles des affinités cliniques et histologiques telles, que dans certaines de leurs localisations, le diagnostic entre les deux est, sinon impossible, tout au moins très difficile.

Ces deux maladies dites classiquement précancéreuses sont en réalité d'emblée des épithéliomas cutanés. Mais ce sont des formes particulières du cancer de la peau.

Nous proposons donc de les désigner par le terme de *dyskératinisations* épithéliomateuses pour marquer le caractère qui a d'abord frappé les observateurs : la dyskératose ou mieux la *dyskératinisation* qui est le fait le plus saillant à l'examen histologique.

L'étude de leur évolution, celle de la structure microscopique des lésions, celle de la structure normale de certaines régions du corps qui sont leurs lieux d'élections, nous incitent à penser que dans les deux affections qui constituent ce groupe, le point de départ du cancer est le même.

Le développement se fait à partir des glandes sébacées, non annexées à un follicule pileux, glandes qui sont spéciales à certaines régions dans lesquelles on trouve même chez les sujets âgés, des aspects histologiques spéciaux qui rappellent la dyskératose observée dans les dyskératinisations épithéliomateuses. On ne peut admettre ni pour l'une, ni pour l'autre des deux affections l'hypothèse de l'émigration intra-épidermique de cellules cancéreuses venues d'un néoplasme sous-jacent. L'étude des localisations extra-mammaires de la maladie de Paget. de même que celle des formes muqueuses de la maladie de Bowen, infirment cette hypothèse.

Elle est également contredite par l'examen histologique de l'envahissement épidermique par cancer sous-jacent. Les aspects observés dans ce cas sont totalement différents.

Les modifications observées dans l'épiderme et qu'on a prétendu être des envahissements épidermiques par des cellules issues d'un cancer sous-jacent sont des aspects normaux de l'épiderme de certaines régions.

Ce sont ces aspects en apparence anormaux, mais en réalité normaux de l'épiderme d'après ce que nous venons de dire, ou bien le point de départ spécial du néoplasme qui donnent aux lésions des dyskératinisations épithéliomateuses, leur aspect histologique si particulier.

L'épithélioma pagetoïde, cliniquement voisin des dyskératinisations épithéliomateuses et qu'on a tenté de leur rattacher est un épithélioma baso-cellulaire. Il appartient donc à un autre groupe de cancers de la peau.

La conclusion pratique est qu'en présence d'une dyskératinisation épithéliomateuse, on doit appliquer immédiatement le traitement le plus efficace des cancers de la peau : la radiothérapie. Le traitement doit être d'autant plus précoce que la localisation est plus voisine d'une glande sous-jacente d'origine épidermique. Le maximum de gravité s'observe au sein dans la maladie de Paget du mamelon.

Action des extraits préhypophysaires de bœuf sur le poids du thymus du jeune canard. — JOS. SCHOCKAERT (de Louvain) a constaté qu'une injection d'extrait de lobe antérieur d'hypophyse de bœuf à des jeunes canards, répétée quatre à huit jours, amène une diminution notable du poids des lobes thymiques. (*Soc. belge de biologie*, séance du 27 septembre 1930.)

H. V

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

La défaillance ventriculaire gauche et son traitement. (Dr Ed. Athon, *Journal des Praticiens*, 12 avril 1930, n° 15.)

L'auteur, après avoir exposé les difficultés du traitement de l'insuffisance ventriculaire gauche, fait remarquer que la coramine peut être substituée à la digitaline dans les cas où celle-ci risque d'être dangereuse. La coramine complète aussi l'action de la digitaline pendant les périodes de cessation du médicament.

Il recommande par voie buccale des doses de 30 à 80 gouttes par 24 heures en trois prises, et par voie sous-cutanée , deux ampoules de 1 cmc.

La grande maniabilité de la coramine permet d'ailleurs d'adapter facilement sa posologie à la gravité du cas et à l'intensité des effets à obtenir.

Le traitement des arythmies. (Dr B. Derecq, *Gazette des hôpitaux*, 23 avril 1930, n° 33.)

Toutes les arythmies ne sont pas, dit l'auteur, également graves ; il en est même beaucoup de bénignes pour lesquelles la thérapeutique est pour ainsi dire inexistante.

Mais il en va tout autrement pour d'autres troubles arythmiques comme le flutter auriculaire, l'arythmie complète, le bigéminisme et les blocs auriculo-ventriculaires, avec ou sans syncopes.

Digitale, sulfate de quinidine, coramine, sont les trois médicaments à mettre en œuvre dans ces différents troubles du rythme cardiaque. Mais il importe de ne manier la digitale qu'avec beaucoup de doigté, car, dans certains cas, elle peut être la cause de troubles pré-fibrillatoires et de bigéminisme. La coramine est alors indiquée car elle soutient la fibre myocardique, sans apporter aucune substance toxique. La ligne de conduite thérapeutique peut être ainsi tracée : l'arythmie complète relève d'abord de la digitale ; si celle-ci amène des troubles cardiaques, la quinidine interviendra pour régulariser le rythme; si, au contraire, la digitale n'amène que peu de sédation des troubles cardiaques, et à plus forte raison, si elle paraît amorcer du bigémnisme, la coramine intervient utilement et efficacement. Elle est encore plus indiquée dans les blocs, où la digitale est formellemnt contre-indiquée : on fera alors le traitement combiné adrénaline-coramine.

Manifestations pubertaires, pré et post-pubertaire d'hypoplasie orchitique. (A. Savigny, *Les Sciences médicales* du 30 juin 1930.)

La période pubertaire soumet les jeunes organismes à un effort d'adaptation entraînant fréquemment des troubles fonctionnels plus ou moins marqués. Aussi arrive-t-il que cette évolution se trouve entravée, si non inhibée par différents facteurs d'origine héréditaire le plus souvent qui font que le jeune garçon garde le type infantile et n'effectue pas sa transformation virile, que le sujet reste chétif et grêle ou qu'une adiposité excessive se substitue au développement musculaire.

Les fonctions intellectuelles sont concomittament troublées : puérilité persistante, apathie intellectuelle, inaptitude au travail cérébral.

Un traitement opothérapique bien conduit peut donner d'excellents résultats : la thyroïde, et l'hypophyse seront parfois indiquées. Plus souvent encore et d'une façon plus générale l'opothérapie spermatogénétique par l'androstine, très puissante dans de tels cas et qui a donné à l'auteur de très beaux succès, de véritables transformations somatiques et psychiques dont plusieurs observations citées dans ce travail donnent une idée très précise.

La fonction calcipexique. (A. Savigny, *Paris médical*, 26 juillet 1930.)

La question de l'assimilation et de la fixation du calcium dans l'organisme est une des plus importantes qui soient au point de vue de la prophylaxie et de la guérison de beaucoup d'affections.

L'auteur établit que cette fixation est sous la dépendance d'une véritable fonction — qu'il dénomme la fonction calcipexique — et qui correspond, non pas à une fixation arbitraire en quelque sorte du calcium, mais pour une fin physiologique précise : accroissement du squelette ou réparation de ses traumatismes, isolement des foyers microbiens, maintien de l'équilibre acido-basique, etc....

La fonction calcipexique ainsi envisagée, peut être troublée dans son processus ; elle peut être déficiente, inhibée ou exaltée. Les endocrines, les sympathique, les vitamines, les radiations ultra-violettes représentent les facteurs primordiaux de ses fluctuations.

Deux éléments associés en occupant le premier plan : le phosphore et le calcium. De leur assimilation et de leur désassimilation dépend la régularisation de la fonction. Ses troubles peuvent être divisés en anaboliques, par destruction massive des réserves calciques, et en cataboliques, par insuffisante assimilation du calcium : ils s'observent surtout dans le rachitisme, au cours de la grossesse, dans les infections (tuberculose en particulier), dans les déficiences endocriniennes, associées souvent aux troubles du système nerveux végétatif. La fonction calcipexique, insuffisante ou déviée, peut-être améliorée par les apports vitaminiques, l'héliothérapie, la reminéralisation phosphocalcique. On utilisera dans ce but, chez l'adulte, les extraits phosphatés végétaux (phytine), une endocrinothérapie adéquate à chaque cas, certains végétaux riches en calcium ; chez l'enfant rachitique, on utilisera l'ergostérol irradié, associé au phosphore suivant le précepte d'Armand Delille, en recourant aux préparations exactement dosées et ne donnant pas lieu à intolérance, telle que, par exemple, le fortossan irradié. Chez l'adulte et le vieillard, le régime et la médication doivent tendre à favoriser la résorption des exsudats et leur élimination par voie rénale : le régime hypoazoté, fruitarien, les cures hydrominérales dissolvantes trouvent alors leur indication.

Spasmes artériels d'origine pyramidale, auto-observation comuniquée par le Dr L. (*Le Courrier médical*, n° 45 du 9 novembre 1930.)

L'action de l'androstine sur l'urée et la cholestérine sanguines a déjà été signalée par divers auteurs et dans une comunication à l'Académie de Médecine (3 juillet 1928), MM. Pouchet, Guy-Laroche et Faillie mentionnent la diminution du taux de ces éléments, lorsqu'ils sont en excès dans le sang, sous l'influence d'un traitement par l'extrait spermatogénétique.

L'auteur, par son auto-observation, apporte une confirmation de ces faits : avant le traitement, urée 0 gr. 72, cholestérine, 2 gr. ; après le traitement, urée 0 gr. 38, cholestérine 1 gr. 50.

L'extrait spermatogénétique ou androstine, en abaissant le taux de l'urée et de la cholestérine sanguines, peut ainsi contribuer efficacement à la guérison ou à l'amélioration des symptômes associés.

Le traitement du cœur infectieux (Dr A. Vinit, *La Pratique médicale française*, juillet 1930.)

Au cours des processus infectieux, et, en particulier de la pneumonie, l'affaiblissement du myocarde est une menace constante pour le malade. Il n'est pas toujours facile d'y remédier, la digitale étant ici d'une efficacité douteuse ; de plus, son action n'est pas assez prompte et elle aggrave les nausées dues à l'état saburral des voies digestives.

La coramine est, dans de tels cas, d'une efficacité certaine, tant par la rapidité de son action que par sa bonne tolérance. Pouvait être administrée par voie buccale ou hypodermique, ce médicament ralentit le rythme cardiaque et le régularise, évitant ainsi les phénomènes arythmiques provenant parfois d'une fibrillation auriculaire, pouvant s'étendre aux ventricules, mode assez fréquent de terminaison fatale au cours de la pneumonie.

De l'emploi de l'Allonal en thérapeutique (Dr C. Dessout, *Concours médical*, Paris, 15 juin 1930, n° 24.)

Revue générale excessivement intéressante sur la médication de la douleur par l'allylisopropylbarbiturate de diméthylamino-antipyrine ou allonal, où l'auteur insiste tout particulièrement sur les effets de ce médicament non seulement en stomatologie, mais encore en petite chirurgie et aussi dans les maladies à évolution longue comme les cancers, les brûlures, le tabès, etc. ; c'est pourquoi, l'allonal, véritable analgésique renforcé, a pris une place de choix parmi les calmants (à la dose de 1 à 3 comprimés par jour) à cause des nombreux avantages qu'il présente et sur les antalgiques habituellement employés, et sur la morphine et les opiacés dont il n'a pas les inconvénients.

Echos et Glanures

La sénilité dans la littérature médicale. — De M. Auguste LUMIÈRE, dans *La Science moderne* (février 1931). — « .... La vieillesse n'étant point considérée comme une maladie, mais comme un phénomène physiologique, les médecins paraissent avoir négligé son étude, et les Traités de pathologie ne lui consacrent aucun chapitre. Fait incroyable, il n'existe aucune indication, aucun renseignement, sur le sujet qui nous occupe, dans ce monument qu'est le « *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* » de Dechambre en cent volumes. Les mots sénilité, sénescence, vieillesse n'y figurent même pas !

A de rares exceptions près, la question paraît être demeurée le privilège exclusif des savants qui s'occupent de physiologie pure, et l'on sait combien ils sont peu nombreux ; elle n'est abordée que dans les Traités spéciaux concernant cette branche scientifique, et encore ne s'y trouve-t-elle la plupart du temps, que bien sommairement effleurée. Cependant, en France, quelques rares ouvrages lui ont été consacrés, en partie tout au moins, ce sont ceux notamment de Métalnikov (*Immortalité et rajeunissement*), de Georges Bohn (*La Vie et La Mort*), de H. de Varigny (*La Mort et la Biologie*) et de Metchnikoff (*Essais optimistes et études sur la nature humaine*). La littérature étrangère concernant le même problème ne paraît guère plus riche..... »

L'« acte de déclaration d'enfant sans vie » doit-il être dressé par l'officier de l'état civil de la commune où est intervenu le décès ou par celui du lieu de naissance ? — 11.986. — *M. Albert Sérol expose à M. le ministre de la Justice que l'« acte de déclaration d'enfant sans vie » s'applique non seulement aux morts-nés, mais aussi aux nouveau-nés, décédés dans le délai de trois jours, avant que la déclaration de leur naissance ait été faite à l'état civil ; et lui demande, dans l'hypothèse où après un accouchement, dans une petite commune, la mère et l'enfant ont été transportés immédiatement à l'hôpital de la ville voisine, où le nouveau-né est décédé, si l'acte de déclaration d'enfant sans vie » doit être dressé par l'officier de l'état civil du lieu de l'accouchement ou par celui de la commune où le nouveau-né est décédé* (Question du 25 février 1931).

RÉPONSE. — Aucun texte ne détermine dans l'espèce signalée, la compétence *ratione loci* de l'officier de l'état civil. C'est donc à l'autorité judiciaire seule qu'il appartiendrait dans le silence de la loi, de se prononcer le cas échéant sur la compétence de l'officier de l'état civil qui aurait reçu l'« acte de déclaration d'enfant sans vie » et d'apprécier la validité de cet acte.

Néanmoins, et sous cette réserve, il semble que l'acte de déclaration d'enfant sans vie, ayant le caractère d'un acte de décès, ce soit plutôt l'officier de l'état civil de la commune où le décès est intervenu que celui du lieu de naissance qui ait compétence pour constater le décès et pour dresser l'acte (*J. O.*, 27 et 28 avril 1931).

Les médecins titulaires du diplôme de médecine légale et de psychiatrie doivent-ils être inscrits obligatoirement sur la liste des médecins experts ? — 12.474. — *M. Louis Proust demande à M. le ministre de la Justice : 1° si les tribunaux de première instance, qui au début de l'année judiciaire, établissent la liste des medecins experts près les tribunaux soumis au cours d'appel, doivent obligatoirement comprendre dans cette liste les docteurs en médecine français, titulaires du diplôme de médecine légale et de psychiatrie de la Faculté de médecine de Paris, si ces titulaires sollicitent leur inscription sur cette liste. 2° si les cours d'appel doivent dans ces conditions, désigner obligatoirement comme experts les titulaires dudit diplôme, à l'exclusion ou non de tous autres docteurs ; 3° dans les cas de l'affirmative ou de la négative, s'il existe des textes ou circulaires officielles s'appliquant aux titulaires dudit diplôme quels qu'ils sont et dans quel recueil ou journal on peut les trouver.* (Question du 26 mars 1931).

RÉPONSE. — Les cours d'appel ne peuvent choisir les médecins experts que parmi les docteurs en médecine de nationalité française, demeurant dans le ressort de la cour d'appel et ayant au moins cinq ans d'exercice de la profession médicale.

Cette dernière condition n'est pas exigée des docteurs munis soit du diplôme de l'Université de Paris portant la mention

« médecine légale et psychiatrie » ou d'un diplôme analogue créé par d'autres universités (décret du 21 novembre 1893 modifié par le décret du 10 avril 1906). Il résulte de ces dispositions que les tribunaux, dans leurs propositions et les cours d'appel, dans leur désignation, ne doivent pas obligatoirement inscrire sur les listes d'experts tous les docteurs en médecine munis du diplôme susvisé. Le décret du 10 avril 1906 a été inséré au *Journal officiel* du 12 du même mois, et se trouve dans les recueils privés des codes et lois. Une circulaire de la chancellerie du 12 avril 1906 (*Bulletin officiel* du ministère de la Justice, p. 45) a appelé l'attention des magistrats sur cette disposition (*J. O.*, 27 et 28 avril 1931.)

Toulouse-Lautrec médical. — *Au moment où l'exposition de Toulouse-Lautrec va fermer ses portes, il est intéressant de relire l'article que lui avait consacré le Dr Tapié de Celeyran, dans la* Chronique médicale *de décembre 1922, article intitulé :* H. de Toulouse-Lautrec et ses relations médicales.

« ... Il existe un véritable Toulouse-Lautrec médical, écrivait le Dr Tapié de Céleyran. Il vivait, vers 1890, dans un milieu d'internes, partageant avec le Dr H. Bourges son appartement de la rue Fontaine .. Intéressé par « tout ce qui grouille », Lautrec ne fut pas long à me suivre à l'hôpital St-Louis, où la maestria de Péan eut tôt fait de le conquérir. Il y venait tous les samedis matin, couvrait de notes et de croquis des albums que je conserve jalousement, mettant en place les plans, divers et multiples, que comporte une intervention chirurgicale ; après quoi on allait se restaurer dans la gaîté de la salle de garde. En 1892, la loi d'âge immuable fendit l'oreille à Péan, comme chirurgien des hôpitaux de Paris. En manière de vengeance élégante, le Maître fonda son *Hôpital international*, rue de la Santé. J'ai eu l'honneur d'y être interne pendant 4 ans. Lautrec suivit, comme il convenait, et pendant ce laps de temps, il employa toutes ses matinées du samedi, à poursuivre ses recherches sur les gestes opératoires et la personnalité unique que fut Péan. Lié, par suite des circonstances, avec mon excellent ami, le Dr Cabanes, alors assistant et secrétaire du Maître, Lautrec fit pour lui un essai de frontispice de la *Chronique médicale*, qui ne fut du reste pas accepté, et où, à côte d'une fine tête de Tanagra, voisinaient les orbites creuses d'un crâne dépouillé.

En juin 1901, dernière année de la vie du peintre, Lautrec entreprit le portrait de son ami, le professeur agrégé Robert Würtz. Sous le titre « Un examen à la Faculté de médecine », Lautrec a fait un portrait de son ami, le professeur Würtz, le professeur Fournier dans le fond, et comme récipiendaire, son cousin, le Dr Tapié de Céleyran. Ce fut son dernier tableau. Comme maîtrise, comme jour, comme couleur, c'est peut-être une des meilleures toiles qu'il ait produites. Le colonel Würtz, frère du professeur, a bien voulu donner cette œuvre magistrale au Musée d'Albi. Cette œuvre terminée, Lautrec quitta Paris : tous nous l'accompagnâmes à la gare d'Orléans, et il vint mourir chez sa mère, dans la Gironde, au château de Malromé, le 9 septembre 1901... »

Voici quelques détails biographiques, empruntés à un article de M. Charles Bellet, paru dans *L'Archer* (avril 1931).

« Si nous voulons essayer d'expliquer les oppositions du caractère de Lautrec, écrit M. Charles Bellet, inscrivons la date du 30 mai 1878. Elle domine et éclaire sa vie. D'intelligence précoce, après avoir connu les succès scolaires d'un lycée de Paris, Lautrec, âgé de quatorze ans, avait accompagné sa famille à Albi. Ce jour-là, dans le salon de l'hôtel du Bosc, en se levant d'une chaise, il glissa et se fractura le fémur gauche. L'accident, conséquence d'une faiblesse congénitale, apparut d'autant plus grave qu'enfant malingre il avait déjà donné des craintes à son entourage.

Ces inquiétudes se justifièrent. L'année suivante, pendant un séjour à Barèges, le jeune Lautrec, en promenade avec sa mère, fit à nouveau une chute dans un fossé peu profond. Cet incident banal provoqua à son tour une fracture de la jambe droite.

C'était la disgrâce définitive. Malgré une immobilité complète, ces fractures ne purent être réduites convenablement, les os se soudèrent mal et Lautrec resta lamentablement infirme.

Difforme, presque nain, il allait vivre désormais avec une souffrance d'autant plus lourde que l'artiste s'efforcera de la dissimuler sous un masque de gaîté. Cette douleur secrète empêchera Lautrec de se mêler à la vie, son orgueil n'acceptera

pas de confronter l'élégance et sa silhouette. Meurtri, il se tournera vers les bals bruyants, les cabarets et l'alcool. Il descendra ainsi lentement vers l'humanité qui lui restait accessible et prendra bientôt plaisir à séjourner dans les maisons de prostitution. »

Anecdote. — *Aux Écoutes, rapporte plusieurs anecdotes à propos du professeur Augagneur, qui vient de mourir* :

« Étrange enracinement, étrange malignité d'un « bobard » ! Deux mots on été soudés l'un à l'autre pendant un quart de siècle sans que rien, dans l'esprit public, n'ait pu les séparer : Augagneur-canapé.

Tout était faux dans cette histoire du canapé. Elle avait été inventée de bout en bout par un journaliste mécontent du gouverneur de Madagascar et qui pour « l'embêter », publia un matin la nouvelle :

« La colonie devra supporter, cette année une dépense de trente-six mille francs pour réparations du canapé qui se trouve dans le cabinet du gouverneur général. »

Il ajoutait :

« Mazette ! Ce canapé a beaucoup servi ! »

L'opinion accepta comptant cette énorme « blague ».

L'affaire du canapé valut à M. Augagneur une réputation de don Juan qui le suivit, fidèle, toute sa vie. »

Une plaque commémorative à Villa Vicentina sur la villa qu'habita Pasteur. — *Du* Journal des Débats (23 avril 1931) :

Le nom de Villa Vicentina évoque-t-il beaucoup de souvenirs pour les Français ? C'est dans cette petite localité du Frioul, hier autrichienne, depuis 1918 italienne, que mourut en 1820 Elisa Baciocchi, la sœur aînée de Napoléon, et que Pasteur poursuivit ses expériences sur la maladie des vers à soie et les résuma dans un beau livre.

La mémoire du séjour de notre illustre compatriote est demeurée très vivante dans ce pays auquel il a rendu la prospérité, — chez les sériciculteurs frioulans. l'année 1870 est encore appelée l'année d'or — où la tradition s'est conservée de ses relations amicales avec le chimiste triestin Chiozza. Celui-ci, déjà son disciple, allait devenir, en 1869-1870, son voisin et son ami, et multiplier à son égard les témoignages du plus entier dévouement.

Ce sont ces souvenirs que, s'inspirant d'une suggestion du consul général de France, la Société adriatique des sciences naturelles de Trieste a voulu commémorer par l'apposition d'une plaque commémorative à Villa Vicentina sur la villa qu'habita Pasteur (c'est la gracieuse retraite que s'était préparée Elisa Baciocchi et qui ne fut terminée qu'après sa mort), et d'une autre, à Scodavacca, sur la maison de Chiozza.

Les deux inaugurations ont eu lieu dimanche dernier 19 avril, à quelques minutes d'intervalle. Des paroles empreintes d'une simplicité cordiale ont été prononcées au cours des deux cérémonies par le professeur Ravasini, président de la Société adriatique des sciences naturelles, et M. René Dollot, consul général de France, donnant à cette petite fête son caractère de fraternité intellectuelle.

On lira sans doute avec plaisir le texte de l'inscription relative à Pasteur. Elle est due à M. Silvio Benco, dont les Italiens apprécient les dons lapidaires :

Calma dimora
dal 25 novembre MDCCCLXIX
al IV Luglio MDCCCLXX
qui arrise
a
Luigi Pasteur
il grande scienziato
intento
col vigore della ritemprata salut,
agli studi sul baco da seta
inserti nella sua opera immortale
benetta
dall'umanità.

[Cette paisible demeure accueillit du 25 novembre 1869 au 6 juillet 1870 Louis Pasteur, l'illustre savant. Dans la plénitude de sa santé recouvrée, il se consacra ici aux études sur le ver à soie, enchassées dans son œuvre immortelle bénie par l'humanité.]

Assurances sociales et libre choix du médecin dans les établissements hospitaliers. — 11714. — M. Ernest Flandin *demande à M. le ministre du Travail quelle doit être la règle à suivre par les commissions administratives des hospices et hôpitaux, lorsque les vieillards ou les malades assurés sociaux, réclament, en vertu de la loi, les soins des médecins de leur choix.* (*Question du* 9 *février* 1931).

Réponse. — Aucune disposition de la loi sur les assurances sociales n'oblige les commissions administratives des hospices et hôpitaux à modifier, en faveur des assurés sociaux, les réglements en vigueur dans ces établissements.

Ces règlements s'appliquent aux assurés sociaux comme aux autres malades. Toutefois, la convention-type entre les caisses d'assurances sociales et les commissions administratives contient une clause d'après laquelle, lorsque les commissions administratives ont aménagé des quartiers ou pavillons séparés ouverts à tous les malades payants, les assurés admis sur leur demande dans ces quartiers ou pavillons, à charge pour eux de supporter les frais supplémentaires en résultant, y auront le libre choix du médecin. (*J. O.*, 16 avril 1931).

11679. — M. René Gounin *demande à M. le ministre du Travail si les commissions administratives des hospices et hôpitaux peuvent s'opposer au choix de médecins faits par les vieillards et les malades affiliés aux assurances sociales.* (*Question du* 18 *février* 1931.)

Réponse. — Aucune disposition de la loi sur les assurances sociales n'oblige les commissions administratives des hospices et hôpitaux à modifier, en faveur des assurés sociaux, les réglements en vigueur dans ces établissements.

Ces réglements s'appliquent aux assurés sociaux comme aux autres malades. Toutefois la convention-type entre les caisses d'assurances sociales et les commissions administratives contient une clause, d'après laquelle, lorsque les commissions administratives ont aménagé des quartiers ou pavillons séparés ouverts à tous les malades payants, les assurés admis sur leur demande dans ces quartiers ou pavillons, à charge pour eux de supporter les frais supplémentaires en résultant, y auront le libre choix du médecin. (*J. O.*, 16 avril 1931).

Un mot au sujet d'Amussat Jean-Zulema (1796-1856) étudiant en médecine et membre de l'Académie de médecine. — Dans le numéro du mois de Mars du supplément illustré du *Progrès Médical* a paru un travail de M. le Dr Cathelin consacré à « l'Histoire de quelques praticiens arrivés à une haute notoriété scientifique » parmi lesquels figure en bonne place Amussat « un des plus grands de ces praticiens d'élite à ce point qu'il n'avait pas 28 ans quand l'Académie de Médecine le reçut dans son sein — grâce probablement à de puissantes amitiés ».

Ce n'est pas sans étonnement qu'on voit un jeune savant, tout au début de sa carrière, faire partie d'une Compagnie où l'admission est généralement le couronnement de toute une vie consacrée à la Science.

Et cet étonnement redouble quand on voit que son élection à l'Académie eut lieu, fait unique, alors qu'il était encore sur les bancs de l'Ecole, et précéda, en 1824, de deux ans la soutenance, en 1826, de sa thèse sur l'Etude de l'anatomie.

« Des amitiés puissantes » ainsi que le dit M. Cathelin s'entremirent sans doute pour faire triompher sa candidature, mais il y eut autre chose.

Voici ce qu'à ce sujet on lit dans le *Dictionnaire des Contemporains* :

« Un mémoire intitulé : Recherches sur la vésicule biliaire lui valut cet honneur. Dans ce mémoire il prouvait l'existence d'une valvule en spirale dans le col de la vésicule biliaire et expliquait par là l'ascension de la bile malgré son poids dans cette vésicule » (1).

Dr L. BOULANGER.

CORRESPONDANCE

Nous avons reçu la lettre suivante :

Monsieur le Directeur,

J'ai lu dans *la Vie médicale* que sur vingt diplômes enregistrés au mois de mars dernier par le Tribunal de la Seine, neuf étaient présentés par des étrangers. Ne serait-il point temps de mettre un terme à cette invasion de métèques et de rastas qui viennent encombrer notre profession. La science pure a pu les attirer et j'en complimente nos admirables maîtres qui en tiennent si haut le flambeau.

Mais quand ces élèves ont vu la France si belle, si accueil-

(1) Dictionnaire universel des Contemporains, par G. Vapereau, 1861.

lante et si facile, ils se sont dits qu'ils n'auraient jamais si douce patrie et se sont empressés d'y planter leur tente.

Voilà qui ne devrait pas être. Qu'on leur donne des leçons de savoir, c'est bien, mais il faudrait aussi leur donner des leçons de savoir vivre et de discrétion. Quand ils ont bouclé leur bagage scientifique il faut leur recommander d'aller l'exploiter ailleurs. Les Levantins sont adhésifs et collants. Il doit nous être permis de ne pas se laisser engluer Voilà que 50 % presque des médecins vont être étrangers ! Je veux bien des relations courtoises, mais je veux être maître chez moi.

Qu'on n'aille pas me dire qu'ils se font naturaliser, ils n'en gardent que mieux leur port et leurs façons d'être. On devrait nettement interdire l'exercice de la médecine à quiconque *n'est pas né de parents français* et par des examens sévères refouler les incapables vers d'autres professions. Voilà le remède à la pléthore qui menace notre belle carrière. La France aux Français !

Dr LOUVEL.

BIBLIOGRAPHIE

Las Aortitis Celiacas (Les aortites cœliaques), par Germinal RODRIGUEZ, Buenos-Ayres, Ferrari Hnos. 1930.

Cette étude, faite dans le service de Santiago N. Loizaga (Hôpital Muniz) aboutit à d'intéressantes conclusions :

1° Il existe un syndrome caractérisé par une *douleur épigastrique*, d'évolution chronique, sans horaire ni relation avec les altérations organiques de cette région et par un *battement aortique* cœliaque palpable et douloureux.

2° Ce tableau clinique a été considéré jusqu'à ce jour comme une *névrose du plexus cœliaque*, en donnant seulement à la manifestation aortique le caractère d'un symptôme.

3° L'A. croit que ce syndrome correspond, dans la majorité des cas, à un processus d'*aortite abdominale*, en acquérant ses caractères particuliers de la connexion intime nerveuse avec le plexus solaire. Il propose par conséquent le remplacement du terme de *névrose du plexus cœliaque* ou *solariralgie* par celui d'*aortite cœliaque*, qui précise le diagnostic et éclaire l'étiologie et le traitement.

4° Parmi les aortites abdominales, il faut distinguer les formes graves aiguës des formes atténuées à évolution lente.

5° *Toute pulsation aortique douloureuse* doit être, jusqu'à preuve du contraire, considérée et traitée comme une aortite.

6° Le traitement spécifique par les sels insolubles de mercure (huile grise) donne des résultats immédiats ; il faut réserver les cas d'origine tuberculeuse, qui bénéficient du traitement arsenical, iodé et tuberculinique.

J. LAFONT.

La phylaxie, par G. BILLARD. 1 volume in 8° de 96 pages : 16 fr.. Librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Le Dr G. BILLARD, était, avant sa mort récente, professeur de physiologie à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand. Considéré comme un des esprits les plus originaux du début du XXe siècle, il a attaché son nom à la découverte de la *phylaxie* qui fait l'objet de ce volume.

La phylaxie, c'est la protection qu'oppose l'organisme, et plus exactement le système nerveux, à l'action fatale du poison et des toxines.

Cette phylaxie peut être créée : ainsi une injection de spartéine protège contre le venin de vipère, contre les intoxications diphtérique et tétanique. La spartéine elle-même, poison violent, peut être inactivée par des injections d'eaux minérales. Les eaux minérales donnent encore ce pouvoir de protection à l'organisme contre les venins, les toxines tétanique et diphtérique, la phalline Ce pouvoir phylactique existe également grâce au chloroforme ou au gardénal ; enfin, certaines neurotoxines peuvent le créer contre d'autres neurotoxines.

L'auteur explique cette phylaxie, non par l'immunité, mais à la manière d'une imprégnation tinctoriale des cellules nerveuses.

En résumé, il s'agit d'un phénomène biologique nouveau dont la portée, dans le domaine de la prophylaxie, à peine entrevue aujourd'hui, nous ménage d'admirables conquêtes futures dans la lutte contre les maladies

Tout médecin voudra connaître cette découverte.

De Barèges à Luchon, par le Dr MOLINÉRY. Esquisses d'hydrologie historique (40e série), chez l'auteur à Luchon. Lesbordes, imprim.. Tarbes, 1931.

Continuant ses recherches à la Bibliothèque nationale et dans les archives départementales et notariales de nos provinces, M. Molinéry, de Luchon.

inlassablement et patiemment, nous donne chaque année, depuis quinze ans, le fruit de ses découvertes pyrénéistes : *L'Histoire du Journal de Barèges, le séjour à Barèges du cardinal de Rohan, l'ascension à la Maladetta des hétérogénistes adversaires de Pasteur* sont les trois chapitres de cette quarantième série *d'Esquisses d'hydrologie historique*.

S'il faut féliciter l'auteur de nous donner ainsi une large contribution à l'histoire de nos Eaux minérales françaises, il faut souhaiter qu'un jour, il puisse en faire la synthèse générale dans un ouvrage qu'il pourrait nous promettre sous le titre : *Sur les vieux chemins des Fontaines de Jouvence.*

Physiologie de l'homme, par Ch. RICHET et Ch. RICHET fils. Un volume in-4° pot avec 96 pages de texte et 40 planches hors texte en héliogravure, broché 20 fr., relié 25 fr. Les Editions Rieder, 7, place Saint Sulpice Paris, V^e^.

Dans la « Bibliothèque générale illustrée » a déjà paru, sous le titre *Le Corps humain*, un ouvrage très apprécié du professeur Ch. Champy qui donne un aperçu élevé, court et cependant complet, de ce qu'il faut connaître sur la structure et l'histoire du corps humain.

En pensant à cet ouvrage, les deux éminents professeurs de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, Charles Richet et Charles Richet fils, publient une physiologie de l'homme.

A l'usage du grand public cultivé, ce livre présente une vue générale sur les fonctions qui entretiennent la vie de l'homme. En un style clair et précis, il fait connaître les acquisitions solides de la physiologie et l'orientation des recherches nouvelles sur le fonctionnement du corps humain.

Un intéressant atlas de planches dû, pour la partie technique, au Dr Boumard, illustre et complète le texte des deux grands physiologistes français.

Héliothérapie, actinothérapie et stérols irradiés, par ARMAND-DELILLE. Un volume de 192 pages avec 84 figures : 32 fr. Masson, éditeur 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Dans cet ouvrage, le Dr Armand-Delille, l'un des spécialistes qui ont le plus contribué au développement de ces méthodes de traitement, donne aux médecins et aux étudiants un exposé complet des bénéfices que l'on peut tirer de l'héliothérapie, des rayons ultra-violets et des médicaments irradiés dans la pratique journalière, tant au point de vue curatif que préventif.

Après un court historique et un aperçu sommaire des théories physique de la radiation solaire et des rayons ultra-violets, l'auteur expose les médications générales de l'héliothérapie, puis les conditions climatiques, géographiques et saisonnières que nécessite son emploi.

Il indique ensuite les différentes affections justiciables de la cure solaire et la manière de les y soumettre, puis il consacre un chapitre à l'utilisation du soleil comme eutrophique chez le sujet normal et en particulier chez l'enfant.

Cette première partie se termine par une liste des principales écoles de plein air où les enfants bénéficient de l'héliothérapie.

Une deuxième partie est consacrée aux méthodes qui peuvent suppléer à la cure solaire, c'est-à-dire à l'actinothérapie ou thérapeutique par les rayons ultra-violets artificiellement produits, ainsi qu'à l'emploi des aliments et substances irradiés.

Etant donné les résultats que donne aujourd'hui la cure de soleil complétée par les méthodes actinothérapiques directes et indirectes qui viennent d'être découvertes, il est permis de formuler quelques considérations sur l'importance du rôle qui doit être dévolu aux applications de la lumière dans les conditions de la vie moderne. Ce sera la conclusion de ce livre que complète une bibliographie.

Médecine du passé en Aunis et Saintonge, par J. TORLAIS, préface du Professeur J. SABRAZÈS. Dessins de Louis SUIRE. 1 volume in-seize jésus (19 × 14). Edition Rupella, Charles Millon, à La Rochelle. Prix : 25 fr.

Cet ouvrage, fruit de patientes recherches, est une suite d'études sur les épidémies de jadis, les procédés sanitaires et thérapeutiques employés alors. L'histoire du siège de 1628 au point de vue sanitaire, épidémiologique et alimentaire fait l'objet d'un chapitre spécial.

Des études biographiques sont consacrées par l'auteur à des médecins rochelais dont la figure n'est point dépourvue d'originalité : un précurseur, Nicolas Venette, auteur d'un traité du scorbut ; Elie Richard, inventeur peut-être de la bicyclette ; Bridault, auteur d'un curieux Traité de la carotte ; un philosophe, Pierre Chanet.

Des pages sont consacrées à l'expérimentation dans l'œuvre de Réaumur, mettant en relief les qualités exceptionnelles de chercheur et de savant de l'illustre rochelais dans le domaine de la biologie.

Le volume se termine par un chapitre de Boyveau-Laffecteur. Plus charlatan que médecin, ce charentais fut un des premiers à concevoir la « spécialité pharmaceutique » et la publicité qu'il donna à son « Rob antisyphilitique » doit figurer parmi les premières tentatives en ce sens.

En dehors des illustrations de Louis Suire, l'ouvrage comporte en hors texte des documents ou portraits intéressants.

Croquons la pomme ! par Mme ALICE LA SAUGE. Volume 18 × 12 cm, broché, prix : 12 fr. Paul Catin, éditeur, 3, rue du Sabot, Paris-6e.

Guide simple et pratique d'hygiène alimentaire. A une claire et spirituelle exposition des principes, l'auteur joint le surprenant avantage de ne tomber dans aucune des extravagances du végétarianisme intégral.

Une figure de premier plan dans nos Lettres de la Renaissance : Agrippa D'aubigné, par Jean PLATTARD, bibliothèque de la Revue des cours et conférences. Un vol. in-16 jésus : 12 fr. Boivin et Cie, Éditeurs, 5, rue Palatine, Paris-6ᵉ.

Le tricentenaire de la mort d'Agrippa d'Aubigné (9 mai 1630) a rappelé l'attention sur sa personne et son œuvre littéraire M. Jean Plattard, dans cet ouvrage, s'est proposé d'abord de peindre la physionomie d'Agrippa d'Aubigné, telle, qu'elle apparaît aujourd'hui, après les recherches érudites qui permettent d'éclaircir et invitent parfois à corriger l'autobiographie laissée par le poète sous ce titre : *Sa vie et ses enfants*.

Il a étudié ensuite particulièrement le séjour d'Agrippa d'Aubigné en Poitou. Le commerce, long déjà de vingt ans, que l'auteur entretient avec le passé de cette province lui a suggéré quelques éclaircissements à certaines parties de l'œuvre d'Agrippa d'Aubigné. De même le chapitre qu'il a consacré à d'Aubigné pamphlétaire a bénéficié de la connaissance qu'a M. Plattard d'un des modèles du *San y* et du *Fœneste*, ce Rabelais que d'Aubigné qualifié quelque part « d'auteur excellent ».

La valeur historique et les mérites littéraires de *l'Histoire Universelle* dont le tome IV, resté inédit jusqu'en 1925 a vu le jour grâce à M. Plattard fait l'objet de deux chapitres, d'où se dégage l'originalité d'Agrippa d'Aubigné écrivain militaire.

Enfin, quelle que insuffisante que soit encore notre connaissance des sources des *Tragiques*, il a été possible de marquer le tour ordinaire de l'imagination du poète, son aisance dans le développement oratoire, la puissance de ses sentiments.

Écrit sans parti-pris d'apologétique, le livre de M. Plattard aidera pourtant à la réhabilitation d'un écrivain trop longtemps méconnu, en facilitant l'intelligence de son œuvre.

En Tarentaise et en Maurienne, par André-Charles COPPIER. Un fort grand in-4ᵉ sur vélin spécial du Marais, illustré de 22 gravures en couleur et de nombreuses héliogravures d'après les dessins de l'auteur. Prix spécial de souscription, 100 fr. Tirage de luxe sur pur fil Annam, numéroté de 1 à 100, orné d'une eau-forte originale « Les deux Sœurs » dont le tirage a été limité à cette édition. Prix spécial de souscription, 400 fr. Tirage de luxe sur pur fil de Rives à la forme, numéroté de 101 à 300. Prix spécial de souscription, 250 fr. Librairie Dardel, Chambéry.

Ce n'est pas d'hier que le peintre-graveur André-Charles Coppier fut captivé par la forte originalité de la Tarentaise et de la Maurienne.

Depuis 1895, il y faisait de longues incursions, pénétrant dans les hameaux les plus haut perchés, séjournant parmi les montagnards, dessinant et peignant, séduit par le caractère archaïque et pastoral d'une race fidèle à ses traditions.

En 1912, le ministère de l'Instruction publique le chargea dans ces mêmes régions d'une mission définie : rechercher les caractéristiques de l'art populaire savoyard et les objets précieux non classés.

C'est ainsi qu'il consacra de nombreuses campagnes d'été et d'hiver à étudier les aspects de ces régions non seulement en artiste séduit par leur pittoresque, mais encore avec le dessein de noter exactement les traits de mœurs, les formes spéciales d'habitat, les particularités ethniques, toutes choses appelées à disparaître un jour prochain.

En fait, beaucoup ont déjà disparu et ce qui en subsiste se trouve menacé par l unification de la vie moderne. Cet éloignement et cette menace donnent aux observations d'André Charles Coppier — et au présent ouvrage qui en offre la sélection — une réelle valeur documentaire avec le charme touchant des vieilles choses qui s'en vont. Dans telles scènes que l'artiste a pu observer autrefois sur le vif, comme *la Soupe aux morts aux Allues*, *les Ablutions rituelles à la fontaine des Vermelles*, les dévotions rituelles sous *la Roche qui pleure du Charmaix*, c'est bien la voix des autrefois qui se fait entendre.

Mais il est aussi des traditions qui se maintiennent parce qu'elles s'accompagnent de rites religieux ou participent au rythme de la vie pastorale ; il existe encore des types humains où se perpétuent les traits des races montagnardes. Les touristes qui ont su regarder et observer auront joie à retrouver ici les *Pèlerinages de Notre-Dame de la Vie*, *le mariage* où rutilent les *costumes des Villards*, les *Processions* ensoleillées, les *Foires* de Bourg Saint-Maurice ou des Arves, l'*Ascension rituelle du Mont Thabor* la *Bénédiction de la Montagne*, la *Descente des troupeaux* et bien d'autres scènes où les montagnards accomplissent leur tâche traditionnelle.

Ce tableau des hautes vallées se complète par la description des intérieurs qui réunissent bêtes et gens, par l'architecture robuste des chalets, le groupement défensif des villages et — dominant toutes choses humaines, — les masses énormes des montagnes.

Minutieuse exactitude des détails, vérité des gestes et des types humains, beauté du décor, note personnelle des souvenirs, tout concourt dans ce livre à donner un tableau vivant de la Tarentaise et de la Maurienne.

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMP. THIRON ET CIE. — R. C. 4264
MAISON SPÉCIALE POUR PUBLICATIONS MÉDICALES

FONDÉ EN 1873. — N° 21 LE NUMÉRO : 50 Centimes 23 MAI 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V^e)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

...nce et Colonies	40 fr.
...diants	30 fr.
...gique	45 fr.
...nger 1re zone	70 fr.
2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance publique à Paris. — *Jury du concours de nomination de médecin des hôpitaux.* — MM. Pinard, Ameuille, Hudelo, Hutinel, Rouillard, Vincent, Papillon, Teissier, Dufour, Chevallier, Robineau.

— *Concours de chirurgien des hôpitaux.* — Séance du 11 mai. Epreuve clinique. Ont obtenu : MM. Welti, 18 ; Leibovici, 20 ; Fèvre, 17 ; Menegaux, 16.

Séance du 12 mai, médecine opératoire. Questions : Ligature de l'artère fémorale ; Désarticulation médio-tarsienne dite de Chopart.

Ont obtenu : MM. Welti, 27 ; Banzet, 27 ; Seille, 26 ; Reinhold, 25 ; Thalheimer, 29 ; Menegaux, 25 ; Leibovici, 30 ; Fèvre, 24 ; Bernard, 25.

Séance du 16 mai. Epreuve clinique. Ont obtenu : MM. Welti, 20 ; Leibovici, 20 ; Banzet, 19 ; Thalheimer, 19.

Classement des candidats : MM. Leibovici, 70 points ; Thalheimer, 68 ; Welti, 65 ; Banzet, 64.

Sont présentés à la nomination de M. le Directeur général : MM. Leibovici et Thalheimer.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — LABARRE. Etude de l'hérédité des mutilations. — M. PRIEUR. Les œuvres sociales du Méthodist Memorial américain à Château-Thierry: la crèche. — M. LÉOTY. Etude des grossesses tubaires bi-latérales et coexistantes. — M. MOREAU. A propos d'un cas de perforation vésicale intrapéritonéale d'apparence spontanée. — M. BLUMAN-BERCU. Etude de la maladie osseuse fibro-kystique de Recklinghausen. — M. BERNIÈRE. Sur les causes de viciation de l'astmosphère libre et confinée et les moyens d'y remédier.. — M. VENUTOLO. Etude de la diphtérie cutanée.

20 mai. — M. COLOMBET. Etude des rapports du goitre exophtalmique et de la gestation. — M. BARBARA. Les réactions de Wassermann irréductibles. — M. PIGACHE. Etude du traitement de l'ozène par les greffes sous-périchondrales.

21 mai. M. SCHAPIRO. Etude sur les chancres géants. — M. HÉLION. Sur l'importance de l'intoxication mercurielle chronique par déflagration de cartouches au fulminate de mercure chez les employés de tir.

Clinique médicale propédeutique (hôpital de la Charité, 47, rue Jacob.) — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose.* Ce cours est organisé avec le concours du Comité national de défense contre la tuberculose du 8 juin au 4 juillet inclus, par M. le Professeur Emile SERGENT, avec la collaboration de MM. BENDA, DE BERNE-LAGARDE, BERTIER, F. BORDET, COTTENOT, COURCOUX, H. DURAND, EVROT, GENEVRIER, Mme GOUIN, MM. GRELLETY-BOISVIEL, HAAS, D'HEUCQUEVILLE, IMBERT, ISELIN, KOURILSKY, KUSS, G. LAURENS, LONJUMEAU, LOUSTE, DE MASSARY, MIGNOT, OURY, PIGNOT, PRUVOST, RIBADEAU-DUMAS, TURPIN, VIIBERT et VIGUERIE.

CONFÉRENCES A L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — Lundi 8 juin, 9 h. 30, M. SERGENT : Conception générale de la pathogénie et de l'évolution clinique de la tuberculose ; 16 h. 30, M. DURAND : Anatomie pathologique ; conceptions anatomiques.

Mardi 9 juin, 16 h. 30, M. DURAND : Anatomie pathologique : les formes anatomiques ; 17 h. 30, M. DURAND : Bactériologie générale : les voies d'infection.

Mercredi 10 juin, 16 h. 30, M. SERGENT : Classification des formes cliniques de la tuberculose pulmonaire de l'adulte ; 17 h. 30, M. SERGENT : Les éléments généraux du diagnostic.

Jeudi 11 juin, 16 h. 30, M. SERGENT : Les signes fonctionnels et les fausses tuberculoses par signes fonctionnels ; 17 h. 30, M. SERGENT : Les signes généraux et les fausses tuberculoses par signes généraux.

Vendredi 12 juin, 16 h. 30, M. GENEVRIER : Les signes physiques et stéthoscopiques ; 17 h. 30, M. LAURENS : La tuberculose des voies aériennes et du larynx.

Samedi 13 juin, 16 h. 30, M. KOURILSKY : Les réactions humorales ; leur valeur diagnostique.

Lundi 15 juin, 16 h. 30, M. COURCOUX : Tuberculose pleurale ; 17 h. 30, M. COURCOUX : Tuberculose des séreuses.

Mardi 16 juin, 16 h. 30, M. KOURILSKY : Le foie des tuberculeux ; 17 h. 30, M. BORDET : Le cœur chez les tuberculeux.

Mercredi 17 juin 16 h. 30, M. DE BERNE-LAGARDE : La tuberculose rénale ; 17 h. 30, M. KUSS : Le rôle du médecin dans un dispensaire.

Jeudi 18 juin, 16 h. 30, M. DE MASSARY : Le système nerveux des tuberculeux ; 17 h. 30, M. PRUVOST : Les hémoptysies tuberculeuses.

Vendredi 19 juin, 16 h. 30, M. RIBADEAU-DUMAS : La tuberculose de la première enfance ; 17 h. 30, M. RIBADEAU-DUMAS : La tuberculose de la deuxième enfance.

Samedi 20 juin, 16 h. 30, M. COURCOUX : Le pneumothorax tuberculeux ; 17 h. 30, M. SERGENT : Les signes d'activité et d'évolution : les éléments du pronostic.

Lundi 22 juin, 16 h. 30, M. SERGENT : Les signes radiologiques 17 h. 30 : M. SERGENT : les signes radiologiques.

Mardi 23 juin, 16 h. 30, M. OURY : Le tube digestif des tuberculeux ; 17 h. 30, M. OURY : Le tube digestif des tubercueux (*suite*).

Mercredi 24 juin, 16 h. 30, M. MIGNOT : Le pneumothorax artificiel ; 17 h. 30, M. PRUVOST : Les complications du pneumothorax artificiel.

Jeudi 25 juin, 16 h. 30, M. BORDET : Les méthodes chirurgicales de collapsothérapie ; indications et résultats ; 17 h. 30, M. TURPIN : Vaccination antituberculeuse B. C. G.

Vendredi 26 juin, 16 h. 30, M. EVROT : Le statut juridiques de différents organismes de la lutte antitubercluse et des offices publics d'hygiène sociale ; 17 h. 30, M. EVROT : Organisation départementale des dispensaires.

Samedi 27 juin : Visite au sanatorium de Bligny.

Lundi 29juin, 16 h. 30, M. MIGNOT : Le traitement médicamenteux et le traitement spécifique.

Mardi 30 juin 16 h. 30, M. BERTIER : Le traitement des complications ; 17 h. 30, M. BERTIER : Climatologie.

Mercredi 1er juillet : Visite d'un préventorium.

Jeudi 2 juillet, 16 h. 30, Mme GOUIN : Le rôle de l'infirmière dans un dispensaire.

Vendredi 3 juillet 16 h. 30, M. PIGNOT : Les ressources héliothérapiques et actinothérapiques dans le traitement de la tuberculose.

Les conférences théoriques sont publiques et pourront être suivies par un nombre illimité d'auditeurs.

Stage hospitalier et exercicess pratiques. — 1° Le stage hospitalier aura lieu le matin : répartition des élèves en équipes passant successivement par les services des conférenciers, dont ils suivront les visites et les policliniques ; 2° Les exercices pratiques auront lieu l'après-midi : Démonstrations cliniqes et radiologiques : examens de laboratoire, visites de dispensaires, d'un préventorium et de sanatorium (Bligny). Visite de la pouponnière E. F. F. (Boulogne). Aux exercices pratiques s'ajouteront une série de conférences faites sur les sujets d'actualité phtisiologique.

Le programme détaillé des démonstrations pratiques et des conférences d'actualité sera distribué aux participants au début du cours.

N. B. — Les exercices pratiques et le stage dans les services hospitaliers seront réservés uniqement aux boursiers du Comité national de défense contre la tuberculose. (S'adresser 60 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs), et aux élèves qui auront versé au secrétariat de la Faculté les droits d'inscriptions de 300 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Un certificat sera délivré aux élèves du cours. Ouverture du cours : le lundi 8 juin, à 9 h. 30, à la Charité.

Hôpital Tenon (4, rue de la Chine. Métro : Gambetta.) — *Cours de perfectionnement sur les troubles du rythme cardiaque.* (Sous la direction du Dr Camille LIAN, professeur agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Tenon.) — Ce cours, qui sera suivi d'un voyage à la station hydro-minérale de Royat, aura lieu du 26 mai au 6 juin 1931. Il sera fait par le Dr C. LIAN, avec la collaboration de MM. HAGUENEAU, médecin des hôpitaux ; A. BLONDEL, ancien interne lauréat des hôpitaux, assistant du service ; GILBERT-DREYFUS et P. PUECH, anciens internes du service ; M. Marchal, assistant d'électro-radiologie ; BREANT et PLANTEVIN, chef et asssistant du laboratoire du service ; P. MERKLEN et ODINET, internes des hôpitaux.

Tous les matins, à 10 heures, conférence clinique avec projections ; à 11 heures, exercices cliniques. Le mardi et le vendredi matin sont consacrés entièrement à l'examen des malades de la consultation spéciale du service (un télécardiophone permet à tous les élèves d'ausculer simultanément un même malade).

Tous les après-midi à 15 heures et à 17 h. 1/2, conférences cliniques avec projections ; à 16 heures, démonstration pratique (sphygmomanométrie, radiologie, méthode graphique, pléthysmographie).

PROGRAMME DU COURS. — Mercredi 27 mai. 10 heures, M. LIAN : Considérations générales sur le rythme cardiaque et ses troubles ; 11 heures, M. BLONDEL : Démonstration clinique ; 15 heures, M. BLONDEL : Forme commune de l'arytbmie extra-systolique ; 16 heures, M. P. MERKLEN : Généralités électrocardiographiques ; 17 h. 1/2, M. GILBERT-DREYFUS : Formes cliniques de l'arythmie extrasystolique.

Jeudi 28 mai, 10 heures, M. LIAN : Causes et traitement de l'arythmie extra-systolique ; 11 heures, M. BLONDEL : Démonstration clinique ; 15 heures, M. BLONDEL : Troubles du rythme sinusal ; 16 heures, M. ODINET : Démonstration pratique d'électrocardiographie ; 17 h. 1/2, M. MARCHAL : Radiologie du cœur.

Vendredi 23 mai, 10 heures, M. LIAN : Démonstration clinique à la consultation spéciale du service ; 15 heures, M. MARCHAL : Radiologie vasculaire ; 16 heures, M. BREANT : Métabolisme basal ; 17 h. 1/2, M. BLONDEL : Forme commune de l'arythmie complète.

Samedi 30 mai, 10 heures, M. LIAN : Traitement de l'arythmie complète ; 11 heures, MM. LIAN et MARCHAL : Exercices de radiologie cardio-vasculaire ; 15 heures, M. BLONDEL : Causes et formes cliniques de l'arythmie complète ; 16 heures, M. P. MERKLEN : Démonstration de méthode graphique. 17 h. 1/2, M. PUECH : Tachycardies permanentes.

Lundi 1er juin, 10 heures, M. BLONDEL : Tachycardies paroxystiques ; 11 heures, M. LIAN : Exercices pratiques d'interprétation d'électrocardiogrammes ; 15 heures, M. P. MERKLEN : Flutter auriculaire, 16 heures ; M. ODINET : Démonstration de sphygmomanométrie ; 17 h. 1/2, M. GILBERT-DREYFUS : Traitement des tachycardies.

Mardi 2 juin, 10 heures, M. LIAN : Démonstration clinique à la consultation spéciale du service ; 15 heures, M. ODINET : Forme commune du pouls lent permanent par dissociation auriculo-ventriculaire ; 16 heures, M. PLANTEVIN : Démonstration pratique d'anatomie pathologique du tissu cardiaque primitif ; 17 h. 1/2, M. BLONDEL : Formes cliniques des bradycardies par dissociation auriculo-ventriculaire.

Mercredi 3 juin, 10 heures, M. LIAN : Diagnostic des bradycardies : 11 heures, M. BLONDEL : Démonstration clinique ;

15 heures, M. P. MERKLEN : Le bloc des branches terminales du faisceau de His ; 16 heures, M. ODINET : Démonstration d'électrocardiographie ; 17 h. 1/2, M. BLONDEL : Les troubles du rythme dans les infections et les intoxications.

Jeudi 4 juin, 10 heures, M. LIAN : Traitement des bradycardies ; 11 heures, M. BLONDEL : Démonstration clinique ; 15 heures, M. ODINET : Les inégalités du pouls ; 16 heures M. MARCHAL : Démonstration pratique de radiologie cardio-vasculaire ; 17 h. 1/2, M. BLONDEL : Le pouls alternant.

Vendredi 5 juin, 10 heures, M. LIAN : Démonstration clinique à la consultation spéciale du service ; 15 heures, M. HAGUENEAU Epreuves neuro-végétatives ; 16 heures, M. P. MERKLEN : Pléthysmographie : 17 h. 1/2, M. BLONDEL : Traitement de l'insuffisance cardiaque dans ses rapports avec les troubles du ryhthme cardiaque.

Samedi 6 juin, 10 heures, M. LIAN : Démonstration clinique.

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi le cours ; ils pourront ensuite être attachés au service comme médecins stagiaires et éventuellement comme assistants.

Chaque année, au début de juin et de novembre, est fait dans le service un cours de perfectionnement sur les affections cardio-vasculaires. Tout le programme est réparti en quatre cours : 1° arythmies ; 2° Grands syndromes cardiaques ; 3° Endocarde, péricarde, myocarde, aorte et artère pulmonaire ; 4° artères, veines et capillaires. Le cours de novembre 1931 portera donc sur les grands syndromes cardiaques.

VOYAGE A ROYAT. — Le cours sera suivi d'un voyage à la station hydrominérale de Royat : visite de l'établissement thermal : leçon sur les indications, la technique et les résultats de la cure ; excursion au Puy-de-Dôme. Départ samedi 6 juin, à midi ; retour à Paris, lundi 8 juin, à 19 heures.

Droits d'inscription : 250 francs pour le cours 100 francs pour le voyage à Royat.

S'inscrire : ou bien à la Faculté de médecine, tous les jours, de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures (sauf le samedi), salle Béclard (A. D. R. M.), ou bien auprès du Dr BLONDEL, à l'hôpital Tenon, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours.

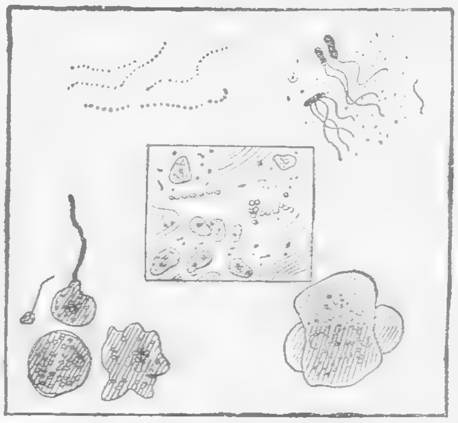
Dispensaires anti-tuberculeux de Troyes. — Un concours est ouvert pour la nomination d'un médecin spécialisé, ne faisant pas de clientèle, pour les dispensaires antituberculeux Troyes et Romilly (Aube).

Le traitement du titulaire sera celui arrêté par le statut du Comité national, avec les avantages des fonctionnaires départementaux.

Pour les demandes de renseignemnts et l'envoi des dossiers, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard St-Michel, Paris (6e).

Le concours aura lieu dans la deuxième quinzaine de juin.

Nécrologie. — Dr Joseph BAZERQUE, de Rabastens (Htes-Pyrénées). — Dr Paul BIGO, d'Haubourdin (Nord). — Dr BEARD, de Tournay (Htes-Pyrénées). — Dr COUSIN, décédé à l'âge de 61 ans. — Dr Léon DÉTAPE, de Paris, 10, rue d'Edimbourg. — Dr Paul ENJALBAN, de Rodez (Aveyron). — Dr Georges HATTAT, de Paris. — Dr LAPORTE, de Vicen Bigorre (Htes-Pyrénées). — Dr LECREUX, de Suaucourt (Hte-Saône). — Dr MAUMY, d'Ahun (Creuse), décédé dans sa 58e année. — Dr MONNIER, professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Nantes, décédé dans sa 66e année. — Dr Henri PLIVARD, de Clermont (Oise), décédé à l'âge de 49 ans. — Dr PAJAUD père de Cognac (Charente), décédé à l'âge de 61 ans. — Dr Léon PETIT, de Lille, décédé à l'âge de 48 ans. — Dr VESSELLE père, de St-Dizier (Hte-Marne). — Dr Constant PICOT, de Genève, décédé à l'âge de 86 ans, auteur d'un *Manuel des maladies de l'enfance* écrit en collaboration avec le professeur d'Espine et qui eut dix éditions successives, il était un des derniers médecins genevois qui avant l'ouverture de la Faculté de médecine de Genève, avaient été formés à la Faculté de Paris. — Dr HARRIET CLISBY, dont le centenaire fut célébré en août 1930, vient de mourir en Angleterre. Elle vécut pendant vingt ans, en Amérique, où elle connut Longfellow et Emerson. — Dr Louis BUGNON, de St-Etienne de St-Geoirs (Isère), décédé à l'âge de 83 ans.




LORAGA

TRAVAUX ORIGINAUX

Recherches cliniques sur la Pepsine et le Ferment Lab

Par le Dr A. MARTENS Middelbourg (Hollande)

L'intérêt qu'offre la recherche des ferments gastriques pour le diagnostic et le pronostic des lésions de l'estomac, a été fort discuté. La divergence des opinions qui existe à ce sujet, ne peut être mieux illustrée que par ces deux citations, dont l'une est de Félix Ramond (Les maladies de l'estomac et du duodénum 1927) : « Le dosage de la pepsine est peu pratiqué, ce qui nous paraît regrettable à tous points de vue. Depuis que nous le pratiquons, nous n'avons eu qu'à nous en louer », et l'autre de O. Porges (Magenkrankheiten, 1929) : « La recherche des ferments dans le contenu gastrique n'offre aucune valeur clinique ; nous pouvons nous passer de la discuter ».

Par l'application de la méthode fractionnée de sondage stomacal à l'aide de la sonde d'Ehrenreich nous avons pu nous convaincre de la grande valeur sémiologique que présente la recherche de ces ferments.

La méthode d'examen fractionné du suc gastrique, avec prélèvement de huit fractions à un quart d'heure d'intervalle, d'une boisson d'épreuve composée de 300 gr. d'alcool à 5 %, présente des avantages multiples.

D'abord l'eau alcoolisée évite l'absorption d'une partie des ferments, comme le font le déjeuner et le repas d'épreuve, par les protéines qu'ils contiennent. Ainsi les résultats des dosages ne risquent pas d'être faussés.

En outre le sondage fractionné nous permet de poursuivre la fonction sécrétoire de l'estomac, durant toute la digestion gastrique, elle nous transpose de la statique dans la dynamique de cette fonction.

Nous avons examiné de la sorte quelques centaines de malades, et dosé dans chaque fraction l'acide chlorhydrique libre, l'acidité totale et le pH gastrique, et pour ce qui est des ferments nous nous sommes bornés au dosage de la pepsine et du ferment lab.

Nous avons négligé le dosage de la lipase et de l'amylase, parce que ces deux ferments présentent, dans l'état actuel de nos connaissances, un intérêt clinique certainement moindre.

Nous avons préféré associer la détermination du pH gastrique au dosage titrométrique de l'acide chlorhydrique libre parce que le pH est la seule valeur réelle de l'acidité gastrique.

En effet, les valeurs titrométriques dépendent de la dissociation électrolytique plus ou moins grande qui s'opère au cours même du dosage, sous l'influence de la base employée pour cette opération.

Les résultats de la méthode de titrage ne sont donc, comme Sahli l'a dit, que des résultats illusoires, et ne sauraient donc servir de base aux recherches qui nous occupent.

La méthode titrométrique a, en outre, le grand désavantage de mettre l'étiquette d'anachlorhydrie sur bon nombre de cas où l'acidité est réduite, mais non pas absente. En effet, le méthyl-orange, l'indicateur généralement employé pour le dosage de l'acide chlorhydrique libre, vire à un pH de 4.5 ; or le point neutre correspond à un pH de 7. Dans tous les cas donc où l'acidité oscille entre pH 4.5 et pH 7, la méthode de titrage au méthyl-orange reste en défaut, avec la fausse dénomination d'anachlorhydrie.

Or, l'importance de la recherche des ferments est surtout considérable dans les cas à acidité faible, c'est pourquoi nous avons préféré la détermination du pH à la méthode de titrage de l'acide chlorhydrique libre.

Pour le dosage de la pepsine, nous nous sommes servis de la méthode de Mette, ultérieurement de celle de Fuld, modifiée par Cohnheim.

La méthode de Mette, préférée par Abderhalden pour sa simplicité, a dû céder le pas à celle de Fuld, dont l'exactitude est plus rigoureuse, et qui a, en outre, l'avantage de pouvoir s'exécuter à la température de la chambre et de n'exiger qu'une demi-heure, alors que celle de Mette prend plusieurs heures à une température de 37°.

Pour le dosage du ferment lab, nous avons employé des solutions graduellement décroissantes de suc gastrique : 1/1, 1/10, 1/100. De ces solutions, nous avons pipetté dans des éprouvettes des quantités de 1 cmc., 0.5 cmc., 0.2 cmc., 0.1 cmc.

Nous avons alors versé dans chacune des éprouvettes 5 cmc. de lait non bouilli, additionné de $CaCl^2$. Cette addition de $CaCl^2$ est nécessaire parce que les ions de Ca, indispensables à la coagulation, manquent dans certains laits. Les solutions sont portées à un pH de 4.5 et les éprouvettes chauffées au bain-marie à 37° durant 10 minutes.

On examine alors à quelle dilution de suc gastrique la coagulation du lait s'est encore faite. Partant de cette dilution on calcule en cmc. la quantité de lait qui exige 1 cmc. de suc gastrique pur pour provoquer la coagulation, le nombre ainsi obtenu exprime en unités la quantité de ferment lab.

Nos recherches nous ont permis d'abord de prendre le parti de Hammarsten, Sahli, Gläsner, Boas et d'autres qui ont rejeté l'affirmation de Pawlov que la pepsine et le ferment lab. étaient deux substances identiques.

En effet, dans les nombreux cas que nous avons examinés, ce n'est que par exception que nous avons trouvé, dans les mêmes fractions de suc gastrique, des valeurs équivalentes de pepsine et de ferment lab.

D'autre part nous avons trouvé à maintes reprises, chez le même malade une quantité faible de pepsine dans toutes les fractions avec de grandes quantités de ferment lab.

Les cas suivants illustrent l'absence complète de parallélisme dans le dosage des deux ferments.

Mlle V. E.

Fract.	HCl	Ac. tot.	pH	Pepsine	Ferm. L.
1	28	43	1.8	40 u.	500 u.
2	14	38	1.9	—	—
3	21	44	1.9	20 u.	500 u.
4	8	28	2.3	—	—
5	6	20	2.3	40 u.	150 u.
6	10	28	2.3	—	—
7	37	57	1.6	—	—
8	30	52	1.5	20 u.	1.000 u.

Mlle C.

Fract.	HCl	Ac. tot.	pH	Pepsine	Ferm. L.
1	30	33	1.7	40 u.	50 u.
2	60	67	1.3	—	—
3	90	99	1.1	100 u.	250 u.
4	97	109	1.1	—	—
5	102	112	1.1	100 u.	250 u.
6	90	100	1.1	—	—
7	80	97	1.2	—	—
8	72	82	1.1	100 u.	1.000 u.

Ce manque de parallélisme pourrait être dû à la présence de substances antigènes capables de restreindre l'activité d'un des ferments à l'exclusion de l'autre. Mais il est plus difficilement admissible que ces substances antigènes puissent annihiler complètement l'activité d'un des deux ferments, en laissant subsister l'autre, et surtout, qu'un des deux ferments puisse exiger la présence d'acide chlorhydrique libre pour être activé, alors que l'autre serait à même de déployer son activité en milieu neutre.

Or, nous faisons suivre un cas où en l'absence complète d'acide chlorhydrique libre avec un pH de 7.2 nous trouvons une absence de pepsine avec une quantité de ferment lab de 50 unités.

M. M. Examen 3 déc. 1929.

Fract.	HCl	Ac. tot.	pH	Pepsine	Ferment Lab.
1	absent	12	6.8	absent	absent
2	»	9	7.4	»	»
3	»	10	7.2	»	»
4	»	10	7.2	»	»
5	»	13	7.2	»	50 u.
6	»	13	7.2	»	50 u.
7	»	13	7.2	»	50 u.

Pour la clinique, l'intérêt que présente la recherche systématique des deux ferments est surtout important dans les cas à acidité minime ou absente ; qu'il s'agisse d'achylie gastrique, d'anachlorhydrie ou d'hypochlorhydrie intense.

On a coutume de parler d'achylie gastrique lorsqu'un examen répété du suc gastrique après déjeuner d'épreuve ne révèle aucune présence d'acide chlorhydrique libre ou de pepsine. On appelle anachlorhydrie d'absence de HCl libre.

L'emploi de la méthode fractionnée au lieu du sondage unique et la substitution du pH gastrique aux valeurs titrométriques ont restreint considérablement l'horizon de ces deux groupes de troubles sécrétoires. On s'est rendu compte que beaucoup de cas considérés comme des cas d'achylie ou d'anachlorhydrie ne sont en somme, que des cas à sécrétion retardée, ou à acidité minime.

Dans les premiers la sécrétion ne se montre que dans la quatrième ou dans la cinquième fraction, c'est-à-dire après une heure et quart à une heure et demie ; donc après le temps où on retire d'habitude le déjeuner d'épreuve. Dans les cas à acidité minime, le pH oscillait entre le point de virage du méthyl-orange 4.5 et le point neutre 7.

Par la recherche systématique des ferments dans toutes les fractions dans les cas réputés achyliques, il a été possible de scinder l'achylie gastrique en deux groupes. Le premier comprenant les cas d'achylie vraie où dans les huit fractions il n'y a une absence complète d'acide chlorhydrique avec un pH constant de 7 à 8 accompagnée d'une afermentie absolue. Le second groupe de cas comprend les malades chez lesquels il existe une absence d'acide chlorhydrique libre, avec un pH oscillant entre 5 et 7, avec présence de quantités minimes des deux ferments, ou d'un d'entre eux, dans certaines fractions. On pourrait les appeler, les cas de fausse achylie.

Voici deux cas, où un examen répété après déjeuner d'Ewald avait fait poser le diagnostic d'achylie, et où notre examen fractionné montre une fonction sécrétoire bien différente.

Mad. E., achylie vraie (anémie pernic.).

Fract.	pH	Pepsine	Ferment Lab.
1	7.6	abs.	abs.
2	7.6	abs.	abs.
3	7.8	abs.	abs.
4	7.6	abs.	abs.
5	8	abs.	abs.
6	7.8	abs.	abs.
7	8	abs.	abs.
8	7.8	abs.	abs.

Mad. de K., fausse achylie (gastrite atrophiante).

Fract.	pH	Pepsine	Ferment Lab.
1	5.2	abs.	abs.
2	5.4	abs.	abs.
3	6.8	abs.	abs.
4	7.2	abs.	abs.
5	5.4	abs.	100 u.
6	5.4	abs.	100 u.
7	6.8	abs.	abs.
8	5.6	abs.	abs.

On n'est pas d'accord sur le rôle que joue l'acide chlorhydrique dans la sécrétion du pepsinogène et dans la transformation de celui-ci en pepsine.

Sans doute, le pepsinogène peut se former dans l'estomac en l'absence d'acide chlorhydrique libre, car voici un cas où la pepsine est trouvée par la réaction de Fuld (donc après addition de HCl *in vitro*) en l'absence complète d'acide chlorhydrique, et même d'ions d'hydrogène provenant d'un autre acide, le pH étant de 6.8 à 8.

M. M.

Fract.	HCl	Ac. tot.	pH	Pepsine
1	abs.	8	7	abs.
2	abs.	4	8	abs.
3	abs.	5	7	abs.
4	abs.	8	7.2	4 u.
5	abs.	10	7.2	8 u.
6	abs.	14	6.8	8 u.

Mais ces cas sont rares, et la sécrétion du proferment y est minime. En général nous avons trouvé que les plus fortes quantités de ferments gastriques se rencontrent surtout chez les individus avec une hyperchlorhydrie notable. Pourtant nous ne pouvons nous rallier à l'avis de Porges qui prétend que la courbe peptique et la courbe chlorhydrique sont parallèles. Au contraire nous avons trouvé que les deux fonctions sécrétoires sont la plupart du temps très différentes d'intensité et de modalité. Presque toujours la sécrétion des ferments atteint son intensité maximale après une demi-heure à une heure et reste alors constante durant toute la digestion stomacale ; la courbe de la sécrétion acide a un sommet qu'elle atteint graduellement ou brusquement, suivi ou non d'une chute avant la fin de la digestion.

D'autre part nous avons remarqué que, dans de très nombreux cas, à une sécrétion acide importante correspond une sécrétion faible de ferments, et inversement que souvent une grande quantité de ferments est accompagnée d'hypochlorhydrie.

Dans les cas semblables à celui décrit plus haut, où il y a une achylie presque complète, la question se pose si la très faible acidité (pH 6.8 à 8) n'entrave pas la sécrétion des ferments.

Pour nous en rendre compte nous avons porté dans ces cas le pH du suc gastrique à une valeur telle, que le ferment trouve un milieu où il est à même de déployer son activité maximale. Nous savons par les travaux de L. Sörensen, Van Arkel et d'autres que l'activité de la pepsine examinee *in vitro* est maximale à un pH variant de 1.5 à 2.5 suivant la sorte d'albumine qu'on lui fait digérer.

Pour modifier l'acidité du milieu gastrique, nous avons injecté par la sonde d'Ehrenreich avant un second examen, ou au cours de celui-ci une solution diluée d'acide chlorhydrique.

Les résultats de cette opération nous ont paru d'un intérêt théorique et clinique importants.

Nous avons soumis le malade M. M. décrit plus haut à un nouvel examen fractionné. Au cours de cet examen nous avons administré après la troisième fraction 3 cmc. d'acide chlorhydrique à 25 %. Voici le résultat de cet examen.

M. M. (après la 3e fraction HCl).

Fract.	HCl	Ac. tot.	pH	Pepsine
1	abs.	5	7.8	abs.
2	abs.	6	7.4	abs.
3	abs.	7	7.4	abs.
4	HCl 23	30	1.8	abs.
5	3	18	2.3	20 u.
6	abs.	14	4.5	20 u.
7	abs.	9	6.2	20 u.
8	abs.	9	7	20 u.

Nous voyons donc que l'acide chlorhydrique que nous avons ajouté à la boisson d'épreuve après la troisième fraction a été un stimulant assez intense pour porter la quantité de pepsine de 8 à 20 unités.

La même action stimulante pour la sécrétion des ferments nous l'avons observée après administration d'acide chlorhydrique dans les cas d'hypochlorhydrie. Voici par exemple

deux résultats d'examen fractionné faits chez la même malade, le premier sans administration d'acide chlorhydrique, le second après l'adjonction d'acide chlorhydrique (3 gr. HCl 25 %) à la boisson d'épreuve dès le début de l'examen.

Mad. N.

Premier examen

Fract.	HCl	pH	Pepsine
1	3	2.3	4 u.
2	3	2.3	4 u.
3	6	2.1	8 u.
4	14	1.9	8 u.
5	3	2.3	8 u.
6	abs.	3.4	8 u.
7	abs.	3.4	8 u.
8	abs.	3.4	8 u.

Deuxième examen

Fract.	HCl	pH	Pepsine
1	36	1.7	abs.
2	26	1.7	abs.
3	12	2.1	20 u.
4	8	2	20 u.
5	5	2.3	20 u.
6	abs.	3.2	20 u.
7	2	2.3	20 u.
8	4	2.3	20 u.

Ce cas montre d'abord l'action stimulante de l'acide chlorhydrique sur la sécrétion de la pepsine dans les cas d'hypochlorhydrie, il illustre aussi ce que nous disions plus haut, que la courbe peptique suit une évolution toute différente de la courbe de l'acide chlorhydrique, que l'action stimulante de l'acide chlorhydrique ne devient manifeste qu'après une demi-heure et atteint alors une valeur qui reste constante durant tout le temps de la digestion.

Nous avons étudié d'autre part l'action de l'acide chlorhydrique ajouté à la boisson d'épreuve sur la sécrétion du ferment lab.

Nous avons pu constater que dans les cas d'hypochlorhydrie intense ou de fausse achylie gastrique, le ferment lab est plus sensible à l'action stimulante de l'acide chlorhydrique que la pepsine. Voici par exemple, un cas de fausse achylie gastrique où nous voyons après l'adjonction de 3 cmc. d'acide chlorhydrique à 25 % après la quatrième fraction, une activité notable du ferment lab avec absence complète de pepsine.

Mademoiselle de K., 13-11-29.

Fract.		HCl	Ac. tot.	pH	Pepsine	Ferment Lab
1		abs.	10	8	abs.	abs.
2		abs.	12	7	abs.	abs.
3		abs.	19	7	abs.	abs.
[illegible]		abs.	19		abs.	abs.
[illegible]	HCl	traces	32	4.2	abs.	200 u.
[illegible]		traces	22	4.5	abs.	200 u.
[illegible]		traces	20	4.5	abs.	500 u.
8		abs.	10	4.2	abs.	—

Nous pourrions multiplier les exemples de cette observation que nous avons faite dans une dizaine de cas. Nous avons même remarqué que dans les cas à acidité très faible (pH 6.8 - 7.4) où nous ne trouvions d'habitude pas de pepsine, une très légère variation de l'acidité du milieu est suffisante pour voir apparaître une activité du ferment lab.

Si l'influence d'une variation de l'activité du milieu intragastrique dans le sens d'une augmentation des ions d'hydrogène est en général favorable à l'action des ferments gastriques et surtout du ferment lab, il en est tout autrement lorsque cette variation se produit dans le sens d'une plus grande alcalinité du suc gastrique.

Il est intéressant sous ce rapport de poursuivre par la méthode fractionnée l'influence du bicarbonate de soude sur l'activité de la pepsine et du ferment lab.

Dans les cas à eu ou hyperchlorhydrie, l'action de 3 à 5 grammes de bicarbonate de soude administré par la sonde après quatre ou cinq fractions où le pH varie de 1.1 à 1.8 avec une activité normale des ferments, neutralise durant très peu de temps l'acidité gastrique avec suppression de l'activité des ferments. Déjà après une ou deux fractions, le pH indique une très légère acidité, mais celle-ci est suffisante pour restaurer la fonction digestive des ferments, qui reprend, avec la même intensité qu'elle avait avant l'administration du bicarbonate de soude.

Voici un cas d'hyperchlorhydrie par ulcère de l'estomac, qui illustre cette action du bicarbonate de soude.

M. V. 2-12-29.

Après la cinquième fraction 1.5 gr. de bicarbonate dans 20 cmc. d'eau.

Fract.		HCl	Ac. tot.	pH	Pepsine	Ferment Lab.
1		50	66	1.1	abs.	500 u.
2		64	76	1.3	30 u.	500 u.
3		54	64	1.1	40 u.	1.000 u.
4		30	41	1.5	40 u.	500 u.
5		36	40	1.5	-	-
6	Bic.	abs.	traces	8.5	abs.	abs.
7		abs.	6	7.7	20 u.	250 u.
8		36	48	1.5	30 u.	500 u.
9			-	1.6	40 u.	1.000 u.

Dans les estomacs à hypochlorhydrie notable, l'action du bicarbonate est néfaste pour l'activité des ferments, et surtout, pour la pepsine. Nous voyons dans le cas suivant que l'adjonction d'une quantité minime de bicarbonate dans un cas de gastrite avec hypochlorhydrie, arrête complètement la sécrétion de la pepsine et du ferment lab, mais que le dernier n'est annihilé que durant un temps très restreint, et peut même reprendre sa fonction en milieu neutre.

Mad. P.

Après la 7e fraction 1.5 grammes de bicarbonate de soude.

Fract.		HCl	Ac. tot.	pH	Pepsine	Ferment Lab.
1		6	14	1.9	20 u.	250 u.
2		30	38	1.7	—	—
3		30	40	1.5	—	—
4		45	56	1.3	—	—
5		21	36	1.5	100 u.	1.000 u.
6		22	36	1.5	—	—
7		2	18	2.2	200 u.	1.000 u.
8	Bic.	abs.	12	8.2-10	abs.	abs.
9		abs.	5	8	abs.	abs.
10		abs.	4	8	abs.	250 u.

Comme conclusion de ces différentes recherches nous croyons pouvoir nous ranger à l'avis de Ramond quand il reconnaît la grande importance qu'offre la recherche des ferments gastriques pour le diagnostic des affections gastriques. Cette recherche est surtout importante pour différencier l'achylie gastrique vraie de la fausse achylie. Pour rendre ce diagnostic différentiel plus aisé il est bon d'ajouter à la boisson d'épreuve une quantité minime d'acide chlorhydrique libre qui est le stimulant adéquat de la sécrétion des ferments. Le dosage du ferment lab est à préférer à celui de la pepsine et doit toujours être fait en même temps que ce dernier, car il est des cas où l'acide chlorhydrique est à même de stimuler la sécrétion du ferment lab sans provoquer de sécrétion de pepsine. Le diagnostic d'achylie gastrique doit être réservé aux seuls cas, où les ferments restent absents après l'adjonction d'acide chlorhydrique à la boisson d'épreuve. Dans les cas de gastrite il faut se souvenir de l'action néfaste du bicarbonate sur l'activité des ferments gastriques. La méthode d'examen fractionné avec détermination du pH gastrique et dosage de la pepsine et du ferment lab est la seule qui nous renseigne exactement sur la fonction digestive de l'estomac.

L'ostéomalacie. Sa pathogénie Ses traitements

Par Georges ROUSSEAU

L'ostéomalacie est une maladie de l'âge adulte, frappant surtout les femmes de la classe pauvre vivant misérablement dans des logements privés d'air et de lumière. C'est donc une affection due en grande partie à la misère physiologique. A cela s'ajoute la notion très importante de multiparité : on la voit très exceptionnellement, chez les primipares ; la plupart des cas publiés ont trait à des femmes, ayant eu au moins trois ou quatre accouchements antérieurs.

L'affection qui n'est pas propre à la femme enceinte, ni même à la femme, est pourtant beaucoup plus commune pendant la grossesse où les os sont exposés à se décalcifier et où il se produit une mobilisation de la chaux (Henri Vignes. Le métabolisme du calcium et la gestation, *Progrès Médical*, 24 mars 1928).

La lésion principale, en effet, est essentiellement la perte par l'os d'une notable partie de ses sels : de façon très nette, l'analyse des os a montré que les matières minérales sont diminuées et en particulier que la perte est proportionnellement plus grande en chaux qu'en magnésie ; la densité des os est diminuée. d'où ramollissement du squelette qui se laisse déformer et courber. Les déformations sont très importantes et, au niveau du bassin, sont cause de dystocie la plupart du temps telle qu'au moment de l'accouchement on est généralement obligé de recourir à la césarienne si le fœtus est à terme.

Cette déperdition calcique si marquée s'accompagne, d'une augmentation de la calcémie. Ce fait fut constaté pour la première fois par Marquis en 1910 (Diagnostic et rôle de la décalcification gravidique. *L'Obstétrique*, n° 6, juin 1910) dans deux cas d'ostéomalacie gravidique.

Fruhinsholz a signalé, récemment, le métabolisme particulier de la chaux dans le sang des ostéomalaciques avec dérivation au profit du fœtus.

En même temps que cette augmentation de la calcémie, les examens de laboratoire montrent que la quantité de chaux excrétée est plus grande que la quantité ingérée (Linbeck Newman, Caporali, Marquis).

Dans les urines, on trouve une très importante proportion de sels de calcium.

Quelle est la cause déterminante de cette mobilisation de la chaux ?

Beaucoup de théories ont été émises. Actuellement, on penche vers un trouble des glandes endocrines. On a incriminé tour à tour la plupart de ces glandes.

On a d'abord parlé de *dysthyroïdie* après avoir, d'une part, trouvé des lésions thyroïdiennes dans quelques cas de cette maladie, d'autre part, constaté la part importante prise par la glande au cours de la calcification du squelette. Mais il ne semble pas qu'on puisse vraiment l'incriminer ici dans la production de ramollissement des os. (Brindeau. Pratique des accouchements). De plus, on a remarqué que l'ostéomalacie est extrêmement rare dans les régions goitreuses.

La *théorie surrénale* a été formulée par Bossi vers 1907. Après avoir déterminé par expérimentation l'apparition d'ostéomalacie chez la brebis, il a essayé l'adrénaline comme traitement de cette maladie chez la femme.

Sa méthode eut beaucoup de vogue, à cette époque. Mais les résultats furent assez irréguliers. (L'ostéomalacie et l'adrénaline. *Presse médicale*, 21 décembre 1917.)

C'est ainsi que Fruhinsholz (Séance de la Société d'obstétrique et gynécologie de Nancy, 17 janvier 1921), a publié une observation d'ostéomalacie puerpérale où il a eu un échec complet avec l'adrénaline. Il est même à présumer, dit-il, que cette médication a été nuisible et à contribuer à aggraver l'état de la malade qui ne s'améliora qu'après une césarienne accompagnée d'ovariectomie.

L'ovaire semble jouer, en effet, un rôle primordial dans la pathogénie de l'ostéomalacie. C'est la théorie qui est la plus accréditée actuellement. Emise par Fehling, elle semble être vérifiée par les lésions de l'ovaire au cours de l'affection, ainsi que par les rémissions ou même les guérisons obtenues par l'ablation des glandes génitales.

L'ostéomalacie se rencontre, nous l'avons vu, le plus souvent chez des femmes ayant une activité ovarienne très développée (grandes multipares.) L'ovaire est fréquemment dégénéré. On constate surtout un développement du tissu interstitiel avec une vascularisation importante.

J. H. Fraser (*The American Journal of obstétrics and gynecology*, tome XIV, n° 6, décembre 1927) explique, d'ailleurs. les quelques bons résultats obtenus par l'adrénaline, qui agirait par une vaso-constriction énergique s'exerçant sur les capillaires d'un ovaire en état de suractivité.

Quoi qu'il en soit, la castration est le traitement qui a donné le plus grand nombre de guérisons, qu'elle soit pratiquée chirurgicalement, ou par radiothérapie (Crouzon et Justin Besançon. *Société méd. des hôpitaux de Paris*, 12 juillet 1929).

Les échecs constatés, pour Ritmann, tiennent à ce que l'ovaire exerce indirectement son action sur le calcium en favorisant l'action des glandes thyroïde, surrénale et hypophyse.

On a d'ailleurs essayé l'extrait hypophysaire. H. Bab cite sept améliorations sur huit cas traités par ce moyen (*Société império-royale des médecins de Vienne*, 30 juin 1911).

* * *

On sait que selon les théories actuelles émises par Blum. Delaville et Van Caulaert, la décalcification en général serait due à un excès d'acidité des humeurs de l'organisme, excès qui dissoudrait les sels de chaux des os. Cette augmentation de l'acidité a été retrouvée d'une façon assez constante dans l'ostéomalacie, par un certain nombre d'auteurs.

Ainsi Goebel, publie dix-sept observations où il a étudié à diverses périodes de la maladie l'acidité générale, la quantité d'ammoniaque, l'azote total de l'urine, le P^2O^5, les composés organiques et le coefficient

$$\frac{\text{Azote ammoniacal} \times 100}{\text{Azote total}}$$

Il a trouvé très régulièrement une augmentation de l'acidification de l'organisme. Le coefficient précédent subit une augmentation s'accentuant toujours au moment des poussées d'aggravation de la maladie et diminuant aux périodes d'amélioration, et après la guérison.

L'acidité du sang subit également un accroissement. La quantité de calcium éliminée par les urines peut servir de critérium de l'acidose, pouvant atteindre 1 gr. par 24 heures, au lieu de 0,2 à 0,3 normalement.

Goebel conclue que la décalcification osseuse dans l'ostéomalacie est en rapport étroit avec l'acidification de l'organisme.

Ses résultats concordent avec ceux de Hasselbach et Gammeltoft (relevés dans *Puerperal osteomalacia, Obstétrics*, 1916, p. 158) qui ont trouvé régulièrement une augmentation de l'acidité du sang dans la grossesse, résultats tendant à étayer la théorie de l'ostéomalacie puerpérale due à l'acidité.

* * *

On est en droit de se demander en présence de ces conclusions, qui sont fort semblables, à celles trouvées au cours de toutes les décalcifications si on ne pourrait pas tirer de grands avantages dans le traitement de cette maladie, d'une médication recalcifiante bien conduite où on ferait usage

d'un régime approprié, légèrement alcalin, riche en chaux, auquel on ajouterait des sels de calcium et surtout qui serait accompagné de l'administration d'un agent fixateur éprouvé comme les rayons ultra violets, l'ergostérol ou l'huile de foie de morue.

Certains auteurs l'ont essayé et ont obtenu des résultats tout à fait encourageants.

C'est ainsi que W. Zieffenbach (*Medical Record New-York*, 12 juin 1920, Ostéomalacia is it a rare rather common disease ?) a obtenu d'excellents résultats chez des ostéomalaciques. par une alimentation riche en vitamines et en phosphore à laquelle il avait ajouté du lactate de chaux et de l'extrait parathyroïdien, puis des séances de rayons ultra-violets d'une durée de 10 à 15 minutes.

De même H. Henkrickx (Ostéomalacia et rayons ultra-violets. *Le Scalpel*, du 28 juillet 1928) publie le cas d'une malade présentant un syndrome d'ostéomalacie évoluant depuis plusieurs années, à la suite d'une fausse-couche. Trente-cinq séances de rayons ultra violets alternant avec une médication calcique ont arrêté l'évolution et fait disparaître la plus grande partie des manifestations osseuses et sensitives. Pas de récidives depuis deux ans.

Enfin Kathleen Olga Vaughan (Conférence internationale de la lumière, Lausanne, 1928) a eu l'occasion d'étudier cette affection dans les Indes, pays où elle est extrêmement fréquente par suite des conditions de vie particulièrement mauvaises imposées aux femmes indigènes par les coutumes.

On n'applique dans ce pays pratiquement qu'un seul traitement, qui amène presque toujours la guérison : la lumière et l'ingestion d'huile de foie de morue. C'est donc un traitement essentiellement fixateur de sels de chaux

D'autres auteurs ont essayé de traiter l'ostéomalacie par le phosphore qui est considéré également comme un bon recalcifiant à doses peu élevées. Latzko dit avoir amélioré environ 300 cas en donnant uniquement ce produit (*Société Impériale-royale de médecine de Vienne*, 30 juillet 1911).

Il semble donc, qu'actuellement, en dehors des extraits de glandes endocrines et de l'ovariectomie, la recalcification se présente comme une thérapeutique efficace, contre laquelle jusqu'ici aucun traitement n'a donné de résultats constants.

Il serait intéressant de faire de nouvaux essais en employant le traitement recalcifiant soit seul, soit associé aux procédés thérapeutiques plus anciens, en particulier à l'ovariectomie.

« Le 16 mai 1881 est une date, sans doute inconnue de beaucoup de médecins de cette époque, mais qui doit compter et compte cependant dans l'histoire de notre profession. Ce fut en effet le 16 mai 1881, il y a exactement cinquante ans, que fut fondé à Montaigu-en-Vendée, par le Dr Gustave Mignen, le premier syndicat médical de France.....

L'époque des noces d'or du premier syndicat médical de France est arrivée. Ce noces d'or seront-elles célébrées ? Nous l'ignorons, on oublie volontiers les précurseurs et les pionniers, à notre époque où les préocupations graves du présent font, un peu trop peut-être, méconnaître les mérites du passé. Mais nous qui survivons, nous considérons comme notre devoir de donner, à propos de ce cinquantième anniversaire, le souvenir confraternel demandé, il y a vingt-cinq ans, à sa mémoire, par notre regretté ami le Dr Gustave Mignon, fondateur du syndicat médical de Montaigu, le premier syndicat de médecins de France ». Dr J. Noir, *Concours médical*, 6 mai 1931.

« Durant un demi-siècle, en France, savants et industriels se sont systématiquement ignorés en vertu de cet axiome que la science doit être complètement désintéressée. Cette opinion s'appuie sur le plus noble et le plus chevaleresque sentiment : mais je n'hésite pas à dire que, dans les circonstances pénibles de la vie actuelle, la continuation de sa mise en pratique aurait des conséquences déplorables. *C'est à elle, sans conteste, que nous devons la grande misère de nos laboratoires et la difficulté grandissante de recruter de jeunes chercheurs que le feu sacré ne suffit plus à nourrir.* » Professeur d'Arsonval.

CLINIQUE PSYCHIATRIQUE

Les causes de la souffrance morale chez certains psychopathes

Par A. Barbé

C'est un fait bien connu que, pour procéder à l'examen d'un grand nombre de malades atteints de troubles mentaux, il est indispensable de les prendre en particulier : un malade qui se trouve seul à seul avec son médecin et qui est mis en confiance par celui-ci, finit, parfois au bout d'un temps très long, par faire des confidences extrêmement importantes autant pour le diagnostic que pour le pronostic. Mais pour cela, il faut, non seulement le laisser parler, mais encore ne pas donner des marques d'impatience, si la conversation se prolonge et si l'on est obligé de s'y reprendre à plusieurs fois pour obtenir des aveux parfois très pénibles.

Ces confidences ont un intérêt capital dans certaines affections mentales, telles que les obsessions, les états de dépression, la mélancolie. Elles permettent non seulement de connaître le malade, mais encore d'apprécier la cause (souvent en partie morale) du trouble mental, d'y porter remède et d'éviter certaines réactions dangereuses, telles que la fugue, l'homicide et le suicide. Enfin elles aident parfois à dénouer certaines situations sociales pénibles et dangereuses.

Nous allons rapporter plusieurs observations concernant des malades chez lesquelles la connaissance de cette souffrance morale a pu aider non seulement à discerner la cause de leur trouble, mais encore à en saisir le mécanisme et l'évolution ; de plus (chose digne de remarque), cette connaissance nous a souvent permis d'agir d'une façon bienfaisante dans un certain nombre de cas, car les mesures morales ou psychologiques ont souvent alors beaucoup plus de valeur et d'influence que les méthodes thérapeutiques proprement dites. Bien entendu, nous ne rapporterons dans ces observations que ce qui se rapporte au sujet de ce travail.

Ces malades peuvent être classées en cinq groupes :

Les obsédées ;

Les déprimées et les mélancoliques ;

Les scrupuleuses ;

Les romanesques ;

Celles dont les troubles mentaux ont commencé par un état affectif pénible avant d'aboutir à un état organique grave.

En ce qui concerne les obsédées, nous rapporterons quatre observations concernant : deux douteuses, une impulsive et une anxieuse qui évolua plus tard vers un état paranoïaque léger.

La première concerne une jeune fille qui eut d'abord des obsessions de caractère religieux (elle croyait voir des fragments d'hostie sur sa robe et n'osait plus communier), puis d'ordre médical : elle avait la peur des poussières et des microbes, non par crainte pour elle-même, mais pour les autres, redoutant d'être un moyen de contagion, de contamination, n'osant plus toucher à quoi que ce soit de peur de transmettre une maladie à son entourage, à ses parents ; elle ne voulait plus passer dans certaines rues de peur d'y trouver des crachats de tuberculeux ou de cancéreux. A son retour chez elle, elle se livrait à un brossage indéfini des mains, du visage, des vêtements, des objets de toilette, de la vaisselle.

Rapportant tout à elle-même, elle présentait des idées égocentriques de caractère mégalomaniaque, comme cela

◆◆◆

se voit si souvent chez certains mélancoliques : c'est ainsi qu'elle disait qu'elle avait fait le malheur du monde qu'elle pouvait être un objet dangereux, un être contagieux, un sujet de répulsion pour tous (je cite bien entendu ses propres expressions).

Plus tard, il suffit même qu'elle pensât aux choses ou qu'elle les vit pour que l'obsession apparut : « Quand l'émotion s'est produite, écrivait-elle, c'est comme si l'acte était fait ». Elle manifestait dans son caractère deux tendances : l'une altruiste, ne voulant pas contaminer le voisinage ; l'autre égocentrique : tout pouvait venir par elle. Elle n'avait jamais, malgré toutes ses précautions et les soins pris, de satisfaction complète, car lorsqu'elle avait cédé à son obsession par un acte, elle était encore tourmentée par la peur d'avoir mal fait celui-ci.

D'un caractère prudent, craintif et réservé, rabrouée par les siens, qui lui disaient parfois des choses pénibles, elle n'osait se confier à personne et m'écrivait ce qui suit, après que j'avais pu décider sa famille à la mettre en traitement : « Ne connaissant personne, je ne parlais presque pas, et restais constamment enfermée dans une chambre, occupée à lire ou à coudre : les heures me paraissaient des siècles... Certains jours cependant, le noir revient... Quand par les circonstances ou par une parole malheureuse de mon entourage, je constate la stérilité de ma vie ; ou encore, quand subjuguée par le flot des obsessions, je sens mon impuissance à satisfaire toutes mes obligations : dans ces conditions, le découragement s'empare de moi et c'est la détresse.

« Que vous dirais-je de mes obsessions ? Elles sont aussi vives, pénibles et absorbantes que par le passé. Elles exigent de perpétuelles satisfactions par le nettoyage et la désinfection. Comme ici personne ne me dérange et que j'ai tout mon temps libre, je l'emploie de plus en plus à satisfaire mes manies et fais grande consommation de savon et eau de Cologne. Si je reste dans ma chambre pour éviter la rencontre de ces horribles petites bêtes (elle parle des microbes), le moral baisse ; si je sors pour chasser l'ennui, je récolte une somme de travail considérable pour le retour et quelquefois le tourment de ne pouvoir arriver à tout...

« Voulez-vous un exemple de mes tribulations ?

« Hier, j'ai visité les « incurables ». Cette visite m'a valu en retour, une crise de larmes en règle, une soirée passée dans le désespoir et l'anéantissement le plus complet, et aujourd'hui un état de torpeur que j'ai peine à secouer...

« Pourquoi tout cela ?

« Parce que, dans la cour des hommes, j'ai rencontré un crachoir tout près de pauvres malheureux maigres et livides. Vous voyez tout de suite l'association d'idées, puis la conclusion ! Donc, émotion produite par la vue de cette chose, et provoquant en moi la crainte de plus en plus certaine d'avoir touché à ces crachats de tuberculeux. Au retour, impuissance à arriver à toutes les satisfactions nécessaires

« Voilà où j'en suis ! Et cependant, depuis ce matin, au fur et à mesure que je me ressaisis, je nettoie et désinfecte sans parvenir à le faire ni assez bien, ni complètement. Et ce n'est pas fini ! »

A la fin de sa lettre, cette malheureuse me demandait des conseils et sollicitait surtout un appui moral. Je ne lui ménageai pas celui-ci et comme je lui demandais de me tenir au courant (car elle est très intelligente et s'analyse très bien, je dirais même trop bien, comme la plupart des obsédés), elle me répondit :

« A la base de toutes mes préoccupations, il y avait une raison de culpabilité, ou, ce qui est plus juste, une crainte d'accomplir une action mauvaise qui engendrait tout un raisonnement suivi de précautions à prendre afin d'éviter d'engager ma responsabilité.

« Voilà le raisonnement du début de toutes mes obsessions, et souvent la cause de troubles quand le raisonnement ou les précautions ne peuvent aboutir à rien de certain. Mais, par la suite, les idées en évoluant, dégénèrent. Actuellement, le raisonnement ne se fait pas toujours, puisque les raisons qui me font agir sont toujours présentes à ma mémoire.

« Jusqu'à maintenant, je ne constate pas beaucoup de changement dans mes idées, je suis certainement plus calme et n'ai pas d'accès d'énervement, mais j'attribue cela à la vie calme que j'ai ici : n'étant ni contrariée ni brusquée, les accès sont supprimés. »

Me demandant un peu de réconfort, elle faisait des allusions et donnait même des précisions sur les ennuis qu'elle avait avec ses parents qui ne la comprenaient pas et choquaient ses « manies », ses habitudes. Parfois, au cours d'accès de désespoir, elle se livrait à des violences sur elle-même et avait « la tête un peu meurtrie par deux ou trois distributions de coups de poing que je me suis administrés pour me calmer »

« Afin d'éviter ces ennuis, ajoutait-elle, j'ai décidé de ne plus sortir, espérant éteindre le feu faute d'aliments, mais les microbes que je n'allais pas chercher sont venus à moi, portés par les personnes qui en venant me voir, devaient passer aux endroits proscrits : donc, nouveau tourment et même nécessité de nettoyage ici après leur passage. Dans ces conditions, vous devez bien penser que le courage m'a abandonné me laissant, pauvre créature sans ressort, subir mon état avec tristesse. Le même jour, j'ai eu un profond désespoir accompagné de larmes en envisageant mon avenir. Je désire vivement ne mettre personne dans mes confidences ; j'ai toujours bravé pour qu'on ignore, et je serais peu flattée d'être obligée de faire connaître ma peu honorable maladie... c'est si triste, lorsqu'on souffre, de se trouver au milieu d'indifférents (pour qui on est ennuyeux) et de ne pas être comprise. »

Dans ces dernières lignes, on voit toute l'importance qu'elle attache à se sentir aidée, le sentiment bien naturel qu'elle éprouve à cacher sa misère aux indifférents et l'impression très nette qu'elle éprouve de ne pas être comprise par son entourage.

La seconde observation se rapporte à une jeune femme qui présentait également des obsessions et des phobies dont le caractère courant ne présente rien de particulier. Mais cette malade ne trouvait dans son ménage ni les consolations, ni les encouragements nécessaires, en sorte qu'elle était obligée de jouer la comédie de la gaieté, de refouler ses angoisses à chaque fois qu'elle avait un accès paroxystique. En butte à de l'indifférence, parfois même à l'agacement de son entourage, elle ne pouvait ni se soulager, ni se confier, et me faisait part de sa détresse morale dans des phrases émouvantes. Là encore j'ai pu, avec un peu de diplomatie, obtenir dans son foyer une compréhension plus nette de sa situation et atténuer les inévitables petits heurts qui se produisent constamment dans ces sortes de cas.

Quant au troisième cas, il concerne une obsédée phobique impulsive, beaucoup plus atteinte moralement que les deux précédentes, puisqu'elle éprouve une impulsion à tuer ses enfants, surtout sa fille aînée ; elle souffre de ces troubles dont elle a une conscience parfaite, aussi bien au point de vue de leur nature que de leur gravité et de leurs conséquences. Mais, en même temps, elle souffre moralement, d'un chagrin latent du fait que son mari la voyant vaquer à ses occupations ordinaires et se conduire dans la vie journalière avec une apparence normale, ne veut croire ni à la gravité, ni à l'existence de ces troubles, disant qu'elle n'a rien, qu'elle n'est pas malade, et remplaçant par des réflexions aigres et des propos malsonnants les encouragements et consolations qu'il devrait lui apporter dans son malheur. Cependant, cette malheureuse fait de son mieux pour éviter l'obsession homicide (sur son enfant) et l'idée du suicide (car elle envisage cette fin pour éviter de succomber à l'obsession-homicide). Une intervention discrète auprès du mari a permis de remettre les choses au point, tout au

BIBLIOGRAPHIE

Medical and Surgical Reports of the Episcopal Hospital (Rapports médicaux et chirurgicaux de l'Hôpital Episcopal). Volume VI. J. Dornan. Philadelphie, 1930.

Ce volume commémore le 75e anniversaire de l'Hôpital Episcopal ; il contient une série d'articles sur la fondation et l'activité de l'hôpital, sur l'histoire et l'évolution de la médecine depuis cette fondation ; il est complété par d'intéressantes études concernant la médecine, la chirurgie et les diverses spécialités.

Signalons l'article de tête consacré à la mémoire de Richard Hickmann Harte, qui fut chirurgien de cet hôpital de 1889 à 1904. Cet ami de la France quitta l'Amérique en 1916 pour « servir » à l'Hôpital Américain de Neuilly ; il retourna aux Etats-Unis en automne pour y organiser deux hôpitaux, le 10 et le 34 ; il revint en France en 1917 et y resta jusqu'à l'armistice. C'est pendant son absence que sa femme mourut ; l'immense douleur qu'il ressentit ne le détourna pas de sa tâche quotidienne, à laquelle il ne manqua jamais. Promu au grade de colonel, cité par le général Pershing, décoré des ordres de St-Michel, de St-Georges et de Léopold, il resta simple et modeste et des nombreux services rendus il n'aimait qu'à en rappeler un seul, celui du premier blessé qu'il avait opéré pour des perforations intestinales par éclats et qui s'était parfaitement rétabli. L'auteur de la notice nécrologique, Astley P. C. Ashhurst, conclut en disant que Richard Hickman Harte vécut en évitant d'offenser Dieu et les hommes, ce qui est un juste hommage rendu à la valeur morale de ce parfait gentleman.

J. LAFONT.

Les diagnostics anatomo-cliniques de P. Lecène. Recueillis par ses élèves. Fasc. II : *Appareil génital de la femme* (1re partie), par P. MOULONGUET et S. DOBKEVITCH. Masson et Cie, éditeurs.

Depuis des années, Lecène, qui était à la fois et au mieux, un clinicien, un anatomo-pathologiste, un biologiste, rassemblait des documents pour illustrer un livre de diagnostic anatomo-clinique. Ses élèves ont recueilli le plus possible des documents préparés pour cette œuvre, documents écrits et enseignement verbal. Leur publication, monument plus beau qu'une statue, se présente comme une série de monographies, très richement illustrées de figures provenant de la collection de Lecène.

De la sorte, le labeur du grand et passionné travailleur n'est pas entièrement perdu pour la médecine.

Le premier des deux volumes consacré à l'appareil génital de la femme, comprend près de 300 pages et 162 figures originales. Les divers chapitres sont consacrés aux lésions chirurgicales vulvo-périnéales (lésions mécaniques, lésions inflammatoires, lésions dystrophiques, lésions néoplasiques bénignes, lésions néoplasiques malignes) ; et aux lésions de l'utérus et de ses annexes (grossesse ectopique, accidents de l'avortement, infection gonococcique, infection utéro-annexielle en dehors de la blennorragie et de l'infection puerpérale, lésions infectieuses de l'ovaire, tuberculose [illegible] annexielle, syphilis génitale, torsions des annexes).

H. V.

Dante le Chrétien, par PIERRE-GAUTHIEZ. Un volume in-8 écu de la Bibliothèque *Historia*, illustré de 16 hors-texte en hélio gravure, publié aux éditons Jules Tallandier, 75, rue Dareau, Paris. Prix : 25 francs.

Comme suite à l'ouvrage où il a décrit et étudié la vie de Dante d'après l'œuvre et les documents, M. PIERRE-GAUTHIEZ nous donne l'âme même de l'œuvre dantesque, telle que Dante l'a reçue de Saint-Jean l'Apôtre et de la pure tradition franciscaine.

Jean RAVENNES : Toutes nos Colonies, no 2 : Aux portes du Sud : Le Maroc. — René HACHETTE et Jo. GINESTOU : Toutes nos Colonies, no 3 : Au seuil de l'Orient ; La côte des Somalis ; L'Inde française. — René MARAN : Toutes nos Colonies, no 4 : Le Tchad de sable et d'or. — Fançois VALDI : Toutes nos Colonies, no 5 : L'Homme contre la Forêt : Le Gabon. Librairie de la Revue française, Alexis Redier, éditeur, 11, rue de Sèvres, Paris, 1931.

Il faut louer, sans réserve, l'éditeur Redier pour sa très belle collection *Toutes nos Colonies*. Nous l'avons déjà dit à propos du premier livre consacré au Laos ; il faut le redire pour quatre nouveaux volumes : documentation, illustration admirable, paysages féeriques. Lisons ces pages pour nous instruire ; lisons-les avant que la civilisation à type mercantile n'ait effacé de ces lointains pays tout ce qui en fait le charme et [illegible]

moins dans une certaine mesure, car il est des vérités qu'il n'est pas toujours facile de faire accepter.

Enfin, la quatrième observation relative à ces cas d'obsession, se rapporte à une femme qui après avoir présenté des symptômes de ce genre, évolua vers un état paranoïaque, ce qui est d'ailleurs un cas fréquent, car le caractère à fond paranoïaque est courant chez les femmes. Se disant incomprise de son mari, elle prend volontiers une attitude et un rôle de victime et même de martyre, disant qu'elle ne peut prétendre à la sympathie de qui que ce soit, que son mari ne se rend aucun compte de son état moral et l'accable par sa plus entière indifférence, qu'elle est une créature malheureuse. Elle accepte la situation comme une épreuve, ne se reconnaît aucun tort et considère même avec une certaine satisfaction ces épreuves qui lui sont imposées comme une punition céleste. J'interviens alors, et après avoir réussi à ramener un peu de calme dans cette famille, la malade m'écrivait pour me dire que comme remerciement de ce que j'avais fait à la suite de ses confidences bien intimes, elle ferait preuve d'un peu plus de bonté, ayant tout au moins ainsi la satisfaction du devoir accompli.

Abordant maintenant la deuxième partie de cette étude je rapporterai brièvement deux observations de déprimées mélancoliques.

Tout d'abord, il s'agissait d'une dame dont l'état physique retentissait dangereusement sur l'état mental et réciproquement. Au cours de cet état cyclique, elle présentait des accès d'énervement avec idées de suicide. Lorsque je pus la mettre en confiance et obtenir ses confidences elle me raconta que son état pathologique, dont elle se rendait d'ailleurs parfaitement compte, était causé surtout par des idées de jalousie : son mari étant chirurgien, elle souffrait de voir les infirmières « papillonner » autour de celui ci, et « quand je vois ces demoiselles près de lui, me confiait-elle, cela m'agace, m'énerve et me rend plus malade ». En réalité, cette situation quotidienne constituait le fond de l'affaire et c'était là qu'il fallait chercher la véritable cause de son état.

Quant à la seconde, il s'agit d'une histoire qui se termina d'une façon dramatique. Une malheureuse mère de famille avait vécu pendant plus de vingt ans avec un mari, brave homme dans le fond, mais d'un caractère chicanier, tâtillon et querelleur qui lui rendait la vie impossible. Repliée sur elle-même, n'osant se confier à personne, elle m'écrivait des lettres dans lesquelles il était surtout question de sa santé physique, mais où elle n'abordait pas le sujet principal de sa souffrance, à savoir la cause de sa douleur morale dont elle n'avait jamais parlé à personne et qu'elle me confia dans un moment de détresse : comme me l'écrivait sa sœur, elle eut une vie de « dévouement, d'abnégation et de sacrifice », s'efforçant de paraître normale aux siens et à ses visiteurs, mais en réalité souffrant depuis de longues années du voisinage d'un mari bruyant, agité, touche-à-tout, n'écoutant jamais, parlant sans cesse et interrompant toujours. Comme il n'avait jamais cherché à comprendre sa femme et que, sans le vouloir, il l'avait fait beaucoup souffrir, celle-ci mit un jour une fin à son existence toute de dévouement par un suicide qui, quoique discret, fut néanmoins certain, quand elle vit qu'aucune intervention ne pourrait changer sa vie conjugale.

Je rapporterai maintenant l'observation d'une scrupuleuse, femme d'un caractère irritable, et inquiet, dont la frigidité sexuelle absolue, allant jusqu'à l'indifférence et même la répulsion, ne laissait pas que de surprendre péniblement son mari : chose curieuse, elle était par contre irritable et jalouse. En réalité, il s'agissait d'une intrication, je dirais volontiers d'une discordance entre ses sentiments affectifs et ses sentiments religieux : ne pouvant parvenir dans son esprit à concilier les deux, continuellement ballotée entre ces deux tendances, elle avait des périodes d'exaspération d'ailleurs aggravées par l'hostilité sourde et latente qu'elle sentait autour d'elle. Ici encore, une intervention morale et un raisonnement firent plus que toutes les thérapeutiques médicamenteuses.

Le quatrième groupe comprend les romanesques : sous ce titre, je désigne certaines personnes d'une imagination vive et quelque peu faussée par la lecture des romans, la fréquentation dangereuse d'amies bizarres et excentriques ; elles s'étaient fait de la vie un tableau enchanteur et ont été vivement déçues par les tristes réalités de celle-ci. Je rapporterai deux observations de ce genre, où le triste et le gai se confondent, comme dans la plupart des circonstances de la vie.

La première a trait à une jeune fille, de caractère irascible, indépendant et fantasque, chez laquelle le développement des sentiments amoureux prit quelques années après sa formation, une allure dangereuse. Elle se laissa aller à quelques « flirts », d'abord peu importants, mais qui, chez cette nature ardente, prirent enfin une allure dangereuse : elle se laissait courtiser et y prenait goût, se considérait continuellement comme fiancée à tous les jeunes gens qui lui plaisaient, en sorte qu'elle allait, bien entendu, de déception en déception. Elle s'en rendait compte au cours de périodes d'abattement qui succédaient à ses envolées et me déclarait elle-même qu'elle avait un « cœur d'artichaut ». Au cours de ces périodes de désillusion, qui la laissaient si triste et si désemparée, elle me confia des idées de suicide, mais, donnant toujours une allure théâtrale à la plupart de ses actes, elle avait résolu de « finir en beauté ». Elle avait donc projeté d'aller retrouver des amis au bord de la mer, et là, un matin, revêtue d'un charmant costume de bain, elle se serait noyée. Evidemment, on peut rester très sceptique sur la sincérité d intentions de cette sorte : mais, comme il ne faut jamais mettre une femme au défi de commettre un acte absurde, et que de plus, celle-ci aurait été parfaitement capable de le faire par bravade, il me fallut la raisonner et je n'avais d'autre moyen que la persuasion à ma disposition, puisqu'elle m'avait demandé, avant de se confier à moi, ma parole de ne rien révéler de ce qu'elle me confierait : je réussis dans mon argumentation et j'eus la satisfaction, non seulement d'éviter cette catastrophe, mais encore d'apprendre qu'elle avait rencontré au bord de la mer un jeune homme avec lequel elle s'était fiancée : il faut croire que c'était sérieux cette fois-là, puisqu'elle l'épousa.

Quant à la seconde, elle concernait une jeune femme dont le caractère exalté et sentimental la faisait se plaindre de ne pas être comprise dans son intérieur : elle eut des aventures dont la dernière faillit provoquer un drame.

Consulté sur la conduite à suivre, je conseillai un séjour dans une maison de santé, ce qui permit de faire croire à l'entourage qu'elle avait agi, en partie du moins, sous l'influence de troubles mentaux. Bien entendu, ceux-ci n'existaient pas, mais je parvins ainsi à dénouer une situation assez embrouillée et à faciliter à cette dame la reprise de ses occupations journalières peu de temps après.

Il me reste maintenant à parler du cinquième groupe, c'est-à-dire celui dans lequel les troubles mentaux ont commencé par un état affectif pénible, avant d'aboutir à un état organique grave : je rapporterai (toujours brièvement et en me plaçant encore sur le seul terrain de la confidence pénible qui permet d'aider ces malheureuses à soulager un peu leur chagrin) deux observations :

La première est celle d'une jeune fille, hérédo-spécifique dont les troubles mentaux s'étaient beaucoup aggravés du fait de l'hostilité sourde qu'elle sentait autour d'elle et dont sa nature délicate et sensible souffrait beaucoup, en sorte que là encore, il fallut joindre un traitement moral à la thérapeutique médicamenteuse et faire comprendre à la famille la nécessité de ne point brusquer cette pauvre enfant.

La seconde se rapporte à une jeune fille, d'une sensibilité délicate, dont la nature impressionnable avait été péniblement surprise par les petits heurts de la vie journalière qu'elle percevait autour d'elle. Elle s'était repliée

sur elle-même et bien entendu, le terme de mélancolie avait été prononcé ; en réalité, elle avait surtout des appréhensions à l'idée des réceptions, des visites et des conversations avec des dames qui lui demanderaient de ses nouvelles et lui poseraient des questions indiscrètes. Se rendant compte de son état mental, elle en souffrait et se confiait à moi, me disant que j'étais le premier et seul étranger à savoir ce qui se passait dans sa pensée et dans son cœur. Cette affection mentale évolua tristement vers un état où les consolations morales devenaient inutiles, mais j'ai pu cependant, au début de ses troubles, lui donner les encouragements et les consolations dont elle avait besoin.

Et maintenant que j'ai terminé cette brève et rapide énumération de quelques cas dans lesquels il est bien évident que l'aide morale apportée à ces personnes ne leur a pas été inutile, une question se pose : Comment a-t-on pu obtenir ces confidences, ces récits de douleur intime et qui avaient une si grosse importance ? Tout simplement, comme je l'ai dit au début, en prenant les malades en particulier, en les mettant en confiance par l'intérêt qu'on leur témoignait, en apportant de la patience à les écouter, tout en sachant cependant prendre suffisamment d'autorité et d'ascendant sur elles pour les aider et les diriger.

Il est un fait digne de remarque : c'est que (et l'on a pu s'en rendre compte par ce qui précède), ces chagrins intimes et ces petites souffrances de la vie journalière sont le plus souvent, sinon toujours, racontés par des femmes. Ce n'est pas que les hommes en soient exempts, mais ils se livrent moins facilement et extériorisent moins leurs pensées et leurs peines : ils en souffrent peut-être plus, mais quoi qu'il en soit, il y a un fait : c'est que la femme est plus portée aux confidences que l'homme.

Or, pour saisir, non seulement l'intérêt, mais la valeur de ces souffrances, il faut savoir comprendre les femmes : si on veut les aider à surmonter leurs peines, il faut s'efforcer de raisonner comme elles : évidemment, c'est parfois difficile et leur logique est souvent décevante ; cependant, c'est nécessaire : s'il est délicat pour un homme de comprendre une âme féminine, c'est cependant une condition nécessaire, je dirais même indispensable, pour faire de la médecine mentale : notre rôle psychologique de médecins n'est nullement négligeable. Pour comprendre une femme, il ne faut pas suivre une logique masculine, mais savoir que si un homme raisonne avec son cerveau, une femme pense presque toujours avec son cœur, et c'est en lisant dans celui-ci que l'on pourra la comprendre. Il ne faut jamais méconnaître ce qu'un auteur du siècle dernier appelait cet éternel besoin de tendresse et d'amour qui est inné au cœur des femmes.

Une phrase (bien typique d'ailleurs) que ces malades prononcent presque toujours est celle-ci : on ne me comprend pas, on ne m'écoute pas..... on dit que je ne suis pas malade.... que je suis une malade imaginaire..., etc. » ; et cette absence de sollicitude, cette incompréhension de leur détresse, voire même cette indifférence, leur sont extrêmement pénibles.

Ces pensées, ces petites souffrances journalières, ces confidences, ont cependant un gros intérêt, non seulement chez les malades peu atteintes (du moins en apparence) comme les obsédées, les abouliques, les déprimées, mais chez les mélancoliques, et même au début de troubles mentaux beaucoup plus graves : nous en avons cité des exemples et nous avons encore eu récemment l'occasion d'en avoir une nouvelle preuve : une jeune fille atteinte de troubles mentaux très graves et qu'aucun médecin, sauf nous-même, ne pouvait approcher, déclara, au cours d'une rémission mentale de quelques jours, que si elle se laissait approcher par moi, cela tenait à ce qu'au début de sa maladie, je lui avais manifesté de l'intérêt et de la pitié, alors que les autres médecins n'avaient pas su lui adresser ces quelques paroles, pourtant bien banales, mais auxquelles elle était très sensible, contrairement aux apparences. Un grand nombre d'affections mentales commencent souvent par de petits accidents en apparence bénins : c'est en les connaissant et en y portant remède que le psychiatre évite souvent ces drames intimes, peu bruyants et souvent inconnus même de l'entourage, qui sont peut-être les plus douloureux de l'existence et sur la suite desquels on peut avoir tant d'influence. Ce ne sont pas toujours les douleurs les plus tapageuses qui sont les plus sincères.

Tout ceci montrera, je pense, l'intérêt de la connaissance de ces douleurs morales intimes de certaines malades : si l'on comprend qu'une médication physique puisse agir sur un symptôme d'ordre également physique, il semble logique de penser qu'un traitement moral puisse également avoir une grosse influence sur un symptôme d'ordre essentiellement psychologique. La douleur intellectuelle, la souffrance de la pensée peuvent trouver une thérapeutique efficace dans la conversation, le réconfort, et la peine que l'on prend à les comprendre et à les soulager.

VARIÉTÉS

A propos de l'ouvrage du Dr Paul Le Gendre (1)
Supériorités morale et intellectuelle du médecin

II

La supériorité morale du Médecin ?

Avant d'analyser — de façon inévitablement sommaire, l'œuvre fondamentale de Paul Le Gendre — disons en quelques mots.

On pourrait schématiser ainsi :

Deux hommes se battent en duel, duel sévère provoqué par des haines justifiées. L'un — le médecin — blesse grièvement son adversaire... Il se précipite pour arrêter l'hémorragie mortelle...

Voilà le Médecin, ce qu'il est, ce qu'il demeure — même dévoyé, même coupable, même capable d'infamie (car quelle profession ne compte ses tarés, ses indignes, ses rapaces, ses exploiteurs ?)

Le Médecin est le refuge de tous, qu'ils soient amis ou adversaires, criminels ou saints. Il est le refuge de son plus mortel ennemi. Supérieur à tous moralement, il est l'appui, le réconfort des hommes, de tous les hommes — ces hommes fussent-ils les plus vils condamnés, les pires sabordeurs de l'ordre, ou, qui pis est aux yeux du Pouvoir et de la foule, les détracteurs, les destructeurs du Pouvoir.

Dans son admirable traité (p. 331) Paul Le Gendre rappelle le mot typique de Dupuytren, sommé de dévoiler le nom des insurgés, soignés par lui : « *Je n'ai pas vu d'insurgés : je ne connais que des blessés* ».

Le Corps médical, écrit Paul Le Gendre, s'est toujours refusé à servir les haines civiles.

Et il ne sert pas davantage les haines nationales.

A propos du « *lieu de Genève* », j'écrivais récemment dans le *Lien médical*, à R. Monclin, un jeune libertaire, adversaire [illegible] talent (2) :

« Prétendre qu'un établissement, qu'une formation placés sous le contrôle de la Croix-Rouge seront, au détriment de ceux qu'ils doivent abriter, détournés de leur destination, c'est faire aux médecins, aux « sanitaires », à la Croix-Rouge entière, une offense contre laquelle s'élèvent les faits du passé.

« Oui, nos principes, nos goûts, nos doctrines, nos conve-

(1) Paul LE GENDRE. — *La Vie du médecin*, 2e édit., Paris, Maloine, 1931. V. *Progrès médical*, n° 16 du 18 avril 1931, p. 718 et suiv.

(2) *Le Lien médical* (Dr R. GROC, directeur), 40, rue d'[illegible], Paris Xe, numéro de janvier 1931, p. 48-61 : G. Espé de Metz [illegible] *Genève et les principes assassins* ; II. *L'objection* [illegible]

nances personnelles, nos sympathies comme nos ressentiments, nos haines aussi bien que nos affections, nous les laissons, nous laissons tout cela à la porte de nos hôpitaux et de nos formations, au lit du malade, devant le brancard du blessé.

« Où et quand — à part *peut-être* de monstrueuses exceptions (ont-elles vraiment existé ?) — avons-nous failli à notre mission ?

« Ne sommes-nous pas allés, sous les projectiles des deux camps, relever les blessés allemands au péril de notre vie ?

« Savais-je, lorsqu'à la tête de mes brancardiers, allant au blessé, trois fois je fus blessé au feu, si les blessés que je rencontrerais seraient français ou allemands ?

« N'avons-nous pas transporté les blessés allemands comme les nôtres, sous des ouragans de fer, au travers des nappes toxiques, parfois au prix de mille peines et de fatigues exténuantes, par les intempéries et dans des boues infectes ; ne les avons-nous pas, ces blessés allemands, déshabillés, lavés, pansés, opérés, soignés, nourris ? Ne les avons-nous pas assistés, rassurés, n'avons-nous pas donné à leurs misères, à leurs angoisses des paroles douces et réconfortantes, puis, ne les avons-nous pas renvoyés chez eux guéris ou du moins rétablis dans toute la limite des possibilités offertes par les procédés, moyens et agents de la thérapeutique ?

« Et ne croyez-vous pas, camarade — camarade-ennemi — que si, la veille d'un combat sur la barricade, j'allais vous demander de nous entendre pour que fussent mis à l'abri nos petits, nos femmes, nos mères, nos *vieux*, ne croyez-vous pas que les promesses faites seraient tenues fidèlement de notre côté, comme je suis persuadé qu'elles le seraient du vôtre ?

« Et quand je dis « je » il est clair que je ne parle pas de moi, de moi seulement, mais bien de tout médecin quel qu'il soit.

Car, devant la douleur, il n'y a pour le médecin ni Français, ni Allemand, ni Chinois, ni Esquimau, il n'y a pour lui, ni prolétaire, ni financier, ni communiste, ni conservateur, il n'y a pour lui ni clérical, ni franc-maçon ; il n'y a, ni confession religieuse, ni secte, ni caste, ni clan ; il n'y a pas de préjugé de race, de couleur, de famille ou de classe sociale... il n'y a que l'être pitoyable auquel vont non seulement toute son habileté professionnelle mais encore son dévouement, sa tolérance et sa bonté.

« Comprenez-vous maintenant pourquoi je voudrais, pourquoi je désire de toutes mes forces étendre le nombre des catégories de ceux qui, couverts par la Croix-Rouge, ne doivent plus, ne peuvent plus avoir d'ennemis, pourquoi je voudrais que fussent assimilés aux blessés tous les malades, les infirmes, les impotents, les petits, les faibles, tous ceux auxquels les hommes accordent pitié et respect, pourquoi je voudrais que, tels les *lieux sacrés*, les *lieux d'asile* des temps anciens, fussent créés ces lieux neutres qui, ouverts à tous ceux qui sont hors d'état de combattre, leur réserveraient la certitude d'échapper aux affres et aux périls du combat, — pourquoi je *supplie* tous les gens de cœur de se faire ardemment, inlassablement les pionniers, les propagandistes du *lieu de Genève* ?

« Et plaise à Dieu que ces lieux sacrés, que ces *lieux de Genève* s'étendent sur les deux continents, que, gagnant en superficie et en population, ils finissent par s'annexer la planète tout entière..... »

Voilà ce que j'écrivais à R. Monclin (1).

Ai-je tort ; ai-je raison ?

Qui donc osera soutenir que, soit en temps de paix, soit durant les guerres, nationales ou *civiles*, le Médecin n'est pas en raison de sa compréhension et de son humanité, du fait de son asservissement intégral aux appels de la pitié et de la solidarité humaine, l'homme moralement supérieur à tous les autres ?

D'aucuns — à titre individuel, à titre exceptionnel, notamment un nombre appréciable de prêtres de certaines religions (1) — peuvent l'égaler, d'accord.

Mais la profession médicale demeure du point de vue morale, la plus élevée, la plus noble, *la plus largement bienfaisante* qui soit.

J'attends les contradicteurs.

Quant à la supériorité intellectuelle.....

Qu'on ne croie pas que j'y mette du parti-pris.

Quarante années passées dans l'Armée m'ont laissé plus d'amitiés chères, solides, profondes avec des Officiers qu'avec des Confrères, militaires ou civils.

Mais la vérité est la vérité et je ne pense pas qu'aucun observateur impartial ose mettre en balance les mérites intellectuels du Médecin et ceux de l'Officier.

Sauf exceptions, bien entendu, comme en toutes sortes de choses.

Comparez deux jeunes hommes de vingt-cinq ans : l'un formé par la forte, par la large *culture biologique* de la Faculté de médecine *et de l'hôpital*, l'autre façonné par l'une des grandes Ecoles du Gouvernement.

La supériorité du premier éclate aux yeux les moins clairvoyants.

A vingt-cinq ans, le jeune médecin est déjà un homme.

Dégagé des niaiseries, des crédulités et des suffisances de l'enfance, exonéré des vanités stupides et malfaisantes, *ayant l'habitude d'observer, de réfléchir avant de juger et avant de parler*, sachant peser le *pour et le contre* prévoir les obstacles, mesurer son effort aux difficultés de la tâche, il n'a rien du hanneton bariolé aux réflexes prédéterminés que beaucoup trop tiennent pour le modèle idéal d'une jeunesse en laquelle, on a méthodiquement, scientifiquement, sauvagement anéanti les moindres velléités du sens critique.

A quarante ans, la différence s'est encore accentuée. Même s'il n'a pas lu (ce qui est rare), même s'il n'a pas de goûts artistiques (ce qui est rare) (2) même — enfin — s'il dédaigne les stérilités des amusettes mondaines (ce qui n'est pas rare), le médecin a acquis sur les autres hommes des supériorités qui font de lui le plus pénétrant des psychologues, car il n'a pas cessé, car il ne cesse pas de voir la vie, la mort, la douleur, l'angoisse, les joies lorsqu'une vie surgit ou lorsqu'une vie sort victorieuse du mal et qu'ainsi nul homme, mieux que lui, ne connaît l'Homme, ses faiblesses, ses mérites, ses triomphes, ses chutes.

Et — surtout — il a acquis l'aptitude *infiniment rare* de rechercher les causes, de faire effort pour les discerner, de rapporter les effets aux causes, d'étudier l'enchaînement des phénomènes qui relient les uns aux autres.

Le docteur Gabriel Batier a raison. « Je suis d'avis, écrit-il dans l' « *Esprit médical* » (avril 1931) que la formation médicale est la meilleure qui soit actuellement pour donner la plus large et la plus profonde compréhension de la vie ... » (3).

Mot vrai, qui correspond à la réalité des choses et qui prend toute sa portée quand on considère que chaque jour de la vie du médecin ajoute une parcelle à cette culture biologique théorique et *pratique* qu'il a eu l'incomparable avantage de recevoir dans sa jeunesse.

Ceci dit et dit fermement, rien ne serait plus contraire à la méthode scientifique, que de ne pas reconnaître le mérite de ceux qui n'ayant pas eu le bonheur d'être pourvus de cette

(1) V. les derniers numéros de « *La Libre Image* », directeur R. BOURNEUF, route de Villeneuve Saint-Georges, 39, à Villeneuve-le-Roi (Seine-et-Oise.)

(1) La plupart des prêtres ne sont un soutien, un ami que pour leurs coreligionnaires. De plus, tous les prêtres ne font pas la guerre en qualité de « sanitaires » ; certains sont officiers de troupe.

(2) Beaucoup de médecins sont écrivains ou artistes. Si, du point de vue académique, leurs productions pèchent parfois par l'ordonnance (on ne peut être à la fois amateur et professionnel), elles sont presque toujours originales et fortes parce que le médecin connaît — telle qu'elle est — la nature humaine, que la pratique, la manipulation, si je puis dire ainsi, de la matière vivante ou morte, lui révèle des aspects véritables, des lignes essentielles par quoi se façonnent et son goût esthétique et son aptitude philosophique. A qui douterait, je conseille de lire leurs œuvres et aussi de visiter le salon annuel des médecins organisé avec un tact et un dévouement au-dessus de l'éloge par notre confrère Paul Rabier.

Ajoutons pour mémoire aux goûts esthétiques du médecin, celui de la bonne chère ; beaucoup de médecins sont de précieux gourmets.

(3) J'ai dit ailleurs ce que je pensais du prétendu enseignement du latin dans les lycées.

bienfaisante culture, n'en parviennent pas moins à se débarrasser d'un fatras de niaiseries et à acquérir une personnalité.

Pas plus qu'il ne serait honnête de contester la contre-partie des supériorités médicales, car il n'est rien qui ne se paie. Autrement dit, il n'est pas de tableaux sans ombre.

Oui, le mérite est touchant de ceux qui, au prix parfois d'années d'efforts parviennent à se « décrasser », à faire de leur cerveau autre chose que la *boîte à réflexes* qu'on leur a façonnée.

En fait, je connais *beaucoup* d'officiers qui ont accompli cette œuvre géante et je ne leur ménage pas mon admiration.

Œuvre géante et nécessaire.

Nécessaire, car je suis convaincu que seuls furent de *véritables* grands capitaines ceux-là qui, ayant su préserver ou cultiver leur intellect, disposèrent du sens critique.

Nécessaire, car c'est au vide et à l'impéritie des autres qu'est dû un *surcroît colossal* de morts, de mutilés, de blessés, de dévastés, de ruinés et d'appauvris...

Demeuré prisonnier dans sa gangue, l'officier y était l'esclave de la vanité la plus futile, la plus sotte, de l'esprit de clan le plus intransigeant, de l'esprit de caste le plus insolent.

Qui ne l'a connu, ne l'a subi parmi ceux de ma génération, qui ne l'a vu, brillant d'un vif éclat dans un Etat-Major, poupée infatuée et méprisante dont la suffisance n'avait d'égale que l'insuffisance et dont on disait plaisamment qu'entre elle et le canard il n'était pas de différence puisque, aiguillettes enlevées, de l'une comme de l'autre, il ne restait rien.

Toujours en retard non pas d'une année, non pas d'une idée, mais de plusieurs années et d'une foule d'idées, son temps se passe en mesquines vexations envers qui n'a pas le bouton qu'il porte, le galon de la même forme que le sien, le panache qui orne sa coiffure.

Il ignore tout, il n'apprend rien. Rien ne le touche de ce qui n'est pas lui, son clan, ses dédains, ses préjugés.

La guerre des Balkans ne l'intéresse pas ; celle de Mandchourie encore moins.

Il ne sait ni qu'il existe une artillerie lourde ni à quoi elle sert, rirait au seul mot de *tranchée*, rirait bien davantage à ceux de *gaz toxiques*.

Ne lui parlez pas d'obstacles, de difficultés, de la nécessité, sage parfois, de temporiser et même de reculer.

Ces propos le mettent hors de lui. De rage, il foule aux pieds son képi. Dans ses moments de lucidité, toute sa science tient en trois syllabes qu'il répète en toute occasion avec une insistance maniaque : « *Attaquons* » ; « *attaquons* » ; « *attaquons* ».

Ce à quoi un homme de première valeur, le Général de.... lequel avait une cervelle (ce qui lui valut d'être limogé à bref délai de façon infâme) ripostait *mezza voce* :

« *Oui, comme la lune !* » (1).

La guerre venue, notre homme est à la remorque de l'ennemi dont il suit *pede lento* tous les procédés, toutes les initiatives. Tranchées, artillerie lourde lui sont révélées ainsi que la visibilité du rouge et du blanc et la fragilité de l'inflexible « *attaquons* ». Il s'en tire comme il peut, fourbit un arsenal de mensonges pour persuader que c'est lui qui mène le jeu, que l'adversaire, heureux de le copier, s'instruit à son contact.

Vaniqueur, son propre succès qu'il n'avait pas prévu, dont il n'avait pas envisagé les conséquences, l'étonne puis l'effare. Il ne comprend pas ; il a vécu le gigantesque duel sans en soupçonner l'importance. Il ne se doute pas qu'il joue le bonheur et la paix de générations, que de sa parole va dépendre l'avenir.

N'ayant jamais pensé, il ne sait pas. Et quand il sait, il craint, car il ressent sans se l'avouer, son infériorité dans la lutte intellectuelle.

Aussi sans jamais rien perdre de ce qu'il croit être son intérêt propre, timoré, maladroit, incapable de se faire entendre et même de parler malgré l'autorité incomparable dont l'heure l'a nanti, bâclant sa victoire, sacrifiant au geste théâtral l'effet nécessaire, lâche-t-il la proie pour l'ombre.

N'ayant d'autre personnalité que celle que lui confèrent les dorures de son costume, simple fétu dans le tourbillon, ce sont les circonstances qui ont fait ou feront de lui peut-être quelque vieux chef de bataillon, desséché dans sa retraite, débris inutile dans la vie civile, peut-être un héros édifié par la crédulité stupide de Démos. Dans l'un comme dans l'autre cas, il continuera sans doute d'ignorer qu'une demi-victoire est une défaite et jusque sur son lit de mort il remâchera son sempiternel : « *attaquons* ».

Oui, comme la lune.

Sans le moindre doute.

Mais si l'outrecuidance malfaisante se livre facilement aux regards de tous ceux qui se donnent la peine de réfléchir, nul jamais ne pourra évaluer le surcroît qui lui est dû des tombes des mois de guerre atroces, des misères affreuses pendant et depuis la guerre, des périls de demain...

Poids effroyable dont le coupable ne manque pas à l'occasion de se décharger sur les politiciens (lesquels le méritent, car ils ont avalisé et vivifié ses fautes) ; poids dont au besoin il accable n'importe qui sans omettre, bien entendu, le médecin, ce pelé, ce galeux...

Tel fut dans les temps passés l'officier-type d'Etat major (1).

Le moule est-il brisé, le modèle détruit ?

Je le souhaite.

Et maintenant l'ombre au tableau — au tableau médical.

Eh bien ! nous venons de parler de la vanité de l'Officier et des conséquences tragiques de la paresse intellectuelle dont elle est la source.

Le péché du médecin est plus gros ; mais ce ne sont pas les autres qui en supportent la peine ; c'est lui-même qu'il atteint.

L'officier est vaniteux, le médecin est orgueilleux (2).

Comme le Prêtre et comme le Professeur, le médecin n'aime point la contradiction et quand il a dit : *J'estime que*... il estime en même temps que tout le monde doit s'estimer satisfait.

Mais c'est surtout à sa vigoureuse culture biologique théorique et pratique, dans une certaine mesure aussi au sentiment qu'elle lui vaut de sa réelle et forte supériorité que le Médecin est redevable de son âpre tendance à l'individualisme, de son dédain de la solidarité.

Qu'on me permette ici de ne m'occuper que du médecin de l'Armée, de ne viser que lui.

Rien ne décèle mieux la puissance de l'éducation (3) que le contraste entre la cohésion victorieuse qui est celle des élèves sortis des Ecoles militaires et l'incohésion du Corps médical.

Avant même que d'être agréé, dès les classes préparatoires du lycée, le futur polytechnicien se sent violemment attaché à ses futurs anciens, à ceux qui seront ses égaux, à ses futurs cadets.

Cette camaraderie est ingénieuse et vivace. Elle domine, l'individu, refoule, quand besoin est, les jalousies et les haines, les rancunes, modère les concurrences, abolit, lorsque l'intérêt de l'Ecole ou de ceux qu'elle a formés est en jeu, la distinction entre le *fas* et le *nefas*...

Dans la forme un même jargon s'impose à tous, ravit chacun ; le tutoiement s'étend à des limites extrêmes. Quant au fond, dès lors qu'il s'agit d'un camarade, rien, absolument rien n'est négligé de ce qui peut assurer son succès, — ce camarade fût-il détesté.

Ainsi s'infiltre en tous milieux l'influence de la corporation.

---

(1) Je m'excuse de la grossièreté du trait : il est historique.

(1) J'ai, durant la guerre, collaboré en toute confiance avec des Etats-Majors de division dont les officiers en général fort braves, dépourvus de morgue, mettaient au nombre de leurs obligations primordiales de *servir* avec un dévouement incessant le Poilu en ligne. Ces bonnes dispositions étaient fréquentes dans les Etats-Majors de brigade et de division. Etats-Majors exposés au feu. Notons qu'il eût été *très* avantageux que certains emplois y fussent tenus par des officiers de troupe détachés temporairement des premières lignes : ils en eussent apporté l'atmosphère, créé de la solidarité entre troupes et état-major et débarrassé le Q. G. de quelques embusqués qui n'y étaient pas à leur place.

(2) Inutile de dire que, parmi les médecins militaires, quelques natures, exceptionnellement douées, parviennent à joindre à tout l'orgueil du médecin, toutes les vanités de l'officier.

(3) Je donne ici au mot *éducation* son sens le plus général, celui qui permet de la considérer comme englobant l'instruction, la culture et l'enseignement professionnel.

par elle des situations, des positions disons des *places* qui ne leur était pas destinées, auxquelles rien ne les préparait sont attribuées à ses membres, au besoin imaginées, inventées puis créées pour eux, réalisées à leur profit...

Aux frais de l'Etat, bien entendu.

Tout est envahi : nulle barrière ne décourage les convoitises. C'est la politique de la tache d'huile par infiltration.

Et qu'importe qu'elle soit immorale, anti-nationale, antisociale, anti-humaine ; qu'importent les amertumes de ceux des individus, les récriminations de celles des autres corporations dont les intérêts légitimes sont lésés, les vagues clameurs d'un public indifférent, aveuli ? Le prestige né de la solidarité se rit de toutes les attaques.

Dans un autre coin de l'immense champ d'observation que constitue l'Armée, les Officiers d'administration.

En butte aux avanies que leur distribue sans pitié l'abject esprit de caste, ces officiers — les seuls qui aient le droit de s'enorgueillir d'avoir, durant toute la guerre, assuré de façon impeccable leur tâche : le ravitaillement — s'unissent étroitement sous les morsures de l'imbécile brimade, sous le fouet cinglant des dédains stupides.

« *Un pour tous, tous pour un* », telle est, en dépit, des rivalités inhérentes au jeu, aux épanouissements de la nature humaine, la règle de conduite qui, au travers d'un océan d'obstacles, permet à leur zèle persévérant, d'enlever patienmment, méthodiquement, une à une, dans une lutte acharnée de tous les instants, les positions altières d'où leurs sots contempteurs (parmi lesquels je rougis de compter des *médecins*) (1), déclenchent sur ceux des avalanches de mépris.

Compris dans la tribu des « *marchaprès* », le Médecin est, et encore plus, était, corporativement et individuellement l'objet de l'insondable mépris sinon, dans tous les cas, de tels ou tels Officiers du moins de l'ensemble du Corps et de la presque totalité des élégantes et stériles poupées d'Etat-Major.

Contre le procédé insultant pour l'homme et pour la fonction le Médecin ne réagit guère.

Son refuge, c'est son orgueil.

Se sentant, se sachant supérieur, les vilénies (2) le laissent indifférent, alors que de précieuses affections dues à la reconnaissance et à l'estime intellectuelle, lui valent des amis jusque dans les rangs de ses pires adversaires.

Solidaires, il y a bel âge que les médecins disposant d'une influence étayée sur tant de services rendus, alors que souvent rien ne contraignait à les rendre, solidaires, il y a longtemps que les médecins se seraient fait dans l'armée la place éminente qui leur est due — la place de ceux qui, uniquement et universellement bienfaisants, ne cessent pas, en temps de paix, d'être sur la brèche et qui, dans la bataille, ayant le suprême honneur d'aller au feu sans combattre, se contentent de recevoir les coups (des deux côtés parfois) sans avoir jamais le droit de les venger.

Et cette impassibilité du médecin sous l'injure serait chose infiniment respectable s'il ne s'y joignait généralement non pas seulement de l'indifférence, mais souvent même de l'hostilité envers ceux de ses confrères qui combattent pour sa cause.

Qu'au péril de ressentiments tenaces, au risque de briser sa carrière, un médecin défende les intérêts et l'honneur du Corps de santé militaire, non seulement les camarades (?) ne le soutiendront pas, mais ils ne demandent qu'à le censurer.

L'audacieux vient-il à succomber dans la lutte, tels des rapaces, c'est à grands coups de bec qu'ils se jettent sur la victime pour l'achever. « Et qu'avait-il besoin, disent-ils, pour tenter d'excuser leur mauvais sentiment, de se mêler de ces choses ».

N'attendez jamais d'eux le moindre encouragement ; ils sont moralement et matériellement incapables de vous le donner. Il ne faut jamais troubler la sérénité de leur tour d'ivoire. Quand ils en sortent, c'est pour critiquer, pour désapprouver pour condamner.

Voilà le côté nocif, le côté déplorable de l'orgueil alors que la solidarité ouvrirait à la corporation la perspective de magnifiques possibilités.

En va-t-il de même parmi les médecins civils ?

Je me garderai de me prononcer.

Mais j'engage vivement, instamment, de toutes mes forces, tous mes Confrères tant civils que militaires, à se pénétrer du dernier chapitre de l'admirable traité de Paul Le Gendre.

Si — ce qui m'étonnerait fort — les civils ne profitaient pas des conseils d'importance vitale qui y sont donnés, du moins, les militaires en tireront-ils une leçon importante.

Ils y apprendront les bienfaits de l'union, bienfaits qui, jusqu'à présent leur sont demeurés inconnus. Car si le Corps de santé militaire a été tiré du néant (et Dieu sait avec quelle lenteur !) il ne le doit pas à la conjonction des efforts, mais, par chance, à l'action isolée de quelques fortes personnalités (1) sans lesquelles, demeuré simple chirurgien-barbier, le médecin militaire tiendrait encore le milieu entre le soldat et le sous-officier (2).

Souvenir détestable d'un passé que bon nombre d'officiers désirent passionnément faire revivre.

Tels ces informes diplodocus qui, au Sénat ou dans la Presse, étalèrent sans vergogne la pauvreté de leurs âmes, leur manque de patriotisme, lorsque fut discutée la modique réforme des appellations — appellations que leur bassesse envieuse parvint à charger d'une légère modification, parce que cette modification avait, dans leur esprit, la valeur d'un bémol *minorisant* un peu le petit avantage d'ordre pratique concédé.

Car ces malfaiteurs nationaux, qui ne cessent de brailler leur amour de la Patrie n'ont en tête qu'un dessein : couper l'Armée ; y faire deux castes, celle des *Seigneurs* et celle des *valets*.

C'est le cas, à leur sujet, de répéter le mot connu : Ces gens n'ont rien pu oublier.... puisqu'ils n'ont jamais rien su.

Non rien.

Rien, pas même la visibilité des étoffes de couleur vive, l'artillerie lourde, la tranchée, les gaz toxiques... les profits que procure l'exploitation du succès, l'absurdité de ne vaincre qu'à demi, de s'arrêter avant d'avoir consommé la victoire...

Relisons Paul Le Gendre.

Nous apprendrons.

On sait que prêtres, chevaux entiers, femmes et médecins sont animaux qui n'aiment point d'aller de pair avec leur congénères.

Relisons Paul Le Gendre.

Peut-être, en le suivant, parviendrons-nous, en ce qui nous concerne, nous médecins, à démentir le mot : *Medicus medico lupus* ; *sacerdos sacerdoti lupior* ; *mulier mulieri lupissima*...

Proverbe dont la pure syntaxe est — n'est-il pas vrai ? — un argument puissant en faveur de l'enseignement des humanités. (*Reproduction autorisée.*)

Dr G. SAINT-PAUL (G. Espé de Metz).
Médecin général.

P. S. — Un contretemps m'ayant empêché de corriger

---

(1) Ou de *soi-disant* médecins. Car il existe dans le Corps de Santé militaire d'orgueilleux malfaisants qui, embusqués depuis 1914 de bureau en bureau de direction en direction, confits dans la trituration des règlements, gonflés de leur virtuosité grotesque dans l'art de la compilation n'ont de *médecin* et de *militaire* que le nom.

(2) L'ostracisme poursuivait le médecin jusque dans la mort. Quand je suis entré dans l'Armée, le médecin militaire était enterré avec les *honneurs du grade inférieur au sien*. Que le même jour mourussent d'alcoolisme un Capitaine (l'apéritif biquotidien était fort en honneur en ce temps) et de diphtérie contractée au chevet d'un malade, un médecin militaire de même grade, le Capitaine était enterré avec tous les honneurs dus à un Capitaine, le médecin avec les honneurs dus à un *Lieutenant*.

(1) Fortes personnalités au nombre desquelles, c'est justice élémentaire, que de compter le Général-Médecin Savornin. Savornin dont la carrière est loin d'être terminée a déjà donné sa mesure en bien des circonstances — notamment lors de l'affaire des appellations où sa maîtrise décida du succès. Rien de commun par conséquent avec la tourbe de cancrelats qui, ouvriers de la vingt-cinquième heure, n'apparurent sur le terrain que pour se partager les lauriers. Rien de commun non plus avec telle Larve, qui, insoucieuse de toute justice, ne sut couvrir sa veulerie que de l'excuse d'être le ludion du Cabinet. Bel exemple vraiment pour nos futurs officiers-médecins ! Mais je laisse ce chapitre pour une autre occasion.

(2) S'il convient de rendre à César, ce qui est à César, il faut reconnaître à Napoléon non seulement le mérite d'avoir su utiliser ses grands médecins militaires, de leur avoir laissé de l'initiative, donné de l'autorité, mais aussi celui de les avoir honorés et récompensés.

l'épreuve de mon article précédent, (n° 16 du 18 avril, p. 718), quelques pléonasmes et autres étourderies ont subsisté qui eussent disparu. Je tiens à rétablir textuellement le paragraphe suivant :

N'avons-nous pas Voivenel ? Un beau sujet pour sa belle revue : l'*Archer* : les conséquences individuelles et sociales de la *compres* sion *chez le médecin de l'incompressible sensibilité.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Seance du 5 mai 1931

Néphrose lipoïdique chez un tuberculeux. — *MM. Ch. Achard, A. Codounis* et *A. Horowitz* rapportent l'observation d'un homme de quarante-deux ans, atteint de tuberculose pulmonaire avancée, avec œdèmes, albuminurie abondante (4 à 11 grammes par litre), cristaux biréfringents dans l'urine, abaissement des protéines du sérum (49 p. 1.000), prédominance de la globuline (32 grammes), sur la sérine (16 grammes), un peu d'élévation des lipides (8 grammes) et de la cholestérine (2 gr. 40), un peu de dimiuution du chlore (3 gr. 40) et de la réserve alcaline (50,2). L'azotémie était normale (0 gr. 29 p. 1.000). La réaction de Wassermann était négative.

Des accidents de méningite survinrent et le malade mourut.

A l'autopsie, outre les lésions tuberculeuses des poumons et des méninges, on trouva des reins qui avaient l'aspect du gros rein blanc. Les frottis montrèrent des corps biréfringents en abondance. L'examen histologique révéla des lésions glomérulo-tubulaires avec desquamation épithéliale dans les tubuli et les anses larges de Henle, dont les cellules contenaient des granulations graisseuses. Il n'y avait pas d'amylose.

A signaler l'intégrité macroscopique et histologique du corps thyroïde.

Rapport sur les liquides inflammables utilisés dans les salons de coiffure. — *M. Breteau* donne lecture de son rapport dont voici les conclusions :

L'Académie considérant que pour l'entretien de la chevelure l'usage des liquides inflammables ou toxiques s'est extrêmement répandu ;

Considérant que clientèle et personnel des salons de coiffure sont soumis à l'action continue de vapeurs délétères et qu'il en résulte des dommages quant à la santé publique ;

Considérant qu'une réglementation d'emploi ne saurait être efficace parce qu'un contrôle permanent ne pourrait être établi ;

Considérant que le tétrachlorure de carbone figure sur la liste des substances dangereuses du décret du 16 septembre 1916 et que l'article 44 de ce décret s'applique aux mélanges en contenant, mais que même dans les conditions d'application de ce décret, les inconvénients signalés plus haut ne seraient pas supprimés ;

Emet le vœu que sur tout le territoire de la République soient inderdits par une loi, le commerce, la détention, l'emploi de tout liquide ou mélange de liquides inflammables ou toxiques destinés au lavage de la chevelure.

L'Académie adopte ce vœu à mains levées.

La septicémie à streptocoques. Son traitement par un nouveau sérum antistreptococcique. — *M. H Vincent.* — Les infections à streptocoques réclament une part importante dans la morbidité et la mortalité humaines ; les formes malignes de streptococcie et particulièrement la septicémie sont à peu près toujours rebelles à la thérapeutique. M. H. Vincent cite des cas de guérison très rapide par son nouveau sérum, d'érysipèle hypertoxique presque généralisé chez l'adulte (stupeur absolue, catatonie, albuminurie, incontinence des urines et des matières fécales, myocardite, escarre sacrée, etc.) et chez le nourrisson (érysipèle ombilical avec T. = 42°) ; ce dernier a guéri en vingt-quatre heures.

L'action curative de cette méthode a été constatée dans la septicémie à streptocoques avec culture positive du sang (L. Lœderich et Odru, C. Hubert, L. Girard et Hémon, Landry, etc.). M. H. Vincent apporte de nouveaux faits de guérison de la septicémie streptococcique, avec état typhoïde, délire, arthrites suppurées, phlébite, pleuro-pneumonie, pneumonie double, myocarcite intense. Le sérum antistreptococcique (100 centimètres cubes par jour au début) a amené une chute rapide de la fièvre, la cessation des symptômes toxi-infectieux variés, une crise urinaire, etc... L'hémoculture est devenue négative.

Mais bien que la guérison ait été obtenue chez deux malades infectées depuis un mois, ce résultat favorable est plus assuré lorsque l'*infection du sérum.* après la constatation du streptocoque dans le sang, *est faite précocement*. Dans ces conditions, la guérison est souvent très rapide.

On évitera d'employer simultanément d'autres médications (vaccins, abcès de fixation) qui troublent les effets de la sérothérapie spécifique et amènent quelquefois le retour de symptômes graves (placards érysipélatoïdes, arthrites). La sérothérapie doit être poursuivie sans interruption, aussi longtemps que persistent les symptômes infectieux.

L'endocardite à streptocoques a résisté à cette méthode sérothérapique. Cependant une malade ainsi traitée a offert une rémission considérable arrêtée par ses imprudences. Chez une enfant atteinte de septicémie à streptocoques *et endocardite*, avec hémoculture positive, Landry (de Reims) a constaté la guérison de la septicémie et de l'état aigu de l'endocardite à la suite des injections du sérum de Vincent. La malade a repris son poids antérieur. Elle conserve une lésion chronique de l'endocarde. C'est, jusqu'ici, le seul cas connu de cette nature.

Discussion. — *M. Netter* reste partisan des abcès de fixation.

M. Vincent a constaté que l'emploi du sérum antistreptococcique, après un abcès de fixation, réveille cet abcès.

Il estime que l'on ne doit pas faire d'abcès de fixation dans les streptococcies très graves.

Le scorbut, maladie des conserves. — *M. Jean Charcot*, citant de nombreuses observations prises au cours de ses expéditions et notamment la sienne propre, et les comparant à celle d'un explorateur danois qu'il chercha à secourir en 1925, arrive aux conclusions suivantes :

« 1° La mort de l'explorateur danois, tout comme les décès récents de trois colons français, à l'île Saint-Paul et deux autres aux îles Kerguélen, sont dues au scorbut moderne, soi-disant béri-béri ou plus justement maladie des conserves de viande et peut-être de poissons.

2° La guérison aurait pu être obtenu par la *suppression totale* même momentanée de ces conserves.

3° Il est indispensable que soit largement répandue la notion suivante ;

Si dans les expéditions de quelque durée où les conserves entrent dans l'alimentation, une ou plusieurs personnes présentent une enflure des jambes (qui débute par de l'œdème prétibial), il faut supprimer totalement par tous les moyens possibles la consommation de viande de conserve. Les symptômes morbides ayant disparu, les conserves de viande peuvent être reprises si c'est nécessaire, mais doivent être de nouveau supprimées à la première alerte. Il ne servira à rien de manger de grandes quantités de viande fraîche, des légumes, des fruits, etc., disons le mot, des vitamines, si on continue à absorber des conserves, même en petites quantités ; ce sont ces dernières qu'il faut supprimer totalement ».

La communication du commandant Charcot, vivante, bourrée de faits et de souvenirs du grand explorateur a été écoutée avec un intérêt tout particulier et fort applaudie.

Discussion. — *M. Netter* fait des observations au sujet du diagnostic du cancer et du béri-béri.

M. Lapicque apporte quelques faits à l'appui de la communication de M. Charcot. Il estime comme lui que les conserves sont d'emblée ou peuvent devenir dangereuses, et il propose, en conclusion, d'adopter la formule un peu familière mais frappante : « Fuyez la boîte ».

M. Charcot ne s'attarde pas aux distinctions théoriques entre le scorbut et le béri-béri, il se borne à signaler un danger et à apporter un remède qu'il a expérimenté lui-même.

L'Académie décide d'envoyer sa communication au ministère de la Santé publique.

Réaction de Légal. — *MM. André Meyer* et *J. Jeannin*, dans un travail présenté par M. Desgrez, ont appliqué la réaction de Legal à la recherche de l'acide glycuronique et à l'étude de l'élimination urinaire de divers medicaments.

Sur les conditions indispensables pour la préparation industrielle de la vitamine D (ergostérol irradié). — *M. Georges Tixier* expose les conditions que doit remplir

la préparation de la vitamine D par l'irradiation de l'ergostérol.

Nécessité de partir d'un ergostérol rigoureusement pur et conservé à l'abri de l'air et de la lumière ; irradiation en solution, à l'abri de l'air en sélectionnant les radiations utilisées pour arrêter la réaction avant la destruction de la vitamine formée ; irradiation uniforme et régulière assurant la constance du produit obtenu.

Élection. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la IVe section (sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles).

Les candidats étaient ainsi classés :

En première ligne : M. Strohl.

En seconde ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique : MM. Champy, André Mayer, Nattan-Larrier, Weinberg et Zimmern.

Adjoint par l'Académie, M. Vaudremer.

Au premier tour de scrutin, M. Adolph Zimmern, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, est élu par 43 voix contre 32 à M. le Professeur Strohl, 2 à M. Vaudremer, 1 à M. Nattan-Larrier et 1 à M. Weinberg.

Echos et Glanures

Une satire para-médicale au Théâtre 1932. — Le théâtre 1932, 24 place Denfert-Rochereau, annonce pour un nombre de représentations limitées, une curieuse satire paramédicale en quatre actes de M. Ril-Dab, traitée avec humour, dit-on, et intitulée : *Marchands de Bobards.*

L'évolution de la thérapeutique des psychoses. — MM. Laignel Lavastine et Vinchon viennent de publier un magnifique volume consacré aux *maladies de l'esprit et à leurs médecins du XVIe au XIXe siècle* (Maloine, éditeur). De cette étude, où sont retracées les étapes des connaissances psychiatriques de la Renaissance à Pinel, nous détachons quelques pages où les auteurs, aussi savants historiens que brillants psychiatres, résument l'évolution de la thérapeutique des psychoses :

« Dès le début des temps historiques, les premiers médecins tentèrent de jeter la base d'un traitement scientifique des psychoses. Hippocrate avait réussi à faire admettre qu'une partie des troubles de l'esprit étaient liés à des altérations de l'organisme. Les prêtres, les devins, les philosophes, utilisant les croyances religieuses ou le spiritualisme platonicien, les fai-

saient servir à la suggestion, tandis que d'autres thérapeutes, comme le rapporte Plutarque, « guérissaient de paroles ceux qui étaient ennuyés ou attristés ». La poésie, la musique, les sages méditations, les exercices physiques étaient proposés comme des moyens de conserver la santé, et Morel à juste titre, demande que nous considérions Platon et Pythagore, qui préconisaient ces moyens comme les inventeurs de « la prophylaxie des troubles de la raison ».

Avec Galien apparaît une thérapeutique plus complète : le pavot, la jusquiame, la rue, la pivoine, le castoreum, l'ellébore, la saignée modérée, les bains, l'habitude du gymnase, les massages, sont conseillés pour la cure d'affections aiguës, comme la frénésie, ou chroniques, comme la mélancolie. Les affections sympathiques sont soignées d'après l'étiologie. L'isolement et les entraves sont appliqués aux malades agités, à domicile et sans doute aussi dans ces maisons de santé que les villes grecques entretenaient à l'aide des deniers publics.

Asclépiade avait déjà conseillé le traitement moral. Celse, son disciple, l'appliqua à son tour : il réserve les liens aux grands agités, mais il n'hésite pas à recourir à la crainte et aux châtiments pour redresser les propos ou les actes délirants. Il fût peut-être l'initiateur des onctions sur le crâne rasé, un usage courant pendant la Renaissance et qui consistaient en applications d'huiles aromatiques de verveine, de rose, de safran ou d'iris. Enfin Celse sut utiliser les riches ressources de l'hydrothérapie romaine.

Ainsi la thérapeutique psychiatrique devenait de plus en plus précise : Cœlius Aurelianus, traducteur et commentateur de Soranus, sous les Antonins, nous a laissé dans ses écrits les grands préceptes du traitement moral. L'isolement supprime l'excitation : les liens dont l'usage doit être restreint, seront recouverts de laine pour ne pas blesser. Le dosage des émotions, l'utilisation de sympathies du patient, la lecture à haute voix, la recherche des erreurs d'un texte altéré, la direction et l'adaptation de l'effort aux possibilités du malade, puis pour le convalescent, le retour surveillé à la vie sociale, les voyages le traitement de la dépression qui suit la maladie par la gaieté et les distractions, forment l'ensemble d'une méthode psychothérapeutique qu'il savait compléter en usant sagement de la diète, de la saignée et de l'ellébore.

Nous connaissons mal les méthodes de traitement des siècles suivants, et si nous en croyons Jacob Sylvius, qui vers 1480 conseillait les coups, les querelles et des liens solides pour les mélancoliques, les aliénés durent être souvent maltraités au Moyen Age.

Cent ans plus tard, dans le recueil d'observations de Jean Schenck, nous trouvons la thérapeutique du XVIe siècle, inspirée de Galien et qui fut celle de Sennert, de Joubert, de Fernel, de Plater, de Pierre van Foreest, etc... Le traitement de la frénésie : moral, saignée, révulsifs, diète et purgatifs, boissons adoucissantes, est celui des anciens. Les aromates comme la myrrhe calment l'excitation de l'ivresse. Le castoreum intus et extra, avec ou sans purgatifs drastiques, est conseillé pour les céphalalgies, la léthargie, les amnésies et la plupart des affections spasmodiques. L'eau-de-vie est utilisée pour les états de dépression et la catalepsie. Aux somnambules, dont les esprits animaux trop légers envahissent le cerveau, le médecin conseillera une alimentation solide, du gibier, des viandes riches, et les onctions avec les huiles parfumées. Les purgatifs, la saignée guérissent l'épilepsie, même démoniaque. Dans les démonopathies, les médicaments sont mêlées à l'eau bénite (Benedetti, 1525) ; des signes de croix sont faits sur le front et les membres du patient avec des infusions de gingembre, de salsepareille, bénies par l'exorciste. Satan craint certains parfums, qui, à la même époque guérissent de la mélancolie. A travers bien des hésitations, l'esprit scientifique commence à réclamer ses droits dès les premières années du XVIe siècle. Les vieilles « confections narcotiques » : philonium, requies, mitaridat, thériaque, sont remises en honneur à cette époque par Plater, Gesner, Hortius, Sennert, Bondelet. Mais il faudra attendre le travail de Sydenham à propos de l'épidémie de choléra de 1669 pour connaître la formule du laudanum et une ébauche de pharmacodynamie, depuis confirmée par notre expérience moderne. Le stramonium, la jusquiame, l'anis ne devaient quitter le domaine de la magie qu'à l'occasion des travaux de Stork en 1750.

De la Renaissance à Pinel le traitement moral traversa des alternatives diverses : préconisé par Sylvius Deleboë, Plater, Bonnet, suivant les traditions de Cœlius Aurelianus, il est, chez d'autres auteurs comme Willis, renforcé par la crainte des châtiments.

Le traitement prophylactique des psychoses entrevu par les anciens, est précisé, avec le progrès des connaissances étiologiques, dès 1552, dans l'ouvrage de Jean de Valverde : De animi et corporis sanitate tuenda libellus, qui paraît à Paris. Ses

continuateurs, l'Espagnol Jean Huarte (1645), Sébastien Wirdig (1632), Le Camus (1769), Tissot, posent les premières assises du mouvement médico-social que nous avons vu naître.

Enfin, dans les dernières années au XVIIIe siècle, Andry, Mauduyt, et le fameux Marat ajoutent un nouveau chapitre à la physiothérapie en appliquant l'électricité au traitement des maladies nerveuses.

L'œuvre de Pinel, malgré sa valeur clinique est surtout importante par les réalisations pratiques. Il laisse au second rang l'arsenal thérapeutique hérité de Galien et fait surtout appel aux ressources salutaires de la nature. « Lorsqu'elle n'est pas contrariée par des obstacles étrangers ». Soigner les aliénés, c'est organiser les asiles, substituer le gilet de force aux anciens fers. Certains de ses contemporains, comme le Lyonnais Amard (Traité analytique de la folie et des moyens de la guérir, 1807) tiennent encore pour la tradition, mais avec l'école d'Esquirol, les idées de Pinel prévalent jusqu'à Magnan.

Le médecin de l'admission élargit a son tour les conceptions de Pinel et établit les règles de l'hospitalisation moderne des aliénés (1885), indications de l'alitement (Académie de médecine, 1912).

Mais ce n'est là qu'un des aspects du traitement moral. La psychothérapie, jusque là empirique, devient une véritable méthode de traitement avec Grasset, Dubois de Berne, Déjerine et ses élèves, qui utilisent tour à tour l'émotion, la persuasion, la distraction, l'éducation. Les promesses de la psychanalyse, qui cherche à ramener dans le champ de la conscience les complexes pathogènes refoulés, n'ont pas toutes été tenues dans la pratique. La psychothérapie est sortie trop souvent avec la psychanalyse du domaine médical : encore les promoteurs de cette méthode sont-ils médecins ; avec la psychothérapie empirique basée sur l'augmentation de la suggestion de l'individu plongé dans une foule, comme la pratiquent les disciples des guérrsseurs et les christianscientistes, nous osons à peine parler de méthode thérapeutique. Pourtant il y a là une force que le médecin aurait tort de négliger.

Le traitement médicamenteux moderne s'il mérite parfois encore les critiques de Pinel, a pourtant fait des progrès sérieux : nous pouvons disposer aujourd'hui d'hypnotiques, de calmants et d'analgésiques, que connaissaient à peine nos prédécesseurs.

Mais déjà une porte nous parait ouverte vers d'autres avenues, où nous nous engageons avec espoir : il s'agit maintenant d'une thérapeutique plus logique basée sur l'étude du sympathique et des glandes endocrines. La constatation des syndromes cliniques complétée par les tests glandulaires si prudents de Claude, nous permet des approximations du fonctionnement des glandes atteintes. L'étude pharmacodynamique des systèmes sympathiques et associés, a abouti aux conceptions de vagotonie, d'hyperorthosympathie, d'amphotonie. Mais la complexité des déséquilibres glandulaires, la variabilité de l'amphotonie, quelquefois d'heure en heure, sont encore de sérieux obstacles, comme chaque fois qu'intervient la notion de tempérament. Dès aujourd'hui nous pouvons pourtant dire que les injections d'extraits d'organes, surtout chez les sujets jeunes, que l'emploi judicieux de l'adrénaline, de l'atropine, de l'ésérine, de l'ergotamine, de la pilocarpine, sont souvent utiles à nos malades. Lorsque les troubles sympathiques prédominent, ainsi que l'ont préconisé Rénon et Leclerc, à propos de l'angoisse de guerre, les simples comme la passiflore, la laitue, l'extrait de charbon de saule blanc, paraissent appelés à rendre les plus grands services.

Les nouveaux progrès de la thérapeutique antisyphilitique (arsenic et bismuth) nous arment mieux contre les troubles neuro-psychiques dus au tréponème. Mais, là encore, nous ne sommes qu'aux débuts d'une méthode qui sera surtout efficace comme thérapeutique préventive.

Nous n'insisterons pas sur les procédés physiothérapeutiques actuels, qui ne sont qu'une amélioration des essais de nos devanciers, et nous terminerons en résumant les moyens de la prophylaxie mentale, telle que la comprend Toulouse : assistance aux psychopathes par les dispensaires et les services ouverts, qui élargissent l'œuvre de Pinel et de Magnan, application de l'hygiène aux travailleurs, aux écoliers et dans le milieu familial, lutte contre les toxiques et le surmenage. Ce mouvement tend à sortir du milieu spécialisé : déjà accoucheurs et pédiâtres surveillent les mères et les enfants, cherchent à prévoir les débilités neuro-psychiques avant qu'elles soient fixées.

La thérapeutique des psychoses a évolué avec continuité dans les voies de ses traditions : sans cesse stimulée par la nécessité de défendre les groupes sociaux contre la folie, elle n'a pas dit encore son dernier mot. L'étude de son histoire n'est donc pas une recherche stérile, mais une vivante leçon pour l'avenir.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE. — R. C. C. 4264

Le Gérant : A. ROUZAUD

FONDÉ EN 1873. — N° 22 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 30 MAI 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD

41, Rue des Ecoles, PARIS (V^e^)

C. P. Paris 357-81 R. C. Seine 230.790

Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS

avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ

Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

... et Colonies	40 fr.
...	30 fr.
...	45 fr.
... 1re zone	70 fr.
... 2e zone	90 fr.

Les bureaux de Rédaction sont ouverts le Vendredi, de 5 h. 1/2 à 6 h.

SOMMAIRE

NOTE DE THÉRAPEUTIQUE

La NÉVROSTHÉNINE doit être régulièrement prescrite à tous les sujets soumis à une **cure de désintoxication** ou **d'amaigrissement** par un régime alimentaire restreint.

L'état de mieux-être, la sensation d'énergie ainsi procurée permettra de faire suivre le traitement diététique tout le temps voulu pour en obtenir les résultats qu'il doit donner.

NOUVELLES

Assistance publique à Paris. — *Tirage au sort du jury du concours d'accoucheur des hôpitaux.* — MM. les Docteurs Lévy Solal, Devraigne, Metzger, Cathala, Jeannin, Faure Beaulieu, La pointe.

Concours de l'agrégation des Facultés de médecine. — Les dates des compositions des concours de l'agrégation des Facultés de médecine qui s'ouvriront le 6 décembre 1931 sont fixées ainsi qu'il suit :

Anatomie, histologie, histoire naturelle médicale et parasitologie, bactériologie, anatomie pathologique, médecine générale, chirurgie, chimie, physique. — 1re composition le 6 novembre 1931 ; 2e composition le 7 novembre 1931.

Physiologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, obstétrique, histoire naturelle pharmaceutique, pharmacie, chimie générale, pharmaceutique et toxicologie. — 1re composition le 9 novembre 1931 ; 2e composition le 10 novembre 1931.

Les compositions ont lieu dans chaque faculté. Chaque composition sera faite dans une séance particulière d'une durée de quatre heures, de huit heures à douze heures.

Hospices civils d'Orléans. — Un concours pour la nomination d'un médecin-adjoint à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, aura lieu à Tours le 27 octobre 1931.

Pour tous renseignements, s'adresser au Directeur des hospices civils d'Orléans.

Les élèves du cours de perfectionnement d'hydrologie thérapeutique du professeur Maurice Villaret, visitent la station thermale de Vichy. — La série des voyages d'études médicales, qui offrent un si grand intérêt, a débuté cette année à Vichy par la visite des élèves du cours de perfectionnement d'hydrologie thérapeutique du Professeur Maurice Villaret.

Ce voyage d'études médicales comprenait des docteurs argentins, canadiens, grecs, vénézuéliens, roumains, ainsi que de nombreux internes des hôpitaux de Paris. Elle avait à sa tête le Professeur Maurice Villaret, accompagné de MM. le Professeur agrégé Olivier, Deval et J. Besançon, chefs de laboratoire, Even chef de laboratoire adjoint.

Arrivés le samedi soir 2 mai, ils ont été reçus au Casino où une soirée avait été organisée en leur honneur. Dans la matinée du dimanche 3 mai, les visiteurs ont entendu deux conférences, la première faite par M. le Docteur Guinard, président du Syndicat des médecins de Vichy sur l'historique de la station et les propriétés de ses eaux ; la seconde faite par le Professeur Maurice Villaret sur la thérapeutique hydrominérale dans les maladies du tube digestif. Dans l'après-midi, ils entendaient à nouveau le distingué professeur qui leur exposait la thérapeutique hydrominérale dans les maladies du foie et des voies biliaires.

Sous la conduite de leurs confrères de Vichy, les visiteurs ont parcouru ensuite le grand établissement thermal, dont l'organisation parfaite et les installations si perfectionnées des services d'hydrothérapie, de mécanothérapie, d'électro-radiologie ont produit sur eux une profonde impression.

Après avoir fait le tour des sources, toujours guidés par les praticiens de la station, les voyageurs ont été reçus au Sporting-Club de Vichy. Ils ont admiré ce splendide domaine et ses installations sportives si bien aménagées qui font de ce club un des plus importants du continent.

Le soir, un banquet était offert aux visiteurs, par la Compagnie fermière au Grill-Room « Chantecler », sous la présidence de M. Normand, directeur des Services administratifs de la Compagnie fermière.

Au champagne, des discours furent prononcés par MM. Normand, Mme Salès de Cogorno de la République Argentine, les Docteurs Bainville, du Canada, Talianidès, de Grèce, Dimitresco Popovici, de Roumanie, Jimenez, du Vénézuela, Baslez, interne français, Uhry, Docteur Guinard et enfin le Professeur Maurice Villaret.

Dans la matinée du lundi 4 mai a eu lieu la visite des nouveaux ateliers d'embouteillage et d'expédition des eaux de Vichy-Etat et ensuite, pour clôturer ce voyage, du laboratoire de recherches hydrologiques, installé par la Compagnie fermière, sous le patronage de quatorze institut d'hydrologie.

Toutes les installations thermales ont très vivement intéressé ces jeunes médecins, appartenant à différentes nations.

Chaire d'hygiène et clinique de la première enfance. — *Clinique Parrot.* (Hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau.) — M. le Professeur P. Lereboullet fera, avec la collaboration de M. Cathala, professeur agrégé, médecin des hôpitaux, M. Lelong, médecin des hôpitaux, de MM. Saint-Girons, Brizard, Chabrun, Benoist, Gournay, Detrois, Bohn, Pichon, Mme Dolfus-Odier, Baize, chefs de clinique, assistants et chefs de laboratoire, un cours de perfectionnement du lundi 29 juin au samedi 11 juillet 1931.

Pour le programme, consulter les affiches. S'inscrire à la Faculté.

Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris. — MM. J. M. Le Mée, André Bloch, M. Bouchet, laryngologistes des hôpitaux de Paris, avec M. Weill-Hallé, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, et M. G. Canuyt, professeur d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de Strasbourg, feront les 15, 16 et 17 juin à l'hôpital Necker, Enfants-Malades (Pavillon George et Florence Blumenthal) une série de conférences et démonstrations opératoires sur la chirurgie de l'amygdale.

Historique de la chirurgie de l'amygdale suivant la conception de son rôle pathologique. — Contre-indications, et indications cliniques, bactériologiques et expérimentales vues par le laryngologiste. Le test amygdalien. — Contre-indications et indications vues par le médecin. — Préparation de l'intervention. L'opérée. Le matériel opératoire. L'anesthésie. — Méthodes de Ruault, de Taptas, de Sluder et de Braun, de la Force et de Popper, de J. Beck, de Vacher, de Jacques. La méthode diathermique. La méthode par dissection : technique française, techniques de Coakley, de Fowler. — Valeur comparée des différentes méthodes. — Les soins post-opératoires et les résultats éloignés. — Les complications. Traitement des hémorragies. — L'amygdalectomie à chaud dans les suppurations de la région amygdalienne ; technique.

Les conférences auront lieu l'après-midi de 4 heures à 6 heures.

Les démonstrations opératoires et instrumentales le matin de 10 heures à midi. Les explications seront fournies indifféremment en français, en anglais, en allemand et en italien.

Droits d'inscriptions : 300 francs. Ecrire au Docteur Magdelaine, assistant du Service, hôpital Necker, Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, Paris.

IIe Congrès international de pathologie comparée. — Ce congrès aura lieu à la Faculté de médecine de Paris, du 14 au 18 octobre 1931 (au cours de l'Exposition coloniale) sous la présidence de M. le Prof. Ch. ACHARD ; vice-présidents : M. le Prof. LECLAINCHE, M. le Prof. ROUSSY, M. DOP, ; secrétaire général : M. Ch. GROLLET, 7, rue Gustave-Nadaud, Paris (XVIe).

Section de médecine humaine : président : M. RATHERY ; secrétaire : Dr Louis GROLLET.

Section de médecine vétérinaire : président : M. le Prof. VALLÉE ; secrétaire : M. le Prof. MAIGNON (d'Alfort).

Section de pathologie végétale : présidents : MM. BROCQ-ROUSSEU, FOEX ; secrétaire : M. DUFRÉNOY, ; secrétaires administratifs : M. L. LÉPINAY, M. J. RISLER ; trésorier : M. OLIVIERO, 87, rue Denfert-Rochereau, Paris 5e ; trésorier-adjoint : M. DUMATRAS.

Le Comité d'organisation est composé des membres du Bureau et de MM. ARNAUD, BRIDRE, FOVEAU DE COURMELLES, Prof. L. PANISSET, ROELAND, THEOBALT, URBAIN.

ORDRE DU JOUR CONGRÈS. — Les brucelloses humains et animales. — Le lait, comme agent pathogène. — Les carences minérales. — Les ultra-virus. — Le cancer. — La psittacose. — L'anaphylaxie. — Les helminthiases (traitement).

EXTRAIT DU RÈGLEMENT. — But exclusivement scientifique. — Etudes des maladies communes à l'homme et aux animaux et des rapports pouvant exister entre les maladies des différentes espèces. Le Congrès s'occupera aussi de pathologie végétale et des relations possibles entre certaines maladies des plantes et celles des animaux.

Il comprend : des membres d'honneur, des membres actifs, des membres associés (membres de la famille, des congressistes, admis aux séances, fêtes, réceptions, et profitant des avantages offerts aux congressistes). Un comité de dames sera constitué.

COTISATION : Membres actifs, 100 francs donnant droit aux volumes des comptes rendus et aux différents imprimés ; memassociés : 50 francs.

Envoyer les adhésions sau secrétaire général : 7, rue Gustave-Nadaud, Paris,16e; (les cotisations au trésorier : 87, rue Denfert-Rochereau, Paris (5e).

Les congressistes recevront leur carte. Ils bénéficieront d'avantages spéciaux : entrée gratuite à l'Exposition coloniale, chemins de fer français (50 %), etc., hôtels, restaurants, etc...

Les rapports, communications, présentés dans une langue étrangère (anglais, allemand, espagnol, italien) devront être accompagnés d'un court résumé en français.

Ces rapports, écrits en langues étrangères seront limités à 16 pages du compte rendu imprimé et les communications à 2 pages (pages de 45 lignes de 65 lettres environ).

Les frais supplémentaires d'impression au compte des auteurs.

Au cours des séances, les orateurs pourront parler dans leur langue nationale. Le résumé qu'ils donneront devra être écrit en français.

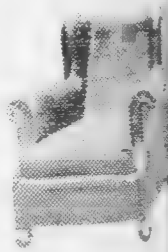
Les rapports devront être adressés au Secrétariat général avant le 1er avril 1931 pour être imprimés avant le Congrès et envoyés aux congressistes.

En même temps devra être rédigé un abrégé d'environ une page qui sera envoyé à chaque congressiste.

L'exposé des rapports ne devra pas durer plus de vingt minutes. Leur texte ne devra pas occuper plus de 32 pages de compte rendu imprimé (pages de 45 lignes de 65 lettres environ).

Durée des communications limitée à 10 minutes, leur texte à deux pages dudit compte rendu.

Le texte devra être remis immédiatement après la séance au



secrétaire en fonction, et accompagné d'un court résumé destiné à la Presse.

Tous ces documents dactylographiés, sans caractères douteux.

Pour les figures ou graphiques, les clichés seront fournis par les auteurs ou établis à leur compte ; ils resteront leur propriété.

Au cours des discussions, chaque argumentateur, sauf décision contraire du président, ne devra pas parler plus de cinq minutes. Chaque orateur devra immédiatement remettre au secrétaire de séance une note portant nom et adresse.

Le Congrès tiendra deux séances solennelles, ouvertures et clôture.

Dans la séance d'ouverture, le Congrès procédera à l'élection du Bureau pour les différentes séances et à la nomination des présidents d'honneur.

Dans la séance de clôture, les travaux du Congrès seront résumés, des vœux pourront être votés, ils sera décidé du lieu et de l'époque du prochain Congrès.

Les discours prononcés aux séances d'ouverture et de clôture seront publiés.

L'Aide aux cardiaques. — L'assemblée générale de l'Aide aux cardiaques, présidée par le Professeur Vaquez, a eu lieu vendredi 15 mai, à 11 heures du matin, à l'hôpital de la Pitié, sous la présidence d'honneur de M. André Tardieu, ancien président du Conseil, ministre de l'Agriculture, assisté de M. le Dr Mourier, directeur général de l'Assistance publique, membre de l'Académie de médecine et de M. le Professeur Balthazard, doyen de la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine.

Cette œuvre qui a pour but de venir en aide moralement et pécuniairement aux malades atteints d'affection du cœur, d'orienter les jeunes sujets porteurs de ces mêmes affections vers les carrières compatibles avec leur état de santé, est aujourd'hui en plein développement. Elle possède dans les différents hôpitaux de Paris des filiales dirigées par le Professeur Clerc, les Docteurs Aubertin, Donzelot, Laubry et Lian ; elle en a d'autres à l'étranger, notamment en Roumanie et en Tchécoslovaquie. — Enfin à Paris il s'est fondé un comité présidé par M, Miliucov, ancien ministre des Affaires étrangères, qui s'est proposé de venir en aide aux cardiaques de la colonie russe, trop souvent abandonnés et privés de tout secours.

L'assemblée générale a entendu le rapport de M. le Professeur Vaquez, celui de Mlle de Joannis, de M. Bouchet, directeur de l'hôpital de la Pitié, trésorier de l'œuvre, que M. Mourier a assurée de toute sa sollicitude, M. André Tardieu, dans une allocution très brillante et applaudie de tous, a évoqué le souvenir de Mme Dike, inspiratrice de l'Aide aux cardiaques. et adressé ses remerciements au Professeur Vaquez qui l'a réalisée.

M. Boucher, directeur de la Pitié, recevra avec gratitude toutes les offrandes qui pourront contribuer au succès de cette œuvre humanitaire qui vient d'être reconnue d'utilité publique.

Ve Congrès international du Collegium oto-rhino-laryngologique. — Le cinquième congrès international du « Collegium oto-rhino-laryngologique, » aura lieu du 19 au 22 juillet 1931, à Bordeaux, sous la présidence du Professeur Portmann, *immédiatement après son cours de perfectionnement annuel.*

Le Congrès s'ouvrira le dimanche soir, 12 juillet par une réunion administrative.

Au cours des matinées des trois jours suivants auront lieu les séances scientifiques, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Les rapports seront : Dr Ledoux (Bruxelles) : Radiosensibilité des tumeurs dans les différentes formes histologiques ; Dr Guild (Baltimore) : Correlations of histologie observations with the Acuity of Hearing.

Les communications, d'un caractère strictement scientifique ainsi que le veulent les statuts du Collegium, ne pourront pas dépasser 15 minutes et seront immédiatemnt suivies d'une traduction dans les deux autres langues officielles du Congrès, la composition internationale du Collegium ayant fait adopter l'emploi de trois langues : français, anglais, allemand.

Le Bureau du Congrès est ainsi constitué : président : Professeur Georges Portmann (Bordeaux) ; vice-présidents : Docteur Ledoux (Bruxelles), Docteur Baldenweck (Paris) ; secrétaire général : Professeur Benjamins (Groningue) ; trésorier : Docteur Tweedie (Nottingham).

Les nations participant au Congrès de Bordeaux sont : les Etats-Unis d'Amérique, l'Autriche, la Belgique, le Canada, le Danemark, l'Angleterre, la Finlande, la France, l'Allemagne, la Hollande, la Hongrie, la Yougo-Slavie, la Norvège, l'Espagne, la Pologne, l'U. R. S. S., la Suède, la Suisse, la Tchéco-Slovaquie.

CINQUANTE ANS APRÈS LA MORT DE LITTRÉ...

Quelques notes sur Littré

Littré est un de ces hommes que le temps, qui anéantit tant de médiocrités, grandit. A quoi bon faire l'éloge de son *Dictionnaire de la langue française*, qui restera la base de toute bibliothèque qui se respecte et le bréviaire de tout bon Français cultivé ?

Ce qu'il y eut d'admirable dans Littré, c'a été la puissance et la persévérance de son labeur. Tous les soirs, pendant quarante ans, après un frugal dîner, il se mettait à sept heures devant sa table de travail, et ne cessait qu'aux premières lueurs du jour.

Il demeurait, si j'ai bon souvenir, au Mesnil, à Maisons Laffitte, et son ami, Barthélémy Saint-Hilaire, un rude travailleur, lui aussi, habitait la même maison. Mais les heures n'étaient pas, les mêmes, et ces deux nobles étudiants, excellents amis, se rencontraient dans l'escalier vers quatre ou cinq heures du matin. Saint-Hilaire commençait son œuvre matinale, et Littré terminait son œuvre nocturne.

Quant à l'histoire, si controversée, des derniers moments de Littré, j'ai eu la confidence de son ami l'abbé Huvelin, un prête de haute vertu, de noble intelligence, et de grand cœur.

L'abbé Huvelin, qui connaissait Mme Littré, fut sollicité par Mme et Mlle Littré, d'aller voir Littré, très malade, presque mourant. J'ai écrit quelque part mais je ne les retrouve pas dans mes papiers les derniers entretiens de ce pieux abbé Huvelin et du grand savant incrédule ; je ne peux donc en parler aujourd'hui que de mémoire. L'abbé Huvelin entrait dans sa chambre, Littré l'accueillait ainsi, « comme disait Montaigne, *vous m'êtes consolatoire, mon ami* ! »

En tout cas Littré, pour ne pas affliger sa femme et sa fille, restait longtemps en tête à tête avec l'abbé Huvelin, mais je crois pouvoir affirmer deux choses ; 1° qu'il ne se confessa pas ; 2° que cependant l'abbé Huvelin, dans une large et généreuse charité chrétienne plus peut-être chrétienne qu'apostolique, lui donna *l'absolution in extremis*.

CHARLES RICHET

L'œuvre médicale de Littré

..... Ce modeste village du Mesnil aura eu la gloire d'avoir été le seul endroit où M. Littré ait pratiqué la médecine. Ce maître de tous les historiens de notre science, cet excellent praticien n'était pas docteur, quoiqu'il eût été dans les hôpitaux de Paris un des internes les plus distingués de son temps. Pendant le cours de son internat, en 1827, son père mourut. Ce cruel événement fut un coup de foudre pour M. Littré. Se sentant seul, obligé de subvenir aux besoins de sa vie et de celle de sa mère, il fut pris d'un grand découragement et pensa que jamais il ne pourrait arriver à s'établir médecin à Paris, malgré les offres pécuniaires que lui firent son maître Rayer et son ami Hachette. Aussitôt le nouveau parti fut pris : le jeune et brillant interne quittait la carrière de la médecine sans en abandonner l'étude. Tout en gagnant sa vie à donner des leçons d'humanités, il suivait en disciple bénévole les cliniques de Rayer, d'Andral et de Bouillaud à la Charité. Il était attiré vers cette médecine qu'il aimait et qu'il a toujours aimée. C'est ainsi que vers la fin de sa vie il écrivait : « Malgré tout et quoi que la médecine m'ait coûté, je ne voudrais pas qu'elle eût manqué à mon éducation générale. C'est moralement et intellectuellement une bonne école, sévère et rude, mais fortifiante. Perpétuel témoin des souffrances et de la mort, elle inspire une profonde pitié pour la condition humaine. Il est bon d'avoir vu l'amphithéâtre et l'hôpital, et de savoir par quel procédé organique la maladie se produit dans le corps vivant, quels troubles elle y cause et comment elle vient à la guérison ou à la mort ».

Dès l'année 1830, ses maîtres Andral et Bouillaud le prient d'entrer dans le comité de rédaction d'un nouveau journal qu'ils fondent : *Le Journal hebdomadaire de médecine*. A peine fondé, la révolution de 1830 éclate. M. Littré, libéral, ardent, fougueux, passionnément convaincu, ne craint pas d'aller combattre les Suisses au Pont-Royal, il se bat vaillamment et va ramasser le cadavre de son ami Georges Farcy sous le feu plongeant des soldats de Charles X. Je ne puis me rappeler sans émotion avec quelle éloquence puissante et simple M. Littré racontait sa courte vie d'insurgé. J'étais bien jeune et je me vois encore dans le petit salon de mon père, au Mesnil, le dimanche soir, blotti dans un coin, la bouche ouverte, les yeux fixes, saisi par l'intérêt et l'épouvante à la vue de ces fusillades acharnées, de ces morts glorieuses, de ses promenades triomphales à travers Paris ou Rambouillet. Tout cela je le voyais, car la parole de M. Littré était vivante. On sentait que cette histoire avait été vécue, et ardemment vécue ; elle se déroulait comme les tableaux d'un brillant panorama. Et puis c'était un spectacle attachant que de voir son visage s'illuminer, son œil s'enflammer sous ses grands sourcils agités. Tout respirait en lui l'enthousiasme, l'amour du bien, du beau, passionnément conçu, simplement exécuté.

Mais les devoirs de citoyen ne faisaient pas oublier à M. Littré ses devoirs de rédacteur du *Journal de médecine*. Le lendemain de la révolution, après avoir célébré en quelques lignes ces glorieuses journées de juillet qui ouvraient à la liberté et à la science une ère nouvelle, il publie un article de critique, à propos de la triste influence que la métaphysique a eue sur les études physiologiques et il combat vigoureusement les vitalistes de l'école ultramontaine convaincus que l'intelligence peut parfaitement exister, progresser et produire sans cerveau. C'est dans le même journal qu'il écrit des études historiques de la plus grande valeur sur Van Helmont, Cullen, Brow. En 1831, il entre au *National* et s'y révèle comme un maître dans l'art de la vulgarisation scientifique, en abordant les problèmes les plus élevés de l'astronomie, de la physique, de l'histoire naturelle, des sciences médicales. M. Littré ne pensait pas que la science puisse être présentée au public en la tronquant, en la défigurant à force de la rendre agréable et facile, mais bien qu'il fallait l'élever et l'éclairer par quelque pensée philosophique. « L'Isis des Egyptiens, disait-il, symbole de la nature et de la science, était représentée à Saïs couverte d'un voile que nul mortel ne pouvait soulever. L'esprit mûri et la main ferme des modernes ont écarté plus d'un pli de ce voile ; mais quiconque veut entrevoir le visage de la déesse ne doit pas craindre la sévérité qui appartient à toute beauté intellectuelle ».

A la même époque, M. Littré fait de nombreux articles dans le *Dictionnaire de médecine en trente volumes*,

◆◆

dans la *Gazette médicale* ; il publie un opuscule sur le choléra. Il devient collaborateur de la *Revue des Deux Mondes* en 1836 et y débute par un remarquable article sur les grandes épidémies. En 1837, il fonde le journal *L'Expérience* avec Dezeimeris, et partage pendant un an la direction de ce recueil avec le savant bibliothécaire de la Faculté. Déjà à ce moment, M. Littré s'était voué corps et âme à l'étude de l'histoire de la médecine. Dans son journal il proclame que la science est fille du temps et que nos connaissances actuelles deviendraient une grande île déserte si on ne recherchait pas leurs rapports avec les productions antérieures en renouant la tradition. L'année suivante, en 1839, il publie le premier volume de la *Traduction des œuvres d'Hippocrate*, que l'éminent éditeur J.-B. Baillière lui avait confiée sur les instances de Rayer et d'Andral. Cette publication plaça immédiatement M. Littré au premier rang parmi les historiens de la médecine, et la même année l'Académie des Inscriptions lui ouvrit ses portes ; il n'avait que 38 ans.

Quelle facilité et quelle puissance de travail il fallait pour produire à la fois tant d'œuvres parfaites ! Un contemporain de M. Littré, le savant pathologiste infantile, M. Roger, son vieil ami de la première et de la dernière heure, me racontait que pour faire un de ses beaux articles de critique scientifique, il étudiait son sujet le soir avant de se coucher, et, le lendemain matin, il dictait sans s'interrompre un instant. Un jour, les directeurs du *Dictionnaire de médecine* lui confièrent l'article *Cœur* et lui adjoignirent le Dr Blache pour l'aider. Blache fut chargé de compulser les auteurs anglais, Littré garda tout le reste du travail. Les tâches préparatoires terminées, M. Littré va chez Blache, examine les notes de ce dernier, les approuve. Alors M. Blache lui demande comment on se partagera la besogne définitive. « Eh bien ! si vous voulez, lui répond M. Littré, mettez-vous à votre bureau et je vais vous dicter ». C'est ainsi qu'en une nuit fut rédigé ce grand article désormais classique. Malgré cette immense facilité, M. Littré ne travaillait pas par boutades, mais avec la plus grande régularité. Et que de temps consacré au travail ! Il se levait à huit ou neuf heures et ne se couchait qu'à trois heures dans la nuit. Ce travail solitaire, infatigable, inquiétait vivement sa mère, qui tremblait pour la santé de son cher fils. On trouve les traces de ces craintes dans cette belle lettre que lui écrit le directeur du *National*, Armand Carrel en 1835 : « Quand on a tant d'amour pour la science et qu'on exprime si éloquemment cette noble passion, on est bien excusable de ne pas toujours obéir aux représentations d'une mère qui ne veut pas qu'on travaille trop ; mais on devient aussi un être précieux à la science et à son temps. Quand donc, madame, vous presserez Emile de se ménager, que ce ne soit plus seulement au nom de votre tendresse et de ses sentiments pour vous. Dites-lui que d'autres que vous ont besoin de lui ».

Jusqu'en 1848, M. Littré partage son temps entre la traduction d'Hippocrate et ses nombreuses publications littéraires. La révolution éclate ; il est nommé membre du conseil municipal, de la commission des récompenses, et refuse le ministère de l'Instruction publique. « Je l'accepterai si personne n'en veut. Mais, ajouta-t-il, vous trouverez bien un amateur ». Pendant ces temps troublés, il ne perd pas de vue sa chère médecine. Il traduit Pline l'ancien, écrit une introduction à la *Physiologie* de Muller. Puis en 1855, il refond avec M. Ch. Robin le *Dictionnaire de médecine* de Nysten ; il donne au *Journal des Débats* et au *Journal des Savants* de nombreuses études sur l'histoire médicale ; il écrit une introduction au livre de Salverte sur les sciences occultes. En 1858, il est élu membre de l'Académie de médecine et, en 1861, il publie le dernier volume d'Hippocrate. A partir de ce moment, le *Dictionnaire de la langue française* absorbe presque toute la vie de M. Littré. Cependant il s'intéresse toujours à l'histoire de la médecine, et, soucieux de ses progrès, il obtient de M. Duruy la création d'une chaire au collège de France, mais, comme toujours, il refuse de l'occuper et la fait confier à mon père. En outre dans la *Revue positive*, fondée en 1867, il publie chaque année quelque remarquable article médical. Enfin, en 1872, M. Littré a terminé son Dictionnaire, il est élu à l'Académie française et se repose en réunissant en deux volumes ses principaux articles de médecine, sous le titre de : *Médecine et Médecins* et la *Science au point de vue philosophique*.

Quelle œuvre médicale immense à côté de l'œuvre littéraire, plus immense encore ! Mais la dernière ne doit pas faire oublier la première, dont nous allons tâcher de faire comprendre toute la grandeur. Sainte-Beuve a très justement dit que M. Littré était médecin par la vocation, par le dévouement, la méthode en tout. Les études médicales ont certainement développé en lui ce sens d'observation critique qui distingue ses œuvres littéraires et les ont empreintes de procédés sévères de l'investigation scientifique. Voilà pour la méthode ; quant au dévouement médical personne ne l'eut plus que lui ; les paysans du Mesnil le savent bien. Il prenait à cœur son art et ne s'endurcit jamais au spectacle de la douleur et de la mort. « Je ne connais pas de sentiments plus douloureux, écrit-il, que celui qui saisit le cœur, quand à la lumière froide et inexorable de ces lois qui ont été découvertes, on prévoit à l'avance la destruction d'existences qui mériteraient d'être conservées ». Mais la compensation des souffrances de son cœur, si bon, si tendre, M. Littré la trouvait dans le plaisir d'être utile, de rendre service à ses semblables.

M. Littré professait pour la médecine les sentiments les plus élevés. Dans toutes ses œuvres il flétrit ces médecins charlatans, ces faiseurs que Plaute nous représente comme si affairés qu'ils n'ont pas le temps d'examiner leurs clients : « Ils viennent de remettre la cuisse à Esculape et vont remettre le bras à Apollon ». M. Littré connaissant toutes les difficultés de la médecine, n'aimait pas à en parler en public. Il ne voulait pas encourager les profanes à parler de choses qu'ils ne connaissaient pas et ne pouvaient comprendre. Et cependant tout le monde parle de médecine depuis qu'il y a des malades. On connaît l'amusante histoire du Duc de Ferrare et de son bouffon. Alphonse d'Este demande un jour « de quel mestier il y avoit plus de gens.— De médecins, lui répond le bouffon, et je vous le prouverai en vingt heures ». Le lendemain, notre joyeux compère sort dans la rue le menton bandé. Là chacun lui demande ce qu'il a ; il répond « qu'il a une douleur enragée de dents et chacun lui recommande « la meilleure recepte du monde ». Il arrive ainsi dans la chambre du duc, qui s'écrie en le voyant : « Hé ! je sçay une chose qui te fera passer incontinent ta douleur ». Alors le fou jette bas sa mentonnière : « Et vous aussi, dit-il, estes médecin. J'en ai trouvé plus de deux cents depuis mon logis jusqu'au vôtre et je n'ai passé que par une rue. Trouvez moi autant de personnes d'autre mestier ! ». M. Littré parlait toujours avec tristesse de cette rage des ignorants de vouloir tout affirmer, tout expliquer, connaître des remèdes infaillibles, indiquer les causes les plus cachées des maladies les plus redoutables. « Se taire dans ce cas, ne pas donner d'explication est si rare



qu'on peut regarder le silence en pareille matière comme la marque d'un esprit discipliné et habitué à réfléchir sur l'étendue de ce qu'il sait réellement ».

M. Littré avait la réserve et la modestie des vrais savants. Il aimait la médecine et il voulait qu'elle fût respectée. Cette admiration et ce respect, il les étendait à la science entière, qui a ouvert des horizons si élevés, si poétiques à l'étude de la nature et du monde : « Ce bleu céleste où l'on voyait une muraille immobile et solide, tout cela s'est dissipé comme une erreur, comme un songe des premiers hommes ; l'espace infini s'est ouvert sinon aux regards, du moins à la pensée. La terre, humble planète, a pris son rang autour de son splendide soleil ; ce soleil lui-même, vu à sa véritable distance, n'a plus été qu'une étoile perdue au milieu des innombrables étoiles, et l'homme, du seuil de sa terre si petite, a pu contempler les mondes fuyant comme une troupe d'oiseaux d'un vol infatigable sans terme et sans relâche et déployant dans les espaces déserts leurs ailes lumineuses ». Quel poétique enthousiasme pour la nature, pour la science ! quelle hauteur de pensée ! quel charme d'expression ! On se demande comment Mgr Dupanloup a pu dire, dans son avertissement adressé aux jeunes gens et aux pères de famille, en 1863, que M. Littré était « un écrivain embarrassé dans son style, un esprit raide et tendu, plus Allemand que Français, fatigué par la vue obstinée du même horizon et l'entêtement des mêmes idées ». Rien n'est plus injuste que cette appréciation.

G. DAREMBERG.

(*Revue des Deux-Mondes*, 1er août 1882.)

Un Saint laïque...

... « Que n'ai-je pas roulé en mon esprit ? disait M. Littré avant de mourir. Si ma vieillesse avait été forte, que la maladie ne l'eut pas accablée, j'aurais mis la main, avec quelques collaborateurs à une histoire universelle dont j'avais tout le plan ».

Dans l'ardeur qui le portait à rechercher « des clartés de tout », il conserva cependant toute sa vie un champ d'études de prédilection. Ce fut la médecine. On lui doit de savantes dissertations sur le cœur, sur le choléra, sur la fièvre jaune, sur la peste, sur les grandes épidémies...

Que de pages élevées ne pourrait-on pas extraire de ces articles ! il ne se préoccupait ni de la recherche, ni de l'éclat du style Mais tout en ne visant qu'à la clarté, il rencontre souvent l'éloquence. Parlant de l'apparition des foudroyantes épidémies, il dit :

« Ce sont de grands et singuliers phénomènes. On voit parfois, lorsque les cités sont calmes et joyeuses, le sol s'ébranler tout à coup et les édifices s'écrouler sur la tête des habitants ; de même il arrive qu'une influence mortelle sort soudainement des profondeurs inconnues et couche d'un souffle infatigable les populations humaines comme les épis dans leurs sillons. Les causes sont ignorées, les effets terribles, le développement immense. Rien n'épouvante plus les hommes, rien ne jette de si vives alarmes dans le cœur des nations ; rien n'excite dans le vulgaire de plus noirs soupçons. Il semble, quand la mortalité a pris ce courant, que les ravages n'auront plus de terme et que l'incendie une fois allumé ne s'éteindra désormais que faute d'aliments... »

Cette citation nous montre également M. Littré attiré par les hautes questions de l'étiologie médicale.

« J'eus toujours, dit-il, une place réservée pour la pathologie et ce qui s'y rattache. Je ne permis jamais à mes autres travaux ou à mes autres goûts, de créer une prescription à cet égard. Quoique j'aie étudié la médecine sans en avoir jamais rien fait ni comme titre ni comme pratique, je ne troquerais pas contre quoi que ce soit cette part de savoir que j'ai jadis conquise par un labeur persistant. »

La citation mérite d'être poursuivie :

« Je viens de dire, ajoute-t-il, que je n'ai point pratiqué la médecine. En ceci une rectification est à faire. J'ai depuis trente ans réalisé l'*Hoc erat in votis* d'Horace... Un petit jardin dans un petit village. Là quand j'y vins, comment sut-on que je m'étais occupé de médecine ? Je l'ignore. Toujours est-il que les paysans, mes voisins, quand ils tombèrent malades, réclamèrent mon secours. Faisant la médecine gratis, j'aurais eu une clientèle fort étendue ; mais je circonscrivis sévèrement ma sphère d'action, et, prudent, dévoué, visitant plusieurs fois par jours mes malades qui étaient à ma porte, je rendis d'incontestables services ; plus tard, M. le Dr Daremberg, qui vint se fixer dans le même lieu et qui, comme moi, aima Hippocrate et son antique génie, s'associa à mon office et plus d'une fois, sur la fin, nous avons exprimé le regret de n'avoir pas songé à rédiger la clinique de notre petit village. Maintenant la vieillesse m'a déchargé de ce service bénévole, mais j'y ai acquis l'amitié et la gratitude de mes voisins, et, pour parler comme le vieillard de La Fontaine : cela même est un fruit que je goûte aujourd'hui. »

Horace aurait-il écrit son *Hoc érat in votis* si sa maison de campagne eût ressemblé à celle que M. Littré possédait au Mesnil ? On ne trouve là ni ruisseau d'eau vive, ni bouquet de bois, ni rien de l'aisance qu'Horace avait rêvée. Le plus simple presbytère du plus pauvre des villages peut seul donner une idée de cette maison où tout reflète une vie de solitude, de labeur et de désintéressement. M. Littré avait le culte de l'austérité. Un pieux respect a laissé toute chose à sa place, comme s'il devait revenir d'un moment à l'autre et retrouver sur son bureau des livres ouverts, des notes éparses. Voici la petite table où sa femme et sa fille travaillaient auprès de lui, et au-dessus de cette table apparaît — visible témoignage de la profonde tolérance de M. Littré — une image du Christ.

Ce fut dans cette retraite que M. Littré composa la plus grande partie de son Dictionnaire. Avec quelle patience et quel courage pour ainsi dire surhumains, il rassembla les matériaux d'une œuvre que l'on a signalée à juste titre comme un monument national.

« Je fus le premier, dit M. Littré, à vouloir soumettre de tout point le dictionnaire à l'histoire ». Rompant avec l'habitude de donner comme exemples des phrases arbitraires, il s'imposa l'obligation de citer, pour chaque mot, des phrases tirées des meilleurs écrivains, non seulement de la langue classique, mais encore des textes de l'ancienne langue, depuis le XIe siècle jusqu'à la fin du XVIe, s'attachant à tous les sens par lesquels le mot a passé, n'omettant ni les archaïsmes ni les néologismes, ni les contraventions à la grammaire, attentif aux acceptions détournées ou singulières, et recherchant toujours de préférence les exemples qui se recommandent par l'élégance de la forme, la valeur de la pensée, ou qui intéressent par l'histoire des idées et des mœurs. — Comme on l'imagine aisément, M. Littré, après avoir employé des années à réunir toutes ces citations, en passa plusieurs

autres encore à les remanier, classant, ajoutant, rectifiant sans cesse. Avec cette candeur qu'il avait en toutes choses, il disait : « Que de fausses routes j'ai suivies ! Que de tentatives avortées ! Je revenais sur les pas déjà faits, je m'égarais dans un labyrinthe de pensées, toujours sur le point de perdre courage ». Un jour qu'il s'adressait à M. Beaujean, à celui qui fut son savant et dévoué collaborateur : « O mon ami, s'écria-t-il ne faites jamais de dictionnaire ! »

On a peine, en effet, à se figurer une telle somme de travail. Lui-même a eu la coquetterie de compter que si le dictionnaire sans le supplément, était composé sur une seule colonne, cette colonne aurait 37 kilomètres 525 mètres 28 centimètres, à peu près la distance de Paris à Meaux.

La Fontaine, qu'il aimait à citer, lui avait donné pour devise : Patience et longueur de temps... Dans une vie tout absorbée par la pratique de cette maxime, sa solitude était cependant toujours ouverte. S'il risquait d'être troublé par quelque visite il ne voulait pas pour échapper à un importun, s'exposer à perdre l'occasion d'un service à rendre.

C'est au moment où il était dans la pleine activité de son travail que la veuve d'Auguste Comte vint le prier d'écrire la vie de son mari. M. Littré résiste, objecte son Dictionnaire qui absorbe tout son temps, promet de se consacrer sans réserve, dès qu'il l'aura achevé, à la tâche que Madame Comte lui demande de s'imposer. Celle-ci insiste avec opiniâtreté, faisant appel à la reconnaissance qu'il doit au fondateur de la philosophie positive. M. Littré accepte enfin. Avec une résignation surprenante, il modifie l'ordre de son travail du Dictionnaire, prend sur ses heures de repos et trouve le temps de composer une biographie d'Auguste Comte intitulée : Auguste Comte et la philosophie positive, qui n'a pas moins de six cents pages.

Il était au Mesnil le médecin consultant de tout le village. Prolongeant ses veilles jusqu'à trois heures du matin, la clarté de sa lampe brillait au loin pendant la nuit comme un fanal qui rassurait les malades. On savait qu'au premier appel, M. Littré quitterait son travail pour aller porter ses soins partout où ils seraient réclamés.

Se peut-il que l'homme dont je viens de vous retracer l'étonnante et charitable vie ait été méconnu jusqu'à être calomnié ! Il le fut pourtant. Ses opinions philosophiques en ayant été l'occasion c'est le moment pour moi de les examiner. Je n'y apporterai d'autre souci que celui de garder ma propre liberté de penser.

Vers l'âge de quarante ans, une crise se produisit dans les croyances de M. Littré. Il venait de lire un ouvrage d'Auguste Comte intitulé : Système de philosophie positive. L'impression qu'il en reçut fut extraordinaire :

« Ce livre, dit-il, me subjugua. Une lutte s'établit dans mon esprit entre mes anciennes opinions et les nouvelles. Celles-ci triomphèrent... Je devins, dès lors, disciple de la philosophie positive et je le suis resté... Aujourd'hui, il y a plus de vingt ans que je suis sectateur de cette philosophie ; la confiance qu'elle m'inspire n'a jamais reçu de démenti... Occupé de sujets très divers, histoire, langue, physiologie, médecine, érudition, je m'en suis constamment servi comme d'une sorte d'outil qui me trace les linéaments, l'origine et l'aboutissement de chaque question... Elle suffit à tout, ne me trompe jamais et m'éclaire toujours... »

Le principe fondamental d'Auguste Comte est d'écarter toute recherche métaphysique sur les causes premières et finales, de ramener toutes les idées et toutes les théories à des faits et de n'attribuer le caractère de certitude qu'aux démonstrations de l'expérience. Ce système comprend une classification des sciences et une prétendue loi de l'histoire qui se résume dans cette affirmation : que les conceptions de l'esprit humain passent successivement par trois états : l'état théologique, l'état métaphysique, l'état scientifique ou positif.

M. Littré ne tarissait pas en éloges au sujet de cette doctrine et de son auteur. Pour lui, Auguste Comte était un des hommes qui devaient tenir une grande place dans la postérité, et la « philosophie positive une de ces œuvres à peine séculaires qui changent le niveau ». Interrogé sur ce qu'il estimait le plus dans l'emploi de sa laborieuse vie, nul doute que sa pensée ne se fût portée avec complaisance sur son rôle d'apôtre sincère et persévérant du positivisme.

Il n'est pas rare de voir les plus savants hommes perdre parfois le discernement de leur vrai mérite. C'est ce qui me fait un devoir d'un jugement personnel sur la valeur de l'ouvrage d'Auguste Comte. Je confesse que je suis arrivé à une opinion bien différente de celle de M. Littré. Les causes de cette divergence me paraissent résulter de la nature même des travaux qui ont occupé sa vie et de ceux qui sont l'objet unique de la mienne.

Les travaux de M. Littré ont porté sur des recherches d'histoire, de linguistique, d'érudition scientifique et littéraire. La matière de telles études est tout entière dans des faits appartenant au passé, auxquels on ne peut rien ajouter ni retrancher. Il y suffit de la méthode d'observation qui, le plus souvent, ne saurait donner des démonstrations rigoureuses. Le propre, au contraire de l'expérimentation, c'est ne pas en admettre d'autres.

L'expérimentateur, homme de conquêtes sur la nature, se trouve sans cesse aux prises avec des faits qui ne sont point encore manifestés et n'existent, pour la plupart, qu'en puissance de devenir dans les lois naturelles. L'inconnu dans le possible et non dans ce qui a été : voilà son domaine, et, pour l'explorer, il a le secours de cette merveilleuse méthode expérimentale, dont on peut dire avec vérité, non qu'elle suffit à tout, mais qu'elle trompe rarement, et ceux-là seulement qui s'en servent mal. Elle élimine certains faits, en provoque d'autres, interroge la nature, la force à répondre et ne s'arrête que quand l'esprit est pleinement satisfait. Le charme de nos études, l'enchantement de la science, si l'on peut parler ainsi, consiste en ce que, partout et toujours, nous pouvons donner la justification de nos principes et la preuve de nos découvertes.

L'erreur d'Auguste Comte et de M. Littré est de confondre cette méthode avec la méthode restreinte de l'observation. Etrangers tous deux à l'expérimentation ils donnent au mot expérience l'acception qui lui est attribuée dans la conversation du monde, où il n'a point du tout le même sens que dans le langage scientifique. Dans le premier cas, l'expérience n'est que la simple observation des choses et l'induction qui conclut, plus ou moins légitimement, de ce qui a été à ce qui pourrait être. La vraie méthode expérimentale va jusqu'à la preuve sans réplique.

Les conditions et le résultat quotidien du travail de l'homme de science façonnent, en outre, son esprit à n'attribuer une idée de progrès qu'à une idée d'invention. Pour juger de la valeur du positivisme, ma première pensée a donc été d'y chercher l'invention. Je ne l'y ai pas trouvée. On ne peut vraiment attribuer l'idée d'invention à la loi des trois états de l'esprit humain, pas plus qu'à la classification hiérarchique des sciences qui ne sont l'une


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS

et l'autre que des à peu près, sans grande portée. Le positivisme, me m'offrant aucune idée neuve, me laisse réservé et défiant.

La foi de M. Littré dans le positivisme lui vint également des apaisements qu'il trouvait sur les grandes questions métaphysiques. La négation comme le doute l'obsédaient. Auguste Comte l'a tiré de l'un et de l'autre par un dogmatisme qui supprimait toute métaphysique.

En face de cette doctrine, M. Littré se disait : Tu n'as à te préoccuper ni de l'origine ni de la fin des choses, ni de Dieu, ni de l'âme, ni de théologie, ni de métaphysique ; suis ton penchant de chercheur « inquiet ou charmé » ; fuis l'absolu ; n'aime que le relatif. Quelle quiétude pour cette tête ardente, ambitieuse de parcourir tous les champs du savoir.

On s'est pourtant trompé sur cette quiétude et l'on s'est payé de fausses apparences en prétendant faire de M. Littré un athée résolu et tranquille. Les croyances religieuses des autres ne lui étaient pas indifférentes : « Je me suis trop rendu compte, dit-il, des souffrances et des difficultés de la vie humaine pour vouloir ôter à qui que ce soit des convictions qui le soutiennent dans les diverses épreuves ». Il ne nie pas plus l'existence de Dieu que celle de l'immortalité de l'âme ; il en écarte *a priori* jusqu'à la pensée, parce qu'il proclame l'impossibilité d'en constater scientifiquement l'existence.

Quant à moi, qui juge que les mots progrès et inventions sont synonymes, je me demande au nom de quelle découverte nouvelle philosophique ou scientifique, on peut arracher de l'âme humaine ces hautes préoccupations. Elles me paraissent d'essence éternelle, parce que le mystère qui enveloppe l'univers et dont elles sont une émanation est lui-même éternel de sa nature.

On raconte que l'illustre physicien anglais Faraday, dans les leçons qu'il faisait à l'Institution royale de Londres, ne prononçait jamais le nom de Dieu, quoi qu'il fut profondément religieux. Un jour par exception, ce nom lui échappa et tout à coup se manifesta un mouvement d'approbation sympathique. Faraday s'en apercevant interrompit sa leçon par ces paroles : « Je viens de vous surprendre en prononçant ici le nom de Dieu. Si cela ne m'est pas encore arrivé, c'est que je suis dans ces leçons, un représentant de la science expérimentale. Mais la notion et le respect de Dieu arrivent à mon esprit par des joies aussi sûres que celles qui nous conduisent à des vérités de l'ordre physique ».

La science expérimentale est essentiellement positiviste en ce sens que, dans ses conceptions, jamais elle ne fait intervenir la considération de l'essence des choses, de l'origine du monde et de ses destinées. Elle n'en a nul besoin. Elle sait qu'elle n'aurait rien à apprendre d'aucune spéculation métaphysique. Pourtant elle ne se prive pas de l'hypothèse. Nul, au contraire, plus que l'expérimentateur, n'en fait usage ; mais c'est seulement à titre de guide et d'aiguillon pour la recherche et sous la réserve d'un sévère contrôle. Il dédaigne et rejette ses idées préconçues, dès que l'expérimentation lui démontre qu'elles ne correspondent pas à des réalités objectives.

M. Littré et Auguste Comte croyaient et firent croire aux esprits superficiels que leur système reposait sur les mêmes principes que la méthode scientifique dont Archimède, Galilée, Pascal, Newton, Lavoisier sont les vrais fondateurs. De là est venue l'illusion des esprits, favorisée encore par tout ce que présentaient de garantie la science et la bonne foi de M. Littré.

A quelles erreurs ne peut pas conduire cette identité prétendue des deux méthodes !

Arago avait dit de Comte : « Il n'a de titres mathématiques, ni grands, ni petits ». « C'est vrai, répond Littré, M. Comte n'a pas de découvertes géométriques, mais il a des découvertes sociologiques, « Hélas ! voici un exemple de découverte sociologique ! Le 10 novembre 1850, M. Littré écrivit dans le *National* un article intitulé : *Paix occidentale*, article destiné à prouver que la sociologie était une science. « Il y a deux manières, dit-il de prouver la vérité d'une doctrine : tantôt l'initiation directe, le travail, l'étude, tantôt les prévisions déduites de la doctrine qui persuadent et qui frappent tous les esprits : savoir, c'est prévoir ».

Or, il arriva que, comme nous jouissions, en 1850, des bienfaits de la paix depuis 1815, M. Littré s'écria : « Mais la paix est prévue depuis vingt-cinq ans par la sociologie ». Malheureusement l'article continue en ces termes : « Aujourd'hui encore, la sociologie prévoit la paix pour tout l'avenir de notre transition au bout de laquelle une confédération républicaine aura uni l'Occident et mis un terme aux conflits armés... ». M. Littré fut bientôt désabusé. Quand il réimprima, en 1878, cet article de 1850, il le fit suivre de remarques, où, avec sa sincérité habituelle, il exhale la douleur qu'il éprouve de sa naïve confiance d'autrefois. « Ces malheureuses pages, dit-il me font mal ; je voudrais pouvoir les effacer. Elles sont en contresens perpétuel avec les événements qui se sont déroulés.... A peine avais je prononcé, dans mon puéril enthousiasme, qu'en Europe il n'y aurait plus de défaites militaires, que celles-ci désormais seraient remplacées par les défaites politiques, que vinrent la défaite militaire de la Russie en Crimée, celle de l'Autriche en Italie, celle de l'Autriche en Allemagne, celle de la France à Sedan et à Metz, et tout récemment celle de la Turquie dans les Balkans ».

L'ouvrage que M. Littré a publié en 1879 sous ce titre *Conservation, révolution et positivisme*, est rempli des méprises que la doctrine positiviste lui a fait commettre en politique et en sociologie. Pourquoi en serait-on surpris ? La politique et la sociologie sont des sciences où la preuve est trop difficile à donner. Trop considérable est le nombre des facteurs concourant à la solution des questions qu'elles agitent. Là où les passions humaines interviennent, le champ de l'imprévu est immense.

Le positivisme ne pêche pas seulement par une erreur de méthode. Dans la trame en apparence très serrée, de ses propres raisonnements, se révèle une considérable lacune, et je suis surpris que la sagacité de M. Littré ne l'ait pas mise en lumière.

A maintes reprises, il définit ainsi le positivisme envisagé au point de vue pratique : « Je nomme positivisme tout ce qui se fait dans la société pour l'organiser suivant la conception positive, c'est-à-dire scientifique du monde ».

Je suis prêt à accepter cette définition, à la condition qu'il en soit fait une application rigoureuse ; mais la grande et visible lacune du système consiste en ce que, dans la conception positive du monde ; il ne tient pas compte de la plus importante des notions positives, celle de l'infini.

Au delà de cette voûte étoilée, qu'y a-t-il ? De nouveaux cieux étoilés. Soit ! Et au delà ? L'esprit humain poussé par une force invincible ne cessera jamais de se demander : qu'y a-t-il au delà ? Veut il s'arrêter soit dans le temps, soit dans l'espace ? Comme le point où il s'arrête n'est qu'une grandeur finie, plus grande seulement que toutes celles qui l'ont précédée, à peine commence-t-il à l'envisager, que revient l'implacable question et toujours, sans qu'il puisse faire taire sa curiosité. Il ne sert de

◆◆◆

rien de répondre : au delà sont des espaces, des temps ou des grandeurs sans limites. Nul ne comprend ces paroles. Celui qui proclame l'existence de l'infini, et personne ne peut y échapper, accumule dans cette affirmation plus de surnaturel qu'il n'y en a dans tous les miracles de toutes les religions ; car la notion de l'infini a ce double caractère de s'imposer et d'être incompréhensible. Quand cette notion s'empare de l'entendement, il n'y a qu'à se prosterner. Encore, à ce moment de poignantes angoisses, il faut demander grâce à sa raison : tous les ressorts de la vie intellectuelle menacent de se détendre ; on se sent près d'être saisi par la sublime folie de Pascal. Cette notion positive et primordiale, le positivisme l'écarte gratuitement elle et toutes ses conséquences dans la vie des sociétés.

La notion de l'infini dans le monde, j'en vois partout l'inévitable expression. Par elle, le surnaturel est au fond de tous les cœurs. L'idée de Dieu est une forme de l'idée de l'infini. Tant que le mystère de l'infini pèsera sur la pensée humaine, des temples seront élevés au culte de l'infini, que le Dieu s'appelle Brahma, Allah, Jéhova ou Jésus. Et sur la dalle de ces temples vous verrez des hommes agenouillés, prosternés, abîmés dans la pensée de l'infini. La métaphysique ne fait que traduire au dedans de nous la notion dominatrice de l'infini. La conception de l'idéal n'est-elle pas encore la faculté, reflet de l'infini, qui, en présence de la beauté, nous porte à imaginer une beauté supérieure ? La science et la passion de comprendre sont-elles autre chose que l'effet de l'aiguillon du savoir qui met en notre âme le mystère de l'Univers ? Où sont les vraies sources de la dignité humaine, de la liberté et de la démocratie moderne, sinon dans la notion de l'infini devant laquelle tous les hommes sont égaux ?

« Il faut un lien spirituel à l'humanité, dit M. Littré faute de quoi il n'y aurait dans la société que des familles isolées, des hordes et point de société véritable ». Ce lien spirituel qu'il plaçait dans une religion inférieure de l'humanité ne saurait être ailleurs que dans la notion supérieure de l'infini parce que ce lien spirituel doit être associé au mystère du monde. La religion de l'humanité est une de ces idées d'une évidence superficielle et suspecte qui ont fait dire à un psychologue d'un esprit éminent : « Il y a longtemps que je pense que celui qui n'aurait que des idées claires serait assurément un sot. Les notions les plus précieuses, ajoute-t-il, que recèle l'intelligence humaine, sont tout au fond de la scène et dans un demi-jour, et c'est autour de ces idées confuses, dont la liaison nous échappe, que tournent les idées claires pour s'étendre, et se développer, et s'élever. Si nous étions coupés de cette arrière-scène, les sciences exactes, elles-mêmes y perdraient cette grandeur qu'elles tirent de leurs rapports secrets avec d'autres vérités infinies que nous soupçonnons ».

Les Grecs avaient compris la mystérieuse puissance de ce dessous de choses. Ce sont eux qui nous ont légué un des plus beaux mots de notre langue, le mot enthousiasme. Ἐν Θεός — Un Dieu intérieur.

La grandeur des actions humaines se mesure à l'inspiration qui les fait naître. Heureux celui qui porte en soi un Dieu, un idéal de la beauté et qui lui obéit : idéal de l'art, idéal de la science, idéal de la patrie, idéal des vertus de l'Evangile ! Ce sont là les sources vives des grandes pensées et des grandes actions. Toutes s'éclairent des reflets de l'infini.

M. Littré avait son Dieu intérieur. L'idéal qui remplissait son âme, c'était la passion du travail et l'amour de l'humanité.

Souvent il m'est arrivé de me le représenter, assis auprès de sa femme, comme un tableau des premiers temps du christianisme ; lui regardant la terre, plein de compassion pour ceux qui souffrent ; elle, fervente catholique, les yeux levés vers le ciel ; lui, inspiré par toutes les vertus terrestres ; elle par toutes les grandeurs divines ; réunissant dans un même élan comme dans un même cœur les deux saintetés qui forment l'auréole de l'Homme-Dieu, celle qui procède du dévouement à ce qui est humain, celle qui émane de l'ardent amour du divin ; elle, une sainte dans l'acception canonique ; lui, un saint laïque.

Ce dernier mot ne m'appartient pas. Je l'ai recueilli sur les lèvres de tous ceux qui l'ont connu.

(Pasteur : Discours de réception à l'Académie française, 17 avril 1882).

Un vieux prêtre...

..... Vous avez fait des réserves, Monsieur, sur les doctrines philosophiques auxquelles M. Littré s'était attaché et auxquelles il déclarait devoir le bonheur de sa vie. C'était votre droit. Je n'userai pas du droit semblable que j'aurais. Le résumé ou, comme on disait autrefois, le « bouquet spirituel » de cette séance doit être que l'ardeur pour le bien ne tient à aucune opinion spéculative. Je vous ferai, d'ailleurs, ma confession ; en politique et en philosophie, quand je me trouve en présence d'idées arrêtées, je suis toujours de l'avis de mon interlocuteur. En ces délicates matières, chacun à raison par quelque côté. Il y a déférence et justice à ne chercher dans l'opinion qu'on vous propose que la part de vérité qu'elle contient. Il s'agit ici, en effet, de ces questions sur lesquelles la providence (j'entends par ces mots l'ensemble des conditions fondamentales de la marche de l'univers) a voulu qu'il planât un absolu mystère. En cet ordre d'idées, il faut se garder d'un parti pris ; il est bon de varier ses points de vue et d'écouter les bruits qui viennent de tous côtés de l'horizon.

C'est ce que fit M. Littré toute sa vie. Je regrette cependant comme vous, que ce grand et fidèle ami de la vérité se soit renfermé dans une école portant un nom déterminé, et ait salué, comme son maître un homme qui, bien que considérable à beaucoup d'égards, ne méritait pas un tel hommage. Si je m'abandonnais à mon goût personnel, je serais peut-être aussi peu favorable que vous à M. Auguste Comte, qui me semble, le plus souvent, répéter en mauvais style ce qu'ont pensé et dit avant lui, en très bon style, Descartes, d'Alembert, Condorcet, Laplace. Mais je me défie de mon avis, car je suis un peu à l'égard de ce penseur distingué, dans la situation d'un jaloux. M. Littré avait pour moi une bonté dont je garde un souvenir profond ; je sentais cependant qu'il m'aurait aimé beaucoup plus si j'avais voulu être comtiste. J'ai fait ce que j'ai pu ; je n'ai pas réussi. Je sentais chez lui un reproche secret. Quand nous nous trouvions tous les deux seuls à nos séances de l'Histoire littéraire de la France de l'Académie des inscriptions et belles-lettres, je me croyais en face d'un confesseur, mécontent de moi pour quelque motif secret qu'il ne me disait pas. Cela me troublait. Pas plus que vous, Monsieur, je ne suis donc en situation de


LAXAMALT
TRAITEMENT
DE LA
CONSTIPATION
AUCUNE CONTRE-INDICATION
50% huile de
paraffine
50% extrait
de malt
LABORATOIRES
LICARDY
38, Bd Bourdon
NEUILLY-PARIS


LA PASSIFLORINE
uniquement composée d'Extraits Végétaux
ATOXIQUES
Passiflora
incarnata
Salix alba
Cratœgus
oxyacantha
est le TRAITEMENT
PHYTOTHÉRAPIQUE
des ÉTATS NÉVROPATHIQUES
ANXIÉTÉ
ANGOISSE
INSOMNIE
NERVEUSE
TROUBLES
FONCTIONNELS
DU CŒUR
TROUBLES
DE LA VIE
GÉNITALE
Laboratoires G. RÉAUBOURG
Rue Raynouard - PARIS (XVIe)

rendre pleine justice à M. Comte. Je ne puis cependant, m'empêcher d'être ému quand je vois tant d'hommes de valeur, en France, en Angleterre, en Amérique, accepter ce nom comme un drapeau. Avec l'habitude que je peux avoir des choses de l'esprit humain, je suis amené à croire que M. Comte sera une étiquette dans l'avenir, et qu'il occupera une place importante dans les futures histoires de la philosophie. Ce sera une erreur, j'en conviens ; mais l'avenir commettra tant d'autres erreurs ! l'humanité veut des noms qui lui servent de types et de chefs de file ; elle ne met pas dans son choix beaucoup de discernement.

Le positivisme, dites-vous, dans ses applications à la politique, n'a pas vu ses prophéties réalisées. Cela est très vrai. La condition du prophète est devenue de nos jours singulièrement difficile. La politique et la philosophie n'ont plus grand'chose à faire ensemble. Connaissez-vous une école qui ait mieux deviné ces jeux de la force, de la passion et du hasard, qu'on a bien tort assurément de vouloir assujettir à des lois ? Pour moi, je ne vois pas une théorie politique au nom de laquelle on ait le droit de jeter la première pierre aux théories vaincues. Je ne vois qu'une différence, c'est que le principal représentant du positivisme a confessé son erreur, tandis que nous attendons encore l'aveu de ceux qui n'ont pas été plus infaillibles que lui.

A la philosophie de M. Littré vous en préférez une autre qui, vous le supposez, aurait ici « un dernier refuge ». Ah ! ne vous y fiez pas trop, Monsieur. La zone de notre protection littéraire est bien large ; elle s'étend depuis Bossuet jusqu'à Voltaire. Souvent nous aimons à être l'asile des vaincus ; la cause qui aurait chez nous son dernier refuge pourrait donc être assez malade. Nous ne patronnons pas les doctrines ; nous discernons le talent. Voilà comment nous n'avons jamais de déconvenues ni de démentis. Tout passe, et nous ne passons pas ; car nous ne nous attachons qu'à deux choses qui, nous l'espérons, seront éternelles en France : l'esprit et le génie. Nous respectons toutes les formes dont on peut revêtir une croyance élevée. Vous vous servez de deux mots, par exemple, dont, pour ma part, je ne me sers jamais, spiritualisme et matérialisme. Le but du monde, c'est l'idée : mais je ne connais pas un cas où l'idée se soit produite sans matière ; je ne connais pas d'esprit pur ni d'œuvre d'esprit pur. L'œuvre divine s'accomplit par la tendance intime au bien et au vrai qui est dans l'univers ; je ne sais pas bien si je suis spiritualiste ou matérialiste.

Il est prudent de n'associer le sort des croyances morales à aucun système. Le mot de l'énigme qui nous tourmente et nous charme ne nous sera jamais livré. Pour moi, quand on nie ces dogmes fondamentaux, j'ai envie d'y croire ; quand on les affirmes autrement qu'en beaux vers, je suis pris d'un doute invincible. J'ai peur qu'on n'en soit trop sûr, et, comme la mystique dont parle Joinville, je voudrais par moments brûler le paradis par amour de Dieu. C'est le doute, en pareil cas qui fait le mérite. La grandeur des vérités de cet ordre est de se présenter à nous avec le double caractère d'impossibilités physiques et d'absolues nécessités morales. Si je vois la vertu songer trop à ses placements sur une vie éternelle, je suis tenté de lui insinuer discrètement la possibilité d'un mécompte. L'humanité doit sûrement être écoutée en ses instincts, l'humanité, au fond, a raison ; mais dans la forme, dans le détail, oh ! la chère et touchante rêveuse, comme sa pitié peut l'égarer ! Et cela est tout simple ; il est des questions insolubles sur lesquelles le sentiment moral veut une réponse. On prend à cet égard les plus belles résolutions de sobriété intellectuelle, et on ne les tient pas. Notre grand Littré passa toute sa vie à s'interdire de penser aux problèmes supérieurs et à y penser toujours. Pauvre bonne conscience humaine ; que d'efforts elle fait pour saisir l'insaisissable ! Comme on aime à la voir se gourmander, se reprendre se critiquer, se maudire, s'irriter contre elle-même, se remettre à l'œuvre après chaque découragement, pour renfermer dans une formule ce qu'il lui est interdit de savoir et ce qu'elle ne peut se résigner à ignorer !

Vous avez mille fois raison, Monsieur, quand vous mettez au-dessus de tout pour le progrès de l'esprit humain le savant qui fait des expériences et crée des résultats nouveaux. M. Comte n'en a pas fait ; mais je vois dans votre Académie d'habiles inventeurs qui déclarent cependant lui devoir beaucoup. Littré non plus n'a pas fait d'expériences : mais vraiment il n'en pouvait pas faire ; son champ c'était l'esprit humain, on ne fait pas d'expériences sur l'esprit humain, sur l'histoire. La méthode scientifique, en cet ordre, est ce qu'on appelle la critique. Ah ! sa critique je vous assure était excellente. Il ne s'agit pas seulement, en ces obscures matières, de savoir ce qui est possible, il s'agit de savoir ce qui est arrivé. Ici la discussion historique retrouve tous ses droits. Ce que Pascal a dit de l'esprit de finesse et de l'esprit géométrique reste la loi suprême de ces discussions, où le malentendu est si facile. Les problèmes moraux exigent ce qu'on peut appeler la critique générale. Ils ne se laissent point attaquer par la méthode scolastique. Pour être apte à jouir de ces vérités, qu'on aperçoit, non de face, mais de côté et comme du coin de l'œil, il faut la culture variée de l'esprit, la connaissance de l'humanité, de ses états divers, de ses faiblesses, de ses illusions, de ses préjugés, à tant d'égards fondés, en raison de ses respectables absurdités ; — il faut l'histoire de la philosophie, qui parfois rend religieux, l'histoire de la religion, qui souvent rend philosophe, l'histoire de la science, qui devrait toujours rendre modeste ; — il faut la connaissance d'une foule de choses qu'on apprend uniquement pour voir que ce sont des vanités ; — il faut, par-dessus tout, l'esprit, la gaieté, la bonne santé intellectuelle d'un Lucien, d'un Montaigne, d'un Voltaire. Et le résultat final, c'est encore que le plus grand des sages a été l'Ecclésiaste, quand il représente le monde livré aux disputes des hommes, pour qu'ils n'y comprennent rien depuis un bout jusqu'à l'autre. Qu'importe, après tout, puisque le coin imperceptible de la réalité que nous entrevoyons est plein de ravissantes harmonies et que la vie, telle qu'elle nous a été octroyée, est un don excellent et pour chacun de nous la révélation d'une bonté infinie ?

« Celui qui proclame, dites-vous, l'existence de l'infini accumule dans cette affirmation plus de surnaturel qu'il n'y en a dans tous les miracles de la religion ». Vous allez, je crois, un peu loin, Monsieur ; vous donnez là un certificat de crédibilité à des choses étranges. Permettez-moi une distinction. Dans le champ de l'idéal, oh ! vous avez raison ; là on peut évoluer durant toute l'éternité sans se rencontrer jamais. Mais l'idéal n'est pas le surnaturel particulier, qui est censé avoir fait son apparition à un point du temps et de l'espace. Celui-ci tombe sous le coup de la critique. L'ordre du possible, qui touche de près à celui du rêve n'est pas l'ordre des faits. Les religions se donnent comme des faits et doivent être discutées comme des faits, c'est-à-dire par la critique historique. Or, les faits surnaturels, du genre de ceux qui remplissent l'histoire religieuse, M. Littré excelle à montrer qu'ils n'arrivent pas ; et, s'ils n'arrivent pas, n'est-ce

point le cas de se poser la question de Cicéron : « Pourquoi ces forces secrètes ont-elles disparu ? Ne serait-ce pas parce que les hommes sont devenus moins crédules ? »

La méthode de M. Littré reste donc excellente dans l'ordre des faits auxquels il l'applique d'ordinaire. Les faits où l'on croit voir des interventions de volontés particulières, supérieures à l'homme et à la nature, disparaissent à mesure qu'on les serre de plus près. Aucun fait historique de ce genre n'est prouvé ni dans le présent, ni dans le passé, — j'entends prouvé sérieusement, d'une de ces preuves qui excluent toute chance d'erreur, — d'une de ces preuves comme celles que M. Biot vous demandait et que vous lui avez fournies, — d'une de ces preuves telles que vous les exigez de vos contradicteurs et que rarement ils peuvent vous fournir. Or, il n'est pas conforme à l'esprit scientifique d'admettre ur ordre de faits qui n'est appuyé sur aucune induction, sur aucune analogie. *Quod gratis asseritur gratis negatur*. Croyez-moi, Monsieur, la critique historique a ses bonnes parties. L'esprit humain ne serait pas ce qu'il est sans elle, et j'ose dire que vos sciences, dont j'admire si hautement les résultats, n'existeraient pas s'il n'y avait, à côté d'elles, une gardienne vigilante pour empêcher le monde d'être dévoré par la superstition et livré sans défense à toutes les assertions de la crédulité.

Soyez donc indulgent, Monsieur, pour des études où l'on n'a pas, il est vrai, l'instrument de l'expérience, si merveilleux entre vos mains, mais qui, néanmoins, peuvent créer la certitude et amener des résultats importants. Permettez-moi de vous rappeler votre belle découverte de l'acide droit et de l'acide gauche. Il y a aussi dans l'ordre intellectuel des sens divers, des oppositions apparentes qui n'excluent pas au fond la similitude. Il y a des esprits qu'il est aussi impossible de ramener l'un à l'autre qu'il est impossible, selon la comparaison dont vous aimez à vous servir, de faire rentrer deux gants l'un dans l'autre. Et pourtant les deux gants sont également nécessaires ; tous deux se complètent. Nos deux mains ne se superposent pas ; mais elles peuvent se joindre. Dans le vaste sein de la nature, les efforts les plus divers s'ajoutent, se combinent et aboutissent à une résultante de la plus majestueuse unité.

Par sa science colossale, puisée aux sources les plus diverses, par la sagacité de son esprit et son ardent besoin de vérité, Littré a été à son jour une des consciences les plus complètes de l'univers. Le moment où il est venu au monde est un âge particulier, comme tous les autres âges, dans l'histoire de notre globe et de l'humanité. Mais sa haute vie l'a mis en rapport avec l'esprit éternel qui agit et se continue à travers les siècles ; il est immortel. Il a compris son heure mieux que personne ; il a vécu et senti avec l'humanité de son temps ; il a partagé ses espérances, si l'on veut ses erreurs : il n'a reculé devant aucune responsabilité. Penseur, il ne vécut que pour le vrai. En politique, il suivit la règle que doit s'imposer le patriote consciencieux : il ne sollicita aucun mandat ; il n'en refusa aucun. Son honnêteté supérieure couvrit tout, en l'élevant à ces hauteurs où ce que les uns blâment, ce que les autres approuvent, n'est plus que raison personnelle, dévouement et devoir.

Dans ses dernières années, il vit la forme du gouvernement pour laquelle il avait toujours combattu devenir une réalité. Vous croyez peut-être qu'il va triompher. Triompher ! oh ! sentiment dénué de sens pour une âme philosophe ! Le lendemain de sa victoire Littré est plus modeste que jamais. Il a l'air de redouter son succès : il se repent presque ; je dis mal ; non. Il ne se repend pas mais il devient le sage accompli ; il se fait le conseiller, le modérateur de ses compagnons de lutte, si bien que les esprits superficiels cessèrent de le comprendre, et peu s'en fallut qu'il ne fût aussi appelé traître à son tour. Il vit juste ; car il vit la solution suprême des problèmes de la politique contemporaine dans la liberté, non dans cette collision puérile où chacun invoque à son profit un principe dont il est bien décidé à ne pas faire profiter les autres, mais dans la vraie liberté, égale pour tous, fondée sur la notion de la neutralité de l'Etat en fait de choses spéculatives. La mesure qu'il voulait pour lui, il la réclamait pour les autres, même quand il savait que ceux-ci ne lui rendraient pas la pareille s'ils étaient les maîtres. Il ne se faisait à cet égard aucune illusion ; un an avant sa mort, il appelle encore le catholicisme « L'adversaire naturel de toutes les libertés » ; mais tolérant pour les intolérants, il réclamait l'application abstraite des principes. Il était persuadé que les tolérants posséderont la terre et que le libéralisme qui n'a pas peur de la liberté des autres est le signe de la vérité. En 1872, visitant un phare sur les côtes de Bretagne, il tomba de la hauteur d'un premier étage ; il en fut quitte pour quelques contusions : un journaliste des environs regretta qu'il ne se fût pas tout à fait rompu le cou. « Nous ne pensions pas de même sur les croyances théologiques » ajoute M. Littré en racontant cette histoire, et telle est la forme que prenait son dissentiment.

S'il fut quelquefois faible, ce fut toujours par bonté. Nous vivons dans un temps où il y a des inconvénients à être poli ; on vous prend à la lettre ; M. Littré avait pour principe de ne rien faire pour éviter les malentendus. Il votait souvent pour ses adversaires, afin de s'assurer à lui-même qu'il était bien impartial. Quel homme, Monsieur, et que vous avec eu raison de le comparer à un saint. On ne trouve à reprendre en lui que des excès de vertu.

Lui manqua-t-il, en effet quelque chose ? Il ne lui manqua que des défauts. Parfois peut-être on regrettait qu'il ne sût pas sourire. L'ironie lui échappait ; il ne la comprenait pas en philosophie : elle lui déplaisait en politique. Or, le monde prêtant à la fois au rire et à la pitié, la gaieté a bien aussi sa raison d'être ; une foule de choses ne peuvent s'exprimer que par là. Socrate trouvait son profit aux soupers d'Aspasie : Littré n'aima que la bonté. Il prit la meilleure part : c'est la bonté qui fait vivre. Il se plaisait avec le peuple ; il était compris et apprécié de lui. Heureux celui qui est assez grand pour que les esprits l'admirent ! La vraie grandeur c'est d'être vu grand par l'œil des humbles. Le chef-d'œuvre de Spinoza fut d'avoir été estimé de son logeur. Ce brave homme ne savait pas un mot des systèmes de son hôte ; il n'avait vu en lui qu'un homme bien tranquille, un parfait locataire. Ce furent ses renseignements qui fournirent à Colerus les traits de cette vie admirable qui, bien plus que l'Ethique démontrée géométriquement, a fait de Spinoza un des saints de l'âge moderne. Littré, de même, avait le goût des simples : les simples le lui rendirent. Quand il allait en Bretagne, il remplissait de respect ces bonnes gens de Plouba et de Roscoff, qui le prenaient pour un ecclésiastique. Il nous a raconté comment, étant à Lion-sur-Mer, sur la plage, deux messieurs vinrent à passer : « Voilà Littré, dit l'un d'eux. — Littré, dit l'autre, il a l'air d'un vieux prêtre ».

C'était là sa vraie définition. Grâce à lui et à quelques autres comme lui, la libre philosophie de notre âge a possédé dans son sein des vertus susceptibles d'être compa-

rées à celles dont les religions sont les plus fières. Nature essentiellement religieuse, il ne douta que par la foi profonde et par respect de la vérité. Littré a vraiment été une gloire de notre patrie et de notre race.....

(RENAN : Réponse au discours de réception de Pasteur, 27 avril 1882).

Littré jugé par Zola

Deux faits ont marqué ces dernières semaines : la publication des *Quatre Vents de l'Esprit*, de Victor Hugo, et la mort d'Emile Littré. Il semble qu'il y ait là une rencontre voulue, que nécessairement les circonstances devaient établir un jour un parallèle décisif entre ces deux hommes, pour faire dans nos esprits encore troublés, le procès suprême au romantisme. L'heure est venue.

Pour moi, depuis huit jours, ces deux hommes me hantent. L'un est ma jeunesse; l'autre mon âge mûr. Ils se heurtent et s'excluent. Littré a pris toute la place dans ma raison, Hugo n'est plus à mon oreille qu'une lointaine musique. Le positivisme a scellé la pierre sous laquelle le romantisme dort à jamais. Telle est la vérité qui devrait être profondément gravée sur les murs de nos écoles. Et c'est, aujourd'hui, cette vérité que je veux développer dans une de mes études hâtives, où je ne puis malheureusement que jeter des idées, sans les approfondir ni les appuyer comme il le faudrait.

....

... Voici maintenant Emile Littré. Il est né quelques mois avant Victor Hugo. Pendant que celui-ci escaladait les cimes du surnaturel, s'abandonnait au vent du lyrisme, exagérait de plus en plus son effarement de prophète, l'autre cherchait avec passion une méthode, en arrivait à se donner pour règle d'intelligence de n'accepter que les faits absolument prouvés. Jamais un antagonisme ne s'est établi avec plus de netteté. Ces deux hommes ont marché côte à côte sans jamais se toucher, et nous mesurons leur besogne, au point de vue intellectuel en étudiant leur part d'influence sur la fin de ce siècle.

Littré avait rencontré Auguste Comte, en 1845, je crois. Il était admirablement préparé, ayant déjà parcouru toutes les connaissances humaines, des sciences mathématiques aux sciences physiques et naturelles, de la physiologie à la médecine, de l'histoire à la linguistique. Auguste Comte lui donna la méthode qu'il cherchait et dès lors, son intelligence fut fixée. Il accepta la formule positiviste, cette formule qui s'appuie sur une hiérarchie des sciences et sur une étude exacte de l'évolution humaine, divisée en trois phases, la phase théologique, la phase métaphysique et la phase positive. Mais Littré, qui n'était pas un créateur apportait dans l'application un bon sens et une logique dont l'influence fut considérable : il arrêta la formule, en la dégageant des rêveries d'Auguste Comte, en la ramenant à une rigueur toute scientifique. Pour lui, l'inconnu doit être réservé ; Dieu n'est pas nié, mais mis à part ; jamais il ne raisonne du « pourquoi » des choses. Sa peur de l'hypothèse est telle qu'il refuse toute théorie où elle entre pour la moindre part ; ainsi il n'a jamais accepté le système évolutionniste de Darwin, parce que les faits connus n'en prouvent pas l'absolue certitude. Littré est là tout entier, avec sa méthode.

D'ailleurs, cette méthode peut être déjà jugée à ses résultats. Je ne saurais entrer ici dans les travaux considérables du savant et du philosophe : sa traduction et ses commentaires d'Hippocrate, ses études si nombreuses sur la physiologie, la médecine, l'histoire, la linguistique, la philosophie, la politique. Il me suffira de rappeler son Dictionnaire, ce monument colossal que seule la méthode positive pouvait mettre debout. Cette méthode nous y a donné une histoire complète de notre langue et une philosophie raisonnée du langage. L'étude des faits en est la base solide. Littré remonte à l'origine des mots, et par des exemples choisis dans nos écrivains, dresse le procès-verbal de leurs significations, il y a là une application décisive de la formule, un exemple des grandes besognes que l'on fera demain avec cet outil si net et si puissant des sciences modernes.

Et quel branle donné à toute notre époque ! On en s'aperçoit pas encore du chemin parcouru, on ne voit pas que la méthode positive a gagnée peu à peu toute notre activité humaine. En politique, elle est de plus en plus appliquée, elle refera la France si la bêtise et les appétits des hommes le lui permettent. En littérature, elle est ce naturalisme dont je parle si souvent et qu'on feint de ne pas entendre. A ce propos, je signale la définition du mot imagination, dans le Dictionnaire : « Faculté que nous avons de nous rappeler vivement et de voir en quelque sorte les objets qui ne sont plus sous nos yeux ». Ces trois lignes bouleversent toutes les idées littéraires acceptées : elles remplacent la fiction, la fantaisie comique ou lyrique, par des documents évoqués et classés. Je n'ai jamais dit autre chose. je n'ai jamais réclamé que les faits pour base et que la vérité des êtres et des choses pour étude.

Enfin, la rencontre heureuse est que cette admirable intelligence soit tombée dans un tempérament équilibré, sans vices. Littré a été un sage. Il fallait voir la stupeur de Sainte-Beuve, ce voluptueux, devant ce chaste qui s'était cloîtré dans la science. Il disait : « Que voulez-vous ? Littré n'a besoin de rien, il peut tout ». Cette haute honnêteté devient un argument précieux contre certaines attaques. Voilà le travail, voilà la morale, et dans un homme qui est notre maître, à nous qu'on couvre de boue. Vous voyez donc bien que, pour être un honnête homme, la démence lyrique n'est pas indispensable !

Maintenant, placez côte à côte Victor Hugo et Emile Littré. Certes dans le premier, je met le poète à part ; l'auteur des *Feuilles d'automne* et de la *Légende des siècles*, est le plus grand de nos poètes lyriques, je l'ai écrit vingt fois et je le répète une fois encore. Mais je parle du penseur, de l'initiateur ; je réponds à ceux qui veulent faire de Victor Hugo un génie universel, l'homme du siècle. Eh bien ! cette prétention devient risible lorsqu'on le compare à Emile Littré.

Les voilà donc face à face ; l'un avec ses colossales machines de rhétoricien affolé, son abus des mots, ses idées troubles, son continuel cabotinage, sa défroque de prophète en zinc, son piétinement sur place au milieu de grands mots vides, son humanitairerie finale de bon vieillard gâteux ; l'autre avec ses grands travaux de logicien impeccable, la rectitude de sa méthode, l'unité et la clarté de son œuvre, la modestie et la simplicité du travailleur que la passion de la vérité attache à la terre, le progrès réel déterminé par chacun de ses ouvrages qui nous emportent à l'avenir.

Je le demande sans passion, je le demande aux gens de bonne foi : lequel des deux est le penseur original, lequel des deux est l'homme du siècle ? Oui, qu'on me dise si notre siècle de science s'incarne dans le poète lyrique qui veut recommencer Isaïe, ou dans le savant qui élargit

et règle nos connaissances, à l'aide de la méthode positive. Ce dernier n'est-il pas le cerveau encyclopédique, et ne voit-on pas que toute sa besogne est précisément la négation de la besogne du premier ? La science et la révélation, le positivisme et le romantisme ne peuvent vivre côte à côte ; c'est pourquoi l'un est en train d'achever l'autre. Cela a tué ceci.

Je faisais le vœu, dans mes derniers articles, d'un Calvin du positivisme, c'est-à-dire d'un missionnaire, d'un propagateur des vérités scientifiques. Quel homme mieux que Littré aurait pu remplir ce rôle ? il possédait la vaste intelligence, l'instruction universelle : lui seul avait le droit de parler au nom des faits, de répandre l'Evangile nouveau des vérités démontrées. Que lui a-t-il donc manqué pour partir en mission et instruire les peuples ? c'est triste à dire, il lui a manqué un peu de cabotinage qui fait les grands acteurs de nos drames humains. Il était trop scrupuleux, trop enfoncé dans le respect du vrai, pour risquer de conclure. Quand on parle aux hommes, il faut toujours faire la part du mensonge, et il y a besoin de mise en scène, dans la foi la plus sincère. Avec sa haine de l'hypothèse, et de la synthèse, Littré ne pouvait être qu'un homme d'étude.

Quand je songeais à lui, je regrettais son effacement volontaire. Mais, aujourd'hui, je l'aime mieux ainsi, cloîtré dans un travail de géant. Il a obéi aux nécessités de sa besogne d'application ; il préparait un exemple, il nous apportait des matériaux. Rien ne rend modeste comme la science, lorsqu'on y descend avec ce scrupule de l'exactitude. On y apprend la patience, on y sent l'unitilité des polémiques, on y marche avec une prudence de plus en plus grande, en remettant toujours les conclusions au lendemain. Aussi, nous qui ne savons rien auprès de Littré, qui ne sommes que des écrivains tourmentés du désir de savoir et de nous faire une méthode, devons-nous nous incliner devant la claustration d'un des esprits les plus puissants de ce siècle. Nous nous trompions, lorsque nous désirions le voir se dresser en apôtre, au milieu de notre société troublée. Les temps sont changés, les saints Paul de la science sont nécessairement des hommes de cabinet. C'est maintenant que ses œuvres vont partir en mission, pour répandre la bonne parole.

Du reste, ni Darwin, ni Auguste Comte, ni Claude Bernard, ni Littré, pour ne nommer que ceux-là, ne sont toute la vérité. Chacun donne sa part d'intelligence, chacun laisse son œuvre, d'où les hommes du lendemain dégagent les bonnes pages, les vérités prouvées. Et c'est de cette continuelle glane que se fait le progrès. Littré a été l'homme du siècle, parce qu'il en a incarné les besoins de certitude scientifique et qu'il a travaillé de toute sa force à substituer la méthode positive aux vieilles méthodes théologiques et romantiques. Dans ce cas, comment Victor Hugo serait-il également l'homme du siècle, lui qui est retourné à toutes les fantasmagories du Moyen-Age, qui a augmenté la légende et embrumé les hypothèses ? Sa part de vérité est si petite que nos fils ne tireront pas un progrès certain de ses œuvres. Il a chanté pour la joie de l'humanité; c'est assez évidemment, mais c'est tout.

Je supplie la jeunesse française de songer à ces choses. L'avenir de la nation en dépend. Deux routes s'ouvrent : d'un côté les erreurs du lyrisme, de l'autre les certitudes du positivisme ou du naturalisme, comme il plaira de la nommer. La jeunesse veut-elle être avec le passé ? Veut-elle marcher à l'avenir ? Qu'elle juge, d'un côté, la forte génération qui grandit sur les pas de Littré, et, de l'autre, les attardés du romantisme qui végètent dans la grande ombre de Victor Hugo. (ZOLA : *Hugo et Littré*, *Le Figaro*, 1881.)

La conversion de Littré

Au lendemain de sa mort — qui survint au début de juin 1881 — il y eut, dans la presse, de longues et véhémentes polémiques. L'Église catholique lui avait fait de solennelles funérailles, comme pour célébrer une conversion — que les amis du vieux savant déclaraient impossible. Et maintenant encore, sur ce point, peu de personnes sont exactement renseignées.

C'est un sujet si délicat que j'allais renoncer à le traiter ici, quand me sont parvenues des précisions tout à fait concordantes, provenant de personnes parfaitement autorisées (1) et de sources si différentes que le doute n'est plus permis.

Depuis longtemps, les dames Littré étaient les pénitentes de l'abbé Huvelin, vicaire à Saint-Augustin, ancien élève de l'Ecole normale, homme de haute culture et d'une charité sans bornes. Le philosophe vieillissant avait consenti à le voir, et même il avait pris coutume de deviser souvent avec ce prêtre délicat, qui jamais ne disait un mot pour l'attirer au giron de l'Eglise.

Ils se contaient leur vie, sans se cacher leurs menus défaillances, ainsi qu'en une sorte de confession mutuelle purement humaine, qui n'avait rien et ne pouvait rien avoir du sacrement, Littré n'étant même pas baptisé. D'ailleurs, il persistait à dire que le mot Dieu restait pour lui vide de sens.

Mais il avait cette tendance maladive dont je vous parlais tout à l'heure, à s'humilier, à gémir sur des fautes imaginaires, dont, disait-il, « le souvenir est comme un pieu qui me perce le cœur » ! Or, dans ces confidences, sa vie entière apparaissait si splendidement pure, qu'à plusieurs reprises, le saint homme Huvelin, qui n'était pas sans exaltation, s'agenouilla, plein de respect, pour baiser les pieds de l'athée d'une vertu si haute !... Savez-vous rien de plus touchant ?...

Quand approcha la dernière heure, Mme Littré, femme de la plus grande piété, devint la proie d'un trouble extrême. Elle était convaincue que son mari, qu'elle adorait et qu'aucun sacrement, même celui des nouveau-nés, ne liait à l'Église, n'aurait asile que dans les limbes... A ses yeux de chrétienne, c'était, sans doute possible, la séparation pour l'éternité. Cette pensée la déchirait d'une douleur immense. Elle résolut d'obtenir qu'il consentit à être baptisé.

Pour ce pauvre cœur de femme, quelle alternative, d'accabler ce mourant de ses supplications ou de le laisser à tout jamais banni du paradis de Dieu !... En elle, la foi fut plus forte que la commisération. Baignée de larmes, d'une voix brisée de sanglots, elle le conjura, sans se lasser, avec l'entêtement de ses pieuses certitudes...

Lui, maintenant sans forces, oubliait ses propres souffrances devant le désespoir de sa compagne tant aimée. Pour ne point abjurer ses vieilles et robustes convictions de philosophe, longtemps, il résista..

Ah ! messieurs, comme il nous faut obéir jusqu'au bout à ces tendances constitutionnelles qui sont la trame même de nos cœurs ! Né paranoaïque, orgueilleux de lui-même et défiant d'autrui, comme tant d'autres, Littré fut demeuré jusqu'au bout intraitable. Mais il était, nous l'avons vu,

(1) Ces personnes sont, d'une part, M. Paul-Hyacinthe Loyson, qui publia en août [illegible] un mémoire d'autant plus démonstratif qu'il est basé sur les dires de l'abbé Huvelin, et d'autre part, Mgr Baudrillart qui, par ses relations de grande amitié avec la famille Littré, fut mis au courant de ce qui s'est passé au lit de mort du maître.


ANGIOXYL
DU Dr ROUSSEL
MÉDICATION SPÉCIFIQUE
PAR ACTION TROPHIQUE SUR LES VAISSEAUX
dans L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ARTÉRITES DE TOUTE NATURE
LES TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE
AMPOULES: 1 à 3 par jour en injection intra-musculaire.
SIROP: 3 cuillérées à café par jour
AUCUNE CONTRE-INDICATION
Angioxyl Sirop
ÉCHANTILLONS: J.B. FIALIP PHAcien
97, RUE DE VAUGIRARD _ PARIS (6e)
R.C. 18.000
Roger Dacosta. Edit.

modeste, prompt à douter de lui, pétri de bienveillance et, par excès de bonté, suggestible. Epuisé par une telle lutte à l'approche de l'agonie, son tendre cœur fondant de pitié pour sa vieille compagne :

— Ah ! fais comme tu voudras ! » dit-il enfin.

Quelle reconnaissance au cœur de cette femme, pour le dernier bonheur qu'il lui donnait !... On la voit rayonnante et tremblante, prendre un peu d'eau bénite, et la répandre sur le front du grand homme, en murmurant les paroles sacrées...

Scène émouvante, profondément humaine, faiblesse plus belle à mes yeux qu'une stoïque résistance. Elle ne valait pas de si féroces polémiques ! Littré ne s'est pas converti ; il n'a rien renié ! Il s'est laissé bénir par une main bien chère, pour épargner une souffrance... Et je pense que c'est la véritable sainteté !

(Maurice DE FLEURY : Eloge de Littré, Académie de médecine, 16 décembre 1919.)

La maison de Littré à Mesnil-le-Roi

Un jour de l'été dernier, par un temps chaud coupé d'averses, je suis allé en pèlerinage au Mesnil-le-Roi.

Sous la conduite de Mlle Sophie Littré, j'ai pieusement visité l'humble et illustre maison de campagne où tant de travail s'est accompli. Voici, au rez-de-chaussée, le salon où tous les matins, auprès de la fenêtre ouverte, il relisait attentivement ses épreuves, tandis que l'on «faisait » sa chambre.

Cette chambre, qui lui servait aussi de cabinet, est au second étage. On y parvient en traversant une pièce qui fut la bibliothèque : elle est vide depuis longtemps, les livres ayant été donnés... à l'Institut catholique (1).

Voici la chambre, presque sous le toit. Ici, l'alcôve où dormait le maître, quatre ou cinq heures seulement ! Devant la petite cheminée, l'emplacement de la table laborieuse. Deux fenêtres prennent jour, l'une du côté de Maisons-Laffitte et l'autre vers Paris ; entre les deux, la table où travaillaient jusqu'à minuit, ses deux aides tendrement dévouées, Mme Littré, que la fatigue gagnait vite et Mlle Sophie, qu'il fallait renvoyer pour la décider au repos.

C'est là qu'il passait ses journées : c'est là que, chaque soir, ayant fini de dîner vers 7 heures, il remontait allègrement, sans ennui, jamais las, pour ne quitter la tâche qu'à trois heures et souvent quatre heures du matin.

Quel silence à l'entour de sa tête pensante ! A travers le feuillage des grands arbres environnants, la clarté de sa lampe était un phare dans la nuit... Si quelque malheureux souffrait dans le pays, il avait droit d'envoyer chercher le bon M. Littré qui ne se couchait guère, et qui consentait à exercer la médecine à la campagne, pour les pauvres.

Un moment, j'ai voulu errer dans le jardin « dans ce jardin d'un tiers d'hectare, bien planté, productif en fruits et en légumes », dont il parle avec complaisance en citant du Virgile. Je me suis attardé dans la petite allée transversale où, jadis, avait installé sa demeure un rossignol, qui remplissait le silence nocturne de sa limpide voix et qui, berçant de ses roulades amoureuses un labeur monacal, enchantait ce vieux cœur sensible...

Parmi ces souvenirs du maître, sous ces arbres qui furent ses amis, en ce lieu maintenant encore éloigné de toute vaine agitation, devant cette demeure, si modeste, dont il se contenta jusqu'à la fin, j'ai ressenti, Messieurs, toute l'émotion que le respect peut faire naître.

Il me semblait que je venais saluer, en votre nom, l'asile du recueillement. Je songeais à sa pauvreté sainte, à la pureté de son âme que rien ne tenta que le devoir ; aux injures, toujours imméritées et si laides parfois, dont les ennemis de ses doctrines l'abreuvèrent ; à cette sorte de bonheur, j'ose dire angélique, qu'il s'était taillé dans la monotonie de l'œuvre interminable, qu'il termina pourtant...

Je comparais avec certaines frénésies, que l'on voit de nos jours...

Dans l'enclos, la terre odorante fumait légèrement après l'ondée. J'ai cueilli quelques brins dans l'herbe, et je suis rentré à Paris, vous rapportant de ma visite un souvenir tout embaumé !

(MAURICE DE FEURY : Eloge de Littré, Académie de médecine, 16 déc. 1919).

(1) Donation faite par Mlle Sophie Littré au fils de sa plus intime amie, Mgr Baudrillart, recteur de l'Institut catholique.

Contre l'élection de Littré à l'Académie française

« J'éprouve, messieurs, en prenant aujourd'hui la parole au milieu de vous, deux peines: l'une sensible ; l'autre, très-vive. La peine sensible c'est de me trouver en dissentiment profond avec M...., ce qui ne m'est jamais arrivé depuis que j'ai l'honneur d'en être connu ; car même ce qui nous sépare nous a souvent rapprochés, et toujours avec profit et douceur pour moi.

La peine très vive, c'est d'être obligé de parler encore contre M. Littré et sa candidature. Les relations qui avaient eu lieu entre M. Littré et moi, il y a huit ans, à l'occasion du vote de l'Académie, m'avaient laissé pour son caractère une estime, et, il me permettra de l'ajouter, pour sa personne, une affection triste, qui m'ont fait éviter depuis de prononcer son nom daus mes polémiques pour la défense de la religion, là même où ses doctrines étaient en cause. Voilà pourquoi il m'est singulièrement pénible d'être forcé de nouveau a le combattre. Mais je le ferai, parce que c'est pour moi un devoir impérieux. Toutes les raisons en effet qui m'avaient déterminé à repousser en 1863 la candidature de M. Littré, subsistent aujourd'hui aggavées encore, je puis le dire, par les événements au lendemain desquels cette candidature surgit.

J'avais combattu en lui le matérialisme, l'athéisme, le socialisme. Tout en respectant un aveuglement que je crois sincère, et y compatissant, il m'avait paru impossible d'admettre que l'Académie pût élever aux premiers honneurs de l'esprit français un écrivain, dont toutes les œuvres n'étaient qu'une propagande infatigable en faveur de ces erreurs fondamentales, et une guerre permanente contre toutes les vérités premières sans lesquelles aucune société ne peut vivre. Il me semblait que, donner un des sièges de l'Académie à l'apôtre des doctrines les plus subversives de tout ordre religieux, moral et social, c'était élever un piédestal aux doctrines elles-mêmes, et grandir

ainsi l'autorité d'une école dont l'influence sur les ouvriers et sur la jeunesse contemporaine a été désastreuse.

On a dit que le matéralisme et le positivisme n'étaient pas la question actuelle en France ; qu'il y a huit ans, le positivisme levait son drapeau, et qu'alors il avait été nécessaire de le repousser mais qu'aujourd'hui ce n'est plus la question ni le danger, que la France n'avait plus à s'en préoccuper, que ce péril reviendrait peut-être et qu'on verrait alors; aujourd'hui, la question est de savoir si la forme du gouvernement sera républicaine ou monarchique ; que la France ne s'occupe pas d'autre chose, et qu'en tout temps, il faut prendre les questions où elles en sont.

J'ai répondu : Quant à moi, je ne puis accepter la question dans ces termes ni voir là, messieurs, la vérité de la situation.

Pour ma part, ce qui m'importe avant tout, et je crois que celà importe aussi à mon pays, ce n'est pas que la France soit républicaine ou monarchique ; — assurément, j'ai ici, comme chacun, mes préférences. — mais, qu'elle soit républicaine ou monarchique ce qui m'importe, c'est que, monarchie ou république, elle ne soit ni matérialiste, ni socialiste ; qu'elle ne descende pas plus bas qu'elle n'est descendue ; qu'elle ne retombe plus aux mains de ceux auxquels elle a été une première fois livrée.

C'est là où je vois la question et le danger. Et c'est dans cette vue et dans cette crainte que je suis contraire à l'élection de M. Littré. Elle serait à mes yeux un encouragement pour le matérialisme et le socialisme, en les élevant, dans la personne de leur chef, intellectuellement et moralement, aussi haut qu'on puisse le faire.

Mais, me dit-on, M. Littré a désavoué ses opinions.

Je n'en sais que deux désavouées par lui. — Vous connaissez la première : M. Littré avait imprimé qu'il fallait enlever à la France entière le droit du suffrage universel, et le conférer uniquement aux ouvriers de Paris qui, par leurs lumières, leur vigueur et leur dévouement, étaient seuls capables de prendre en mains le gouvernement des choses, et qu'il fallait, de la sorte, faire de Paris le grand électeur pour toute la France.

Cette opinion prodigieuse, qui était celle de M. Comte, le maître de M. Littré, M. Littré l'a désavouée.

Le second désavœu, c'est d'avoir écrit récemment, à propos des renouvellements partiels possibles de l'Assemblée nationale, que si ces renouvellements se faisaient dans le sens monarchique, il faudrait y céder ; que la république n'était pas au-dessus de la France, mais la France au-dessus de la République.

De ceci, on sait gré, et avec raison, à M. Littré ; pour moi, cependant je ne puis lui en avoir une trop vive reconnaissance. Imposer la République à la France malgré elle, est une telle et si monstrueuse aberration, que la désavouer me parait un mérite ordinaire. Sauf ces deux points, M. Littré n'a rien désavoué de ses doctrines, ni en rien ralenti sa propagande athée, matérialiste et socialiste. Et les preuves de ce que j'avance, et que je vais mettre sous vos yeux, je les trouve dans les écrits qu'il publie chaque jour, à l'heure qu'il est : notamment dans son grand et principal organe, qui s'appelle la Philosophie Positive : c'est dans cette revue que depuis plusieurs mois il continue à être plus que jamais le chef de la grande école du matérialisme en France, et le chef du socialisme, le chef le plus redoutable, le plus actif, le plus persévérant. »

(Mgr l'Evêque d'Orléans : L'élection de M. Littré à l'Académie française, in-8, 1872.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 mai 1931

Sur un cas mortel de grande hémophilie. — MM. *Ch. Achard, M. Bariéty, G. Desbuquois* et *Cachera* ont observe un garçon de 16 ans qui presentait depuis l'âge de deux ans des manifestations de grande hémophilie : hémorragies cutanées et muqueuses, hématuries, arthropathies. Il s'agissait d'ailleurs d'une association hémophilo-hémogénique. La calcémie était normale. Par contre l'équilibre protéinique était légèrement troublé (sérine abaissée, globuline élevée, d'où inversion du quotient albumineux).

La sérothérapie animale fut pratiquement sans effet. Les transfusions sanguines au contraire rétablirent rapidement une situation qui paraissait désespérée. Mais cette action ne fut malheureusement que temporaire. Une reprise des phénomènes hémorragiques ne fut nullement influencée par de nouvelles transfusions. Les auteurs discutent à ce propos l'intervention possible de phénomènes d'hémotrypsie.

M. P.-E. Weill note que l'hémogénie associée au syndrome hémophilique rend compte sans doute de l'échec final des transfusions dans le cas de M. Achard. Il rappelle que le résultat obtenu par les transfusions est meilleur dans les hémophilies familiales que dans les cas sporadiques.

Méningite cérébro-spinale à bactérium cutis commune. — MM. *Laffitte* et *Merle* (de Niort) rapportent l'observation d'une malade qui, le cinquième jour après une neurotomie rétrogassérienne par névralgie faciale rebelle fut atteinte de méningite cérébro-spinale *à bactérium cutis commune* et qui guérit en quatre jours à la suite de la sérothérapie antidiphtérique intra-rachidienne et intra-musculaire.

Sur les formes myopathiques des syndromes polynévritiques. — MM. *L. Bériel* et *A. Devic* (Lyon) estiment que ces formes, que MM. Decourt et de Sèze considèrent comme assez exceptionnelles, sont au contraire extrêmement fréquentes dans la région lyonnaise, où ils les ont décrites comme des formes pseudo-myopathiques de l'encéphalite périphérique. Le pronostic est habituellement bénin, la maladie guérissant en quelques mois. Exceptionnellement, on peut voir des cas de longue durée, dont les auteurs résument une observation personnelle, dans laquelle la période d'état dura près d'un an ; le retour à la normale se produisit lentement, la malade conservant une abolition généralisée des réflexes.

Le mode d'action des médications antisyphilitiques. — *M. A. Sézary*, à propos de la discussion ouverte sur la spécificité en therapeutique, fait remarquer qu'aucune médication autosyphilitique n'est absolument spécifique : le 914 guérit la maladie de Duhring, le lupus érythémateux, le zona, certains cas d'érysipèle, d'asthme, etc... Aussi les traitements dits d'épreuve exposent-ils aux erreurs les plus graves.

Envisageant plus particulièrement les médications antisyphilitiques, il fait remarquer qu'*in vitro* elles ne sont pas tréponémicides et qu'*in vivo*, chez l'homme avant l'apparition d'une réaction de l'organisme, comme dans les traitements prophylactiques ou préventifs, elles ne le sont pas davantage : on ne compte plus les échecs des traitements préventifs.

Aussi M. Sézary pense-t-il que ces médications agissent non sur les microbes, mais en fonction ou à la faveur des réactions de l'organisme. Ce qui le prouve, c'est que l'activité des médications varie selon la nature des réactions. L'iode n'agit vraiment que sur la réaction du stade tertiaire ; l'arsenic, le bismuth et le mercure sont inactifs sur les réactions cérébrales parenchymateuses.

Cette hypothèse explique d'une façon satisfaisante d'abord la relativité de l'action spécifique de ces médications, ensuite les cas d'arsénorésistance ou de bismuthorésistance, enfin l'efficacité du stovarsol et de la malaria dans la paralysie générale, contrastant avec leur activité beaucoup moindre dans la syphilis jeune.

Rhumatisme chronique fibreux et concrétions calcaires sous-cutanées. Étude radiologique et biochimique.


LA DRAGÉE
ADRIAN
AU CHLORURE DE MAGNESIUM PUR
TONIQUE D'UNE PUISSANCE EXTRÊME
RÉGÉNÉRANT LES TISSUS
EMPÊCHANT
L'ÉVOLUTION
DES TUMEURS
DE TOUTES
NATURES
ADRIAN & CIE 9, RUE DE LA PERLE_PARIS (3e)

— MM. *M. J. Weissenbach*, *P. Truchot*, *F. Françon* et *M. Landat* rapportent l'observation d'une femme de 56 ans, qui présente, depuis l'âge de 16 ans, un rhumatisme chronique fibreux des doigts. Depuis trois ans sont apparues des concrétions calcaires sous-cutanées et depuis un an de la sclérodermie du visage et du cou. L'observation est complétée par une étude chimique très détaillée des concrétions et du sang. Les auteurs discutent le rôle des variations des composants du sang, spécialement phosphore et calcium, dans la précipitation des sels de chaux.

Sur deux cas d'angine nécrotique avec hypogranulocytose, anémie et purpura. — MM. *Ch. Achard*, *M. Bariéty G. Desbuquois* viennent d'observer deux malades qui ont présenté le même tableau clinique : état infectieux grave avec asthénie profonde, stomatite et angine nécrotiques, accidents hémorragiques cutanées et muqueux, anémie avec leucopénie et diminution du nombre des granulocytes (40 % de polynucléaires). En dépit de la gravité apparente des signes généraux et locaux ces deux malades ont guéri.

A leur propos les auteurs discutent : les rapports de l'agranulocytose et de l'aleucie hémorragique : la valeur pronostique du degré de l'hypogranulocytose : l'intervention primitive ou secondaire des infections sur un organisme privé d'une grande partie de ses microphages.

Un cas d'agranulocytose hémorragique. — MM. *Gaston Laurès* et *Kenig* (de Toulon). — Les auteurs rapportent une observation, avec autopsie partielle, où les symptômes d'agranulocytose pure de Schulz-Friedmann étaient accompagnés d'hémorragies des muqueuses en particulier de la bouche. Ils pensent que l'angina agranulo-cytotica constitue une entité trop restrictive, et que l'on peut concevoir un syndrome infectieux granulo-cytopénique primitif plus vaste, de cause inconnue, avec deux variétés cliniques, l'une sans hémorragies, l'autre hémorragipare.

Association de la cirrhose du foie à une dépilation plus ou moins complète et à une insuffisance thyro-ovarienne. — MM. *Laignel-Lavastine*, *J. Troisier* et *Boquien*. — Une série d'observations où la cirrhose du foie s'associait à une dépilation presque totale dans tous les cas est rapportée par les auteurs qui discutent la pathogénie de cette association et la relation de la dépilation avec des troubles endocriniens. Dans presque tous les cas s'observait une insuffisance ovarienne, ou thyroïdienne, ou à la fois thyro-ovarienne. Le parallélisme avec lequel surviennent les troubles hépatiques, les modifications endocriniennes et la dépilation porte à croire qu'il n'y a pas là une coïncidence fortuite, mais une relation étroite.

M. *Claude* fait remarquer que l'association de cirrhose du foie à une dépilation n'est pas un fait très rare. Il a eu l'occasion d'observer des cas semblables surtout quand l'affection s'accompagne de cachexie, de sécheresse de la peau et d'une certaine tendance à la mélamodermie.

Purpura rhumatoïde anaphylactique par effort musculaire. — MM. *Sézary*, *Horowitz* et *Rivoire* rapportent l'observation d'un malade atteint de purpura rhumatoïde à poussées subintrantes déclenchées par une marche, même courte, mais non par l'orthostatisme. Aucune anaphylaxie alimentaire, mais l'injection de certaines substances protéiques ou d'hyposulfite de soude déclenchait aussi des poussées. Par l'existence d'éléments ortiés prurigineux associés aux papules et aux pétéchies, par ses causes occasionnelles, ce purpura rhumatoïde apparaît bien comme de nature anaphylactique. Peut être sa cause première réside-t-elle dans la syphilis.

La guérison n'avait pu être obtenue par des injections de doses d'emblée assez fortes d'hémostyl, d'hépatrol, d'hyposulfite de soude ou de 914. Des injections prudentes de la protéose d'Oriel et Barber avaient également échoué. Mais un traitement consistant en injections sous-cutanées de petites doses progressivement croissantes de peptone associées à l'hyposulfite de soude intraveineux (désensibilisation conjuguée) a fait disparaître depuis deux mois ce purpura rhumatoïde.

M. *Apert* oppose au purpura rhumatoïde dont la cause occasionnelle est l'effort musculaire les cas où cette affection apparaît sous l'effet d'une immobilisation prolongée.

L'auscultation gastrique sous le contrôle radioscopique. — MM. *A. Delaigue* et *G. Hutet*. — L'auscultation digestive connue depuis quelques années est relativement peu répandue. En auscultant, au moyen du stéthoscope de Frossard, un sujet couché et en période digestive, ou plus simplement après l'absorption immédiate d'un bol de liquide on perçoit un certain nombre de bruits que l'on a pu différencier comme suit : les borborygmes intestinaux, les bruits bulleux intestinaux et gastriques, le bruit pylorique.

Les auteurs se sont attachés à préciser la signification de ces bruits en pratiquant l'auscultation sous l'écran radioscopique.

La première constatation à laquelle ils ont été amenés est qu'*un même bruit digestif est perçu simultanément dans tout l'abdomen quel que soit le point où il a pris naissance*, que ce soit l'estomac ou l'intestin. Cette notion de transmission est importante en auscultation gastrique.

Il ne faut pas confondre en effet les bruits gastriques avec les bruits d'origine intestinale.

Les borborygmes intestinaux ont le caractère des borborygmes que l'on perçoit à distance dans certains cas de diarrhée mais moins intenses. Ils se produisent en dehors de tout passage pylorique, ils augmentent à mesure que les aliments ou la baryte remplissent l'intestin.

Les bruits bulleux intestinaux ont été observés dans leur formation ; on voit dans certaines anses grêles des déplacements fragmentaires rapides, synchromes à leur production. Ils sont indépendants des contractions gastriques.

Tous ces bruits intestinaux sont très variables suivant les sujets. Très nombreux chez certains sujets, souvent aérophages, ils sont presque absents chez d'autres.

Les bruits bulleux gastriques. Ce sont de petits craquements, ressemblant à des râles sous-crépitants qui se produisent isolés ou en courtes séries et d'intensité faible. On les entend au moment du passage et de la terminaison des ondes de contractions qui n'aboutissent pas à un passage pylorique. Ils ne sont pas constants à chaque onde gastrique et peuvent même manquer.

Le bruit pylorique. Les auteurs l'ont perçu exactement au moment du passage pylorique. Ils le décrivent comme se composant d'une série de bruits d'éclatement de bulles, avec une intensité et une tonalité croi santes et se succédant rapidement au point d'être presque piaulant. Assez intense, il dure trois secondes environ, il est toujours le même de sorte qu'on le différencie vite des autres bruits avec un peu d'habitude. Il n'a pas lieu lorsque les ondes gastriques n'aboutissent pas à un passage pylorique. Il est perçu dans tout l'abdomen jusque dans les flancs mais avec un maximum pylorique. Il faut savoir qu'il disparaît le plus souvent quand le sujet est ausculté debout. On le provoque par des excitations gastriques ; c'est un caractère à mettre en pratique pour l'examen clinique.

Le bruit pylorique n'est pas constant cependant, et les auteurs ont observé quelquefois des passages pyloriques parfaitement silencieux. C'était alors le fait d'estomac atones avec évacuations espacées et lentes.

Dans le cas de sténose pylorique ou de dystonie, les bruits bulleux stomacaux sont diminués et malgré les excitations gastriques artificielles on n'a pas de bruit pylorique il faut attendre très longtemps pour les percevoir car ils sont faibles, courts et espacés. Le « silence pylorique » est donc un signe de sténose ou d'hypotonie. Chez les hypertoniques en période digestive on entend au contraire une succession fréquente de bruits pyloriques très nets.

Dans l'interprétation que les auteurs donnent des bruits du tube digestif ils mettent en valeur trois facteurs essentiels : la contraction, la perméabilité et le mélange hydro-aérique. C'est à la variabilité de ce troisième facteur, que sont dues les grandes variations d intensité dans les bruits qui s'observent entre les sujets.

Les auteurs concluent que l'auscultation gastrique est un signe physique dont la recherche fourni des renseignements utiles qui viennent s'ajouter à l'ensemble des symptômes cliniques.

Un cas de Kala-Azar de l'adulte suivi de guérison. — M. *Benhamon*.

Dissociation du complexe étiologique alcoolisme et syphilis dans le déterminisme de certaines hépatomégalies. — M. *Creyx* (de Bordeaux) rapporte le cas d'une malade franchement alcoolique et présentant un syndrome typique de cirrhose hypertrophique anascitique de *Hanot* et *Gilbert*. Il résulte qu'en l'absence de tout antécédent ou de toute manifestation spécifique révélée par l'examen, on doit conclure à une relation de cause à effet entre l'éthylisme et l'hépatomégalie.

Un réaction de Bordet-Wassermann pratiquée de propos délibéré se montre franchement positive. Le traitement spéci-

fique institué fait régresser rapidement les symptômes de cette hépatite : le bord inférieur du foie réintègre sa place normale, les troubles digestifs et les hémorragies cessent.

En présence de toute hépatomégalie, il y a nécessité même si le tableau clinique paraît se suffire à lui-même, d'avoir recours aux recherches de laboratoire et particulièrement à la réaction de Bordet-Wassermann.

Un cas de leucémie aiguë à symptomatologie articulaire. — *M. Debray, Mlle Sainton* et *M. Michaux*.

Spirochétose méningée pure à rechute. — *MM. M. Garnier, P. Nicaud* et *A. Maisler* ont pu observer chez un malade de 36 ans un syndrome méningé léger accompagné d'herpès naso-labial et d'une injection conjonctivale intense. La ponction lombaire montra au sixième jour de la maladie une réaction lymphocytaire (15 éléments) sans microbes. La température, les signes méningés, l'injection conjonctivale s'atténuèrent vers le huitième jour mais la réaction lymphocytaire du liquide céphalo-rachidien restait assez intense (64 éléments). Vers le quinzième jour se produisit une véritable reprise de l'injection conjonctivale, des symptômes méningés et recrudescence fébrile. Cette rechute dura environ sept jours et la maladie évolua ensuite rapidement vers la guérison. La lymphocytose du liquide céphalo-rachidien diminua rapidement puis disparut au vingt-quatrième jour.

Le diagnostic de l'origine spirochétosique a été confirmé par toutes les recherches biologiques et expérimentales. Le sérodiagnostic fait par Mlle Erber a été fortement positif dans le sérum où le taux de l'agglutination a atteint 1/100.000e. Le taux d'agglutination du liquide céphalo-rachidien a atteint le 1/50e. Le taux des agglutinines était donc beaucoup plus important dans le sérum que dans le liquide céphalo-rachidien.

L'inoculation intra-péritonéale du liquide céphalo-rachidien au cobaye le troisième jour a permis de réaliser une spirochétose expérimentale typique. L'inoculation intra-péritonéale de sang à la même époque a été négative. L'inoculation des urines au cobaye au douzième jour de la maladie a provoqué également une spirochétose typique. Les frottis et les coupes d'organes ont montré des spirochètes dans les deux cas positifs.

Ainsi, dans la spirochétose méningée pure on peut observer une véritable rechute contrairement à la spirochétose ictérigène où la reprise fébrile ne s'accompagne pas de retour de l'ictère, s'il avait disparu.

Le malade, infirmier, travaillait en même temps aux abattoirs où a pu se réaliser l'infection spirochétosique. Les auteurs n'ont pas retrouvé la porte d'entrée du germe.

Certaines méningites curables à réaction lymphocytaire peuvent être d'origine spirochétosique. L'herpès naso-labial, l'injection conjonctivale accompagnant un syndrome méningé léger peuvent la faire soupçonner. La preuve de l'étiologie spirochétosique ne peut être donnée que par le séro-diagnostic et l'expérimentation.

Myotonie à forme méningée par poussée d'azotémie. Bon état fonctionnel des reins après la crise. — *MM. Pr. Merklen* et *H. Gounelle* rapportent l'histoire d'une femme de 30 ans entrée à la Clinique médicale avec un syndrome méningé : céphalée, vomissements, Kernig, chien de fusil, etc. Ce syndrome était sous la dépendance d'un état rénal avec albuminurie, diminution de l'élimination phtaléinée, et azotémie de 2 gr. 06 qui avait réalisé au niveau des muscles une modalité d'urémie myotonique. Le lendemain contractions cloniques du membre supérieur droit.

Les jours suivants diminution parallèle des symptômes méningés, des signes rénaux et de l'azotémie, qui disparaissent à peu près simultanément.

Les réactions biologiques méningées avaient été réduites au minimum, en pleine discordance avec les signes cliniques. La méningite urémique consistait surtout, outre la céphalée et les vomissements, en une contracture localisée aux muscles habituellement touchés dans les syndromes méningés.

L'azotémie guérie, l'état de la malade redevint excellent : traces d'albumine, phénolphtaléine normale, possibilité de vaquer sans difficulté à ses occupations.

Durant la crise d'azotémie, les auteurs constatèrent de l'hypochlorémie plasmatique, mais avec chlore globulaire normal. Diminution contemporaine du chlore céphalo-rachidien. Cette hypochlorémie a évolué en toute indépendance de l'azotémie, qui était déjà descendue à 0,36 alors que le chlore plasmatique était encore à 3 gr. 13. Elle était simplement due à un régime déchloruré prolongé imposé à la malade avant son arrivée à la clinique et aux vomissements dont elle avait souffert. Ces accidents n'avaient toutefois pas réussi à créer de la chloropénie.

A retenir enfin une tendance à la baisse de la réserve alcaline (47,48) qui persista longtemps après l'azotémie, en contraste avec les résultats favorables des tests rénaux.

Cancer du poumon à forme d'abcès. — *M. Cathala* rapporte l'observation d'une femme de 72 ans, amaigrie chez laquelle l'examen clinique orientait le diagnostic vers une tuberculose fibreuse. Un examen radiographique montra l'existence d'une image hydroaérique du lobe inférieur droit qu'aucun signe sthétacoustique ne permettait de prévoir. L'auteur se rappelant les cas analogues déjà publiés, posa le diagnostic de cancer pulmonaire à forme d'abcès que vint confirmer l'examen de la pièce qu'il présente.

Aurothérapie et pneumothorax artificiel. — *M. Julien* (de Pau).

Michelle VALENTIN.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 1er mai 1931

A propos de la tuberculose primitive de l'uretère. — *M. Le Fur*, en rappelant les cas de tuberculose primitive de l'uretère qu'il a déjà publiés, montre que pour voir se produire ces manifestations tuberculeuses, il faut : 1° Qu'il y ait des bacilles de Koch dans l'organisme ; 2° que l'organe soit déficient par lésion congénitale ou inflammatoire constituant un lieu de moindre résistance. La tuberculose primitive de l'uretère se fait toujours par voie sanguine ou lymphatique.

A propos de la gastrectomie. — *M. Dupuy de Frenelle* insiste sur les avantages du drainage par les lames de caoutchouc gaufrées qui sont moins dangereuses pour les sutures et forment une cloison plus étanche qui guide les liquides vers l'extérieur. Il présente un modèle de lames de caoutchouc sur lesquelles est collée une série de tubes irrigateurs qui facilitent le drainage de la lame par l'irrigation d'antivirus, de bouillons lysats et de ferments lactiques.

A propos de la gastrectomie. — *M. Victor-Pauchet* considère la gastrectomie en un temps comme un procédé supérieur à la gastrectomie en deux temps ; elle donne 2 % de mortalité dans les ulcus duodénaux et les ulcus juxta-pyloriques et 10 % dans les ulcus géants et ceux qui sont situés dans le tiers supérieur de l'estomac. Le drainage des gastrectomies améliore les statistiques ; il est indiqué dans tous les cas aigus (perforations duodénale et gastrique). L'opération de gastrectomie en deux temps sera favorable à la méthode, car le chirurgien hésitant la fera ainsi avec succès.

Luxation congénitale et luxation pathologique de la hanche. — *M. Lamy*. — On peut quelquefois confondre les images radiographiques de ces deux lésions surtout si l'arthrite initiale est passé inaperçue. Les ostéophytes sont les faits des arthrites aiguës ; la très grosse atrophie du fémur est rare dans les luxations congénitales ; la déformation en champignon de la tête et du col se rencontre au même titre que les autres déformations dans l'arthrite alors qu'elle doit être rare dans les luxations congénitales où l'auteur ne l'a point observée.

Les suites éloignées des ostéo arthrites du nourrisson. — *M. Rœderer* attire l'attention sur la nécessité d'un diagnostic précoce permettant une intervention et une vaccinothérapie immédiates. Il a eu, par ce procédé, des résultats très intéressants et, dans certains cas, des succès complets. Ces succès sont variables suivant la nature de l'agent pathogène et le degré de la lésion anatomique. Des radiographies montrent que si, pendant des années, les surfaces osseuses restent au contact, elles peuvent se luxer ultérieurement et donner des images faciles à confondre avec celles que donnent des détériorations articulaires dans les luxations de la hanche.

Deux cas d'épiploïte aiguë. — *M. Thévenard* communique deux cas d'épiploïte chronique ayant présenté au cours de leur évolution une crise aiguë. Dans le premier cas, la crise aiguë est survenue à la suite d'un traumatisme opératoire (section d'une bride au cours d'une hystéropexie) 16 ans après l'appendicectomie et sans qu'il y ait eu aucune manifestation pendant ce long intervalle. Le second cas concerne un cas d'épiploïte aiguë ayant simulé une crise d'appendice aiguë ; a

l'intervention on trouva un appendice totalement scléreux, à lésions depuis longtemps cicatrisées. L'auteur insiste sur l'intérêt que présente, au cours de toute intervention abdominale, l'examen méthodique de l'épiploon qu'on soupçonne d'être atteint de lésions et sur la nécessité, en cas de lésions, d'en pratiquer la résection.

L'électrolyse circulaire endoscopique dans le traitement des sténoses cicatricielles graves de l'œsophage. — *M. Guisez* communique les observations de 16 malades soignés pour rétrécissements graves par absorption de liquide caustique (lessive de soude). Chez tous, la sténose était dite infranchissable et cinq avaient été gastrostomisés auparavant. Grâce à l'endoscopie on a pu retrouver le petit pertuis, reliquat de la lumière œsophagienne et le cathétériser pour recalibrer le conduit. Mais, c'est grâce à l'emploi systématique de l'électrolyse circulaire que le dilatation a pu être beaucoup augmentée. L'électrolyse s'attaque directement au tissu cicatriciel sur lequel elle a une action véritablement résolutive.

Réduction sanglante des luxations du semi-lunaire du carpe par la voie dorsale. — *M. Raphaël Massart* présente un blessé opéré et guéri qui était porteur d'une luxation du semi-lunaire avec fracture du scaphoïde et fracture cunéenne du radius déterminant des troubles de compression du nerf médian. L'intervention faite 15 jours après l'accident a permis, grâce à l'accès dorsal, de remettre aisément l'os en place et de mobiliser les doigts et le poignet huit jours plus tard. L'auteur oppose la réduction qui est facile par voie dorsale, à l'extirpation qui doit être faite par voie palmaire.

Présentation d'un opéré, 21 ans après splénectomie. — *M. Léo.* — L'auteur donne la formule sanguine établie 21 ans après la splénectomie. Cette formule corrobore les données classiques. Elle est normale, à part une très légère mononucléose.

Tumeur rétro-péritonéale compliquant une grossesse. — *M. Thévenard* présente une tumeur rétro-péritonéale du volume d'une tête de fœtus à terme, d'aspect fibromateux et très vascularisée à sa périphérie. Cette tumeur s'insérait, par un pédicule lâche, au-dessus du promontoire, au niveau de la bifurcation de l'aorte. Elle compliquait une grossesse qui se termina par une césarienne ; l'hystérectomie fut nécessaire pour permettre l'exérèse de la tumeur prolabée et enclavée dans le bassin.

Fibrome utérin et grossesse. — *M. Burty* présente une pièce opératoire de fibrome utérin. Cette tumeur, à noyaux multiples, dont l'un sous-péritonéal, inclus dans la base du ligament large droit avait vu son évolution aggravée pendant le début de la grossesse ; un des noyaux était en voie de sphacèle. A l'intérieur de l'utérus on peut reconnaître le placenta.

Echos et Glanures

Littré vu par le « Trombinoscope »

Littré (Maximilien-Paul-Émile), publiciste et philosophe français, né à Paris le 1er février 1801. On cacha sa naissance à Monseigneur Dupanloup, qui ne devait naître qu'au mois de janvier de l'année suivante, dans la crainte que l'honorable prélat, pour ne pas être exposé à se rencontrer avec lui, refusât de venir au monde.

Tout jeune, M. Littré fit de très brillantes études et embrassa la médecine. Il fut reçu interne des hôpitaux ; mais ne tarda pas à se dégoûter du métier ; un matin qu'ayant été chargé d'administrer un lavement à une vieille abonnée de *l'Union*, celle-ci avait refusé de le prendre avant midi, sous prétexte que c'était jour de jeûne.

Il se mit à l'étude approfondie de toutes les langues, ce qui lui fut plus facile qu'à un autre, tous les malades qu'il avait soignés lui ayant déjà montré la leur. Il apprit entre autres le grec, le sanscrit et l'arabe ; mais il n'abusa pas

de ces dernières lorsqu'il dînait en ville et qu'il voulait redemander du potage.

En même temps, il collaborait à plusieurs publications littéraires et traduisait Hippocrate... à la barre de l'humanité pour homicides par imprudence. Ce dernier travail lui ouvrit des horizons nouveaux et les portes de l'Académie des inscriptions.

M. Littré ne tarda pas à se faire le défenseur de l'opinion démocratique. Il se battit pour la liberté en juillet 1830 pendant que M. Dupanloup faisait communier Madame la Dauphine dont il était l'aumônier ; et entra à la rédaction du *National* pendant que le futur évêque d'Orléans ouvrait les conférences de Notre-Dame.

Ces deux hommes faisaient tout ce qu'ils pouvaient pour ne pas se rencontrer. M. Dupanloup surtout était enragé.

On raconte qu'un jour, étant entré précipitamment dans un établissement du passage Jouffroy et ayant aperçu à une patère du vestibule le chapeau de M. Littré, il partit aussitôt et eut le courage de contenir sa... colère à la porte, en faisant semblant d'examiner les estampes du magasin qui est à côté. Quand M. Littré sortit, il y avait juste deux secondes que M. Dupanloup venait de... perdre patience. Et le lendemain, on lisait dans l'*Univers* en tête d'une souscription pour le denier de saint Pierre : *Les économies d'un anonyme qui exècre les libres penseurs, quinze centimes.*

Jusqu'à l'arrivée au pouvoir de Napoléon, M. Littré resta attaché au *National* ; mais le futur homme de Sedan ne laissant plus aux écrivains que le choix d'être attachés à sa personne avec des saucisses, ou aux pontons avec des carcans, M. Littré abandonna le journalisme.

Précédemment, M. Littré avait été séduit par la nouvelle doctrine philosophique et sociale d'Auguste Comte, et l'avait adoptée avec l'ardeur d'un homme qui se dit : Depuis que l'humanité vit sur un tas de rengaines auxquelles elle ne croit plus, mais qu'elle conserve uniquement parce qu'elle n'a rien à mettre à la place il serait bien temps de s'eccuper de trouver autre chose !...

M. Littré se toqua de ce projet et consacra une partie de ses nuits à chercher à se rendre compte en quoi l'utilité d'un évêque à qui l'on donne vingt mille francs par an est plus grande que celle d'un instituteur que l'on ne paye que onze cents. Il y attrapa des migraines horribles et il ne trouva pas.

Loin de se rebuter de cet échec, il creusa de nouveau sa *philosophie positive* et continua à se poser un tas de questions religieuses qui mettaient Mgr Dupanloup hors de lui. M. Littré, sans aucun ménagement pour les saintes traditions, les empoignait toutes l'une après l'autre, avec le sans-gène d'un ouvrier peintre qui arrache du mur un vieux papier pour le remplacer par un neuf. Aux miracles dont personne n'a jamais vu la queue d'un, il opposait la science qui est chez elle pour tout le monde et à toute heure. A ceux qui voudraient que l'on n'enseignât rien aux hommes pour les faire plus facilement croire à tout, il opposait l'instruction qui leur défend de croire que l'on ait pu rassasier vingt mille pauvres avec un pain de deux livres et revendre encore trente mille kilog. de croûtes après l'opération.

Chaque fois que M. Littré se mettait à démolir une de ces légendes, il était reçu par Mgr Dupanloup comme un fâcheux qui entre avec une lampe allumée dans une chambre où l'on est en train de montrer la lanterne magique.

M. Littré accueillit avec joie la révolution de 1848 qui lui semblait préparer le triomphe de ses idées ; mais il ne tarda pas à s'apercevoir qu'il y avait encore trop de sucre dans cette république-là, et se retira de la politique en octobre 1848. Il n'avait voulu accepter qu'une fonction non salariée, celle de conseiller municipal, et avait même précédemment refusé la croix de la Légion d'honneur ; on prétend que cette croix fut mise de côté pour servir plus tard à décorer Adrien Marx un jour qu'il ferait un article à sen-

sation sur les *Suivez-moi jeune homme* de l'impératrice ; mais les événements ne le permirent pas.

Rentré dans la vie privée, M. Littré se remit avec ardeur à ses travaux littéraires. Il commença la publication de son grand *Dictionnaire de la langue française*, œuvre savante et laborieuse, le seul peut-être de ces engins dans lequel on ne trouve pas ce genre idiot de renseignements : NOCTAMBULE, voir *somnambule*. SOMNAMBULE, voir *noctambule*. Le dictionnaire de Littré contient les étymologies précises des mots, les exemples de leur emploi, etc., etc. C'est, après celui de Pierre Larousse, dont la lettre B pèse à elle seule Dumaine et Suzanne Lagier réunis, l'œuvre la plus complète en ce genre. En 1853, la réputation de M. Littré était immense ; il ne lui manquait plus qu'une chose pour la compléter ; cette chose lui arriva : il fut refusé à l'Académie ; Mgr Dupanloup avait réussi à démontrer aux quarante ronds de cuir vert qui composaient cet établissement, qu'ils devaient repousser de leur sein un impie qui ne croyait pas qu'une femme eût pu avoir un enfant d'un ange qu'elle n'avait aperçu qu'au travers des carreaux de sa fenêtre.

M. Littré continua ses travaux, et en 1872, l'Académie malgré une nouvelle tentative de *débinage* faite par Mgr Dupanloup, ouvrit ses portes à l'illustre philosophe. Heureusement, cette fois, l'accident ne pouvait plus avoir de conséquences pour M. Littré ; sa réputation était faite.

Mgr Dupanloup donna sa démission pour ne pas se rencontrer avec son ennemi ; mais l'Académie la refusa. L'affaire est pendante ; cependant, on croit que ce n'est pas cela qui empêche le commerce de reprendre.

En février 1871, M. Littré a été élu député à Paris par 88.000 voix, ce qui prouve qu'il y a encore quelques personnes qui, si elles croient au passage de la mer Rouge à pied sec, tiennent à ne pas trop le laisser voir.

Au physique, M. Littré n'est pas superbe ; n'ayant aucun motif pour faire de la peine aux singes, nous nous abstenons de toute comparaison. Il a la lèvre inférieure et les opinions politiques très avancées ; les sourcils sont larges et épais : les gens qui ont besoin de bourrelets pour le dessous de leurs portes les contemplent avec envie.

Il est de petite taille ; mais quand il est à côté de Jules Ferry, qui a cinq pieds six pouces, il paraît presque aussi grand que lui, tant ce dernier lui fait hausser les épaules.

Janvier 1872.

NOTICE COMPLÉMENTAIRE

DATES A REMPLIR

PAR LES COLLECTIONNEURS DU "TROMBINOSCOPE"

M. Littré prononce son discours de réception à l'Académie le... 18... il le bourre d'hérésies.

Mgr Dupanloup l'ayant lu le... 18... à l'*Officiel*, veut se mortifier pour racheter les crimes de M. Littré et décide un jour de jeûne... pour tous ses domestiques.

M. Littré publie ensuite plusieurs ouvrages 1° le... 18... *Préceptes évangéliques de* DUPANLOUP DE SAINT-MOUSSE-A-MORT.

2° Une brochure humoristique qui paraît d'abord dans le *Tintamarre* sous le titre : *Mortelle inquiétude du canon du Palais-Royal qui attend le soleil arrêté à cinq lieues de là par Josué.*

3° Et enfin un volume où il prouve l'utilité de canoniser Louis Veuillot sous le nom de SAINT GRANULÉ.

M. Littré meurt le... 18... le même jour que Mgr Dupanloup, qui refuse d'entrer au Père-Lachaise en même temps que lui.

Le Littré consulté par Barrès

J. et J. THARAUD racontent que Barrès ne consultait guère les livres de sa bibliothèque à l'exception toutefois de la Grande Encyclopédie et du Dictionnaire de Littré qui se mêlaient sans cesse au travail (*Rev. hebdomadaire*, 24 décembre 1927, p. 429).

« Les six volumes de Littré ne restaient pas inactifs. Consulter le Littré faisait un divertissement, une récréation, un repos dans le travail. Dès qu'on était embarrassé sur un mot : « Que dit le loyal serviteur ? » faisait gaîment Barrès, en pirouettant sur son fauteuil. Il lisait l'article à haute voix. Tous les exemples l'enchantaient. Grâce à ces incursions à travers le dictionnaire, il a fait, par bribes et morceaux, cette lecture des classiques qu'il n'a guère connus par eux-mêmes. Il les a devinés, respirés, sentis, compris à travers les citations dont le Littré fourmille. Ces tournures, ces emplois de mots rares que dans ses premiers ouvrages on rencontre si souvent, c'est là qu'il les a découverts. Mais peu à peu il s'est méfié. Il consultait de moins en moins ce vieux conservatoire, cette vieille bible des mots, pour s'en tenir aux expressions les plus unies. Plus il avançait dans la vie et plus il pensait que l'art est avant tout simplicité. A la fin même, on ne recourait plus au Littré que pour sauver une orthographe que nous ignorions, lui et moi, et pour n'avoir pas à rougir devant M. Beauvillard, M. Beauvillard, son copiste, un ancien instituteur. »

Etrange distraction

En ce temps-là, M. Littré travaillait à ce grand dictionnaire de médecine qui constitue un des monuments de sa gloire. Il se faisait aider, pour la partie documentaire, par le Docteur Robin. Très souvent le docteur s'installait chez

M. Littré, sur sa petite table de travail encombrée de papiers et de livres. Les deux savants étaient alors assis côte à côte, se touchant du coude et du genou.

Un jour qu'ils étaient dans cette position et tous deux absorbés par la rédaction de quelque article captivant, M. Littré sentit une démangeaison à son genou. Pour se gratter il posa sa plume et tandis que son cerveau poursuivait sans doute la rédaction commencée. Abandonnée à elle-même, sans direction la main se trompa de genou et alla gratter non point celui de son maître, mais celui de M. Robin. Elle grattait d'autant plus fort que son travail restait sans effet sur la démangeaison du genou de M. Littré.

Quant à M. Robin dérangé dans son travail par cette friction il posa lui aussi sa plume, instinctivement, comme si sa main eût été nécessaire à l'opération accomplie sur son genou. Son esprit continuait sans doute l'étude entreprise, car M. Robin ne s'apercevait point de l'étrangeté du phénomène qui lui avait fait tomber la plume des doigts.

Cette situation dura plusieurs minutes sans qu'aucun des deux savants revint à la réalité des choses.

Tout à coup M. Robin éprouva le besoin invincible de consulter un gros volume placé devant lui. Il tendit les deux bras... Il s'aperçut que, bien que ses mains fussent sur la table la friction persistait au bout de son fémur. Il réfléchit un instant, puis regarda sous la table et partit d'un éclat de rire en voyant la main de M. Littré le frictionner avec fureur, lui Robin. M. Littré réveillé enfin, rit beaucoup aussi. Une heure après, les deux savants discutaient encore sur ce que venait de leur arriver. Il est sorti de là un article fort remarquable : « De l'influence de la volonté sur les mouvements du corps. »

Il faut dire à la décharge de MM. Littré et Robin qu'ils n'étaient pas accoutumés à des distractions de ce genre.

Marius. (Le *Petit Journal*, 15 fév. 1889)

BIBLIOGRAPHIE

Dictionnaire médical des langues allemande et française, par Paul Schober. En deux parties : français-allemand et allemand-français. 4e édit. avec un appendice de mots nouveaux. Prix : broché 11 Rmark. Ferdinand Enke, éditeur Stuttgart, 1931.
Lexique classique, mis à jour.

Revue des cours et conférences. Sommaire du n° du 15 mars 1931 : Albert Grenier : Les voies romaines en Gaule. — F. Gaiffe : L'évolution du comique sur la scène française (VII) : Molière ou le génie captif (suite). — E. Souriau : Le contrepoint des âmes (VI) (suite). — G. Lote : La refonte du vers (VI) (suite). — J. Legras : L'art de Gogol (III) : Hans Kuchelgarten (suite). — J. Tourneux-Aumont : Centenaire d'un historien : Fustel de Coulanges (XIII) : Le penseur (suite).

FONDÉ EN 1873. — N° 23 LE NUMÉRO : 50 Centimes 6 JUIN 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

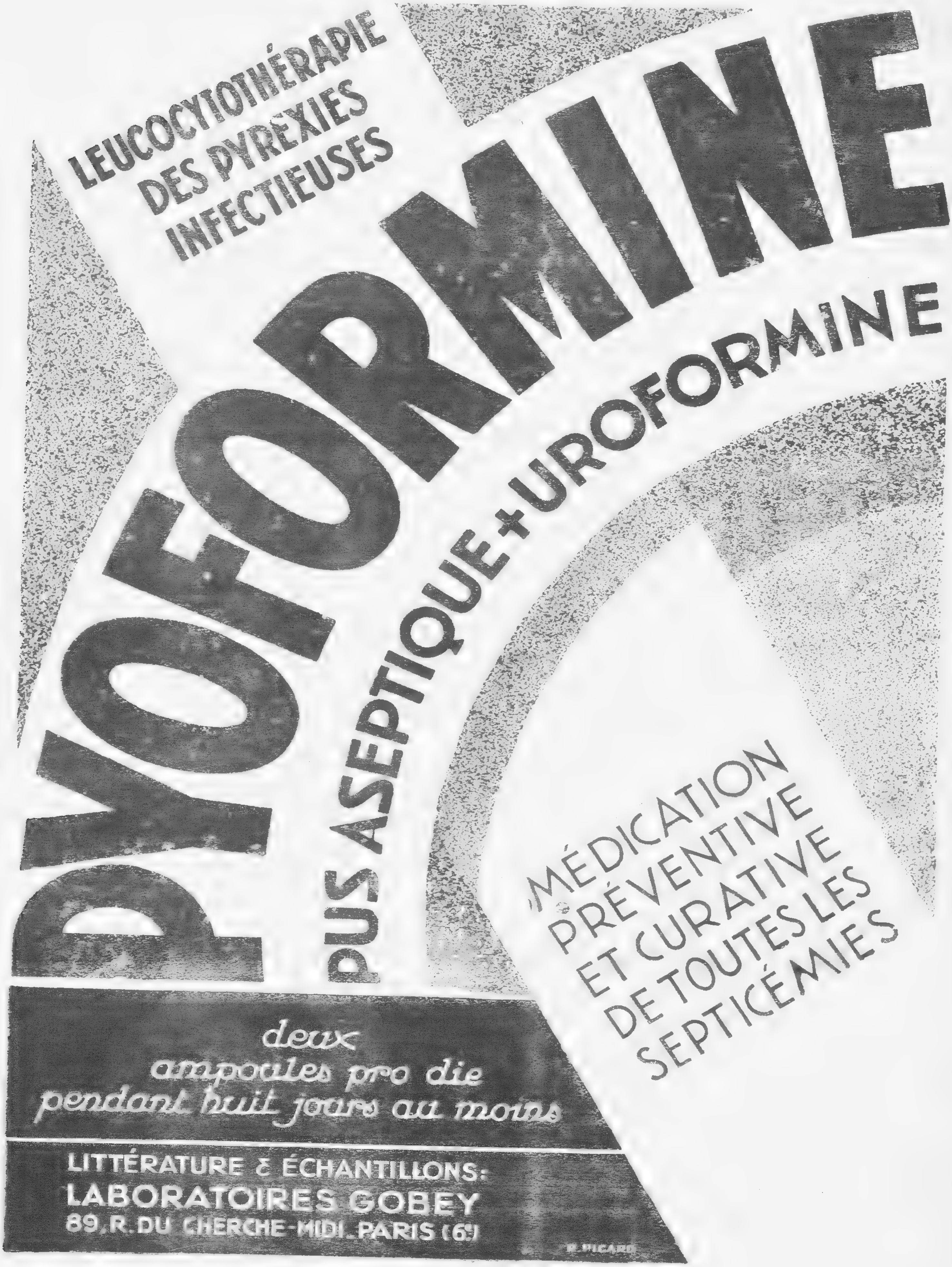
ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V^e)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE



LEUCOCYTOTHÉRAPIE
DES PYREXIES
INFECTIEUSES
PYOFORMINE
PUS ASEPTIQUE + UROFORMINE
MÉDICATION
PRÉVENTIVE
ET CURATIVE
DE TOUTES LES
SEPTICÉMIES
deux
ampoules pro die
pendant huit jours au moins
LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS:
LABORATOIRES GOBEY
89, R. DU CHERCHE-MIDI, PARIS (6e)
R. PICARD

NOUVELLES

Assistance publique à Paris. — *Jury du concours d'accoucheur des hôpitaux.* — MM. les Docteurs : Cathala, Devraigne, Lévy-Solal, Metzger, Jeannin, Faure-Beaulieu, Lapointe.

2e concours de nomination de chirurgien des hôpitaux. — Bazy, Thiery, Michon, Chevassu, Bréchot, Guillain, Toupet.

— *Concours de l'adjuvat.* — Jury : M. Legueu, président ; MM. Gosset, Rouvière, Hovelacque, Chailley-Bert.

Composition écrite. — Séance du 18 mai. — Questions données : « Caractères morphologiques distinctifs des vertèbres cervicales, dorsales et lombaires. Etude de la révolution cardiaque. » La prochaine séance aura lieu le 27 mai.

Concours du prosectorat. — Jury : M. P. Duval, président ; MM. Lenormant, Cunéo, Sébileau, Rouvière, Grégoire, Binet.

Composition écrite. — Séance du 19 mai. — Questions données : « Histologie de la muqueuse de l'urètre. — Fonction glyco-régulatrice du pancréas. — Anatomie pathologique, signes et évolution des anévrismes artériels des membres. »

— *Tirage au sort du jury du concours de prosecteur des hôpitaux.* — MM. les docteurs : Dujarier, Lenormant, Sorrel, Monod, Robert, Kuss, Rouhier, Faroy.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 27 mai. — M. Rouzaud. Les déviations utérines et leur traitement par hystéropexie en fonction de la grossesse. — M. Barbat. Alcool et syphilis dans la genèse des cirrhoses. — M. Tulasne. Etude des septico-pyohémies à proteus.

28 mai. — M. Ferrier. De l'influence des glandes endocrines sur le système dentaire. — Mlle Jambon. Etude de la forme pseudo-phlegmoneuse de l'angine diphtérique. — M. De Court. Etude des tumeurs malignes de l'iris. — M. Pastoriza. Les tremblements des globes oculaires dans la maladie de Basedow.

30 mai. — M. Léger. Etude sur le pronostic des pneumothorax spontanés. — M. Ripert. Les chodromes du nasopharynx. — M. Poney. Le tabagisme chronique. — M. Vavangot. Etude du cancer de l'ampoule de Vater.

Faculté de médecine de Strasbourg. — (Nouvelle clinique oto-rhino-laryngologique.) — *Cours de perfectionnement du Professeur Georges Canuyt.* — La chirurgie oto-rhino-laryngologique : technique opératoire et thérapeutique chirurgicale chez l'adulte et chez l'enfant.

Ce cours aura lieu du jeudi 16 juillet au dimanche 26 juillet 1931.

Pour tous renseignements, s'adresser au Profeseur G. Canuyt, Nouvelle clinique oto-rhino-laryngologique, hôpital civil, Strasbourg.

Faculté de médecine de Lyon. — (Laboratoire d'hygiène). *Certificat de microbiologie* (Session 1931). — S'étaient fait inscrire [illegible] candidats : 54 ont été reçus.

Mention très bien : MM. Cosset, Couture, Henry, Magnard, Perrot, Ramnoux, Robin, Zeude.

Mention bien : MM. Anstett, Cousty, Debergue, Froment, Georges, Goy, Jacowsky, Lautrette, Mathey, Nordmann, Prade, Rivière, Siffre, Zabih Ghorban.

Mention assez bien : MM. Buresti, Boyer, Camplo, Chimi, Delrous, Escot, Floris, Germain, Humilien, Lardy, de Lestrade, Maret, Massonie, Partensky, Prieur, Rolland, Reilles, Suard, Vanhems, Vanstenberghe, Mme Vanstenberghe, Verbède, Veyre, Weigert, Winckel.

Mention passable : Bascou, Brochier, Escoubis, Frezouls, Meyrand, Poisson, Robion.

Les inscriptions ultérieures au certificat d'hygiène de l'Université de Lyon ont été extrêmement nombreuses et ont dépassé le chiffre de 70.

Fondation J.-B. A. Chauveau. — Une fondation scientifique distribuant annuellement un prix de 2.000 francs, non divisible, a été créée par les élèves et les amis du Professeur A. Chauveau auprès de la Faculté de médecine et de l'Ecole nationale vétérinaire de Lyon.

Le prix J. B. A. Chauveau est destiné à récompenser les médecins ou les vétérinaires français ou ressortissants sans conditions d'âge ou de fonctions, auteurs de travaux d'anatomie des animaux domestiques, d'anatomie humaine ou comparée, de médecine expérimentale ou comparée, de physiologie normal ou pathologique, de bactériologie générale, spéciale ou appliquée, ainsi qu'à soulager des infortunes sociales vétérinaires ou médicales.

En l'absence de travaux scientifiques dignes d'être récompensés, le jury pourra décerner le prix Chauveau à un chercheur qui n'aurait pas fait acte de candidature.

Le prix J. B. A. Chauveau est attribué pour l'année 1931 à la section scientifique vétérinaire.

Les candidats vétérinaires sont, en conséquence, invités à faire parvenir dès maintenant leurs travaux, en double exemplaire, sous pli recommandé, au Secrétariat de l'Ecole nationale vétérinaire de Lyon, 2, quai Chauveau, à Lyon, jusqu'au 15 décembre 1931, dernier délai de présentation.

Les travaux seront présentés au jury sous le nom de leur auteur. Ils devront être manuscrits lisibles, dactylographiés ou imprimés ; ils seront originaux, inédits ou publiés dans le cours des cinq années précédant la date de la clôture du registre de réception des travaux postulant le prix.

Les travaux présentés ne devront pas avoir été récompensés antérieurement.

Les travaux en collaboration sont admis.

Amphithéâtre d'anatomie. — Un cours en français et en anglais de chirurgie oto-rhino-laryngologique, en douze leçons, par M. le Professeur agrégé de la Faculté de médecine F. Lemaitre, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Saint-Louis, avec la collaboration de M. le Docteur Aubin, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux et de MM. les Docteurs Maduro et Rémy Néris, assistants du service, commencera le lundi 29 juin à 14 h. 30, et continuera tous les jours suivants à la même heure. Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 500 francs. Un deuxième et même cours en anglais en douze leçons aura lieu le jeudi 1er octobre. Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Programme du cours. — 1° Anesthésies. Paracentèse. Extraction des osselets. Trépanation de la mastoïde. — 2° Les évidements pétro-mastoïdiens. La chirurgie du labyrinthe. — 3° Les complications veineuses et encéphaliques des oto-mas-

toïdites. — 4° Ligature de la jugulaire interne et de la carotide externe. — 5° Chirurgie endo-nasale et endo-septale. — 6° Chirurgie du sinus maxillaire, du sinus frontal et de l'ethmoïde. — 7° Les rhinotomies et la résection du maxillaire supérieur. — 8° Trachéotomie. Laryngo-fissure. Laryngectomie partielle. — 9° Laryngectomie totale et pharyngotomies. — 10° Broncho-œsophagoscopie sur le cadavre. — 11° Broncho-œsophagoscopie sur le chien. — 12° Trachéotomie. Thyrotomie. Laryngectomie sur le chien.

Un cours en anglais (hors série) d'opérations chirurgicales (chirurgie ophtalmologique, en dix leçons, par MM. les Docteurs V. Morax, ophtalmologiste honoraire, membre de l'Académie de médecine, Magitot, Bollack et E. Hartmann, ophtalmologistes des hôpitaux, commencera le mercredi 1er juillet 1931, à 9 heures, et continuera les jours suivants à la même heure.

Les auditeurs répètent individuellement les opérations sur l'œil humain et l'œil animal. Droit d'inscription : 500 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Programme du cours. — 1° Opérations sur les muscles oculaires. — 2° Opérations sur la conjonctive et la cornée. — 3° Opérations sur les paupières. Opération du ptosis. — 4° Opérations sur les voies lacrymales. — 5° Opérations antiglaucomateuses — 6° Opérations palpébrales. Autoplasties. — 7° Opérations sur les nerfs de l'orbite et de la face. — 8° Opérations sur les paupières. Marginoplasties. — 9° Opérations sur le cristallin. — 10 Opérations sur l'orbite.

Chaire d'hygiène et de clinique de la première enfance (clinique Parrot, Hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau). — M. le Professeur P. Lereboullet fera, avec la collaboration de MM. Lelong, médecin des hôpitaux, Chabrun, Gournay, Bohn, Detrois, Baize, chefs de clinique et chefs de laboratoire, du lundi 22 juin au jeudi 25 juin, une série de leçons cliniques, diététiques et thérapeutiques sur : « Les diarrhées estivales du nourrisson et leur traitement. »

Les leçons auront lieu chaque matin de 10 h. 15 à 11 h. 45. Ce cours est gratuit.

Programme. — Lund 22 juin, 10 h. 15, M. Lereboullet : Importance et signification générale des diarrhées estivales. — 11 heures, M. Ch. Brun : Etude clinique du choléra infantile et les diarrhées saisonnières.

Mardi 23 juin, 10 h. 15, M. Detrois : La bactériologie et l'étude chimique des diarrhées. — 11 heures, M. Lelong : Les conceptions actuelles de la pathogénie du choléra infantile.

Mercredi 24 juin, 10 h. 15, M. Gournay : Prophylaxie des diarrhées estivales. LLe lait et sa stérilisation. — 11 heures, M. Lereboullet : La lutte contre la chaleur. Les coups de chaleur du nourrisson.

Jeudi 25 juin, 10 h. 15, M. Bohn : Le traitement diététique des diarrhées estivales. — 11 heures, M. Baize : Les médications des diarrhées estivales.

Office de documentation médico-militaire (Liège-Belgique.) — *Programme des conférences de* 1931. — L'Office de documentation médico-militaire organise, dès cette année, et comme première manifestation de son activité, un cycle de conférences médico-militaires, à l'issue du Congrès international de médecine et de pharmacie militaires de la Haye.

Ces conférences se donneront à Bruxelles à titre exceptionnel à l'hôpital militaire, avenue de la Couronne.

Mardi 23 juin, à 14 h. 30 : Ouverture de la session ; à 15 heures : Tartique sanitaire (France) : à 16 h. 30 Une question d'organisation du service de santé colonial (France).

Mercredi 24 juin A 9 heures Organisation et emploi tactique des compagnies sanitaires de montagnes (Suisse) : à 10 h. 30 : Une question de bactériologie (Yougoslavie) : à 14 h.30 La nouvelle Convention de Genève (Belgique) ; à 16 heures : Le problème des évacuations (France).

Jeudi 25 juin, à 9 heures : Une question d'hygiène militaire (Pologne) : à 10 h. 30 : Une question de chirurgie d'armée (Bel-

gique) ; à 14 h. 30: Le droit international dans ses rapports avec le Service de santé (Belgique).

Nous espérons également obtenir la collaboration de conférenciers italiens et néerlandais.

Pour assister à ces conférences, adresser son adhésion en indiquant son nom, son grade et position militaire, son adresse, à l'Office de documentation médico-militaire, hôpital militaire à Liège (Belgiquê.)

L'inscription est gratuite. Des réductions de transport peuvent être obtenues en s'adressant à l'agence Th. Cook.

Réunion hydrologique et climatologique de Montpellier (session de 1932.) — L'ordre du jour de la session de 1932 est d'ores et déjà fixé de la façon suivante :

1° Rapports complémentaires sur le traitement hydrominéral des dysménorrnées de la puberté (confiés à MM. les docteurs GUIBERT, de Balaruc, et SAPPEY de Grenoble-Uriage) ; cette question, qui a fait l'objet de rapports très étudiés en mars 1931, a été maintenue en raison de son intérêt à l'ordre du jour de 1932.

2° La susceptibilité bronchique de l'adulte et de l'enfant, les bases générales de son traitement et son traitement hydrominéral (Professeur agrégé PUECH, de Montpellier, et Docteur CORONE, de Nice-Cauterets.)

La réunion accueillera, après avis de son bureau, toutes les communications qui lui seront présentées sur ces deux sujets, qui sont portés à la connaissance des médecins des stations hydro-minérales, dès l'ouverture de la saison d'été de 1931.

Clinique de la tuberculose.— Le Docteur MAURER, chirurgien des hôpitaux, fera le samedi à 10 heures, salle des conférences de la Clinique, quatre leçons sur les traitements chirurgicaux de la tuberculose pulmonaire. La première leçon aura lieu le samedi 6 juin.

Médecins sanitaires maritimes.— Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Paris à la Faculté de médecine (laboratoire d'hygiène), le 22 juin 1931.

Les dossiers des candidats devront être adressés au ministère de la Marine marchande (services du travail maritime et de la comptabilité).

Etablissement thermal d'Enghien-les-Bains. — La saison est ouverte depuis le 24 mai. Comme les années précédentes, la direction de l'Etablissement, met gracieusement ses services à la disposition des médecins et de leur famille (femme et enfants non mariés) .

Nécrologie. — Dr Gustave BARRAL, de Nîmes. — Dr Paul BAROUX. — Dr DESGRAVIERS, de Mansle (Charente). — Dr JACQUEMART, décédé à Paris. — Dr Joseph-Louis MICHOUD, d'Antraigues (Ardèche), décédé dans sa 68e année. — Dr NÉSIS (Haïm), de Levallois-Perret, 67, av. du Présid-Wilson, tué dans un accident d'automobile, le jour de la Pentecôte. — Dr J. B. NINET, de Roanne, médecin de l'hôpital mixte, décédé dans sa 51e année. — Dr ROCHEBLAVE, de Quissac (Gard). — Dr James WOOLONGHAN, consul général de la principauté de Monaco, à Bordeaux. — Prof. S. EBERHARD HENSCHEN, neurologiste, de Stockholm, décédé à l'âge de 83 ans. — Dr Carl G. LÉO-WOLF, de Niagara Falls, pédiatre américain.


TABLETTES
HOVA
HOblon
VALériane
DES AFFECTIONS NERVEUSES
UTÉRAMINE
AMPOULES & GOUTTES
EN INJECTIONS HYPODERMIQUES 1 A 5 AMPOULES DE 1cc
POUR L'USAGE INTERNE 20 A 50 GOUTTES 3 FOIS PAR JOUR
ACTION CONSTANTE DANS TOUTES LES
HÉMORRAGIES
SELF DÉFENSE DE L'ORGANISME
LIPODÉTERPÉNOL
LIPOÏDES
VITAMINES
ESSENCES DÉTERPÉNÉES
CAMPHRE
INFECTIONS CHRONIQUES
AMPOULES DE 5cc TOUS LES 2 JOURS.
POMMADE EN FRICTIONS ALTERNÉES
GOUTTES
PILKA
1 A 10
5 A 30
AFFECTIONS DES BRONCHES
Zyma. 4, Rue Bellart. Paris.


Rozoderme
POMMADE
ROSE
AUX
ESSENCES ANTISEPTIQUES
ADOUCISSANTE
CICATRISANTE
BACTÉRICIDE
S'IMPOSE DANS LE TRAITEMENT DE TOUTES LES
AFFECTIONS DE LA PEAU
FEUX DES ENFANTS — GERÇURES DU SEIN — ECZÉMAS
BRÛLURES — COUPS DE SOLEIL — ULCÈRES
DERMATOSES D'ORIGINE ALIMENTAIRE
LABORATOIRE DU ROZODERME
11 RUE DES DEUX PONTS PARIS IV

TRAVAUX ORIGINAUX

Le rôle du terrain en dermatologie (*suite*) (1)

Par **A. DESAUX**

III

Les modifications subies par le terrain cutané et qui créent la prédisposition morbide individuelle résultent parfois d'une *dermatose antérieure* (la dermatose prédispose à la dermatose).

Dans d'autres cas, provoquées par les variations du système nerveux (sensitif ou endocrino-végétatif) et de la composition du milieu humoral, elles peuvent :

— être d'ordre *physiologique*, en relation avec le fonctionnement, l'évolution physiologique des organes, de l'individu (influence de l'état de veille, du sommeil, — de l'état de jeûne ou de la digestion, de l'alimentation restreinte ou abondante, carnée ou végétarienne, de l'âge, de la fonction sexuelle, du travail musculaire, etc...) :

— être d'ordre *pathologique* et liées au mauvais fonctionnement d'un ou de plusieurs organes, aux troubles organiques relevant soit d'une intoxication soit d'une infection (en particulier tuberculose et syphilis) acquise ou héréditaire ;

— succéder à une *émotion* (2) qui bouleverse l'équilibre neuro-endocrino-végétatif et humoral :

— se développer sous des influences *climatiques*.

Les éléments climatiques exercent sur la peau une action complexe, directe et indirecte (puisqu'ils déterminent dans l'organisme tout entier des perturbations qui retentissent sur les téguments), variant à l'infini suivant leur importance et les combinaisons dans lesquelles ils se trouvent engagés, etc., etc.

Influence de la lumière, de la température, de la pression atmosphérique, de l'état hygrométrique, du magnétisme terrestre, du champ électrique atmosphérique, etc. etc., et, par conséquent, des conditions météorologiques, des variations atmosphériques, de la direction des vents, de l'altitude, du voisinage marin, des saisons, etc..

La lumière solaire exerce une action biotropique (Milian) sur certains micro-organismes (microbes par exemple) : de même dans certaines conditions elle paraît exalter la vitalité, la réactivité de la cellule cutanée qui devient plus apte à la défense.

Si l'insolation est trop forte, trop prolongée, la réactivité tégumentaire semble diminuer (suivant la dose, l'action solaire est biotropique ou nécrotropique).

Ce qui vient d'être dit de la lumière solaire s'applique à la chaleur. Sous l'influence calorique, exaltation de la vitalité et du microbe et du sol cutané.

Aussi, la virulence microbienne et la réaction inflammatoire prennent-elles un développement considérable dans certains pays chauds (fréquence des dermatoses végétantes).

(1) A. DESAUX. — « Conception de la réaction cutanée ». *Progrès Médical*, n° 23, 7 juin 1930. « Hypothèses concernant les principales réactions inflammatoires simples de la peau normale ». *Progrès médical*, n° 28, 12 juillet 1930 — « Le rôle du terrain en dermatologie. La réceptivité morbide ». *Progrès médical*, n° 7, 14 février 1931. — « Le rôle du terrain en dermatologie. Conditions favorisant l'apparition de la réaction cutanée inflammatoire ». *Progrès médical*, n° 12, 21 mars 1931.

(2) Dermatose et suggestion : l'action de la suggestion sur la réaction cutanée de croissance paraît être scientifiquement démontrée ; elle peut réaliser la guérison spontanée des verrues (voir en particulier : théorie psycho-vaso-motrice des verrues, par BONJOUR. *Ann. Derm.* février 1930).

Mauvaise influence de l'été sur les affections cutanées irritables, celles des arthritiques, celles des vagotoniques, celles des séborrhéiques [la séborrhée se rencontre sur un terrain vagotonique (Jausion)].

Au contraire le froid ralentit la vie des tissus, réduit la croissance, diminue la pigmentogénèse, engourdit les cellules (1). Il exagère les dermatoses caractérisées par l'atonie vasculaire (cyanose) ; il exaspère les lésions cutanées reposant sur un mauvais état de nutrition (à l'encontre de la peau épaisse et sécrétante du séborrhéique, la peau xérodermique mince et sèche s'altère facilement en hiver).

J. Sédillot (Société médicale de Paris, 12 novembre 1926 a étudié « l'influence des variations du champ électrique atmosphérique » sur l'asthme dont la cause immédiate de la crise est un état d'hypervagotonie.

Or, un état hypervagotonique paraît être souvent la cause immédiate de la crise cutanée, en sorte que les conclusions de J. Sédillot peuvent être lues avec profit par le dermatologiste.

En région de plaine, le potentiel de l'air varie ; continuellement il subit des variations :

« Régulières et continues : variations diurnes avec un maximum vers le milieu du jour et un minimum vers le milieu de la nuit (2).

« Variations au moment précis du coucher du soleil, quand par condensation, par refroidissement subit, l'atmosphère perd sa vapeur d'eau au voisinage du sol (formation de la rosée).

« Variations annuelles. Le champ est plus fort en hiver (150 volts) qu'en été (90 volts)...

« Des variations accidentelles, à l'occasion des orages, pluies, nuages, changements de vent, tempêtes, équinoxes, baisses barométriques, changements de température. »

On comprend en voyant la fréquence et l'amplitude de ces variations du champ électrique, périodiques et apériodiques, « quelle influence elles peuvent avoir sur le système endocrino-vago-sympathique hyperexcitable d'un asthmatique » et, disons-le, d'un malade cutané.

Au contraire, en montagne, l'intensité du champ électrique est favorable à l'asthmatique (Mont-Dore à 1.100 mètres), comme elle est favorable à la dermatose d'origine vagotonique. Le champ électrique atmosphérique agit ici « à la façon d'une piqûre d'adrénaline en provoquant un état de sympathicotonie qui vient contre-balancer l'état d'hypervagotonie, cause immédiate de la crise. Il rétablit ainsi l'équilibre vago-sympathique » (J. SÉDILLOT).

Peut-être, les ondes hertziennes (Pasteur-Vallery-Radot jouent-elles un rôle dans l'apparition de certaines dermatoses ?

En conséquence :

Les maladies cutanées sont saisonnières (prurit, prurigo saisonniers, etc.) — citadines ou campagnardes —, apparaissent dans telle ou telle localité, disparaissent en d'autres, etc... Des Parisiens, atteints de maladies de peau et mis au grand air pendant la guerre, furent guéris pendant leur séjour au front, malgré une nourriture défectueuse et une hygiène rudimentaire. Quelques mois après leur retour dans la capitale, les lésions tégumentaires reparurent malgré le régime et l'observation des prescriptions médicales.

Toute dermatose rebelle, dans la pathogénie de laquelle la réactivité cutanée paraît jouer un rôle important (prurigo, eczéma, urticaire), sera améliorée par un séjour à la campagne et au plein air, sans préoccupations professionnelles.

Est-il besoin de parler de *l'effet des intempéries sur les parties découvertes* ? L. Brocq a décrit une dermatose du triangle sterno-claviculaire, conséquence du décolletage perma-

(1) LORTAT-JACOB. — Rôle anesthésique et thérapeutique du froid. *Progrès Médical*, 1929.

HAXTHAUSEN étudie les altérations de la peau soumise à l'action chronique du froid modéré et de la lumière. « Les altérations vasculaires de la peau consécutives à l'action prolongée des facteurs climatiques et leur signification dans certaines dermatoses ». (*The British Journ. of Dermatology and Syph.*, mars 1930.)

(2) La crise cutanée, comme celle des asthmatiques, éclate vers 1 heure du matin.

nent chez la femme ; les modifications du terrain cutané, sous l'influence des éléments climatiques, prennent ici une telle importance qu'elles aboutissent à une altération structurale et objective de la peau, à une dermatose.

Sous l'influence des intempéries, s'exalte l'activité du tégument : croissance et épaississement de la peau, vascularisation intense avec télangiectasies (fixation de la vaso dilatation permanente ou répétée), pigmentation, hyperkératose folliculaire, hypersécrétion sébacée avec comédons ; dans certains cas, prurit pur, prurit circonscrit avec lichénification, lésions de parakératose avec squames (parakératoses psoriasiformes), de spongiose avec vésiculation (eczéma vésiculeux vrai).

* * *

Prédisposition morbide et cercles vicieux.

Les cercles vicieux abondent, en dermatologie : la lésion cutanée détermine, à son contact ou à distance, des modifications pathologiques qui à leur tour retentissent sur elle : ainsi s'accroît la prédisposition morbide de la zone tégumentaire primitivement atteinte.

L'inflammation épidermique retentit sur le derme et les troubles vasculo conjonctifs exaspèrent les lésions épidermiques : la destruction étendue du tégument (grande brûlure) bouleverse les constantes biochimiques du sang et l'altération du milieu humoral peut être la cause d'une dermatose secondaire, etc.

Rôle de la prédispositon morbide dans la distribution, dans la localisation des lésions cutanées. — Les lieux de moindre résistance.

Parmi les causes de la prédisposition morbide, les unes influencent l'ensemble du tégument ; d'autres limitent leur action à un territoire cutané déterminé qui est, dès lors, particulièrement prédisposé à la dermatose et constitue un lieu de moindre résistance. Ces dernières peuvent être classées parmi les facteurs de localisation des lésions cutanées.

Les éruptions d'origine interne « celles qui reconnaissent pour cause première une intoxication acccidentelle de quelque nature qu'elle puisse être, alimentaire, médicamenteuse, microbienne, toxinique, etc., ou une auto-intoxication.... » sont « gouvernées dans leurs localisations par une loi d'une importance extrême celle du *locus minoris resistenciæ* de l'organisme.

Lorsqu'on est en puissance d'une éruption d'origine interne, cette éruption se produit presque toujours avec plus d'intensité aux points de la peau qui ont été mis en état de moindre résistance soit par le traumatisme, soit par des maladies antérieures, soit par des sécrétions exagérées, soit par des troubles de la vascularisation, etc. » (L. Brocq).

« Alors même que vous auriez les meilleures raisons de redouter une méningite tuberculeuse, ne laissez pas entendre aux parents que la partie est perdue. Sinon, il vous arrivera la même mésaventure qu'à ces très honorables confrères qui, s'étant cru autorisés à porter un pronostic fatal, furent aussitôt « limogés ». Le charlatan, appelé à leur place, ne manqua pas d'appliquer sur le crâne de l'enfant un pigeon vivant coupé en deux. Quelques jours après, amélioration suivie de guérison. Est-ce à une médication barbare autant que dégoûtante qu'il fallait attribuer cet heureux résultat ?

Nullement. Il s'agissait de méningite lymphocytaire aiguë bénigne et non de pie-mérite bacillaire. Faut-il ajouter que les parents imprégnés du *post hoc propter hoc* cher aux philosophes, restèrent persuadés que le charlatan avait triomphé là où les officiels avaient échoué, et, réservant à ceux-ci leurs sarcasmes, gardèrent à celui-là toute leur reconnaissance ?

(Dr Babonneix. Réactions méningées chez l'enfant. *Gazette des hôpitaux*, 2 mai 1931).

L'éclampsie est-elle due à un trouble du métabolisme du calcium ?

Par Georges ROUSSEAU

Parmi les insuffisances organiques ou humorales qui sont à l'origine de l'éclampsie, on s'est demandé s'il ne fallait pas incriminer un trouble du métabolisme du calcium.

En effet, certains auteurs ont été frappés des similitudes existant entre cette affection et une autre, qui, elle, est sûrement due à l'insuffisance du métabolisme calcique, la tétanie de l'enfant.

Merletti (analysé dans le *Mouvement gynécologique*, p. 567) établit un parallèle entre ces deux maladies : similitude clinique. Très frappantes sont les analogies entre les convulsions tétaniques de l'enfant et celles de l'éclampsie puerpérale.

Même étiologie des deux affections : rôle prédominant joué par l'alimentation dans l'un et l'autre cas, les chances d'éclampsie diminuant beaucoup par le régime végétarien dans les derniers mois de la grossesse ; le rôle incontestable des émotions sur le déclenchement des crises dans les deux cas. Enfin pour Merletti, traitement identique. Il a obtenu d'excellents résultats dans les deux cas par un traitement récalcifiant.

Mais l'hypocalcémie, qui est constante dans la tétanie, existe-t-elle dans l'éclampsie puerpérale ?

De nombreux auteurs ont trouvé une diminution du calcium du sang.

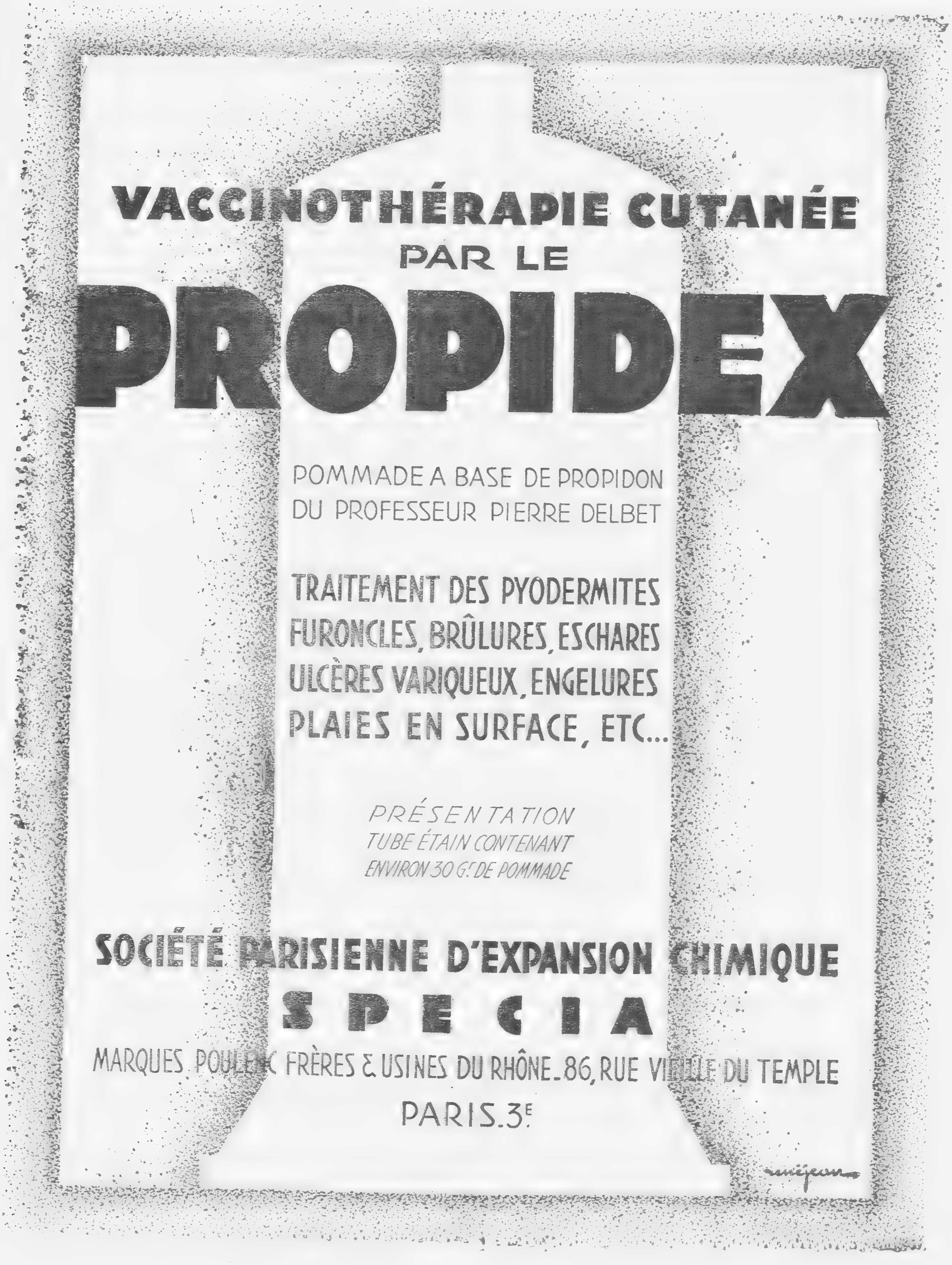
Kehrer (*Arch. f. Gynak.*, t. CXII, p. 487), Halford et Mitchell (*Austr. med. gaz.*, 1909, p. 595), Halverson Drennan (*Amer. J. of Obs.*, 1911, p.653), Aburel et Ornstein, Deschamps (*Soc. d'obstétrique et gyn. de Paris*, 1927) ont noté des taux diminués. Ces résultats concordent avec ceux trouvés par Lévy Solal, Jean Dalsace et Grillet (*Soc. de biol.*, 2 mars 1927). Ces derniers auteurs se demandent si la suppression des accidents convulsifs communément observés dans les cas de rétention fœtale n'est pas due à la mort du fœtus qui ne fait plus appel au calcium maternel. Lévy-Solal et ses élèves, en même temps que l'hypocalcémie, ont trouvé de l'hyperphosphatémie et de l'acidose chez les pré-éclamptiques, et ils se demandent si l'élimination de l'excès de phosphore, qui se fait par l'intestin sous la forme de phosphate calcique, n'aurait pas pour résultat le déplacement de l'ion calcium.

Or, le calcium inhibe les centres nerveux, agit sur le système neuro-végétatif. Sa diminution augmente l'excitabilité nerveuse.

Selon Rushmore (de Boston) les crises d'éclampsie seraient dues à ce que l'insuffisance calcique augmente la perméabilité du foie, trouble le métabolisme hépatique des glucides et aboutit à l'infiltration graisseuse. A un degré de plus, les protéines hépatiques sont libérées dans le sang d'où choc anaphylactique et elles tendent à être éliminées par le rein d'où albumine. L'insuffisance hépatique détermine de l'hyperglycémie et des convulsions.

Rosenbeck (A propos de l'éclampsie, *Schweitz. med. Wosch.*, 5 novembre 1927, p. 1067), chez quatre éclamptiques, a trouvé une augmentation d'ions Cl., du sérum de 10 à 15 %, une chute du sodium de 20 à 25 %, un chiffre normal de potassium et un taux de calcium variant des chiffres les plus bas aux chiffres les plus hauts. Pour lui, les convulsions résultent d'une alcalose par laquelle l'organisme essaie de réagir contre l'acidose.

Ces diverses théories basées sur la diminution du métabolisme calcique sont battues en brèche par ce fait que de nombreux auteurs ont trouvé aux cours de l'éclampsie une calcémie normale ou même augmentée.


VACCINOTHÉRAPIE CUTANÉE
PAR LE
PROPIDEX
POMMADE A BASE DE PROPIDON
DU PROFESSEUR PIERRE DELBET
TRAITEMENT DES PYODERMITES
FURONCLES, BRÛLURES, ESCHARES
ULCÈRES VARIQUEUX, ENGELURES
PLAIES EN SURFACE, ETC...
PRÉSENTATION
TUBE ÉTAIN CONTENANT
ENVIRON 30 G^r DE POMMADE
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE _ 86, RUE VIEILLE DU TEMPLE
PARIS. 3^E

Tels sont les cas de Bogert et Plass (*J. of biol. Chem.*, 1923, p. 197), de Linzenmeir (*Zeitsch. f. gynak.*, 1913, p. 958), de Bodo et Lebmann (*Arch. f. exp. et Path. Pharm.* 1925, t. CIX, p. 178).

Si l'on se rapporte aux indications bibliographiques du livre de Stander (*The toxemias of pregnancy*, Baillière, Trindall et Cox, 1929, p. 195), on voit que, de l'avis général, l'hypocalcémie est très inconstante et ne semble guère jouer un rôle pathogène dans l'éclampsie.

Dans une étude récente sur la calcémie de la femme enceinte, Aburrel et Ornstein concluent à ce sujet, d'accord avec Bokelmann et Bock (*Klin. Wochensch.*, 1927, p. 2427), qu'on ne pas attribuer l'éclampsie à une diminution de la calcémie. Mais souvent le terrain spasmophile de ces femmes avec hypocalcémie se prête mieux aux crises d'éclampsie. Aussi on a intérêt de connaître la calcémie chez les femmes enceintes pour dépister ce terrain et le modifier par un traitement recalcifiant.

Quoiqu'il en soit, se fondant sur le rôle attribué à l'hypocalcémie, certains auteurs ont essayé l'emploi thérapeutique des agents récalcifiants.

Hochenbilchber (Causes et prophylaxie de l'éclampsie, *Monatsh. f. Geb. and. gyn.*, 1925, T. LXIX, p. 206) considère que l'exposition aux rayons ultra-violets donne d'aussi bons résultats que la saignée. De même, Anton Mayer (Traitement prophylactique de l'éclampsie par les rayons ultra-violets. (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 1926) a conjuré des menaces d'éclampsie par les rayons ultra-violets, lesquels en même temps ont fait baisser la tension sans agir sur l'albuminurie et les œdèmes. Ceux-ci ont fondu sous l'influence d'un autre traitement récalcifiant, l'extrait parathyroïdien.

L'extrait parathyroïdien a également été employé par Lopez (Emploi de l'extrait parathyroïdien de Collep dans l'éclampsie, *Surgery gyn. and obs.*, nov. 1929, p. 689). Il dit avoir obtenu une rapide amélioration de plusieurs cas d'éclampsisme et d'éclampsie par ce produit : disparition de l'œdème, de l'oligurie, de l'hypertension, de la céphalée ; suppression des crises chez deux femmes en ayant fait plusieurs auparavant. Il n'a pas observé, d'ailleurs, de modifications de la calcémie.

Merletti, aux rayons ultra-violets, ajoute un traitement par les sels de chaux : $CaCl^2$ intra-veineux ou lactate de chaux *per os*.

Le traitement récalcifiant a également été appliqué par Lévy Solal et Dalsace qui y ont ajouté des alcalins dans le but de combattre l'acidose vue chez les éclamptiques.

Enfin, certains auteurs (*New England Journal of med.*, 4 avril 1929) ont prétendu que si le régime lacté est utile en cas de menace d'éclampsie, il l'est en tant que recalcifiant.

En résumé, on voit que la question de l'éclampsie due à un trouble du métabolisme calcique est loin d'être résolue. Cependant, devant les résultats obtenus par un certain nombre d'auteurs, au cours de cette maladie, en appliquant un traitement récalcifiant, on ne peut rester indifférent et on est en droit de se demander si la déficience calcique si souvent constatée au cours de la grossesse, n'entre pas pour une part plus ou moins grande dans ces accidents, malgré les résultats contradictoires fournies par la calcémie. Il ne faut d'ailleurs pas oublier que, suivant les travaux modernes, celle-ci ne donne que le reflet de l'état calcique du sang et non de l'organisme.

Acides aminés. SCULL et ROSE ont démontré que l'arginine n'est pas indispensable à la vie (à la différence du tryptophane, de la lysine, de la cystine et de l'histidine) : l'organisme en voie de croissance peut en faire la synthèse. (*Métabolisme de l'arginine, Journ. of Biol. Chem.*, 1930, t. LXXXIX, p. 109.

A. M.

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL SAINT-ELOI
MONTPELLIER

Le traitement de l'appendicite aiguë chez l'enfant

Leçon clinique faite par G. MASSABUAU

Professeur de Clinique chirurgicale infantile et orthopédique à la Faculté de Médecine de Montpellier

Les directives du traitement de l'appendicite aiguë ont subi, dans ces dernières années, une évolution importante, et nous avons vu s'affirmer une orientation manifeste dans le sens d'une intervention plus systématiquement précoce.

Plus encore chez l'enfant que chez l'adulte, les conditions incitaient à ces essais de thérapeutique plus hardie. C'est qu'en effet, et il est essentiel de s'en souvenir, l'appendicite aiguë de l'enfant présente, dans son évolution clinique, une allure particulière, qui la distingue nettement de celle de l'adulte.

Une constatation dominante se dégage de son étude : la fréquence des formes graves qui, après un début variable, plus ou moins brusque, et parfois dramatique, évoluent vers la PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE. Il semble que, chez l'enfant, les lésions gangréneuses de l'appendice soient plus intenses, plus rapides. Il est certain, et toutes nos interventions en phase aiguë le prouvent, que la défense locale, qui oppose une barrière d'adhérences au processus infectieux, se fait mal. Il est incontestable, comme y insiste si justement Ombrédanne, que l'organisme de l'enfant résiste mal à l'intoxication ; le laboratoire de poisons qu'est l'appendice est aussi important que chez l'adulte, la dose de ces poisons aussi considérable, et cependant l'organisme de l'enfant n'est pas armé comme celui de l'adulte pour dresser une résistance efficace ; sa défense fléchit plus aisément, quelquefois plus brutalement ; on voit alors, en quelques heures, l'état général s'aggraver d'une manière stupéfiante et on a l'impression que tout est perdu, que la lutte devient inutile.

Et aussi, c'est chez l'enfant que l'on observe avec élection ces APPENDICITES TOXIQUES, qui tuent en quelques jours, au milieu d'un syndrome de toxémie profonde, avec des signes abdominaux réduits, quelquefois tout à fait masqués, et qu'une recherche attentive permet à peine à un esprit averti de dépister.

Lorsqu'on prend la responsabilité du traitement d'une appendicite aiguë chez l'enfant, il faut donc avoir bien présente à l'esprit cette **fréquence des formes graves**, évoluant vers la péritonite généralisée ou les toxémies mortelles.

Vous voyez déjà combien angoissant se pose le problème de la « *conduite à tenir* ». Pour en mieux apprécier les données, il faut l'envisager aux différentes phases de l'évolution du mal.

PREMIÈRE ÉVENTUALITÉ

Le chirurgien voit le malade dans les trente-six premières heures

Dans ce cas, l'opinion est actuellement unanime. Si la crise est bien une crise franche, lorsque l'on voit le ma-

lade vomir, la température s'élever, le pouls s'accélérer, l'abdomen devenir résistant et douloureux, il n'y a pas d'hésitation à avoir : il faut opérer d'urgence, il faut enlever aussitôt l'appendice *à chaud*, suivant la technique de l'appendicectomie à froid.

Telle est cette **« opération précoce »** dont, il y a une vingtaine d'années, les chirurgiens les plus audacieux et novateurs en la matière limitaient l'indication aux six ou huit heures consécutives au début de la crise. Ce délai, progressivement augmenté, est aujourd'hui reculé jusqu'à la trente-sixième heure. Mais il faut bien savoir que plus on est près du début de la crise, plus on a de chances de voir se dérouler une opération facile.

Ainsi donc, pas de temporisation, de consultations ni de palabres. Il n'y a, pour le médecin, comme l'a bien dit Pauchet, qu'une chose à faire : appeler une voiture d'ambulance et conduire le malade dans une clinique.

* * *

L'opération précoce n'a pas besoin d'être longtemps défendue :

1° Sa technique est facile, plus facile même que dans l'opération « à froid » : l'appendice turgescent, enveloppé de quelques adhérences molles et filamenteuses, s'offre comme de lui-même ; en quelques minutes, son ablation est aisément exécutée.

2° Sa bénignité est remarquable ; toutes les statistiques concordent : la mortalité est inférieure à celle, pourtant réduite, de l'intervention à froid. Au point que si je me rappelle, comme tous les chirurgiens, avoir vu mourir des malades opérés à froid, je puis dire que je n'ai jamais perdu un malade après l'opération précoce.

3° Elle constitue la méthode idéale de traitement : enlever précocement l'appendice, c'est assurer l'avortement d'une crise dont vous ne pouvez connaître les surprises ni prévoir l'issue ; c'est se rendre maître de cette évolution incertaine ; c'est couper le mal dans sa racine.

DEUXIÈME ÉVENTUALITÉ

Le chirurgien voit le malade après le deuxième jour

C'est le moment où, malheureusement, nous voyons encore souvent la crise pour la première fois.

Vous, jeunes médecins, vous êtes formés suivant le dogme de l'opération précoce ; mais beaucoup, parmi vos aînés, jugent encore suffisant, « pour commencer », de prescrire un traitement médical, ou prononcent le trop facile « nous verrons demain », laissant ainsi passer des heures précieuses. Et il faut bien dire que le diagnostic au début est quelquefois difficile, et que l'on a tendance à le laisser en suspens.

* * *

Quand le chirurgien ne voit le malade qu'à ce moment, que doit-il faire ?

La doctrine classique, en honneur pendant de longues années, était la suivante :

A ce moment de l'évolution, il faut se garder d'intervenir. — C'est le moment où les adhérences protectrices s'ébauchent, dont le but est de limiter la lésion, de créer une barrière à la diffusion de l'infection : laissez cette défense s'accomplir en paix, aidez-la par des moyens médicaux appropriés, la glace, l'opium, la diète hydrique ou complète, mais ne la troublez pas par une intervention qui peut détruire en quelques instants tout l'effort que la nature est en train de réaliser ; attendez, temporisez, cherchez le refroidissement de la lésion. Si les signes locaux et généraux s'amendent, vous aurez partie gagnée et vous remettrez à plus tard une opération à froid. Au contraire, si les signes généraux s'aggravent, indiquant un fléchissement de la résistance, si des symptômes apparaissent, vomissements, ballonnement abdominal, accélération du pouls, qui indiquent la diffusion péritonéale, alors la temporisation doit cesser ; le danger est menaçant, il faut intervenir sans tarder, drainer largement, et réaliser l'opération classique de la péritonite appendiculaire.

C'est l' **« expectation armée »**, le traitement médical appliqué le bistouri en main, — doctrine pleine d'incertitude, de flottement et d'anxieuse indécision.

Je voudrais vous montrer combien elle est infidèle, dangereuse, et comment elle a sauvé, en somme, peu d'existences.

Dans tous ces cas, en effet, où, après une angoissante expectation, et sous la pression d'une aggravation souvent brutale, on décide l'intervention, il est bien tard ; et les symptômes qui arment la main du chirurgien sont des signes de péritonite généralisée. Quand on ouvre le ventre, on en trouve tous les caractères anatomiques : anses distendues, baignant dans un liquide louche ; adhérences molles, dissimulant mal un foyer péri-appendiculaire hyperseptique, où l'on peut voir l'appendice gangréné. C'est presque toujours l'intervention *in extremis*, avec une mortalité formidable : 95 pour 100, disent les livres, et en réalité je crois bien que ce chiffre n'est pas loin de 99 pour cent. Vous arrivez trop tard, la bataille est livrée ; l'organisme ne peut plus faire les frais de la guérison, et vous perdez le malade.

C'est des résultats navrants de l'expectation armée qu'est née la doctrine actuelle, déjà vieille de plus de dix ans, dite de l' « **intervention systématique** » et dont voici la formule : à quelque moment que ce soit, si la crise que l'on est appelé à voir est bien une appendicite aiguë, il faut opérer systématiquement, immédiatement, sans tenir compte de la gravité des symptômes.

Quand on y pense, on ne peut pas ne pas lui faire de sérieuses objections. Deux gros inconvénients me paraissent surtout à retenir : quand on ouvre ainsi l'abdomen, on défait les adhérences protectrices, et on favorise l'infection du péritoine ; et puis, pour un malade aussi sérieusement intoxiqué, l'intervention est toujours très grave.

On a essayé de défendre cette doctrine à coup de statistiques, qui indiquent en effet des résultats excellents. Brun, dans une thèse inspirée en 1918 par M. Hartmann, rapporte plus de 100 observations d'opération à chaud, avec une mortalité qui ne dépasse pas 2 pour 100. La statistique de Vogel (de Berne) est impressionnante : sur 295 cas d'appendicite aiguë opérés entre le deuxième et le cinquième jour, 3 morts seulement ; et la même note rassurante se retrouve dans les travaux de Brown et Cade (*Lancet*, 1921), de Bancroff (*Journal of the am. med. Assoc.*, 1920), de Wackeley (*Lancet*, 1919) qui raisonnent sur d'importantes séries, ainsi que dans l'article que M. Ombrédanne consacre à l'appendicite aiguë dans son remarquable précis de chirurgie infantile.

Eh bien, j'ai cru toutes ces statistiques, j'ai fait, comme beaucoup de chirurgiens, l'opération systématique : et j'ai vu qu'entre la théorie et la pratique il y a une grosse différence. Car si l'intervention systématique donne des résultats supérieurs à ceux de l'expectation armée, tout de même, j'ai la conviction, et d'autres avec moi, que sa mortalité réelle est importante. Chacun a le souvenir de résultats malheureux survenus dans ces conditions, et chacun s'est demandé si, en n'opérant pas, il n'aurait pas évité la catastrophe. Je pense donc, et quoi qu'on en dise, que l'intervention systématique n'est pas parfaite.

Evidemment, elle est commode pour le chirurgien, pour sa responsabilité ; personne ne peut rien lui dire, ni lui reprocher son inaction ; et, en fait, la famille trouve toujours qu'il a bien fait. Mais, en toute conscience, il faut bien dire qu'on fait courir au malade des risques très graves, sous la menace d'une mortalité importante.

De sorte que j'en suis arrivé à une formule moins absolue ; et je crois que la vérité est dans **l'éclectisme** : je pense qu'il ne faut pas rejeter systématiquement l'opération du 3e au 5e jour, mais qu'il ne faut pas non plus la faire systématiquement et aveuglément. Avant de prendre une décision, nous devons tenir compte de chaque cas et de la gravité qu'il présente : ne pas opérer si l'évolution paraît favorable, si l'état général est bon, si la défense locale est bien marquée ; opérer aussitôt si la crise paraît s'annoncer grave et évoluer vers la péritonite.

* * *

Mais les signes précieux, annonciateurs, qui doivent alors armer notre main, existent-ils ? Il faut, pour répondre, apprécier la valeur des symptômes qui ont été donnés comme tels.

Certains n'en ont aucune, telle l'extrême violence de la douleur initiale, qui peut traduire aussi bien une simple colique appendiculaire que le début d'une crise grave ; telle encore l'abondance des vomissements, qui n'est nullement formelle.

En voici un autre : LE BALLONNEMENT DU VENTRE se généralise, LA DÉFENSE MUSCULAIRE DE LA PAROI augmente et s'étend, cependant que, dans la fosse iliaque droite, aucune réaction locale, aucun empâtement ne se précisent. Alors, et surtout si l'état général s'altère, pensez que la crise est mauvaise, que la péritonite, non encore déclarée, est déjà en marche. C'est là un signe excellent, dont j'ai souvent constaté la grande valeur.

Et celui-ci encore est précieux : LE DÉSACCORD DU POULS ET DE LA TEMPÉRATURE. Si le pouls bat à 130, 140 et plus, alors que le thermomètre ne monte pas au delà de 38°, 38°5, alarmez-vous. Et si ce signe coexiste avec le précédent, n'ayez plus aucun doute sur la nécessité de l'opération immédiate. Sans doute ces deux symptômes ne nous donnent-ils pas une certitude mathématique : mais, sachez-le bien, ils ont une haute valeur.

Voilà les bases de l'éclectisme que je crois profondément raisonnable. Si vous lisez une leçon que j'ai faite il y a six ou sept ans, vous m'objecterez qu'alors je ne parlais pas ainsi. Oui, mais, depuis, j'ai fait l'opération systématique après le deuxième jour ; je l'ai vu faire par d'autres chirurgiens : et, en présence d'issues malheureuses, j'ai pensé que le malade aurait peut-être vécu, si l'on avait laissé refroidir sa crise. C'est précisément de cette expérience, vieille déjà de près de dix ans, qu'est née la doctrine éclectique ; et c'est en accord avec elle que je me sépare de ceux qui, aujourd'hui encore, opèrent obstinément, et, pour ainsi dire, les yeux fermés, sans même voir le malade.

* * *

Lorsqu'à ce moment, au troisième, quatrième jour, on se décide à opérer, on rencontre beaucoup plus de difficultés techniques que dans les trente-six premières heures.

Comment faut-il conduire l'opération ?

Il faut aller à la recherche de l'appendice, qu'on doit enlever à tout prix, car L'ABLATION DE L'APPENDICE EST LA CONDITION ESSENTIELLE DU SUCCÈS. Seule, la présence d'un abcès collecté peut créer une exception à cette règle.

FAUT-IL DRAINER ? Vaut-il mieux s'en dispenser ?

Quand la lésion n'est pas très grave, quand il n'y a qu'une faible quantité de pus, on peut ne pas drainer. Certains soutiennent même qu'il ne faut jamais drainer, qu'il est préférable de laisser à la séreuse le soin de se défendre elle-même, et que le drain ne fait que jouer le rôle d'un corps étranger. Pour moi, quand il y a une suppuration notable, je laisse dans un angle de la plaie un tube de caoutchouc : si la suppuration est abondante, je mets en place un sac à la Mickulicz.

Après l'opération, il est indispensable de poursuivre le refroidissement du processus inflammatoire, que l'ablation de l'appendice ne suffit pas à éteindre brusquement ; il faut continuer à mettre en œuvre les MOYENS MÉDICAUX : leur action sera autrement efficace qu'avant l'intervention. Et si, à l'intervention, l'appendice est apparu gravement lésé, sphacélé, il est prudent de ne pas négliger la SÉROTHÉRAPIE ANTIGANGRÉNEUSE.

* * *

En résumé, je voudrais simplement que vous retiriez, de cet essai de mise au point, l'impression que le traitement de l'appendicite aiguë chez l'enfant ne doit pas demeurer figé dans des formules indécises ou brutales.

Les vieilles doctrines ont vécu.

Dans les trente-six premières heures de l'évolution de la crise, l'opération s'impose. Plus tard, au troisième ou quatrième jour, l'intervention peut être indiquée encore, mais seulement sous la menace de la gravité des symptômes ; si l'on a par contre la certitude que le malade se défend bien, alors, il vaut mieux attendre que soit venu le moment favorable pour pratiquer une appendicectomie à froid.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les Etudiants étrangers et la Faculté

Certes, j'ai eu bien des étonnements dans le cours de ma longue vie ; mais il m'était donné d'en ressentir un nouveau ces jours-ci, et plus intense que beaucoup d'autres. Pourquoi ne ferais-je pas part de ma juste émotion à mes amis du *Progrès Médical* ?

Les statistiques prouvent que le nombre des étudiants à la Faculté de Médecine de Paris augmente chaque année ; des étudiants français un peu, et des étudiants étrangers énormément.

Naïvement je m'imaginais que cet afflux d'étudiants étrangers était un hommage rendu à notre Patrie, à notre Faculté, et en même temps c'était un profit pour nous, un élément de prospérité, un agrandissement de notre influence mondiale !

Eh bien ! à ma surprise prodigieuse, il paraît que cette opinion est une lourde erreur. Oui ! Je vois avec regret que presque tous les médecins sont désolés de cette *pléthore*. C'est le mot péjoratif dont ils se servent pour indiquer cette affluence d'étudiants.

Quoi ! c'est le moment qu'on prend pour se lamenter, quand à Paris s'élève, grâce à Honnorat, une splendide cité universitaire qui groupera une jeunesse studieuse autour des maîtres de notre enseignement. On ne veut donc pas que Paris devienne, comme autrefois, un grand centre intellectuel, le premier du monde !

Et de nombreuses médiocres raisons sont alléguées. Les hôpitaux encombrés d'élèves, les laboratoires insuffisants, les démonstrations pratiques impossibles ! Mais ce ne sont pas là des objections bien sérieuses ! Il n'y a qu'à proportionner laboratoires, cliniques, professeurs, répétiteurs au nombre toujours croissant des étudiants inscrits.

Comme ni la Ville de Paris, ni l'Etat, ne peuvent envisager avec douleur cet afflux d'étrangers dans notre capitale, ils feront les sacrifices nécessaires, profitables

◆◆◆

d'ailleurs et rémunérateurs, pour mettre notre enseignement à la portée de tous nos visiteurs.

Et il faut que ces visiteurs soient aussi nombreux que possible.

Hé quoi, on ose prétendre que ces étudiants qui viennent chez nous retournent dans leur pays sans avoir appris *un seul mot* de français. Est-ce vraiment croyable qu'après un an d'étude, fréquentant leurs camarades des deux sexes, ils soient restés complètement ignorants de notre langue, autant que s'ils avaient vécu à Varna, à Galata ou au Caire ?

Toutes ces allégations sont assez misérables.

Mon état d'âme est celui d'un Français, d'un Parisien, d'un ancien professeur à la Faculté, qui, à ce triple point de vue de Français, de Parisien et de Professeur, serait très heureux de voir le renom de notre antique Université parisienne grandir, au lieu de s'éteindre.

Assurément, je suis désolé d'être en manifeste opposition avec tant de collègues et de confrères que j'estime et que j'aime. Mais j'ai cru nécessaire, malgré ces regrets très sincères, de protester énergiquement contre la prétention d'élever une muraille de Chine entre les étrangers et nous.

Nous n'avons qu'à gagner à être connus.

Charles RICHET.

VARIÉTÉS

A PROPOS D'UN CENTENAIRE :

Le médecin Charles Sauria Inventeur des allumettes chimiques

Le centenaire n'a pas été fêté. La découverte en vaut cependant la peine et l'inventeur, Charles Sauria, était médecin.

Fils d'un général qui avait pris part aux premières guerres de la Révolution, Charles Sauria naquit à Poligny le 25 avril 1812.

Il était élève au Collège de l'Arc à Dôle, lorsqu'une expérience du professeur de chimie montrant ce que faisait un mélange détonant de chlorate de potasse et de soufre, lui donna l'idée de combiner une matière inflammable avec le mélange.

S'étant procuré du phosphore, il en enduisit les murs de sa chambre, et, sur cet enduit, frotta des bouts de bois trempés dans un mélange de soufre et de chlorate de potasse. Aussitôt ces bouts de bois s'enflammèrent. Il ne restait plus dès lors qu'à amalgamer les trois éléments et l'on obtenait des allumettes chimiques.

Sauria, sans être autrement ému d'avoir vu brusquement ses recherches couronnées de succès, car il n'en prévoyait pas l'importance, répéta l'expérience devant ses camarades et ses professeurs, et cela se passait en janvier 1831.

Comment se fait-il que cette invention qui allait bouleverser nos habitudes domestiques, passa en quelque sorte inaperçue et resta pendant plus de deux ans une simple curiosité de laboratoire ? C'est qu'à ce moment personne n'en comprit la portée et qu'elle fut connue seulement des élèves du collège de l'Arc et de quelques rares personnes de la ville, parmi lesquelles le professeur Puffeney qui, à partir de ce moment fabriqua les allumettes destinées à son usage et s'en servit journellement. L'inventeur eut pu prendre un brevet, mais il fallait verser 1.500 francs et il était loin d'estimer à ce prix une « trouvaille », comme il l'appelait lui-même et qui devait plus tard rapporter des millions à l'Etat. (1).

Un malencontreux voyage en Allemagne que fit pendant les vacances le professeur Nicolet, n'allait pas tarder, en vulgarisant la découverte de son élève, devant laquelle il était resté en admiration contemplative, de permettre à nos voisins de se l'approprier.

Aussi quel ne fut pas l'étonnement de Sauria et des habitants de la petite ville de Dôle de voir, dans le courant de l'année 1833, c'est-à-dire plus de deux ans après les expériences concluantes de leur compatriote, des allumettes dites allemandes, vendues couramment sur la place et qui arrivaient directement de Darmstadt.

Le jeune inventeur se fit recevoir officier de santé quelques années après et alla exercer sa profession non loin de Poligny, à Saint-Lothain, petit village qui n'est guère connu aujourd'hui que des archéologues.

Sauria s'occupa aussi beaucoup d'agriculture et devint secrétaire de la Société d'agriculture, sciences et arts de Poligny.

Séduit par les doctrines d'Auguste Comte, il fut un de ses plus fervents disciples et ne tarda pas à se lier d'amitié avec le Maître.

En 1852, Comte malade et soumis depuis longtemps à un régime d'où tout vin était exclu, se mit à employer le vin comme remède : « un bordeaux-Laffitte (à 6 fr. la bouteille) » qui lui parut trop faible et qu'il remplaça par le vin de paille du Jura :

« Mon cordial à deux heures consiste en un quart de verre d'excellent vin de la Comète, dont une grande bouteille me fut heureusement envoyée à temps par le médecin positiviste Ch. Sauria (digne ami de M. Hardery), comme fabriqué par son père, en 1811, avec les meilleurs vignobles du Jura » (2).

Auguste Comte tenait d'ailleurs Sauria en haute estime et se félicitait de son adhésion :

« La conversion du Dr Sauria, écrivait Auguste Comte à Hardery, le 10 août 1855, offre un nouvel exemple du succès que nous pouvons obtenir parmi les médecins, surtout en France, où leur profession se trouve débarrassée de toute discipline collective.

... Ce nouveau contact médical (l'adhésion de Sauria) me fournit une confirmation spéciale de la profonde affinité, déjà tant vérifiée, entre le positivisme et la profession qui doit aujourd'hui le mieux seconder son avènement, d'après sa tendance croissante vers le sacerdoce de l'Humanité. Je suis persuadé que, dans quelques années, les médecins positivistes formeront, aux yeux du public, une classe distincte, quoique à meilleurs titres, que celle des homœopathes, si leur dignité morale est assez conforme à leur attitude synthétique. Appréciés par les familles comme guérissant mieux et droguant moins, et méritant davantage la confiance intime d'après leur état religieux, ils seront surtout goûtés des gouvernements envers les principales questions d'hygiène civique, où la nécessité de combiner le moral et le physique devient irrécusable spécialement quant aux maladies cérébrales qui bientôt leur formeront un apanage presque exclusif ».

Et quand Sauria publia en 1856 son étude sur les *Bases de la médecine mentale*, Auguste Comte lui conseilla de répandre le plus possible dans les journaux médicaux ses doctrines qu'il jugeait en parfaite orthodoxie avec les siennes :

(1) E. BOURDIN. — Le Dr Ch. Sauria, inventeur des allumettes chimiques. *Bull.* de la Revue méd.-chirurgicale de la 7e région, 15 janvier 1918.

(2) A. COMTE. — Correspondance inédite, t. II, p. 187.

BIBLIOGRAPHIE

Nouveau voyage aux Isles de l'Amérique (*Voyage aux Pays des Flibustiers et des Caraïbes*), par R. P. LABAT, préface de Charles MARCHESNÉ. Illustré de huit photogravures. Broché (avec 8 hors-texte) 12 fr. Les « Œuvres représentatives », 41, rue de Vaugirard, Paris (VIe).

La vie du P. Labat est un merveilleux roman qui nous fait passer successivement du calme de la vie conventuelle ou paroissiale, aux périls de l'existence des marins, des flibustiers et même des forbans. Le P. Labat était l'ami de ces derniers et s'amusait à courir la chance avec eux. Quand ces forbans étaient victorieux, le moine recevait sa part de butin et était chargé de la garde des prisonniers. Si la chance était contraire, le P. Labat n'hésitait pas à se réclamer, sans droit d'ailleurs, de la Sainte Inquisition pour se faire remettre en liberté, et même si cela n'allait pas assez vite, ne complotait rien de moins que de mettre le feu au navire de ses vainqueurs.

Il était bien digne de devenir un héros de légende, ce curieux moine qui, tout en accomplissant honnêtement son ministère paroissial, trouvait le temps d'étudier de près les arbres et les bêtes, de se préoccuper des mœurs des Caraïbes et de celles des nègres et surtout d'aller souvent dîner et souper en compagnie et, tout en mangeant bien et buvant sec, de raconter d'admirables histoires.

Le diabète insipide, par Gilbert DREYFUS. 1 volume in-16, 122 pages : 18 fr. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Comment établir le diagnostic de diabète insipide ; comment comprendre la nature et le mécanisme de cette curieuse affection ; comment enfin instituer un traitement adéquat, — tels sont les problèmes que pose et résout l'auteur de cette nouvelle monographie. Celle-ci constitue la véritable mise au point d'une question tout à l'ordre du jour. Successivement y sont passés en revue l'histoire du diabète insipide et des controverses qu'il a suscitées, les symptômes cliniques de la maladie, ses formes [illegible] et leur substratum anatomique, la pathogénie du diabète et la physiologie pathologique de la polyurie. Vient pour finir un chapitre diagnostique et thérapeutique, écrit spécialement pour le praticien : il y verra ce que l'on peut et ce que l'on doit attendre d'un traitement hypophysaire bien conduit.

Pour vaincre la tuberculose pulmonaire, par le Dr Léon S[illegible]. 1 volume in-8° de 150 pages : 18 fr. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Il n'existe aucun remède, ni secret, ni spécifique capable d'enrayer immédiatement la tuberculose si répandue à l'heure actuelle.

Pour vaincre la tuberculose pulmonaire le meilleur moyen est de savoir la dépister au plus vite.

Le lecteur apprendra comment se défendre contre la tuberculose.

Il trouvera l'exposé des troubles qui doivent l'engager à consulter le médecin et à faire radiographier les poumons.

Pour vaincre la tuberculose pulmonaire est le guide du malade et de son entourage pour appliquer correctement les soins médicaux.

Conférences de clinique chirurgicale pratique par J.-P. TOURNEUX. Première série, in-8° raisin, 440 pages, 61 figures. Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris : 40 fr.

Le but de ces Conférences, négligeant de parti pris toute érudition, et destinées à rester essentiellement pratiques est de fournir au lecteur la mise au point d'un sujet choisi parmi ceux qu'il peut avoir l'occasion d'observer dans sa pratique quotidienne et qu'il lui importe de connaître.

Partant de l'observation d'un malade, chaque leçon est conduite de manière à présenter successivement l'étude détaillée de la symptomatologie, du diagnostic, du pronostic et du traitement ; l'étiologie, la pathogénie et l'anatomie pathologique ne sont pas assurément passées sous silence, mais elles ne sont envisagées que dans leurs points principaux, indispensables à la compréhension du sujet et à la connaissance aussi complète que possible de l'affection.

Toutes ces conférences ont été faites en vue de l'enseignement. Un certain nombre d'entre elles ont paru, sous une forme quelque peu abrégée il est vrai, dans les colonnes du *Concours Médical* : le succès qu'elles ont obtenu permet d'espérer que, réunies en volume, elles seront de nouveau accueillies favorablement par le public médical.

Ce premier volume contient les quinze conférences suivantes :

I. Le drame abdominal. — II. Les fractures du rocher. — III. Fractures de l'olécrane. — IV. Les sténoses du pylore. — V. Les tumeurs des gaines tendineuses. — VI. Les périuréthrites. — VII. La tuberculose de la langue. — VIII. Diagnostic et traitement des hémorragies génitales de la femme. — IX. L'ostéomyélite costale. — X. Les tumeurs paranéphritiques. — XI. Luxation du maxillaire inférieur. — XII. Complications des kystes de l'ovaire. — XIII. Luxation congénitale de la rotule. — XIV. Pronation douloureuse des enfants. — XV. Le chorio-épithéliome utérin.

Le livre blanc. Formulaire médical publié sous le contrôle d'un groupe d'internes et d'anciens internes en médecine des hôpitaux de Paris. Spécialités pharmaceutiques classées par indications. Editions H. Perrier

Jusqu'alors il n'existait aucun manuel présentant les spécialités pharmaceutiques classées par maladies. Grâce au Livre Blanc cette lacune est maintenant comblée. Désormais le médecin aura à sa disposition un *vade mecum* d'une parfaite clarté sur les spécialités pharmaceutiques.

La première partie de l'ouvrage est consacrée à cette classification. Elle est composée d'une série de consultations médicales comprenant chacune un tableau des spécialités pharmaceutiques susceptibles d'être prescrites. Dans ce tableau, les spécialités sont classées d'après leur composition ou leur action pharmacodynamique au moyen de notes marginales. Le médecin en présence d'un cas donné peut ainsi choisir le produit le plus adéquat.

La seconde partie est un recueil de notices à la fois concise et détaillées sur les spécialités classées par ordre alphabétique. Ceci n'est point nouveau sans doute. Mais le plan uniforme suivi pour la rédaction de toutes les notices, rend la lecture particulièrement facile.

La diversité des spécialités, leur nombre, leurs nombreuses applications, rendaient difficile la mise au point d'un tel formulaire.

Les auteurs du Livre Blanc ont surmonté cette difficulté. Ils ont réalisé un ouvrage remarquable à tous points de vue : tenue scientifique, clarté, présentation.


IODAMÉLIS
Le spécifique
CARDIO-VASCULAIRE TOTAL
chez les
ARTÉRIO-SCLÉREUX
Uricémiques
Hypervisqueux
chez les
HYPERTENDUS VEINEUX
Cyanotiques
Variqueux
Iodo-Iodure de Potassium et Hamamélidine
Doses
25 gouttes
aux deux principaux repas,
3 semaines par mois.
LABORATOIRES J. LOGEAIS – BOULOGNE-sur-SEINE près PARIS

« Quoique, écrivait Comte à Hardery, nous devions fuir le journalisme, qui sera bientôt ameuté contre nous autour de M. Littré, nous devons exceptionnellement utiliser le journalisme médical où le public vaut mieux que les écrivains ».

L'opinion d'Auguste Comte sur le journalisme médical est peut-être sévère, elle n'est pas injuste ; en tout cas elle méritait d'être rappelée, comme le souvenir du médecin Sauria qui mourut le 22 août 1895, dans un état voisin de la misère, avec pour toute ressource un revenu de 500 fr. provenant d'un bureau de tabac (1) que lui avait fait obtenir son compatriote Jules Grévy.

Maurice GENTY.

CHRONIQUE

A propos de l'asthme

ANDRÉ JACQUELIN (2) s'est efforcé d'établir l'existence d'un type morphologique, qui présente, par rapport à la tuberculose, un degré marqué de résistance.

Il s'agit de sujets à taille réduite qui ont des anomalies osseuses et articulaires, des anomalies dentaires, une faiblesse du tissu élastique.

Les *anomalies osseuses et articulaires* consistent en : front olympien, brachi ou dolichocéphalie, voûte palatine ogivale, asymétrie, irrégularité des arcades dentaires, protrusion du maxillaire supérieur, saillie anormale de l'angle de LOUIS, élargissement de l'angle de CHARPY, dépression latérale du thorax, cypho-scoliose rachidienne, genu varum ou valgum tibias courts incurvés avec saillies exostosiques.

Les *anomalies dentaires* sont multiples : implantation vicieuse, chevauchement des dents, écartement des incisives médianes supérieures ou, au contraire, obliquité et convergence de leur axe, microdontisme, absence d'une des incisives latérales, parfois même dents d'Hutchinson.

La *dystrophie conjonctivo-élastique* se traduit par les ptoses viscérales, la dilatation atonique de l'estomac, les hernies, le prolapsus utérin, la dilatation variqueuse du système veineux, la laxité anormale et l'aptitude aux luxations, le pied plat, la distention et l'atrophie de l'appareil élastique des alvéoles pulmonaires réalisant l'emphysème.

Très fréquemment, on observe en même temps des déficiences organiques diverses : constitution lymphoïde (hypertrophies amygdaliennes, adénoïdiennes, ganglionnaires et thymiques), tendance à l'insuffisance des parenchymes rénaux, pancréatique et hépatique, syndromes pluriglandulaires ; l'équilibre vago-sympathique est presque toujours anormal ; souvent on observe de l'hyperuricémie, de l'hypercholestérinémie, de l'hyperbilirubinémie, de la mononucléose. Ces malades ont une tendance marquée à l'anxiété.

* * *

Or, parmi les affections que conditionne ce terrain constitutionnel, il faut relever l'asthme (3). JACQUELIN indique la très grande fréquence de l'association de l'asthme avec bon nombre de ces symptômes et stigmates.

Si les asthmatiques sont souvent emphysémateux, ce n'est pas un effet de leur dyspnée, mais il faut, bien plutôt, invoquer l'insuffisance de leur tissu élastique et l'ossification précoce de leurs cartilages costaux.

Si les asthmatiques font assez souvent de la tuberculose fibreuse, c'est que leur terrain est réfractaire à l'évolution de la tuberculose.

* * *

A la base du syndrome morphologique qui conditionne l'asthme, JACQUELIN invoque l'hérédité arthritique et la syphilis congénitale, et, plutôt, la première de ces entités morbides.

* * *

De ces recherches sur l'étiologie de l'asthme, il convient de rapprocher d'autres recherches que JACQUELIN, en collaboration avec son maître TINEL, a entreprises sur la physiopathologie de cette affection (1).

L'étude du pouls artériel, effectuée à l'aide des tracés chez un certain nombre d'asthmatiques au cours des accès dyspnéiques et dans leur intervalle ont révélé à ces auteurs des perturbations intéressantes non encore signalées.

1° C'est d'abord, coïncidant avec l'inspiration, une diminution d'amplitude considérable du pouls, c'est-à-dire cette forme spéciale d'arythmie connue sous le nom (d'ailleurs critiquable) de « pouls paradoxal ». Ce trouble leur est apparu absolument constant au cours de toute crise d'asthme, débutant quand elle débute, subissant des alternatives d'accentuation et de diminution exactement superposables aux variations de la gêne respiratoire, cessant quand la crise se termine.

2° La deuxième anomalie est qu'au moment de l'accès de dyspnée, il se produit une chute de tension artérielle maxima. Celle-ci a pu atteindre 2 à 3 centimètres de Hg par rapport au chiffre enregistré quelques minutes auparavant alors que la respiration était calme.

3° Contrastant avec cette baisse de la tension maxima existe dès le début de la crise une élévation de la minima. Ces deux phénomènes réalisent ainsi un écrasement paroxystique de la tension différentielle et ont pour conséquence une diminution très sensible de l'amplitude oscillométrique.

4° Enfin TINEL et JACQUELIN ont vu apparaître au moment de l'accès une accélération du pouls.

Les A. interprètent ces troubles circulatoires de la façon suivante : l'accélération du pouls se rattache directement à la baisse de la maxima ;

la baisse de la maxima et l'élévation de la minima, traduisent l'existence d'un obstacle siégeant au niveau de la circulation pulmonaire ;

la dépression inspiratoire du pouls leur paraît n'être que l'exagération momentanée de la baisse tensionnelle due à la réduction du débit sanguin lors de l'inspiration.

Tous ces phénomènes ne sont pas imputables à une gêne circulatoire causée par la dyspnée, mais ils s'expliquent par un trouble vaso-moteur de la circulation pulmonaire.

Henri VIGNES.

(1) FOURQUET. — Les hommes célèbres et les personnalités marquantes de la Franche-Comté, Besançon 1928.

(2) A. JACQUELIN. — Sur le type morphologique de résistance à la tuberculose pulmonaire. *Presse Médicale*, n° 77, 24 septembre 1930. Essai d'interprétation des types morphologiques chez les tuberculeux pulmonaires. *Revue de Morphologie* sous presse.

(3) André JACQUELIN et Demètre ŒCONOMOS. — Sur le type morphologique des asthmatiques. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp.*, 1931, n° 11, p. [illegible]

(1) Les modifications circulatoires périphériques au cours de l'accès d'asthme. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, séance du 13 mars 1931, n° 10, 47e année, p. 410.

« Il y a quelques années, à l'époque où les automobiles ouvertes étaient encore en honneur, nous avons pu observer pendant la période froide, un certain nombre de paralysies faciales périphériques survenues généralement le lendemain d'une randonnée en auto ; c'était toujours le conducteur qui était atteint, et c'était toujours le côté non protégé par la glace avant qui se trouvait paralysé. » (Dr A. BARRÉ : Le rôle du froid en neurologie, *Journal médical français*, mars 1931.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 8 mai 1931

Injections interstitielles de glycérine phéniquée au 1/30. — *M. Le Lorier* rapporte quatre observations de malades atteints d'infections septiques diffuses du derme et de l'hypoderme, et traités par des injections interstitielles de glycérine phéniquée au 1/90. Dans trois de ces cas, ce traitement amena la guérison.

A propos d'une tumeur bénigne de l'estomac à allure de tumeur maligne. — *MM Legac, Bécart, Hirchberg* rapportent un cas de tumeur gastrique chez une femme de trente ans, ayant cliniquement l'allure d'un cancer radiographiquement, c'est le type des tumeurs bénignes. Malgré le mauvais état général et l'anémie, on fait une gastrectomie large, seul traitement logique des estomacs qui saignent. C'était un fibrome juxta-pylorique. Guérison opératoire troublée par une phlébite.

De l'évaluation de la résistance du malade avant une opération chirurgicale. — *M. Marcel Labbé* envisage les procédés d'examen a employer chez les sujets qui vont subir une intervention chirurgicale. Ces procédés sont destinés à faire connaître la valeur fonctionnelle des principaux viscères : foie, reins, cœur et vaisseaux. Ils sont plus complexes lorsque le malade est atteint de maladie de la nutrition telles que le diabète ou d'une maladie endocrinienne telle que le goitre exophtalmique.

Pour l'exploration du foie, des reins, du sang, des urines, les biologistes ont aujourd'hui déterminé d'une façon assez précise la marche à suivre, excluant certains tests maintenant désuets et utilisant des techniques perfectionnées et surtout directes et précises.

Un cas d'éventration diaphragmatique gauche d'origine congénitale. (Syndrome pseudo-pleurétique avec dextrocardie). — *MM. André Tardieu* et *Ch. Guilbert* communiquent l'observation d'une jeune fille de 23 ans, se plaignant, à l'occasion d'une rhino-bronchite subaiguë, avec toux quinteuse, d'un point douloureux thoracique gauche et d'une légère dyspnée d'effort.

L'examen radioscopique met en évidence l'éventration du diaphragme gauche (dipahragme surélevé d'un travers de main par rapport à diaphragme droit ; angle splénique du côlon occupant la presque totalité de l'espace compris sous la coupole diaphragmatique immobilisée dans sa portion médiane). L'éventration diaphragmatique congénitale qui n'est pas incompatible avec le développement des lésions pulmonaires tuberculeuses évolutives (*G. Caussade* et *Fatou*) est à bien distinguer de l'éventration acquise par phrénite (inhibition ou paralysie) survenant au cours de certaines lobites tuberculeuses (*E. Sergent*). P. PROST.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 mai 1931

Deux cas de spirochétose méningée pure. — *M. P. Harvier* et *Mlle A. Wilm* rapportent une observation de spirochétose méningée pure, qui s'est manifestée par un syndrome méningée très marqué avec contractures et bradycardie, sans herpès ni vaso-dilatation conjonctivale. Le liquide céphalo-rachidien, tout d'abord opalescent et renfermant une abondante réaction cellulaire avec 95 % de polynucléaires, devint ultérieurement clair tandis que la formule virait vers la lymphocytose.

La défervescence thermique eut lieu très brusquement au septième jour, le lendemain de la première ponction lombaire, mais les signes méningés persistèrent et s'atténuèrent jusqu'au seizième jour ; dans la suite se manifesta une petite rechute thermique sans reprise des signes méningés. La nature spirochétosique de cette méningite aiguë bénigne à polynucléaire put être affirmée par le séro-diagnostic.

MM. Laignel-Lavastine et *Boquien* rapportent une seconde observation de spirochétose méningée pure absolument typique caractérisée par la triade symptomatique habituelle, réaction méningée, injection des conjonctives et herpès. Le diagnostic fut confirmé par les diverses réactions biologiques pratiquées.

Cancer primitif du poumon à type d'abcès chez un ancien blessé de poitrine porteur de deux éclats restés inclus. — *MM. Emile Sergent, Henri Durand, Kourilsky* et *Couvreux* apportent une observation qui vient s'ajouter à celles qu'ont publié dans la dernière séance MM. Cathala et Maingot et antérieurement de nombreux auteurs et eux-mêmes et qui montre la grande fréquence relative de cette variété de cancer primitif du poumon. L'observation actuelle est particulièrement intéressante parce que la présence des éclats inclus dans le poumon orientait naturellement le diagnostic vers l'idée d'une séquelle lointaine de plaie pénétrante du thorax. Le diagnostic de cancer fut soupçonné et confirmé par l'examen bronchoscopique. Une hémoptysie foudroyante amena la mort au bout de quelques semaines de cachexie progressive.

Sur la curabilité des suppurations putrides du poumon. Utilité du pneumothorax thérapeutique dans leur traitement précoce. — *M. André Jacquelin*, estimant que l'on ne peut préjuger de l'évolution favorable, en somme relativement rare, de ces suppurations, pense qu'il est légitime de mettre en œuvre dès que possible tous les moyens dont on dispose pour améliorer le pronostic redoutable de ces suppurations.

Il préconise dès la phase initiale, à côté du traitement général, la pratique du pneumothorax artificiel qui lui a donné dans 8 cas une guérison complète et sans rechute dans un laps de temps variant de 18 mois à 5 ans. Cette méthode a l'avantage d'être indolente, non choquante et sans danger à condition d'être faite prudemment, en pression négative.

M. Sergent se montre étonné de ces résultats : il a pour sa part abandonné le pneumothorax à la suite de nombreux accidents. Il ne croit pas d'autre part que la plupart de ces abcès guérissent spontanément et persiste à faire opérer ces abcès vers la huitième ou la dixième semaine de leur évolution.

M. Rist partage au contraire l'opinion de M. Jacquelin et a obtenu avec le pneumothorax des résultats remarquables, à condition d'intervenir très précocement avant la formation d'adhérences.

Herpès survenu à l'occasion de la vaccination par le T. A. B. — *M. Netter.*

Un cas d'encéphalite morbilleuse. Etude anatomique. Considérations étiologiques et pathologiques. — *MM. P. Lechelle, I. Bertrand* et *R. Fauvert* rapportent l'histoire clinique d'un cas d'encéphalite morbilleuse ayant abouti à la mort. Ils étudient les lésions présentées par le cerveau, comparent leurs constatations avec celles des principales observations françaises et étrangères et résument à ce propos l'état actuel des conceptions étiologiques et pathogéniques sur les encéphalites de la première enfance.

Granulomatose maligne à forme splénique pure. — *MM. Ch. Achard, M. Bariety* et *G. Desbucquois* rapportent l'observation d'un garçon de 16 ans qui présentait une fièvre oscillante, une très grosse rate et de l'anémie sans prurit ni adénopathies superficielles.

L'examen anatomique de la rate montra ultérieurement qu'il s'agissait de granulomatose maligne.

En dehors du caractère presque purement splénique de cette granulomatose, les auteurs soulignent quelques particularités de ce cas : absence de leucocytose et de polynucléose neutrophile pendant une longue partie de l'évolution ; existence très momentanée de l'éosinophilie ; pauvreté du tissu granulomateux en polynucléaires neurotrophiles et en éosinophiles ; caractère atypique des cellules de Sternberg ; influence heureuse mais transitoire de la radiothérapie profonde alors que la splénectomie eut un résultat absolument nul.

Hématome intra-pariétal de l'oreillette droite et malformation congénitale du cœur. — *MM. Laubry* et *Baillet* présentent l'observation d'une malade entrée dans leur service pour pleurésie hémorrhagique récidivante qui présenta au bout de quelques mois des épitaxis, des hémoptysies et des

ecchymoses cutanées faisant penser à une affection sanguine. Un examen de sang pratiqué à ce moment fit faire un diagnostic de purpura hémogénique dont on ne put préciser la cause.

A l'autopsie, on put constater un hématome du psoas droit et un hématome intra-pariétal de l'oreillette droite, mais surtout une malformation congénitale du cœur consistant en une atrésie presque totale du ventricule droit et un rétrécissement infundibulaire de l'artère pulmonaire.

Les auteurs insistent sur la remarquable tolérance de cette malformation restée pendant 55 ans absolument latente et d'autre part sur la localisation exceptionnelle de l'hématome intra-pariétal de l'oreillette droite entrainant à la façon d'un infarctus du myocarde un syndrome d'arythmie complète.

Etude phonocardiographique d'un rythme à quatre temps. — ***MM. Mach*** et ***Duchosal*** rapportent un cas d'anémie pernicieuse dans lequel ils ont perçu une variété rare de rythme cardiaque caractérisée par l'adjonction aux deux bruits normaux du cœur de deux bruits supplémentaires diastoliques. Ils ont contrôlé par la phonocardiographie et l'électro-cardiographie leur sensation acoustique et constaté la justesse des idées émises par Laubry, Pezzi et Routier sur ce rythme. Enfin, fait remarquable, ce rythme à quatre temps disparut avec la guérison de leur malade.

Syndrome sympathique et migraine ophtalmique provoqués par un pneumothorax thérapeutique. — ***M. C. Dimacopoulo*** (d'Athènes) a remarqué chez une femme, aussitôt après la première insufflation d'un pneumothorax thérapeutique pratiqué pour tuberculose pulmonaire ulcéro-caséeuse gauche, un syndrome d'excitation sympathique caractérisé d'une part par des manifestations rappelant le syndrome sympathique de Ramenet et Carrié (troubles respiratoires, cardiaques, dyspeptiques, vaso-moteurs et psychiques) et par une migraine ophtalmique du côté correspondant à l'insufflation. Ces troubles ont duré environ trois heures puis se sont apaisés pour réapparaitre à plusieurs reprises dans les trois semaines qui ont suivi. L'auteur rattache ces troubles à l'irritation du sympathique thoracique par le traumatisme de la plèvre survenu au cours de l'insufflation.

Oxalémie due à un tœnia. — ***M. Loeper.***

Michelle Valentin.

ACTUALITÉS

Le Mois médico-psychologique

La *paralysie générale* et son traitement sont, comme les mois précédents, à l'ordre du jour.

En présence d'une *paralytique générale progressive enceinte*, est-il préférable d'appliquer la *malariathérapie* d'emblée ou n'est-il pas plus prudent d'attendre l'accouchement et, en attendant, d'instituer un traitement antisyphilitique ? Telle est la question que posent devant la Société médico-psychologique MM. Trénel et Pouffary en présentant deux malades traitées par la malariathérapie pendant leur grossesse.

Il est à noter que dans ces deux cas les auteurs ont constaté de bons effets du traitement.

Chez l'une des malades les réactions humorales, qui pendant un certain temps furent négatives, redevinrent positives dans la suite. Quant aux enfants, ils ont maintenant plus d'un an et seraient toujours en excellente santé.

Comme l'a déclaré M. Claude, les faits observés jusqu'à présent, pareils à ceux dont nous avons parlé dans nos chroniques précédentes et qui ont été publiés par M. Leroy, sont encore peu nombreux et il serait prématuré d'établir des règles.

Certains auteurs tendent à opposer à la malariathérapie de la paralysie générale progressive le traitement par le *Stovarsol*. Sans opposer ces deux méthodes l'une à l'autre, il semble qu'il y a lieu, comme l'a dit M. Claude, de combiner ces deux modes de traitement en commençant par l'impaludation qui prépare l'orgnisme malade à profiter ensuite de la thérapeutique chimique par le *Stovarsol*, le sulfarsénobenzol ou le bismuth.

Tel n'est pas l'avis exprimé dans un travail de Mlles Pascal et Deschamps rapportant une dizaine d'observations de paralysies générales progressives traitées par elles conformément à la méthode de MM. Sézary et Barbé, à savoir : deux séries de vingt grammes cinquante de stovarsol en injections sous-cutanées d'un gramme tous les deux jours.

Grâce à ce traitement, les auteurs déclarent obtenir : des rémissions avec possibilité d'adaptation à la vie sociale, les unes, complètes, les autres, incomplètes ; une modification du métabolisme général avec suppression des causes de mort habituelles de la paralysie générale progressive non traitée : ictus, escarres, cachexie ; la suppression d'épisodes aigus au cours des formes délirantes ; une immobilisation de l'évolution de la maladie ; l'absence de complications ou des retours à la phase tertiaire, ou de réactivation du tréponème...

D'autres confrères-aliénistes ont employé également le stovarsol contre la paralysie générale progressive, notamment. M. Marchand, à l'Asile de Villejuif, qui a eu l'occasion de l'appliquer chez une vingtaine de femmes. Les résultats sont moins encourageants, car le stovarsol *seul* n'a pas permis d'obtenir chez ces malades des rémissions intéressantes.

En somme, le nombre de cas traités par le stovarsol ne permet pas encore de formuler des conclusions définitives sur sa valeur thérapeutique comparée à la malariathérapie : il faudra apporter des statistiques portant sur des centaines d'observations prises avec un soin particulièrement scrupuleux.

***

Tous les neuropsychiatres savent combien il est difficile de poser le diagnostic des *troubles aphasiques* chez des sujets atteints de *démence*. Or, une femme présentée par MM. Trénel, Kyriaco et Pouffary est atteinte d'un gros affaiblissement psychique avec désorientation dans le temps et symptômes de confusion mentale hallucinatoire avec idées incohérentes de persécution et de grandeur.

En examinant systématiquement cette malade, les auteurs s'aperçurent qu'elle présentait en même temps un syndrome net de *cécité verbale* caractérisé surtout par l'incapacité de lire un mot entier ou un nombre de deux chiffres et au delà. Pas de surdité verbale, ni de troubles du langage intérieur, ni d'apraxie. Il existe chez cette démente un contraste frappant entre les troubles de la lecture et de l'écriture et l'intégrité du langage oral. Les auteurs pensent qu'il s'agit d'une lésion d'origine vasculaire, embolique, dans le territoire de la cérébrale postérieure.

Une relation d'ordre organique existe entre des lésions déterminant la *démence* et l'*épilepsie* : dans beaucoup de cas l'épilepsie est compliquée à un certain moment d'affaiblissement des facultés ; dans quelques autres, un phénomène inverse se produit : la démence est suivie d'accidents épileptiques.

Il semble, et c'est l'avis de M. Marchand, qui a publié deux observations dans cet ordre d'idées, que dans ces deux cas, la démence et l'épilepsie doivent être rattachées aux mêmes lésions cérébrales, telles que des épaississements méningés avec des adhérences méningo-corticales et des réactions inflammatoires à marche très lente. Quant à la pathogénie de ces lésions, elle reste encore hypothétique.

***

Les méthodes de tests s'imposent de plus en plus en pathologie nerveuse et mentale. C'est, ainsi que le *profil psychologique* de Rossolimo a été utilisé par Mme Vera Kovarsky pour une étude comparée de deux cas : dans

l'un, il s'agit d'une « démente précoce vraie » et dans l'autre, le diagnostic est plus problématique : « évolution probable vers la démence précoce ». Le résultat de leur examen d'après la méthode du « profil » a montré une ressemblance très nette de leur mécanisme psychique aussi bien dans leurs défaillances que dans leurs facultés mieux développées.

Il est évident que des cas aussi isolés ne suffisent point pour affirmer que tel ou tel profil correspond à une psychose déterminée.

Toutefois, il n'est pas moins certain que la méthode du regretté Rossolimo jointe aux autres méthodes de tests actuellement en usage comme celle de Binet-Simon pourrait faciliter le diagnostic médical et mériterait d'être appliquée dans nos divers services psychiatriques.

* * *

Les *démangeaisons*, le *prurit sine materia* et allant jusqu'à l'hallucination constituent un syndrome psychiatrique assez rare rapporté tout récemment par MM. R. Mallet et P. Male. Il s'agit d'une dame de 65 ans dont le délire consiste à « sentir » des bêtes déterminant sur tout le corps des fourmillements. La malade croit à l'existence des « bêtes » « entre cuir et chair » parce que « ça craque sous ses doigts ». Elle a soin d'ajouter qu'elle ne les voit pas parce qu'elles sont trop petites « comme des larves » et « qu'elle tue ces larves » pour qu'elles ne deviennent pas des « bêtes », pour qu'elles n'éclosent pas.

Par ailleurs, aucun trouble mental, aucun affaiblissement.

C'est un délire purement cénesthésique, très vraisemblablement d'origine centrale, peut-être sous-corticale.

* * *

Parmi les agents étiologiques des affections mentales, on ne voit guère figurer dans nos traités classiques *l'oisiveté* ou le *désœuvrement*. Aussi, est-il intéressant de signaler une étude de M. Courbon sur l'*hypocondrie* résultant chez un sujet valide de l'inutilisation de son énergie disponible. Mais est-ce vraiment le désœuvrement qui est pathogène ?

Ne faut-il pas admettre, avec M. Dupouy, l'existence d'un état antérieur à l'oisiveté et qui permet à l'hypocondrie en puissance de se manifester ? C'est l'avis aussi de M. Pierre Janet qui considère le désœuvrement comme un facteur occasionnel de la dépression hypocondriaque. Il rappelle l'opinion de Tardieu qui, dans un livre sur l'ennui décrit « l'ennui » ou la « mélancolie » des jours fériés comme le dimanche, ennui qu'on observe aussi chez beaucoup de psychasthéniques en vacances. Il se produit alors chez des individus déjà déprimés à l'état latent, une baisse de la tension psychologique sous l'influence de l'absence d'excitations déterminée par l'oisiveté.

On a invoqué à ce propos le souvenir d'Argan, de Molière. Son désœuvrement a-t-il nettement aggravé ses dispositions à l'hypocondrie et à la paranoïa ? M. Delmas a rappelé sa méfiance à l'égard des pharmaciens dont il épluchait les comptes avec un soin tout particulier. Faut-il le taxer de paranoïaque pour cela ? M. Courbon ne le croit pas : il pense que déjà à cette époque lointaine certains pharmaciens avaient l'habitude de majorer leurs prix et de faire des comptes... d'apothicaires.

Dr Jacques ROUBINOVITCH.

« Le diagnostic entre un mal de Pott et un cancer vertébral est parfois impossible pendant une très longue période, et c'est un diagnostic qui se présente souvent, car le cancer vertébral, en apparence tout au moins primitif est infiniment plus fréquent qu'on ne le croit communément. » (Etienne SOREL, Paul BUFNOIR et Mlle J. FUMET, *Presse médicale*, 13 mai 1931.)

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Phtisiologie

Il existe un grand nombre de classifications des formes de la tuberculose pulmonaire, toutes sujettes à des critiques. Ornstein, Ulmar et Dittler en proposent une nouvelle, basée sur la *clinicopathologie*, facile à comprendre et dans une certaine mesure plus rationnelle.

Les A. admettent quatre types de tuberculose : l'exsudative, la caséo-pneumonique, l'exsudative-productive et la chronique proliférative. L'extension des lésions (minime, modérée ou avancée) s'applique à chacun de ces types avec les exceptions suivantes : 1° une cavité ne signifie pas automatiquement qu'il s'agit d'un cas avancé ; 2° les complications doivent être indiquées à part et n'exercer aucune influence sur la classification.

Un cas peut être classé comme exsudatif III ou caséo-pneumonique II ; nous avons ainsi les renseignements immédiats, additionnels et nécessaires ; nous savons que l'exsudatif III sera en bon état dans un temps assez court tandis que le caséo-pneumonique II aura une longue lutte à soutenir.

Cette interprétation donne de la valeur aux cas rapportés et permet de déterminer judicieusement la valeur de la thérapeutique, ce qui était à peu près impossible jusqu'à présent ; c'est ainsi que s'expliquent les résultats différents obtenus par des observateurs différents, avec les mêmes méthodes thérapeutiques.

Fréquemment on se trouve en présence d'une combinaison de deux types différents de processus pathologiques ; tel sujet est caséo-pneumonique au sommet et prolifératif à la base (George G. Ornstein, David Ulmar et Edgar Léon Dittler. A clinical classification of pulmonary tuberculosis. *American Review of tuberculosis*, mars 1931).

Tube digestif

L'ulcère gastrique a donné lieu à des observations et à des remarques intéressantes.

Noel Hypher recommande le traitement ambulatoire, qui, sauf en cas d'hématémèses, est mieux accepté que le repos au lit. La première semaine le sujet est mis au régime du pain et du lait ; il prend toutes les quatre heures le jour (30 minutes après avoir mangé) et une fois la nuit, en cas de douleur, une mixture contenant un gramme des trois carbonates de bismuth, magnésie et chaux. Un mois après, il ne prend plus cette préparation que trois fois par jour. Le régime est élargi de semaine en semaine ; on ajoute les œufs, le poisson, la crème, la viande, jusqu'au retour au régime normal. Le traitement peut être continué indéfiniment, en diminuant simplement la dose de carbonate de magnésie en cas de diarrhée.

Il est indispensable de prescrire ces substances médicamenteuses en suspension dans un mucilage de gomme adragante, pour assurer un contact plus parfait avec l'ulcère.

Deux observations montrent les bons résultats de ce traitement ; l'examen radiographique est indispensable avant et après (Noel Hypher, A Satisfactory Ambulatory Method for the Treatment of Gastric Ulcer. *Practitioner*, février 1931).

Juan F. Canessa rappelle qu'une des causes du rétrécissement spasmodique de l'estomac est l'ulcère du duodenum d'où partent les reflexes. On croit à une biloculation organique, on pense à un ulcère et on n'explore pas le duodénum.

Il faut procéder à des radiographies en série, obtenir des films clairs et précis, qui révèlent la lésion soit de l'estomac soit du duodénum (Juan F. Canessa. Estomago bilocular. *Boletin mensual Sala Francisco Cabrera*, décembre 1930).

Luis Fdez Calzada présente une statistique de 13 cas observés à l'Hôpital municipal de la Havane et comprenant : trois ulcères gastriques, trois ulcères pyloriques, deux ulcères du duodénum, une compression du duodénum, deux carcinomes de la petites courbure, deux carcinomes du pylore. Il analyse les symptômes communs qu'ils présentent, l'âge, le sexe et la profession où ces affections se produisent le plus fréquemment ; il indique la rareté relative de l'hématémèse dans les cas étudiés, la fréquence des vomissements et, parmi les symptômes accessoires, la constance avec laquelle se présente la consti-

pation. La lésion fut vérifiée dans chaque cas par la gastro-entérostomie ou, dans quelques-uns, par la laparotomie (Luis Fdez Calzada. Ulcera y Cancer Gastricos. *Anales de vias digestivas, sangre y nutricion*, novembre 1930).

Psychiatrie

Les troubles mentaux, survenant à la suite des traumatismes craniens, comprennent trois syndromes commotionnels : 1° la psychose traumatique véritable, résultant soit d'une lésion cérébrale localisée soit d'un ébranlement généralisé du cerveau (commotion cérébrale) ; 2° la psychose émotionnelle, déterminée par le choc émotif, accompagné ou non d'un traumatisme cranien plus ou moins léger et n'ayant lui-même aucun retentissement sur le cerveau ; 3° la psychose dite commotionnelle de la guerre, qui n'est le plus souvent qu'une psychose émotionnelle.

Trois observations de psychose traumatique véritable montrent que des altérations matérielles du liquide céphalo-rachidien sont fréquentes à la suite des traumatismes craniens sans fracture et qu'en tout cas elles doivent être recherchées systématiquement lorsque apparaissent les troubles psychopathiques.

Le pronostic des états commotionnels graves doit être réservé même après la disparition de la période confusionnelle ; les commotionnés restent souvent porteurs d'altérations psychiques très lentes à s'effacer ; il faut signaler la dépression mentale, l'asthénie et l'impressionnabilité excessive de ces malades, qui deviennent de véritables invalides, incapables de gagner leur vie (G. Desroches. Etude de quelques cas de psychoses traumatiques. *Bulletin médical de Québec*, novembre 1930).

Thérapeutique

Les différents sels de bismuth ne sont pas également efficaces, beaucoup n'étant pas étudiés expérimentalement avant d'être lancés sur le marché.

Le produit, qui donne les meilleurs résultats chez le lapin, n'est pas nécessairement le meilleur chez l homme. L'efficacité est extrêmement variable suivant la forme employée et le praticien est incapable de la déterminer cliniquement.

Le dosage rationnel ne dépend ni de la teneur en bismuth ni de la dose totale injectée. Un accident primaire peut disparaître à la suite d'une simple injection de 0 gr. 20 d'un certain produit, tandis qu'une lésion semblable résistera, à cinq doses égales d'un sel différent. Toutefois un abaissement de la richesse en bismuth doit être compensé par une augmentation du nombre d'injections.

Les faits démontrent la folie (folly) d'une posologie unique pour des sels différents (Sigmund S. Greenbaum et Anna M. Rule. Concerning the curative values of certains bismuth compounds. *American Journal of Syphilis*, janvier 1931).

Les applications locales de solution saturée de sulfate de magnésie agissent par osmose ; le pansement doit rester humide de 24 à 48 heures.

Dans l'orchipédidymite, avec tuméfaction énorme et 41°, lorsque les anesthésiques, la chaleur et la glace ont échoué, ce procédé agit rapidement (de 24 à 48 heures) ; le gonflement disparaît, la douleur cesse, la température s'abaisse.

Les arthrites rhumatismales et purulentes, la parotidite ourlienne, les piqûres d'insectes, les mastites, périmastites et paramastites sont soulagées presque instantanément.

Méthode économique, simple et pratique, qui est susceptible de rendre de grands services dans la clientèle de quartier ou de campagne (S. Jouan. Fundamentos y conclusiones sobre aplicaciones locales de solucion saturada de sulfato de magnesia. *Semana Medica*, 12 février 1931).

Pathologie exotique

Un voyage d'études en Afrique tropicale et méridionale a permis à G. Penso de recueillir des observations curieuses.

La tuberculose est plus fréquente que ne l'indiquent les statistiques (200 cas pour 4 millions d'indigènes dans le Tanganika) ; ce sont deux choses bien différentes que le nombre des tuberculeux des infirmeries et le nombre des tuberculeux contenus dans la colonie. S'il est impossible de recenser les indigènes sains, comment prétendra-t-on recenser les malades ? La tuberculose se rencontre sous toutes les formes et elle sera favorisée dans son développement par suite des mauvaises conditions hygiéniques.

La lèpre est un autre péril ; elle se rencontre un peu partout, même dans le Sud Africain si sain ; près du Cap, dans la Table Bay, l'île Robben est transformée en léproserie. Il y a des lépreux à Lourenço Marques, dans le Mozambique, à Dar-es-Salaam, à Monbasa. Si on voulait isoler tous les lépreux, il faudrait isoler la moitié de l'Afrique.

L'A. a assisté, dans le Tanganika à une épidémie de variole très grave, à forme confluente et hémorragique. Les visages n'avaient plus rien d'humain. Les pustules s'étendaient sur les muqueuses du nez et de la bouche, sur la conjonctive bulbaire ; de nombreux malades perdirent la vue.

Les maladies parasitaires sont au grand complet : amibiase intestinale et vésicale, giardiase, balantidiose, ankylostomiase, helminthiase, éléphantiasis, leishmaniose, trypanosomiase, framboesia, malaria, ulcérations tropicales, pied de Madura, béri-béri, fièvre récurrente, bilieuse hématurique (G. Penso, Impressioni mediche dopo un viaggio intorno all'Africa. *Bulletino e atti della reale Academia medica di Roma*, janvier 1931.)

Aphorismes

de I. Holmgren, de Stockholm, sur la médecine

La spécialisation est devenue pour la médecine une nécessité.

Le revers de la spécialisation est la limitation des connaissances, de l'intérêt, du jugement et des vues générales chez les spécialistes.

La médecine interne, ne l'oublions pas, est la science mère de toute la médecine ; c'est d'elle que, l'une après l'autre, au cours des temps, se sont peu à peu détachées les branches spéciales ; elle continue donc à rester comme le centre de toute la science médicale.

Il y a une vingtaine d'années, par la nature de ses études, la médecine interne était encore avant tout, et même à peu près exclusivement, une science descriptive des maladies. Peu à peu — ou plus exactement très vite — cette situation se modifia de telle sorte que, dans ses travaux, la médecine interne se rapprocha de plus en plus des sciences expérimentales. Par suite, elle adopta les méthodes de travail des sciences expérimentales et s'apparenta chaque jour davantage à la physiologie, à la bactériologie, à la sérologie, à la chimie.

Il faut se rappeler que, nous autres internistes, nous ne devons pas laisser la théorie déborder l'observation, car l'observation doit toujours être l'élément principal et décisif. Qu'est ce en effet que la théorie, sinon une tentative de notre esprit de jeter un pont entre les faits que nous connaissons et de franchir ainsi l'abîme encore inconnu qui les sépare ? Toute théorie implique une lacune de nos connaissances ; elle est donc, par essence, du provisoire. Seules les observations elles-mêmes ont, dans la science, une valeur durable.

J. Lafont.

« Réglementer la prostitution n'est pas plus immoral que réglementer les jeux ou la consommation de l'alcool. Tout compte fait, il vaut mieux réglementer que prohiber. Chacun sait le piteux échec de la prohibition, qui est devenue, comme le disait récemment un quotidien parisien, une grande corruptrice qui a propagé en Amérique le dédain de la loi.

Et pour terminer, j'emprunterai à mon collègue de Strasbourg, le professeur Chavigny, la phrase suivante, pleine de bon sens (1), placée à la fin d'un article récent.

« L'hygiéniste n'a nullement à se préoccuper de la valeur morale des procédés à employer dans la lutte contre les maladies, ce qui signifie nullement qu'il soit autorisé à user de procédés immoraux. Il vise à une politique de résultats. Si, dans certains cas, la morale trouve son bénéfice aux mesures que l'hygiène considère comme efficaces, c'est tant mieux, mais c'est simplement une rencontre heureuse. » (Professeur J. Nicolas. *Les bonnes raisons d'une sage réglementation. Annales des médecins praticiens de Lyon et du Sud-Est*, avril 1931).

(1) L'interprétation des statistiques en médecine. (*Le Concours médical*, 22 février 1931.)

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Le sédobrol dans la pratique médicale courante (Dr Dillard, *Concours médical*, 23 novembre 1930).

Dans sa thèse sur le traitement des états anxieux névropathiques, l'auteur avait longuement comparé l'action des divers médicaments habituellement employés, barbituriques et bromures, et il avait fait une place tout à fait spéciale à un hypnogène sédatif intermédiaire l'allylisopropylacétyl-carbamide ou sédormid, moins brutal que les premiers et plus efficace que les seconds. Dans le travail vraiment très pratique qu'il vient de publier, M. Dillard complète son étude et, dans l'exposé de deux observations absolument typiques, vante l'action conjuguée et combinée du sédormid et du bromure (sédobrol) et insiste surtout sur la transformation immédiate que ce dernier médicament est capable d'opérer sur les malades.

Ces deux observations concernent deux cas classiques, que l'on rencontre journellement en clientèle. Il a paru utile à l'auteur de les résumer, afin de bien faire ressortir encore une fois combien il est nécessaire de dépister l'anxiété névropathique sous l'apparence trompeuse de troubles organiques divers et combien aussi il est facile d'obtenir une sédation immédiate, grâce à l'action combinée de ces deux médicaments, sédobrol et sédormid, auxquels on joint naturellement toutes les ressources de la psychothérapie.

La première de ces deux observations concerne un cas d'anxiété datant de plusieurs années entretenue et même accrue par les circonstances, tandis que, dans la deuxième, il s'agit au contraire de la petite crise banale survenant à l'occasion d'une contrariété ou d'un surmenage chez un sujet prédisposé : en terminant, M. Dillard insiste de nouveau sur les précieux services que peuvent rendre le sédormid et le sédobrol non seulement chez les névropathes anxieux, mais même chez les malades infiniment nombreux qui présentent de petits signes d'angoisse ou seulement d'hyper-excitabilité.

Pourquoi et comment il faut combattre l'anxiété et la douleur (Dr H. Favier, *Courrier médical*, n° 38, 21 septembre 1930).

Dans ce travail excessivement documenté, l'auteur passe en revue les diverses indications de l'allonal ou allylisopropylbarbiturate de diméthyl-amino-antipyrine qui complète, dans une heureuse formule, l'action antalgique en quelque sorte spécifique de la diméthyl-amino-antipyrine par les propriétés sédatives et progressivement hypnogènes de l'acide allylisopropylbarbiturique, le moins toxique des barbituriques (Pouchet) et il énumère les multiples cas de médecine générale, de chirurgie, de gynécologie, d'obstétrique, d'urologie, de neuro-psychiatrie et surtout de stomatologie où ce médicament développe son action sédo-analgésique, sans aucun inconvénient pour les principaux organes.

L'adonis vernalis en thérapeutique (Dr R. Chausset, *Concours médical*, Paris, 18 mai 1930).

L'adoverne représente, comme on sait, les principes actifs cardiotoniques de l'adonis vernalis dans la proportion même où ils se trouvent dans la plante. Cette préparation est spécialisée sous forme de gouttes et de granules : XXX gouttes ou 4 granules possèdent l'activité thérapeutique de 5 milligrammes de glucosides adonidiques. Les résultats cliniques obtenus ont confirmé l'expérimentation pharmacologique et physiologique et ont montré qu'avec les doses généralement utilisées, il ne risquait de se produire aucune intoxication, ni même aucune intolérance.

Les indications de l'adoverne sont nombreuses ; d'une façon générale, on peut l'employer avec de bons résultats dans tous les cas où la digitale est indiquée, c'est-à-dire quand il y a affaiblissement du cœur ; mais son indication spéciale sera un affaiblissement moyen du muscle cardiaque, sur lequel on pourra agir d'une façon continue sans inconvénient. On emploiera également l'adoverne dans les cas assez nombreux où la digitale est mal tolérée, chez les vieillards, en particulier dans les cas où son action s'est épuisée (myocardites, ou crainte d'intoxication par accumulation de la digitale).

Grâce à son action diurétique sur le rein, l'adoverne est indiqué dans les cas de rétention hydrique, d'œdèmes, de stases viscérales où il se montre en général supérieur à la digitale.

Son action eupnéique et sédative est utilisée dans certains accidents aigus d'insuffisance ventriculaire gauche, asthme cardiaque, œdème pulmonaire, quand l'ouabaïne est mal tolérée.

L'adoverne, ne s'accumulant pas dans l'organisme, est parfait pour les traitements de longue durée, chez certains hypertendus, lorsque l'hypertension n'est pas considérable : si ces malades présentent des œdèmes, on voit la tension baisser progressivement sous l'influence du médicament.

Enfin l'adoverne doit être administré dans les maladies infectieuses où le cœur risque de faiblir, pneumonie, broncho-pneumonie, lorsqu'une action aussi puissante que celle de la digitale n'est pas indispensable ou semble contre-indiquée.

Le bromure de sodium en thérapeutique (Dr D. L. Tibi, *Courrier médical*, Paris, 1930, n° 1).

Dans les affections excessivement nombreuses où les symptômes nerveux dominent la scène, le bromure de sodium, sous forme de sédobrol, rend les plus grands services, car il est toujours admirablement accepté par les malades les plus délicats, les vieillards, les femmes et même par les enfants, dans les si nombreux cas de pratique médicale, chirurgicale et stomatologique où il est indispensable de calmer le système nerveux hyperexcité. Au surplus, on sait que le sédobrol n'a pas sur le cœur l'action déprimante qui caractérise en général la médication bromurée ; il est infiniment moins toxique que le K Br, tout en ayant les mêmes effets sédatifs, et, point très important, il est toujours très bien toléré.

Décalcification alvéolo-dentaire, calcémie et recalcification (*Journal des praticiens*, 18 avril 1931).

M. M.-P. Weil insiste à nouveau sur la fixité du taux du calcium dans le sang malgré les besoins calciques de l'organisme relativement considérables chez le fœtus, l'enfant et l'adulte normal ainsi que durant la lactation, dixité même à peine modifiée au cours de l'inanition ou avec un régime hypercalcifiant.

C'est que le calcium, outre son rôle dans l'édification du squelette, intervient au premier chef dans toutes les fonctions vitales ? Aussi, au cas d'alimentation calcique si fréquemment insuffisante, l'*organisme fait-il au squelette*, qui renferme 99 % de son calcium, *les emprunts nécessaires.*

Or, il pourra arriver un moment où ceux-ci ne seront pas sans danger et donneront des troubles au niveau des os, du système articulaire et *très souvent au niveau des dents*, ainsi qu'en témoignent particulièrement la fréquence des caries dentaires au cours de la grossesse, de l'allaitement, de l'adolescence et l'importance des décalcifications alvéolo-dentaires dans les pyorrhées si tenaces.

En effet, *la decalcification organique n'est pas un mythe.* Elle est au contraire, une éventualité fréquente, comme l'ont démontré Vignes et Coisset pour la décalcification gravidique par la mesure du calcium total de l'organisme, et Sherman et Mac Leod pour la décalcification de la rate durant la lactation. Mais l'erreur a été d'en rechercher le reflet dans le sang qui s'oppose justement le plus à une pareille modification.

En présence d'un trouble du métabolisme calcique, il importe donc de rectifier l'alimentation insuffisante en calcium et de subvenir à la carence par une médication appropriée, la résorption du calcium minéral étant prouvée expérimentalement et cliniquement.

Les sels insolubles de calcium ne sauraient être conseillés, car ils ne sont résorbables que si le contenu intestinal est acide ; et d'autre part, la dispersion du sel calcique apparaît ici comme un facteur important, indispensable par l'assimilation.

Aussi est-il préférable de s'adresser aux *sels solubles de calcium.* Parmi ceux-ci, le *chlorure, si facile à faire absorber aujourd'hui*, est particulièrement recommandable et a une action manifeste (Mason, Matz) : *il représente le médicament de choix.* On l'utilisera à doses assez fortes par séries continues systématiquement et longtemps répétées.

« La gale du chien n'est pas la seule que l'homme puisse contracter. Il peut aussi s'infecter avec les sarcoptes du mouton, de la chèvre, du dromadaire, du cochon, du cheval, et surtout du chat. J'ai vu pour ma part deux cas de gale du chat chez deux femmes... » (Dr Clément-Simon : La gale du chat et la gale du chien sont-elles transmissibles à l'homme ? *Bulletin médical*, 16 mai 1931.)


DIASTO-PEPSINE RICHEPIN
PEPSINE PANCRÉATINE DIASTASE
DIGÈRENT TOUT
Viandes, Légumes, Féculents & Corps gras
REPOSE LE FOIE & L'INTESTIN
2 ou 3 pilules après le repas
ou un verre d'Elixir très agréable après le repas
H.G.
Activé par le Foie
VOIE RECTALE
Aucun inconvénient d'âge ou de sexe
Enfants, Adultes, Nourrissons, Femmes enceintes
HEREDO
SUPPARGYRES du Dr FAUCHER
ACTION SÛRE, DISCRÈTE
ABSORPTION RAPIDE
JAMAIS D'INTOLÉRANCE
OU TROUBLES
QUELCONQUES
Toutes les faiblesses
NERVOCITHINE TISSOT
SIROP - DRAGÉES - AMPOULES
NUCLEINATE DE Fer Manganese
et Arsenic organique
Fluor
1 ou 2 ampoules par jour
1 ou 2 dragées ou
cuillerées de sirop.
ESTOMAC NET - INTESTIN NET
FORME LA PLUS PARFAITE ET LA PLUS ACTIVE DU CHARBON
GRAINS ANISÉS DE
CHARBON TISSOT
Absorbent - Divisent - Expulsent
AGISSENT
par leur forme
leur volume
et le Gluten
mucogène
RÉALISENT
le véritable
et continuel
rajeunissement
de l'intestin.
ABSORPTION CUTANÉE
Rhumes - Bronchites - Grippes, etc.
BRONCHODERMINE
La peau est l'agent d'absorption le plus rapide
GAÏACOL - HÉLÉNINE - TERPINOL - EUCALYPTOL
POUR TOUS LES ÂGES
Absorption et assimilation rapides
PANUROL TISSOT
CONTIENT TOUS LES
SOLVANTS
des sels uriques
et uratiques
Aide et Soutient
LE REIN
dans sa double fonction:
FILTRE & GLANDE
2 à 3 cuillerées par jour.
Le Carnox
est le meilleur Vin de VIANDE.
Laboratoires du Docteur TISSOT 34, Boulevard de Clichy, PARIS

Echos et Glanures

L'éducation sexuelle et l'église. — *Du Dr Pierre Vachet dans la* Revue de Psychothérapie et de Psychologie appliquée (avril 1931).

« La presse nous annonce : « Une décision de la congrégation du Saint-Office vient de condamner formellement la méthode appelée : « Education sexuelle et initiation sexuelle », et, ajoute le décret, tout ce qui a été publié sur cette méthode, spécialement ces derniers temps, même par des écrivains catholiques. En même temps est aussi nommément réprouvée la théorie dite « Eugénisme » que l'on tient pour fausse et condamnée par la récente encyclique sur le mariage chrétien. Ces sentences ont été aussitôt confirmées par le pape ».

Cette obstination à vouloir ignorer la nature et ses besoins et à s'en tenir à une éducatiom hypocrite est dangereuse. Elle a plongé dans la consternation et la stupeur un grand nombre de parents, même parmi les chrétiens convaincus, parce qu'ils ont senti qu'elle était inapplicable dans la vie actuelle.

Cette condamnation sans recours du pape, par une encyclique du 31 décembre 1930 a d'autant plus lieu de surprendre que le dernier congrès du mariage chrétien qui s'est tenu il y a quelques années sous la présidence du cardinal Dubois et de Monseigneur Chaptal avait envisagé la question avec beaucoup plus de largeur de vues et que le principe de commencer l'éducation de l'enfant dès le premier âge, en vue de réprimer ses mauvais instincts, de former son caractère et de créer chez lui de bonnes habitudes avait été admis par tous les pieux assistants, et plus particulièrement par l'abbé Violet... »

« ... La mesure papale constitue donc, à mon avis, une erreur redoutable, dont les conséquences peuvent être particulièrement funestes, et c'est pourquoi je pense qu'il est du devoir d'un médecin psychologue qui s'est penché sur toutes les souffrances nées de cette inquiétude, de protester au nom du bon sens et de la vraie morale... »

Les sommes payées par le médecin pour contracter des assurances sur la vie et contre les accidents doivent-elles être admises en déduction des recettes ?

11743. — M. Edmond Moncelle demande à M. le ministre du budget : 1° si les contrôleurs des contributions directes doivent admettre en déduction des recettes, pour le calcul des impôts, les sommes payées par les médecins pour contracter des assurances sur la vie et des assurances contre les accidents ; 2° jusqu'à quel taux cette déduction peut-être faite. (*Question du 11 février* 1931).

Réponse. — 1° et 2° Pour l'établissement de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales dû par les médecins les primes d'assurances sur la vie peuvent être considérées comme tenant lieu de versements pour la constitution d'une retraite et admises en déduction des recettes brutes de ces praticiens à la double condition : 1° que le montant des primes annuelles n'excède pas la somme que les intéressés verseraient normalement en égard au chiffre de leurs bénéfices pour s'assurer une retraite ; 2° qu'à la déduction de ces primes ne vienne pas se superposer une seconde déduction de sommes destinées à la constitution d une pension ou d'une retraite. Aucune disposition légale ou réglementaire ne fixe le maximum des sommes susceptibles d'être déduites à ce titre, il convient seulement que les versements conservent le caractère de dépenses de prévoyance proportionnées à l'importance des revenus professionnels des intéressés. Quant aux primes d'assurances contre les accidents, elles sont également déductibles des recettes brutes dans la mesure où leur versement peut être considéré comme une dépense nécessitée par l'exercice de la profession. (*J. O.*, 6 mai 1931).

11857. — M. Taton-Vassal demande à M. le ministre du budget si un médecin est, en principe, fondé à comprendre dans ses dépenses professionnelles, déduites de ses recettes pour obtenir le bénéfice imposable à l'impôt cédulaire, le prix d'œuvres d'art qu'il achète et dont il orne son cabinet de consultations (*Question du 17 février* 1931).

Réponse. — Réponse négative, l'achat d'œuvres d'art ne pouvant être considéré comme nécessité par l'exercice de la profession médicale. (*J. O.*, 6 mai 1931).

Les assurés sociaux bénéficiant de l'assistance médicale gratuite ont-ils le libre choix du médecin ?

11278. — M. Maurice Tailliandier demande à M. le ministre du travail : 1° si un cotisant hospitalisé peut être privé du libre choix de son médecin assuré par la loi du fait qu'il appartient à l'assistance médicale gratuite ; 2° si un médecin non attitré de l'assistance médicale gratuite peut donner ses soins aux inscrits à l'assistance médicale gratuite et recevoir de la collectivité les honoraires prévus pour cette catégorie d'assurés (tarif accidents du travail) sans qu'on puisse, d'autre part, lui objecter qu'il deviendra ainsi médecin attitré de l'assistance médicale gratuite, c'est-à-dire se trouvera désormais obligé de donner ees soins indistinctement à tous les inscrits de l assistance gratuite, assurés ou non, en un mot obligé de devenir, en quelque sorte, médecin fonctionnaire ; 3° si un assuré social inscrit à l'assistance médicale gratuite, peut recourir aux soins d'un médecin désirant rester totalement indépendant de l'assistance médicale gratuite et qu'il payera lui-même directement, comme tout assuré, en recevant de sa caisse le tarif habituel de responsabilité, mais recourir, cependant, à l'assistance médicale gratuite pour la délivrance gratuite des médicaments prescrits, étant entendu que la rédaction des ordonnances ne contrevient point aux dispositions réglementaires habituelles de l'assistance médicale gratuite. (*Question du 15 janvier 1931*).

Réponse. — La question de savoir si un assuré bénéficiant de l'assistance médicale gratuite doit être soumis au régime médical de l'assistance ou au régime médical de l'assurance — ees deux régimes étant différents notamment sur la question du libre choix du médecin, mais également sur d'autres points — est actuellement à l'étude. Elle a été examinée par une commission interministérielle, et les difficultés d'interprétation et d'application de l'article 59 de la loi sur les assurances sociales vont être résolues par un projet de loi qui sera incessamment déposé (*J. O.*, 6 mai 1931).

La respiration dans la philosophie hindoue. — *Extrait d'un article du Dr Tartarin-Malachowski paru dans la* Revue de Psychothérapie et de psychologie appliquée (avril 1931) :

« ... Les peuples de nature ont si bien compris la valeur de l'acte respiratoire qu'ils l'ont entouré d'une vénération particulière et considéré presque comme divin

Les livres saints des Hindous, les *Upanishades*, mettent la respiration à l'égal du « Brahman », qui est la conception de l'« Etre suprême ». Le même mot « atman » signifie en même temps l' « âme », et la « respiration » qui est la marque pour la vie de l'homme.

Ce respect religieux de l'acte vital a conduit les hindous à une vraie dévotion, leur technique tient du livre de prières, d'ailleurs, ce sont des maîtres en la matière.

L'exotisme est à la mode : les intellectuels de tous pays s'empressent auprès d'un homme admirable, *Rabindrahat Tagore*, pour connaître de lui l'harmonie du sentiment oriental du monde. Mais nous-mêmes, médecins, aurions beaucoup à apprendre de ceux qui ont étudié les secrets de la « *yoga* ». Les « *yogis* » ne doivent pas être confondus avec les fakirs, jongleurs et mendiants qu'on rencontre sur les routes de l'Inde et dans

les faubourgs des grandes villes, sales, émaciés, fanatiques aussi bien qu'ignorants. Les « *yogis* » sont des sages qui ont approfondi la *science de la respiration*.

Les Upanishades racontent la dispute entre la *souffle respiratoire* et les autres organes des sens et célèbrent la victoire qu'il a remportée sur eux tous. Car tous peuvent manquer sans que l'homme meure ; mais avec le souffle qui manque, c'est aussi la vie qui finit.

Les *sens* allèrent un jour trouver le père Prajapati et lui dirent : « O Saint ! quel est le meilleur d'entre nous ? »

Prajapati répondit : « Celui-là dont le corps paraît le plus mal supporter l'absence, celui là est le meilleur d'entre vous. »

Alors la *Voix* s'en alla du corps ; elle resta tout un an absente, revint et dit : « Comment avez-vous pu vivre sans moi ? »

— « Comme les muets, sans parler ; mais, en respirant par le « souffle, en voyant avec l'œil, en entendant avec l'oreille, en « comprenant avec l'intelligence. »

Alors la *Voix* revint dans le corps et ce fut la *Vue* qui partit. Elle resta tout un an absente, puis revint et dit : « Comment « avez-vous pu vivre sans moi ? » — « Mais comme les aveugles « sans voir, en respirant par le souffle, en parlant avec la voix, « en pensant avec l'intelligence ». La *Vue* rentra de nouveau dans le corps. De la même façon, l'*Ouïe* et l'*Intelligence*, partirent puis revinrent, le corps s'en était passé et vivait toujours.

A son tour, le *Souffle* voulut partir. Comme un cheval de sang pour se dégager arrache d'un coup les piquets de son entrave, le *Souffle* arracha tous les autres sens en même temps. Alors les autres, pleins de frayeur, lui dirent : O Saint ! tu es bien certainement le meilleur d'entre nous, mais ne t'en va pas !... »

Ainsi dans la philosophie hindoue, le souffle, la respiration est exaltée comme le siège et le principe de la vie et placée au-dessus de toutes choses. Le grand hymne de l'*Atharvaneda* lui est dédié et célèbre le *Souffle de la Vie* comme le *Maître de tout*, c'est sur lui que tout repose. »

La propagande malthusienne en Allemagne. — *De M. Claude Jeantet dans* Je suis partout (2 mai 1931).

« ... Les milieux catholiques, ainsi qu'en témoignent les articles de la *Germania*, comme les protestants de droite, commencent à s'impatienter de la campagne bruyante menée sur tous les fronts — film, presse, théâtre — contre l'article 218 réprimant l'avortement et la propagande malthusienne. Sous le prétexte « d'*indications médicales*, puis « d'*indications sociales* », on en arrive à réclamer la liberté totale d'intervention et la suppression de l'article en question, qui a été déjà adouci en 1926.

Les manifestations de protestation qui ont lieu partout depuis plusieurs semaines contre les poursuites dont sont l'objet le docteur Wolff et son imitatrice la doctoresse Kienle, apôtres de l'avortement par la parole, la littérature... et la pratique, ont suscité, en se multipliant, la création d'innombrables ligues contre l'article 218. Le parti radical démocratique prétend même organiser un referendum à ce sujet, tandis que les milieux démocrates et libéraux, comme en témoignent les articles de la *Frankfurter Zeitung* ou du *Berliner Tageblatt*, se laissent pénétrer par cette propagande. Des littérateurs et des gens de théâtre y souscrivent aussi par une sorte de « *bolchevisme de salon* ». comme le remarque la *Germania*. Quant au peuple, il est facilement atteint par une propagande démagogique qui prêche la suppression d'une barrière comme il le serait par celle qui prétendrait abolir un impôt.

L'idée de la liberté relative ou absolue d'avortement fait d'autant plus facilement son chemin dans le Reich que le chômage y a sévi plus durement et y sévit encore. La rationalisation à outrance des métiers et des industries, la surproduction et la concurrence font admettre peu à peu un malthusianisme de fait que les théories d'extrême-gauche communiste comme celles du libéralisme radical prêchent ouvertement... »

A propos du procès de Dusseldorf. — *Du Dr Crinon, dans* l'Informateur Médical (3 mai 1931).

« ... Aussi quelle pernicieuse influence exercent ces journaux sur les foules qui s'y délectent ! C'est la leçon qu'il faut retenir du procès de Dusseldorf, celle d'ailleurs que le vampire a exposée lui-même, dans la harangue faite à la foule et aux journalistes du haut de son boxc. On fait la guerre aux journaux qui donnent des photographies de nudités féminines. C'est mobiliser les pompiers pour un feu de cheminée, tandis qu'on laisse flamber l'édifice tout proche. Que sont les photographies de femmes trop dévoilées à côté des spectacles cruels décrits avec complaisance dans les journaux distribués aux foules ? Les premiers éveilleront peut-être les sens précoces des jeunes gens, d'ailleurs instruits par ailleurs, et le dommage social ne sera pas de ce fait considérable. Tandis que les autres, qui ont la force de la propagande par l'exemple, susciteront maints gestes homicides. Et, à tout prendre, j'aime encore mieux la lascivité que le meurtre ; je préfère l'embarquement pour Cythère à l'initiation au crime. »

La production mondiale de radium. — Il est intéressant d'avoir une idée de la quantité de radium et de sels de radium produite à ce jour. Joachimstal, en Bohême, a fourni environ 23 grammes. La production européenne, non comprise celle de Joachimstal, était de l'ordre de 60 grammes en 1923. Jusqu'à cette date les Américains ont extrait environ 100 grammes, ce qui accuse, à cette époque, 180 grammes de sel et de métal.

Actuellement, l'usine d'Oolen, de l'Union minière du Haut-Katanga, en Afrique, possède le monopole et extrait la presque totalité du radium produit dans le monde ; de 20 grammes en 1926, sa production est passée à 30 en 1927, à 40 en 1928 et 48 en 1929. Elle ne s'arrêtera probablement pas là, par suite des dispositions prises pour faire face à une plus grande demande. On peut estimer à 150 grammes de radium la production de l'Union minière depuis 1923.

Au total, la production mondiale actuelle est de l'ordre de 300 grammes de radium, sur lesquels la moitié est possédée par les Etats-Unis. (*Travail*, de Genève.)

Les suicides en Allemagne. — Les statistiques du Reich montrent qu'en 1928, 16.036 personnes se sont suicidées en Allemagne ce qui représente une moyenne de 44 suicides par jour.

Parmi les personnes qui se sont donné volontairement la mort, on compte 12.239 hommes et 3.797 femmes.

Le nombre des suicides en Allemagne a donc été de 39 par 100.000 habitants, tandis qu'en France, il est de 16 et de 12 seulement en Angleterre.

« Quel serait le chirurgien qui, à l'heure actuelle, accepterait volontiers de pratiquer une intervention de chirurgie esthétique sur un magistrat ? » (Professeur CHAVIGNY, *Siècle médical*, 14 mai 1931.)

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE. — R. C. C. 4264 *Le Gérant :* A. ROUZAUD

FONDÉ EN 1873 — N° 24 LE NUMÉRO : 50 Centimes 13 JUIN 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS (V^e)
C. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger (1re zone)	70 fr.
Etranger (2e zone)	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance Publique à Paris. — *Deux concours de nomination de médecin des hôpitaux.* — Séance du 29 mai. Epreuve clinique :

Ont obtenu, MM. : Chevalley, 19 ; Azerad, 19,72 ; Schulmann, 20 ; Hillemand, 19 ; Rachet, 18,18.

— Séance du 31 mai. Epreuve clinique :

Ont obtenu, MM. Pichon, 20 ; Lambling, 19 ; Bariety, 19,09 ; Ravina, 20.

— Séance du 2 juin 1931. Epreuve clinique : MM. Pichon, 20 ; Azerad, 20 ; Ravina, 20 ; Chevalley, 20 ; Schulmann, 20.

Sont proposés à la nomination de M. le Directeur général de l'administration pour occuper les trois places mises au Concours : MM. Schulmann, 40 points ; Pichon, 40 points ; Ravina, 40 points.

— *Concours d'accoucheur des hôpitaux.* — Liste des candidats MM. Digonnet, Laennec, Lantuejoul, De Peretti, Seguy, Sureau, Suzor.

— Séance du 2 juin. Epreuve écrite anonyme d'anatomie et de physiologie.

Questions : Anatomie du cordon ombilical ; physiologie de la circulation du fœtus à terme.

Faculté de Médecine. — *Thèses.* — 9 juin . — M. Beitz. Les conceptions récentes sur la mort par inhibition. — M. Falguière. Etude de la rate dans la lymphogranulomatose maligne, formes à prédominance splénomégalique. — M. Profichet. Identification des os en médecine légale. — M. Baron. De la conservation ovarienne dans les hystérectomies et ses résultats. — M. Goutallien. Etude des métrorragies après la ménopause sous la dépendance des lésions annexielles. — M. Quelmar. La maladie de Zohn.

10 juin. — M. Delavelle. Sur un cas de cylindrome de l'épiglotte. — M. Logeat. La rate, organe réservoir. — Mlle de Larnage. L'antivirusthérapie en gynécologie. — M. Barrault. De l'actinon du cidre chez les lithiasiques urinaires. — M. Wal. Etude de l'insuffisance pulmonaire au cours du rétrécissement mitral.

11 juin. — M. Lévêque. Traitement des anémies de la tuberculose par une opothérapie pluriglandulaire. — M. Brosse. Le syndrome périphérique de l'insuffisance aortique. — M. Trumel. Etude de la tuberculose du pancréas.

Thèse vétérinaire. — M. Barri. Emploi de l'érésine dans le traitement de l'obstruction œsophagienne chez les bovins.

13 juin. — MM. Augenstreich. Des effets thérapeutiques de la pilocarpine dans l'hypertension artérielle et dans l'encéphalite parkinsonnienne. — M. Gérard. Etude de la grippe cardiaque. Mlle de Peretti della Rocca. De la syncope au cours des hémorragies et des anesthésies. — M. Rivoire. Le syndrome des cardiaques chez les gazés de guerre. — M. Landry. Diagnostic des tuberculoses pulmonaires lorsque la bacilloscopie des expectorations reste négative. — Demahis. Sur un type clinique d'affection congénitale caractérisée par une double paralysie faciale, et du moteur oculaire externe.

Faculté de Bordeaux. — M. Auché, ancien professeur d'hygiène à la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, est nommé professeur honoraire de ladite Faculté.

Faculté de Lille. — M. Charmeil, professeur de la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé professeur honoraire de ladite Faculté.

Faculté de Lyon. — La chaire de matière médicale et botanique de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon est déclarée vacante.

Faculté de Montpellier. — M. Massabuau, professeur de clinique chirurgicale et infantile à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier, est nommé, à compter du 1er octobre 1931, professeur de clinique chirurgicale à ladite Faculté (dernier titulaire de la chaire : M. Forgue).

M. Riche, professeur de clinique gynécologique à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier, est nommé, à compter du 1er octobre 1931, professeur de clinique chirurgicale (dernier titulaire de la chaire : M. Estor).

Faculté de Nancy. –La chaire d'histoire naturelle de la Faculté de médecine de l'Université de Nancy (dernier titulaire : M. Vuillemin) est transformée en chaire de bactériologie.

M. Lavergne, agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, est nommé, à compter du 1er octobre 1931, professeur de bactériologie à ladite faculté.

Mon voyage. Société de voyages internationaux (9, rue de la Michodière, Paris, 2e. Téléphone, Louvre 08-90). — *Voyage Médical aux villes d'eaux tchécoslovaques en autocar.* — *Premier départ* : 19 juillet 1931 ; *Deuxième départ* : 23 août 1931.

Premier jour : Départ de Strasbourg le matin à 7 heures. Après avoir traversé le Rhin et la Forêt Noire, visite de Baden-Baden, la ville d'eau réputée. Ensuite, par la Suisse franconienne à la ville d'eau Hall.

Deuxième jour : Le matin, visite de la ville romanesque et moyennageuse de Rothenbourg, le célèbre cloître Heilsbronn, et séjour à Nuremberg.

Troisième jour : Visite de Bayreuth, la fameuse ville de Richard Wagner et ensuite, par la Forêt de la Bohême à Cheb (Eger) célèbre ville de Wallenstein.

Quatrième jour : Visite de Francensbad : 17 sources d'eau minérale différentes. Après déjeuner, visite de Marienbad, ville d'eau dans un cadre merveilleux de forêts et de parcs.

Cinquième jour : Visite de Carlsbad, la reine des stations thermales tchécoslovaques, et des bains radio-actifs de Jachimov (Joachimstal).

Sixième jour : Suite du voyage à Prague, capitale de la République tchécoslovaque. Visite de la ville : quartier aristocratique, Château Hradéany avec le Dôme de St-Guy, vieille Mairie, vieux cimetière juif.

Septième jour : Séjour à Prague et après le déjeuner suite du voyage pour arriver le soir à Vienne.

Huitième jour : Visite de Vienne : Château impérial, Crypte des Capucins (tombeau de l'Aiglon), Château et parc de Schoënbrunn.

Neuvième jour : Par bateau sur le Danube à Budapest. Arrivée le soir.

Dixième jour : Budapest. Visite de la ville et des installations balnéaires.

Onzième jour : Le matin par train retour à Vienne et suite du voyage en autocar par les Alpes autrichiennes à Mariazell (Le Lourdes autrichien).

Douzième jour : Dans les Alpes, visite d'Aussee-les-Bains, Ischl-les-Bains, Hallstadt, Salsbourg par la route des lacs de Wolfgang et Fuschl.

Treizième jour : Séjour et visite de Salsbourg. Après-midi vers Munich par les Alpes Bavaroises le long du célèbre lac Chiemsee.

Quatorzième jour : Séjour et visite de Munich.
Quinzième jour : Par Augsbourg et le bassin du Danube à Ulm et ensuite par la vallée du Neckar à Turbingen.
Seizième jour : Par le sud de la Forêt Noire, retour à Strasbourg.

Prix : 3.600 fr. par personne, de Strasbourg à Strasbourg. Très bons hôtels, repas (sans boisson), visites, entrées, taxes, guides, interprètes.
Nombre de places strictement limité. Prière se faire inscrire incessamment.

Hôpital Necker-Enfants-Malades. — MM. J.-M. Le Mée, André Bloch, M. Bouchet, laryngologistes des hôpitaux de Paris, avec M. Weill-Hallé, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades et M. G. Canuyt, professeur d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de Strasbourg, feront les 15, 16, et 17 juin, à l'hôpital Necker-Enfants-Malades (Pavillon George et Florence Blumenthal), une série de conférences et démonstrations opératoires sur la Chirurgie de l'Amygdale

Historique de la chirurgie de l'amygdale suivant la conception de son rôle pathologique. — Contre indications et indications cliniques, bactériologiques et expérimentales vues par le laryngologiste. Le test amygdalien . — Contre indications et indications vues par le médecin. — Préparation de l'intervention. L'opéré. Le matériel opératoire . L'anesthésie. — Méthodes de Ruanlt, de Taptas, de Sluder et de Braun, de la Force et de Popper, de J. Beck, de Vacher, de Jacques. La méthode diathermique. La méthode par dissection : technique française, techniques de Coakley, de Fowler. — Valeur comparée des différentes méthodes. Les soins post-opératoires et les résultats éloignés. — Les complications. Traitement des hémorragies. — L'amygdalectomie à chaud dans les suppurations de la région amygdalienne ; technique.

Les conférences auront lieu l'après-midi de 4 heures à 6 heures. Les démonstrations opératoires et instrumentales le matin de 10 heures à midi.

Les explications seront fournies indifféremment en français, en anglais, en allemand et en italien. Droits d'inscription : 300 francs.

Ecrire au Dr Magdelaine, assistant du service, hôpital Necker-Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, Paris.

Voyages médicaux internationaux dans les Alpes, les Cévennes et les Pyrénées. — La Société médicale du littoral méditerranéen, dont on connaît déjà les beaux voyages de Noel et de Pâques, a créé, depuis trois ans, sur la demande de ses correspondants, et avec la collaboration de la Fédération médicale, thermale et climatique pyrénéenne, des voyages d'été et d'automne, qui ont rencontré la même faveur que les voyages d'hiver et de printemps. Ces voyages sont tous, d'ailleurs, organisés avec la même technique, le même confort et les mêmes avantages moraux et matériels.

Voici les deux programmes présentés pour juillet et septembre 1931 :

Voyages dans les Alpes (1er au 12 juillet), sous le patronage de la Faculté de médecine de Lyon et la direction scientifique du Prof. Piéry (climatologie et hydrologie), et du Prof. agr. Thévenot (histoire médicale et pathologie générale). Concentration à l'Ecole de médecine de Grenoble. Visite de Villard de Lans et du Vercors, le Château de Vizille, l'Oisans, le Lautaret, le Galibier, la Maurienne et Allevard. Uriage, la Chartreuse, Challes. Le Mont-Revard, Aix-les-Bains et le lac du Bourget, Marlioz. Annecy et son lac, Moutiers, Salins et Brides. La Tarentaise : Combloux, Le Fayet St. Gervais, Chamonix, le Mont-Blanc, le Montanvers et l'Aiguille du Midi. Les sanatoria d'Assy et de Passy. Thonon, Amphion, Evian, le lac de Genève. Excursions facultatives en Suisse.

Voyage Cévennes-Pyrénées (28 août au 9 septembre), sous le patronage de la Faculté de médecine de Montpelier et la direc-

tion scientifique des Prof. DELMAS (histoire médicale et pathologie générale) et GIRAUD (climatologie et hydrologie). Concentration à la Faculté de Montpellier (du Xe siècle). Palavas et la Méditerranée, Maguelone et Aigues-Mortes (cités médiévales). La source Périer. Nîmes et ses monuments romains : les Arènes, le Temple de Diane, la Maison carrée, le pont du Gard. Les Cévennes : l'Aigoual, les Gorges du Tarn et La Malou. La Cité de Carcassonne et la Montagne noire, Usson-les-Bains. Les Pyrénées, la Cerdagne, Font-Romeu, le sanatorium des Escaldes, Ax-les-Thermes, Audinac. St. Bertrand-de-Comminges et Superbagnères, Luchon Reine des Pyrénées. Excursions facultatives à Lourdes et à Gavarnie.

Ces deux voyages permettront de visiter, sans fatigue, avec le minimum de temps et de dépenses, les plus belles parties des Alpes, des Cévennes et des Pyrénées. On y verra presque tous les Sites de ces Régions célèbres, qui ont retenu si souvent l'attention des écrivains, des peintres, des géographes, des géologues et des médecins.

Ces voyages sont destinés aux médecins et à leur famille. Les adhérents recevront un permis de parcours à demi-tarif, valable pendant un mois, sur les réseaux des Chemins de fer-français. La cotisation est fixe et forfaitaire, c'est-à-dire qu'elle comprend toutes les dépenses (même les pourboires), depuis la concentration jusqu'à la dissociation. Le nombre des places est limité. Le prix de cette cotisation n'est pas encore définitivement fixé ; mais il sera d'environ 1.800 francs. Les séjours et les transports seront de la meilleure catégorie, c'est-à-dire, très confortables et même luxueux. Pour les renseignements complémentaires et les conditions d'inscription, écrire, dès à présent, au secrétariat de la Société médicale du littoral, à Nice, 24, rue Verdi.

Institut prophylactique. — Une série de conférences sur la Pratique des séro-floculations dans la syphilis et la tuberculose et la technique des micro-dosages chimiques avec exercices individuels aux laboratoires et applications de la méthode syphilimétrique au dispensaire, sera faite du jeudi 25 juin au mercredi 8 juillet inclus, sous la direction du Docteur Arthur VERNES, avec la collaboration des Dr P. UFFOLTZ, MACHTOU, R. BRICQ, H. CHAUFFARD, Gustave MARTIN, LHUERRE, Marcel LÉGER.

Tous les jours de 9 à 12 et de 14 à 18 heures.

Ces conférences et exercices s'adressent aux médecins, aux pharmaciens, aux sérologistes en général , aux étudiants en fin d'études.

Aucun droit d'inscription n'est requis. Le nombre des auditeurs sera limité à 20. Adresser les demandes au Dr Marcel LÉGER, Institut prophylactique, 36, rue d'Assas, Paris VIe, qui enverra le programme détaillé.

Nécrologie. — Dr ALES. — Dr ARBAUD, ancien médecin de la Compagnie du Canal de Suez. — Dr Eugène BAUDE, de Douai, où il exerçait depuis plus de cinquante ans, décédé à l'âge de 78 ans. — Dr Eugène BODIN, professeur à l'école de médecine de Rennes. — Dr Gaston BOSC, ancien médecin chef de l'hospice général, décédé à l'âge de 54 ans. — Dr BRULANT, ancien médecin chef des mines de Lens, décédé à Lille. Dr COURCELLE, d'Oran. — Dr Jules POREAUX, de Saint-Quentin, où il exerçait la médecine depuis plus de 40 ans. — Dr SARRAZIN, de Sarlat (Dordogne) ancien député de la Dordogne, de 1894 à 1919. — Dr Etienne SMEESSTERS, chef de service de radiologie et d'orthopédie à l'Institut chirurgical du square Marie-Louise à Bruxelles. — Dr Louis HANNOT, de Bruxelles. — Dr GOLOVINE, professeur d'ophtalmologie à l'Université de Moscou, membre perpétuel de la Société française d'ophtalmologie.



TRAVAUX ORIGINAUX

Leçon sur l'hydramnios et l'oligoamnios

Par **Henri VIGNES**,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Accoucheur de l'hôpital de la Charité.

Hydramnios

Sous le nom d'hydramnios, on décrit l'augmentation du liquide amniotique. — *Il est difficile de dire quand l'hydramnios commence* ; à terme, la quantité normale de liquide amniotique est de cinq cents grammes, mais il ne s'agit là que d'une moyenne et des chiffres plus élevés ne sont pas rares dans des cas normaux. Aussi faut-il parler d'hydramnios seulement à partir d'un litre. On trouve quelquefois trois ou quatre litres et, très rarement, plus (1).

L'hydramnios est *fréquent* dans ses degrés faibles (un peu d'hydramnios est presque de règle chez les multipares). *assez fréquent* dans ses degrés moyens et *rare* dans ses degrés accentués, où le tableau clinique est inquiétant.

* * *

Le plus habituellement, l'hydramnios est une affection chronique.

Dans la plupart des cas, l'excès de liquide ne détermine que peu ou pas de gêne et il est découvert parce qu'on a procédé à un examen méthodique. — *La hauteur utérine est plus grande qu'elle ne devrait l'être*, si on calcule l'âge de la gestation, d'après la date des dernières règles : par exemple, au 6e ou 7e mois, la hauteur utérine sera de 32 centimètres, hauteur d'un utérus normal au voisinage du terme. La circonférence abdominale est augmentée : il sera bon de la mesurer, car ses variations permettront mieux encore que celles de la hauteur utérine, de suivre l'évolution ultérieure de l'hydramnios.

Mais ce n'est pas tout : *la tension intra-utérine est augmentée* :

1° l'utérus est dur ;

2° il est difficile d'en palper le contenu : les pôles se reconnaissent mal, le dos très mal et on ne trouve jamais l'épaule ; le ballottement, par contre, est facilement perçu sauf dans les cas de grand excès de liquide ;

3° l'utérus est fluctuant ; la main d'un aide étant mise à plat sur la ligne médiane, une chiquenaude donnée sur le flanc se transmet au côté opposé ;

4° l'auscultation est difficile : aussi, ne faut-il pas conclure à la mort du fœtus (d'ailleurs fréquente) parce qu'on n'entend pas les B. D. C. ;

5° au toucher, le segment inférieur est tendu et le col est souvent déhiscent ;

6° les deux cornes utérines sont distendues et séparées par un faisceau tendu de fibres longitudinales.

Le fœtus est souvent mal accommodé. Il n'est pas engagé : l'hydramnios est une cause très fréquente de non engagement au même titre que l'insertion basse du placenta et que les viciations pelviennes. Le fœtus nage dans le liquide, il ballotte, et, n'étant pas pelotonné, il a ses membres étendus « en grenouille » : non seulement la tête ballotte, mais les membres.

(1) BALARD (*Leçons du cours de perfectionnement des sages-femmes*, 1928, A. Mollat, édit., p. 29) rapporte un cas personnel avec 11 litres de liquide et cite un cas de Küstner avec 15 litres.

Dans quelques cas, l'importance de l'hydramnios est plus grande et les symptômes sont plus accentués. — Un œuf trop gros et trop rapidement grossissant détermine des symptômes de compression : il peut y avoir des *douleurs* aux reins, au ventre, aux aines, douleurs dont le caractère varie depuis la pesanteur jusqu'à la douleur vraie ou à la douleur névralgiforme ; il peut y avoir des *œdèmes* localisés aux membres inférieurs ou gagnant l'abdomen : il peut y avoir de la *gêne respiratoire* : il peut y avoir de l'*oligurie* et de *l'albuminurie*. Ces symptômes peuvent être causés par l'hydramnios à lui seul ; cependant il est de bonne clinique d'éliminer au préalable toutes les affections qui sont susceptibles de les déterminer avant de s'en tenir à l'explication que fournit un utérus plus gros que la normale.

L'hydramnios peut évoluer de diverses façons : tantôt il persiste en augmentant régulièrement mais discrètement ; tantôt il évolue en une poussée et il disparaît (à 7 mois, il y en a, — plus tard, il n'y en a plus) ; tantôt il provoque des contractions utérines et on observe une interruption prématurée de la gestation ou une menace d'interruption.

* * *

Dans des cas très rares, la production de liquide est considérable et les symptômes deviennent très vite alarmants : on dit qu'il y a hydramnios aigu : ceci s'observe, habituellement, vers le 4e ou 5e mois. L'hydramnios progresse rapidement. L'abdomen devient très volumineux. Il existe des phénomènes intenses de compression, et en particulier des douleurs vives ; de l'hyposystolie ou de l'asystolie peuvent apparaître : la femme vomit ; elle s'amaigrit.

Exceptionnellement la mort peut survenir : plus souvent la gestation est interrompue, par avortement ou accouchement prématuré ; plus rarement, les phénomènes se calment et l'hydramnios passe à la chronicité. Cet hydramnios aigu est très souvent lié à une gestation gémellaire (1).

* * *

L'accouchement est normal dans les formes modérées, mais il marche mal si l'hydramnios est accentué.

1° Tant que la poche des eaux n'est pas rompue — spontanément ou artificiellement — l'utérus reste en état de tension et ne peut se reposer dans l'intervalle des contraction ; la poche des eaux est tendue (2) : elle attaque le col brutalement et *la dilatation se fait mal.*

2° Quand la poche des eaux se rompt, *le fœtus mal accommodé peut être surpris dans une mauvaise présentation ou une mauvaise attitude et, de ce fait, il se présentera par l'épaule ou par le siège* : puisqu'il nageait librement dans le liquide, il va tendre à engager la partie, quelle qu'elle soit, qui était en rapport avec l'aire du détroit supérieur.

3° Enfin le flot de liquide amniotique peut, en s'écoulant, entraîner le cordon devant la présentation : *procidence du cordon*.

4° Après la délivrance, les classiques notent que les hémorragies sont fréquentes, par le fait d'une déplétion trop brusque de l'utérus.

* * *

Le diagnostic se fait facilement, d'ordinaire, par l'augmentation du volume utérin et par la tension permanente de l'utérus.

Le principal diagnostic différentiel est celui du gros œuf

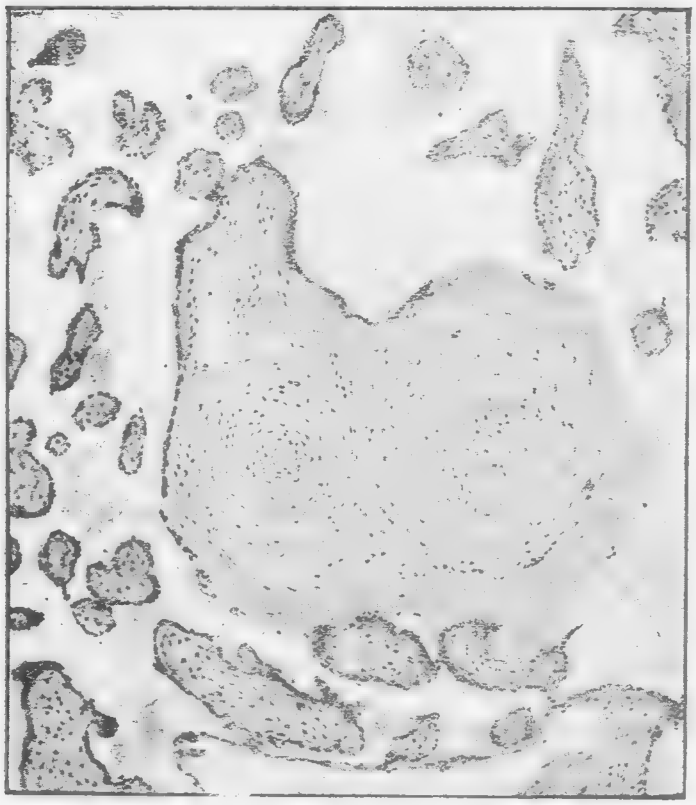
(1) Quelquefois, dans les gémellaires, la poussée hydramniotique cesse quand le fœtus de l'œuf hydramniotique succombe.

(2) On a signalé des cas d'utérus tendu avec poche des eaux peu tendue : il s'agit alors de gestation gémellaire avec hydramnios de l'œuf supérieur.

(Pinard) : gros fœtus, gros placenta, trop de liquide. Il n'y a que de la fluctuation, pas de ballottement.

Dans la gestation gémellaire, l'utérus est volumineux, il y a des signes de compression, la tension intra-utérine est augmentée. Mais l'utérus est augmenté surtout dans son diamètre transversal ; il n'y a pas de ballottement exagéré ; à la palpation, on peut sentir 3 ou même 4 pôles. La difficulté du diagnostic tient surtout à la coexistence fréquente de la gestation gémellaire avec l'hydramnios d'un des deux œufs. Je ne saurais trop recommander d'avoir recours à l'examen radiographique dans les cas douteux.

Quand un utérus gravide coexiste avec une tumeur abdominale, par exemple un kyste de l'ovaire, le diagnostic peut



Sclérose marquée de tous les vaisseaux placentaire et endartérite dans un cas d'hydramnios aigu.

Mme P ... (obs. 3018), mariée à 20 ans, réglée 3 à 4 jours tous les 21 jours, volontairement stérile jusqu'à 30 ans. Vers 5 mois, son utérus grossit plus que de raison; à six mois et une semaine, il mesure 38 cm ; en même temps apparaissent des pertes vertes profuses. Fausse couche six mois (jour pour jour) après le dernier jour des D. R. ; deux jumeaux morts dont un macéré. Wassermann négatif.

être très difficile et on peut être obligé de faire le toucher intracervical : on arrive alors, au cas d'hydramnios, sur des membranes très tendues.

Exceptionnellement il y a des cas très difficiles où il faut diagnostiquer une tumeur (fibrome, kyste) sans gestation ou une péritonite tuberculeuse d'avec un hydramnios, surtout si l'enfant est mort. On cherchera soigneusement, patiemment, si la tumeur se contracte : si oui, on a affaire à un utérus gravide.

Plus rarement le diagnostic se posera avec *une vessie distendue*, par exemple par rétroversion d'un utérus gravide.

* * *

On recherchera la cause de l'hydramnios. — Par analogie avec l'hydrocéphalie, (la sécrétion du liquide amniotique étant analogue à celle du liquide céphalo-rachidien), je me suis demandé (1) si l'augmentation du liquide amniotique ne résultait pas dans certains cas d'une production exagérée (2) et dans d'autres cas d'une résorption diminuée. Mais il y a encore trop d'incertitude dans les hypothèses par lesquelles nous expliquons la sécrétion du liquide amniotique pour nous permettre une conclusion valable.

Nous en sommes donc réduit à cataloguer empiriquement les causes habituelles de l'hydramnios.

La cause la plus fréquente de l'hydramnios est la syphilis : Syphilis de première génération et plus souvent encore, peut-être, syphilis de deuxième génération.

Il est intéressant de signaler à ce sujet que la réaction de Wassermann est souvent négative. Par exemple Lasseur et Vermelin (3), sur neuf cas d'hydramnios, ont une fois seulement un résultat positif. Il n'en reste pas moins que la constatation d'un hydramnios doit nous inciter à rechercher d'autres éléments de diagnostic permettant de conclure à la syphilis et que, dans les cas douteux, il peut être prudent de faire un traitement spécifique. L'intervention possible de la syphilis doit toujours nous mener à formuler des réserves quant au pronostic fœtal : enfants macérés, enfants malformés, enfants débiles, enfants morts subpartu ou post-partum sont les résultats fréquents de la maladie.

L'association de malformations et d'hydramnios se voit d'ailleurs assez souvent en dehors des syphilis patentes ; peut-être, faut-il alors penser à une syphilis méconnue ; mais, peut-être aussi, faut-il se demander s'il ne s'agit pas d'un effet de quelque maladie agissant comme la syphilis.

La gestation gémellaire s'accompagne souvent d'hydramnios. Il faut noter que l'hydramnios peut être associé aux deux variétés de la gémelléité (4), uniovulaire ou biovulaire, encore que ces deux variétés soient deux dispositions bien différentes l'une de l'autre, la première étant un fait pathologique et la deuxième étant quasi-physiologique.

Mais l'hydramnios se voit surtout dans les uniovulaires soit dans les biamniotiques avec communications vasculaires entre les deux fœtus, soit dans les monoamniotiques.

On a signalé l'*albuminurie* et le *diabète* dans des cas d'hydramnios. Mais il faut se demander s'il existait bien un rapport de cause à effet ou s'il n'y avait pas, plutôt, dans ces cas, des effets d'une même cause, à savoir la syphilis.

Enfin il faut reconnaître que *la cause de l'hydramnios est souvent ignorée* : dans 40 % des cas, il en est ainsi.

Mais cette énumération ne serait pas complète si nous ne mentionnions pas deux autres facteurs d'hydramnios, qui sont, en quelque sortes, plus physiologiques que pathologiques :

d'une part, certains auteurs au cours de ces dernières années ont cru observer un rapport entre la surface du placenta et la quantité du liquide amniotique produit, *comme si* l'augmentation de la surface amniotique au niveau du placenta réalisait une augmentation de la surface sécrétante ;

d'autre part, il est manifeste que la quantité de liquide amniotique augmente avec le nombre des grossesses, *comme si* la moindre tonicité de la fibre utérine permettait une production plus abondante de liquide.

(1) H. Vignes. — Hydramnios. *Journal des praticiens*, 1921.

(2) Momigliano. — Sur la participation de l'épithélium amniotique dans la genèse de l'hydramnios. *Archivio de ost. e gin.*, juillet 1929.

(3) Le séro-diagnostic de la syphilis chez la femme enceinte ou récemment accouchée. *Gynéc. et Obstétr.*, 1923, tome VII, p. 130.

(4) Récemment Vallois et Madon sur trois cas d'hydramnios aigu, ont eu deux cas de gestation gémellaire, une monovitelline et une bivitelline. La syphilis n'a pu être révélée de façon certaine dans aucun de ces cas ; cependant, dans une observation, (malgré un Wassermann négatif) un avortement antérieur et le poids de la masse placentaire permettent de la soupçonner. (Hydramnios à marche rapide. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1921, n° 3.)

***

Le pronostic de l'hydramnios chronique ne comporte pas de gravité en ce qui concerne la mère.

En ce qui concerne le fœtus, il n'en est pas de même. Les enfants nés de femmes atteintes d'hydramnios accentué ont un pronostic très fâcheux *quoad vitam*. C'est ainsi que d'après KRAHULA (1), la plupart de ces enfants, s'ils ne sont pas morts-nés, ne tardent pas à mourir après la naissance : bien peu peuvent vivre (3,78 p. 100 d'après les statistiques de l'auteur) et beaucoup moins encore sont normaux (1,03 p. 100).

Pour PŒCK (2) le pronostic est un peu moins grave et, d'après une série de 136 enfants, la survie est de 4,01 pour cent.

Ces chiffres se rapportent sans doute à des séries de cas graves : hydramnios aigu, hydramnios progressif. En réalité, dans les cas moyens qui forment la majorité, on a souvent des enfants tarés (sans préjudice d'enfants ayant souffert lors de l'accouchement), mais bon nombre de ces enfants sont vivants et viables. C'est ainsi que Floris, ayant suivi 65 enfants (sur 236 cas d'hydramnios qu'il avait observés) relève une mortalité de 14 % et constate un développement physique et moral aussi bon que celui des témoins (3).

***

Le traitement pendant la grossesse consiste à : 1° prescrire le régime lacté qui, parfois, agirait fort bien : 2° faire une thérapeutique antisyphilitique ; 3° employer l'iodure ou les injections d'huile iodée. L'iode est remarquablement efficace : agit-il comme antisyphilitique ou en modifiant la sécrétion du liquide amniotique ?

Certains accoucheurs se louent de l'*adrénaline* (4) ; mais il n'est pas démontré que son effet soit constant.

G. Thierry (5) a rapporté huit observations où il avait employé un diurétique mercuriel, le neptal : six succès, deux insuccès.

Dans les cas graves, mettant en danger la vie de la mère, il faut essayer d'évacuer une partie du liquide. Pour cela, on ponctionne l'œuf.

La ponction peut se faire par voie vaginale : généralement, la femme entre en travail au bout de quelques heures.

On a préconisé la ponction de l'œuf à travers la paroi abdominale pour éviter l'accouchement prématuré. En fait, celui-ci a lieu souvent après cette manœuvre, mais non de façon constante. Il ne faut pas craindre de renouveler la ponction si nécessaire (6).

Dans un cas où la radiographie avait montré un enfant anormal, A.-C. BECK a interrompu, de parti pris, la gestation par ponction vaginale de l'œuf. (7).

La conduite à tenir pendant le travail consiste à attendre la dilatation complète si cela est possible. — On pratiquera à ce moment la rupture de la poche des eaux. Il ne faut pas laisser la poche des eaux se rompre toute seule. On rompra en avant (derrière le pubis) à cause des procidences qui se font plus souvent en arrière qu'en avant. On modérera l'issue du liquide avec le doigt restant au contact des membranes et avec la main obturant le vagin ; on s'assurera qu'il n'y a pas de procidence et, par des manœuvres externes, on essaiera d'éviter les présentations vicieuses.

Dans certains cas où la dilatation reste stationnaire et où il faut incriminer une contracture due à l'excès de la tension intra-utérine, on rompra la poche des eaux avant la dilatation complète : le travail progressera de façon plus satisfaisante à partir de ce moment.

(1) L'importance de l'hydramnios pour la vie de l'enfant. *Monat. f. Geb. und Gyn.*, septembre 1921.

(2) Le pronostic vital en cas d'hydramnios. *Ibid.*, juillet 1923, p. 203.

(3) FLORIS. — Sort des enfants avec hydramnios. *Monatsschrift für Geb. und Gynakologie*, février 1923, p. 55.

(4) ZULOAGA a préconisé cette méthode non pour l'effet vaso-constricteur de l'adrénaline, mais pour stimuler la fonction antitoxique des surrénales.

FRANCISCO CORTABARRIA (Comentarios al tratamientio del hidramnios por la adrenalina *Revista médica del Uruguay*, Montevideo, février 1921), sur quatre cas, n'a paseu d'amélioration.

(5) G. THIERRY. — Essai sur la thérap. de l'hydramnios. *La Normandie Médicale*, février 1928, p. 45).

(6) HENKEL. — Abdominale Punktion bei Hydramnion. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 25 juillet 1930.

BOURSIER et GAUTRET. — Hydramnios aigu. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de gyn. de Paris*, 1925, p. 389.

(7) A.-C. BECK. — Valeur des rayons X dans le traitement de l'hydramnios. *Amer. Journ. of Obst. and Gyn.*, avril 1929.

Oligoamnios

On est en droit de parler d'oligoamnios quand la quantité de liquide est inférieure à 200 gr. : dans certains cas, elle est très inférieure et on peut même, parfois, dire que, pratiquement, elle est nulle. Dans ses formes légères, l'oligoamnios est souvent méconnu.

On peut soupçonner l'oligoamnios dans la deuxième moitié de la grossesse. L'utérus est moins gros que normalement, les mouvements du fœtus sont un peu douloureux : il n'y a pas de ballottement.

L'accouchement est lent, les contractions sont très douloureuses et peu efficaces. Il se forme une bosse séro-sanguine malgré que les membranes soient intactes. L'enfant se présente souvent par le siège.

Les enfants sont souvent malformés. Il est classique de dire que s'il y a eu oligoamnios précoce, on observe des adhérences amnio-fœtales et que s'il y a eu oligoamnios plus tardif, on observe des manifestations par hyperflexion (pied bots, mains botes, aplatissement de la tête inclinée sur l'épaule).

Pour DESNOYERS (1), le rôle de l'oligoamnios aurait été exagéré : oligoamnios et malformations auraient une cause commune et il n'y aurait pas influence de l'oligoamnios sur la production de la malformation.

Pour PIGEAUD (2), l'insuffisance du liquide amniotique peut devenir une cause de malformation : le fœtus naît hyperfléchi, il a souvent des déformations des pieds : et, même, le cordon peut être comprimé en sorte que la mort s'en suive.

Ces enfants sont, par ailleurs, maigres, apathiques, leur peau est sèche et dure.

L'oligoamnios peut être attribué à une production insuffisante ou à une résorption exagérée du liquide amniotique.

On a incriminé la syphilis, l'alcoolisme.

W. SCHILLER et R.-M. TOLL (3) ont expliqué un cas d'oligo-hydramnios de la façon suivante : endométrite légère, propagation de l'infection au chorion ou à l'amnios, desquamation de l'amnios et perte de son activité fonctionnelle.

TAUSSIG (4) estime qu'une nécrose de l'épithélium peut expliquer l'oligoamnios. Il rappelle qu'un placenta très étendu existe dans presque tous les cas d'hydramnios : cette augmentation de surface explique peut-être l'augmentation du liquide. La prédominance d'oligo-hydramnios chez les primipares et d'hydramnios chez les multipares permet, aussi, d'incriminer la résistance de l'utérus tension.

(1) Contribution à l'étude des déformations fœtales dites par compression. Thèse de Paris 1925, Arnette, éd.

(2) *Rev. fr. de gyn. et d'Obst.*, avril 1928.

(3) SCHILLER et TOLL. — An inquiry into the cause of oligo-hydramnios. *Amer. Journ. of Obst.*, juin 1927, p. 689.

(4) F. TAUSSIG. — The amniotic fluid. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, octobre 1927, p. 505.

Etude clinique et diagnostique de l'apraxie

Par **J.-A. CHAVANY.**

Ancien chef de Clinique à la Faculté de Paris,
Médecin-Assistant de l'Hôpital de la Pitié.

Les troubles psycho-moteurs d'origine cérébrale offrent au neuro-psychiatre un champ d'études fort vaste, aride parfois, mais cependant plein d'intérêt pour approfondir le mécanisme intime de certains états dits psychosiques. Claude et Baruk viennent d'attirer l'attention sur ce sujet en étudiant l'hypertonie psycho-motrice et l'automatisme psycho-moteur (1). Nous avions eu le plaisir, dans le même esprit qu'eux, d'observer durant quelques jours dans le service de notre maître Cl. Vincent le malade qui fait l'objet de leur observation n° 2 (page 233) et nous avons été frappé par la justesse de leurs remarques. Notre attention avait été attirée depuis longtemps sur des faits de ce genre par la longue observation d'un malade que nous avons suivi très longtemps avec Ch. Foix et dont l'histoire est rapportée (cas 13) dans la thèse de Morlaas.

Parmi les troubles psycho-moteurs d'origine cérébrale, il en est un, connu déjà depuis de nombreuses années et par lequel doit débuter tout essai de travail sur cette question. Ce trouble, c'est l'*apraxie* que nous proposons d'envisager ici seulement au double point de vue clinique et diagnostique.

L'apraxie constitue un syndrome très curieux qui *se situe aux confins de la neurologie et de la psychiatrie.* Suivant l'étymologie même du terme, *cette impossibilité de l'action se traduit par l'incapacité du sujet malade d'exécuter correctement certains actes ordonnés,* sans que cette *véritable maladresse* puisse être expliquée par des troubles paralytiques, par des troubles de la coordination des mouvements ou par un appoint démentiel concomitant. Ce mot d'apraxie fut créé par Gogoll qui désigna ainsi les erreurs dans la manipulation des objets provenant de perturbations du sens stéréognostique ; ces *agnosies,* à proprement parler, avaient été déjà étudiées par Wernicke et par Freud. C'est à *Liepmann* que revient le mérite d'avoir en 1900 mis en lumière les principaux caractères du trouble tel que nous le comprenons à l'heure actuelle. De très nombreux travaux ont été depuis publiés, cherchant surtout à expliquer le mécanisme physio-pathologique du phénomène pathologique (Déjerine, Von Monakow, Wilson, d'Hollander, Brun, etc...).

Etude clinique

Cette étude clinique reflète pour une importante part les idées que notre regretté maître *Charles Foix* développait devant nous, au cours de ses longs et admirables examens de malades à l'hospice d'Ivry. Il avait prié notre ami *Morlaas* (2) de faire sur ce sujet sa thèse inaugurale, travail qui, sans l'aide si immédiatement affectueuse du maître trop tôt disparu fut mené à bien et constitue un des ouvrages les plus clairs et les plus originaux qu'on puisse lire sur la question.

L'apraxie se présente sous deux aspects cliniques différents : l'*apraxie idéo-motrice* et l'*apraxie idéatoire*

L'apraxie idéo-motrice

L'apraxie idéo-motrice est un trouble de l'adresse qui demande à être recherché. La perturbation peut ne pas frapper l'entourage, car beaucoup d'actes de la vie courante qui sont devenus des actes réflexes et pour ainsi dire automatiques sont exécutés d'une manière relativement correcte. C'est ainsi, comme le faisait remarquer Ch. Foix, qu'il ne faut pas rechercher les apraxiques dans une salle d'hospice parmi les malades qu'on est obligé de faire manger, car de tels sujets mangent seuls et se servent même assez correctement de leur fourchette. Ils ont souvent *plus de mal à se vêtir et à se dévêtir* et c'est là un bon moyen de dépistage grossier du trouble.

Mais pour arriver au diagnostic exact de la nature et de la variété de la perturbation idéo-motrice, *il est indispensable de recourir à des tests.*

Les premiers s'effectuent sans l'aide d'objets; ils se rapportent à l'étude des *mouvements intransitifs* suivant la terminologie de Liepmann. En graduant la difficulté (d'Hollander) on fait d'abord exécuter des *mouvements élémentaires* tels qu'ouvrir la bouche, tirer la langue, fermer les yeux, ce que le malade arrive le plus souvent à faire correctement. L'apraxie n'apparaît que lorsque ensuite on arrive à l'*exécution de mouvements expressifs.* Demande-t-on au malade de faire un pied-de-nez, de faire le salut militaire, de nous donner une chiquenaude, de nous menacer du doigt, on est immédiatement frappé par sa *maladresse,* sa *gaucherie* et souvent l'*impossibilité dans laquelle il se trouve d'exécuter l'ordre qu'on lui commande.* Dans l'*épreuve du salut militaire,* l'une des plus classiques, le malade par exemple va d'abord regarder longuement sa main, puis il va placer le pouce en adduction, écarter plus ou moins les doigts de la main qui agit et la porter lentement, avec des hésitations, la paume tournée en arrière, sur l'œil, la nuque ou le vertex en regardant fixement le médecin comme pour quêter son avis à chaque instant de l'exécution du mouvement. Le trouble apparaît encore très nettement au cours de *mouvements descriptifs ou imitatifs,* tels que le geste de frapper à une porte, d'attraper des mouches ou de faire un double anneau avec les doigts. Souvent, comme dans l'aphasie le malade ne tente même pas d'ébaucher le mouvement et dit : « Je ne sais plus ». Il va de soi que l'*écriture* de l'apraxique est ordinairement très troublée.

Dans cette perturbation du geste commandé plusieurs traits saillants sont à noter. C'est d'abord *le caractère amorphe du mouvement plus ou moins mal exécuté.* C'est ensuite l'*impossibilité de rectifier le mouvement* dans le bon sens lorsqu'on signale au malade qu'il fait une erreur. Ordinairement il exagère l'erreur, comme lorsqu'on veut rectifier un mouvement en se servant d'une glace. C'est encore l'*impossibilité de refaire correctement le mouvement en l'imitant* dès qu'on lui a montré, ce qui tend à prouver qu'il y a plus qu'un trouble mnésique *mais un trouble de l'élaboration mentale du geste.* C'est enfin la *conservation curieuse de certains gestes instinctifs ou auto-kinétiques* ; tel sujet incapable de faire sur ordre le signe de la croix le fait très correctement en rentrant dans une église (Brun).

A la suite de ces *épreuves abstraites* il faut avoir recours *aux tests avec objets.* On demande au sujet d'allumer une bougie, une cigarette, de faire un nœud avec une ficelle, de mettre une lettre sous enveloppe, de cacheter et de la timbrer. Comme les actes de la vie courante d'exécution réflexes, ces *mouvements transitifs* (Liepmann) sont *ordinairement beaucoup mieux exécutés* que les tests sans objets. Tout se passe ici comme si la pensée pouvait se ressaisir et se cristalliser, dans *ces actes concrets,* autour de l'objet lui même (Ch. Foix).

La répartition du trouble d'apraxie idéo-motrice *se fait d'une manière inégale des deux côtés du corps.* Le trouble est le plus souvent *bilatéral* avec prédominance à droite (région pariétale du cerveau gauche). Dans certains de ces cas une importante hémiplégie droite les cache de ce côté et l'apraxie semble prédominer à gauche. Elle peut être *strictement unilatérale* et siéger soit du côté droit, soit *du côté gauche le plus souvent* ; dans ce dernier cas il s'agit d'apraxie calleuse. Lévy-Valensi n'a pu en sectionnant le corps calleux reproduire cette apraxie chez le chien et

(1) Claude et Baruk. — Les troubles psycho-moteurs d'origine cérébrale. *Presse médicale*, 18 février 1931.

(2) J. Morlaas. — Contribution à l'étude de l'apraxie. Thèse de Paris, 1928. Amédée Legrand, éditeur.


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS

chez le lapin, mais elle a été reproduite par d'autres auteurs chez des animaux préalablement éduqués.

Dans tous les cas *il y a prédominance nette des troubles au niveau des membres supérieurs.* Il convient de souligner la difficulté de mettre en évidence un tel phénomène au niveau du tronc ou des membres inférieurs. Etant donnée cette difficulté les apraxies soi-disant localisées aux membres supérieurs sont sujettes à caution. Les seuls cas vraiment authentiques d'*apraxie localisée* sont ceux qui frappent *uniquement la face* avec impossibilité par exemple de souffler ou de tirer la langue.

Un caractère important de l'apraxie idéo-motrice est *sa tendance habituelle vers la régression* (Von Monakow, Brun) avec possibilités de rééducation beaucoup plus grandes que dans l'aphasie. Cette régression peut se voir même chez des sujets très âgés (80 ans). Mais souvent aussi le syndrome persiste d'une manière indéfinie dans son intégrité complète. Dans ces cas persistants son intensité est souvent *sujette à des variations réglées parfois par certaines contingences humorales,* tel le malade azotémique de Ch. Foix qui voyait son trouble s'accroître ou régresser suivant les variations de son urée sanguine.

Il est intéressant de noter que l'*apraxie idéo-motrice est rarement un symptôme isolé.* Elle s'accompagne le plus souvent d'une *hémiplégie droite* plus ou moins importante avec des *troubles uni ou bilatéraux de la sensibilité de type cortical* pouvant porter sur tous les modes de sensibilité mais prédominant *sur la notion de position et sur le sens stéréognostique* et le *sens de la représentation spatiale.* Ces troubles sensitifs qui touchent les membres supérieurs et le tronc épargnant les membres inférieurs sont souvent *légers et le plus souvent hors de proportion avec les phénomènes apraxiques.* Il est banal aussi d'enregistrer des *troubles aphasiques* plus ou moins importants portant sur toutes les variétés du langage et s'accompagnant de *dysarthrie. L'atteinte intellectuelle non douteuse* porte surtout sur le matériel mémorial. L'*hémianopsie latérale homonyme* est fréquente mais non obligatoire. En cas d'*apraxie calleuse* (unilatérale gauche le plus souvent) c'est une *hémiplégie à très grosse prédominance sur le membre inférieur* qui accompagne ordinairement le trouble idéo-moteur.

L'apraxie idéatoire

Alors que dans l'apraxie idéo-motrice la gestualité est touchée surtout dans ses composantes élémentaires, *la perturbation porte ici sur l'exécution d'actes plus ou moins compliqués* et fait important pour le diagnostic et pour la pathogénie *elle est manifestement bilatérale.* Ce sont donc *les tests avec objets* qui sont le plus démonstratifs.

Par défaut d'atenttion ou par déficit mnésique, l'apraxique idéatoire au cours d'un acte un peu compliqué, tout en exécutant assez correctement chacun des éléments de l'acte, oublie certains d'entre eux, les intervertit ou s'arrête net en cours de route, *ce qui aboutit à une exécution grossièrement erronée de l'acte dont le caractère absurde fait souvent sourire l'observateur.*

Pour mettre en lumière ce trouble des mouvements successifs le test le plus fréquemment employé est *celui de la bougie ou de la cigarette.* On présente au sujet une boîte d'allumettes et une bougie et on le prie d'allumer cette dernière. On le voit d'abord hésiter, tenant la bougie d'une main, retournant dans l'autre main la boîte d'allumettes. Parfois après de multiples essais il parvient à extraire une allumette qu'il porte, sans la frotter contre la boîte au contact de la mèche de la bougie dans l'intention de l'allumer. Souvent c'est avec cette boîte elle-même qu'il cherche à allumer la bougie. Il peut encore, l'allumette allumée, la garder entre ses doigts aux risques de se brûler sans même faire le geste de mettre le feu à la mèche. Dans les cas sévères il peut même porter la bougie à la bouche comme s'il s'agissait d'une chose comestible.

On mesure à ces absurdités la *profondeur du trouble intellectuel* qui conditionne l'apraxie idéatoire. C'est d'ailleurs *dans les quartiers d'asile* que Pick a découvert les premiers cas qui lui ont permis d'identifier le syndrome. Dès le début Pick insistait sur le fait qu'un des facteurs importants de ce désordre moteur est la *persévération,* c'est-à-dire la prolongation ou la répétition du fragment d'acte précédent qui vient briser la continuité harmonieuse de l'acte complet. On ne peut pas ne pas être frappé de cette analogie entre l'apraxie et l'aphasie, *l'intoxication par l'acte de la première faisant pendant à l'intoxication par le mot de la seconde.*

L'apraxie idéatoire fait ordinairement partie d'un syndrome neurologique plus complexe. S'il n'existe pas comme dans l'apraxie idéo-motrice de troubles moteurs de type hémiplégique ou de troubles sensitifs, l'*association est de règle avec l'aphasie de Wernicke* à prédominance amnésique ; le plus souvent il s'agit d'un gros Wernicke avec un déficit intellectuel considérable, parfois d'un petit Wernicke avec bavardage et jargonophasie. Ch. Foix insistait sur le *regard brillant* et *égaré* comme celui d'un homme ivre qui fait reconnaître dès l'abord un Wernicke compliqué d'aphasie idéatoire. L'*hémianopsie latérale homonyme* est la règle.

Il faut enfin savoir que dans nombre de cas cliniques on retrouve *des associations* d'apraxie idéatoire et d'apraxie idéo-motrice.

Diagnostic différentiel

Le problème diagnostic se pose d'une manière différente suivant qu'il s'agit d'apraxie idéo-motrice ou d'apraxie idéatoire.

Apraxie idéo-motrice

L'incertitude du geste effectué par un malade atteint de *troubles paralytiques ou parétiques* d'origine pyramidale peut grossièrement en imposer pour la maladresse de nature essentiellement psychique de l'apraxie idéo-motrice. La constatation de la diminution de la force musculaire segmentaire en cas de paralysie vraie tranche la question.

L'*incoordination des mouvements d'origine cérébelleuse* sera aisément rapportée à sa véritable cause par la recherche du syndrome cérébelleux cinétique (asynergie, dysmétrie, adiadococinésie) auquel s'ajoutent les troubles statistiques de l'équilibre, l'hypotonie et la passivité. A l'*incoordination thalamique* s'adjoignent les troubles objectifs et subjectifs de la sensibilité, l'hémiparésie et l'hémianopsie.

Au cours de l'*incoordination des mouvements d'origine ataxique,* le sujet n'atteint pas le but qu'on lui a proposé, mais il fait effort pour l'atteindre. Le mouvement est « disproportionné mais logique dans sa direction » (H. Claude). Le trouble d'ordre plutôt quantitatif que qualitatif augmente avec l'occlusion des yeux.

Les *troubles agnosiques* sont beaucoup plus délicats à différencier et surtout à interpréter d'autant que dans les syndromes cliniques ils sont souvent intriqués avec les troubles apraxiques et une sage discrimination doit faire la part des uns et des autres.

L'*agnosie tactile* est la résultante des troubles sensitifs d'origine corticale qui portent de préférence sur les sensations où doit s'exercer un *certain taux de jugement et de discrimination* (sens des attitudes, stéréognosie). Cette agnosie tactile est fréquente dans l'hémiplégie droite récente (18 à 20 % des cas d'après Ch. Foix) ; le trouble souvent bilatéral s'estompe à gauche une vingtaine de jours après l'ictus mais il persiste beaucoup plus longtemps du côté droit. Pour le mettre en évidence il suffit de faire reconnaître au sujet les yeux bandés un certain nombre d'objets par la simple palpation. L'apraxie vraie se différencie de cette « pseudo-apraxie par agnosie » par la mise en œuvre des différents tests avec ou sans objets : l'agnosique ne fait des erreurs qu'au cours des premiers tandis que l'apraxique se trompe ordinairement dans les deux.

◆◆◆

Comme le dit fort bien Morlaas l'agnosie tactile « est susceptible de provoquer une initiative gestuelle fausse par rapport à l'objet mais correcte dans son exécution ».

La *planatopokinésie* décrite par Pierre Marie, Boutier et Bailey se caractérise « par un trouble profond de la représentation spatiale dans ses rapports avec l'exécution des mouvements volontaires ». Dans l'incapacité d'enfiler sa chemise, le sujet exécute les gestes en miroir, ne peut se conduire sur un plan, écrit d'une manière illisible parce que les lettres ou les chiffres bien formés chevauchent les uns sur les autres. « Le malade, suivant ces auteurs, a parfaitement la représentation mentale de ce qu'il doit faire, il peut parfaitement l'exécuter, mais il échoue dans la mesure où l'exécution des actes fins nécessite la représentation spatiale ». Morlaas admet une relation de nature entre la planatopokinésie et l'apraxie : on retrouve en effet un certain nombre de tests communs aux deux affections. Il s'agit moins, d'après Morlaas, pour de tels sujets « de l'impossibilité d'utiliser l'espace en dehors d'eux-mêmes (planatopokinésie) que de développer le geste selon des proportions justes par rapport à eux-mêmes (dyskinésie spatiale) ».

Toujours dans le domaine des agnosies, l'*agnosie auditive ou surdité verbale* constitue un des diagnostics les plus difficiles à écarter. Consistant *dans la non compréhension des ordres parlés* elle existe rarement quoique certainement à l'état isolée, mais elle fait le plus souvent partie intégrante et même dominante de l'aphasie de Wernicke. Il peut être très malaisé de se rendre compte si les malades n'exécutent l'ordre parce qu'ils sont apraxiques ou parce qu'ils ne l'ont pas compris. Mais le sourd verbal qui ne peut faire un geste prescrit par ordre peut l'exécuter par imitation. L'apraxique qui peut sur ordre siffler, fermer les yeux, tirer la langue ne peut allumer une allumette. D'autre part, contrairement au sourd verbal, il sourit ou se fâche, montrant qu'il comprend, lorsque, comme le conseille Liepmann, on lui pose des *questions absurdes* telles que « Un chien peut-il voler ? Un chat a-t-il cinq pattes ? » La surdité verbale s'accompagne toujours d'*amusie* et le plus souvent des autres signes de la série du Wernicke dont le plus important est sans conteste *la perte du vocabulaire*. Mais où le problème se complique, *c'est que nombre d'apraxiques sont également aphasiques*, seule la mise en œuvre des tests de l'apraxie permet de voir ce qui revient en propre à cette dernière.

Apraxie idéatoire.

Etant donnée l'absurdité de ses gestes, l'apraxique idéatoire se présente souvent comme un *dément*. Certes le fond intellectuel de tels sujets est souvent très compromis. Mais la démence, en cas d'apraxie idéatoire, n'est cependant pas aussi globale que celles des états démentiels vrais. La faculté de juger et de raisonner n'est pas complètement abolie : on s'en rend compte aux réactions qu'accuse le malade lorsqu'on lui pose des questions absurdes. En cas d'apraxie le déficit intellectuel apparaît surtout au cours de l'exécution des mouvements. Mais il est des cas ou l'intelligence est si troublée qu'il est impossible, par apathie ou par manque de réactions des sujets de faire le départ entre ce qui revient à la démence et ce qui relève du trouble de la fonction praxique.

Valeur sémiologique de l'apraxie.

L'*apraxie idéo-motrice bilatérale à prédominance droite* ou *unilatérale droite* relève le plus souvent d'une lésion cortico-sous-corticale du *cerveau gauche dans la région de la deuxième circonvolution pariétale*, à l'extrémité postérieure de la scissure de Sylvius et *intéressant le gyrus supra-marginalis* (territoire de l'artère pariétale postérieure branche postérieure de la sylvienne) (1).

(1) Maurice-Lévy. — Les ramollissements sylviens. Thèse de Paris, 1927.

Il paraît non douteux que dans des cas beaucoup plus rares la lésion peut siéger dans le même territoire du *cerveau droit* (le trouble est alors bilatéral prédominant à gauche) comme si ce cerveau possédait « une région eupraxique peu active et subissant la suprématie du cerveau gauche » (Morlaas).

Il est possible aussi que le *lobe frontal* ait un rôle praxique que Wilson admet même comme primordial ; un certain nombre d'observations tendent à le faire supposer. Mais le fait est moins bien acquis que pour la zone du gyrus supramarginalis qu'il convient de regarder jusqu'à plus ample informé comme le centre principal de la fonction eupraxique.

Il est certain enfin que l'apraxie idéo-motrice gauche ou à prédominance gauche peut être produite par une *lésion du corps calleux* qui n'agissant plus sur les centres eux-mêmes sectionne les importantes voies de communication inter-hémisphériques. Ici la lésion peut porter sur le cerveau droit ou sur le cerveau gauche, ce qui agit, c'est la section du corps calleux. Empressons-nous d'ajouter que cette section ne produit pas toujours d'apraxie comme Cl. Vincent a pu s'en apercevoir au cours même d'une intervention, ce qui nous permet de faire remarquer que l'*intensité du trouble clinique n'est pas toujours proportionnelle à la gravité de la lésion anatomique*, comme s'il existait d'autres facteurs qui agissent dans sa genèse et que nous ignorons.

C'est par l'étude *des symptômes surajoutés* qu'on arrivera au *diagnostic topographique* des deux grandes variétés d'apraxie nettement établies : signes de la série aphasique, hémianopsie fréquente en cas de lésion pariéto-pli courbe, hémiplégie à grosse prédominance sur le membre inférieur *sans hémianopsie* en cas de lésion calleuse conditionnée le plus souvent par une lésion de l'artère cérébrale antérieure (1).

Comme cause des lésions, c'est le plus souvent le *ramollissement cérébral artérioscléreux* qu'il faut incriminer ou plus rarement un *processus tumoral*.

L'*apraxie idéatoire* correspond le plus souvent à une lésion de la région temporale intéressant *la partie moyenne et postérieure de* T_1 *et de* T_2 et se poursuivant en arrière *jusqu'au pli courbe*, c'est dire sa co-existence fréquente avec une importante aphasie de Wernicke et une hémianopsie. Elle est le plus souvent le fait d'un ramollissement sylvien postérieur (temporo-pli courbe) (2) mais elle peut se voir au cours d'*états démentiels engendrés* par des lésions diffuses du névraxe dont la cause la plus fréquente est la *méningo-encéphalite diffuse d'origine syphilitique*. Il peut s'agir de paralysie générale vraie ou de formes anormales de syphilis cérébrale ; Claude et Lévy-Valensi l'ont observée dans un cas de paralysie générale juvénile. L'apraxie idéatoire, comme d'ailleurs l'apraxie idéo-motrice, peut s'observer dans *les états de sclérose intra cérébrale en foyers disséminés* que nous avons identifiés avec Ch. Foix (3), si le processus scléreux prédomine dans la région sous-corticale de la région pariétale ; dans ces cas elle est alors sujette à de très importantes variations d'intensité comme d'ailleurs l'aphasie qui l'accompagne souvent. Cette variété histo-clinique qui nous intéresse beaucoup présente, entre autres, ce trait symptomatique commun — *la variabilité* — avec les faits décrits par Claude et Baruk dans le travail que nous avons cité au début de notre article.

Cette étude de l'apraxie offre un double intérêt *au point de vue pratique* et au *point de vue théorique*.

Du point de vue pratique la connaissance de ce trouble psycho-moteur et son identification en clinique permettent d'isoler du cadre des déments un certain nombre d'individus dont les facultés intellectuelles ne sont que

(1) Robert Baldy. — Les syndromes de l'artère cérébrale antérieure. Thèse de Paris, 1927.

(2) Ch. Foix. — Conception de l'aphasie temporo-pariétale, *Presse Médicale*, 4 novembre 1925.

(3) Ch. Foix et J. A. Chavany. — Palilalie syllabique. Sclérose intra-cérébrale en foyers disséminés. *Rev. Neuro.*, janvier 1926.

relativement peu troublées et que cependant leur absurdité gestuelle peut faire prendre pour des déments incurables. Cela a d'autant plus d'importance qu'il est possible dans certains cas d'obtenir *par une rééducation patiente* la rétrocession des phénomènes pathologiques.

Du point de vue théorique la connaissance de l'apraxie constitue un parallèle de départ déjà solidement creusé par les chercheurs antérieurs d'où doit sortir, à notre avis l'observateur qui veut envisager l'étude des *différents autres troubles psycho ou idéo-moteurs.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 15 mai 1931

Sur la technique de la gastrectomie. — *M. Peugniez* a fait sa première gastrectomie en 1893 et ses quatre premiers opérés ont guéri. La technique alors employée était la suture par points séparés à la soie plate, fine, avec l'aiguille de Reverdin ; l'estomac était saturé au duodénum. Actuellement, l'auteur fait des résections étendues avec suture du duodénum d'une part, de l'estomac d'autre part, et gastro-entérostomie.

Un cas d'associations dysmorphiques. — *MM. Dufourmentel* et *Massart* font un rapport sur un travail de *Henri-Fischer* (de Bordeaux). L'enfant, dont l'observation est complètement étudiée présente des malformations de la face, du cou, du rachis et des membres avec une intelligence normale pour ses 14 ans. Les auteurs montrent l'importance de la syphilis héréditaire dans la pathogénie des malformations et signalent sa présence presque constante si l'on interroge avec soin non seulement le passé du père et de la mère, mais aussi des grands-parents.

Hémophilie et muscle d'oiseau. — *M. Millet* fait un rapport sur un travail de *M. F. Clément* (de Briey). A la suite d'une avulsion dentaire, un enfant de neuf ans, hémophile fait une hémorragie qui ne fut arrêtée que par l'application d'un fragment de muscle de coq. Cette méthode, courante en neurochirurgie, a permis à l'auteur de juguler une hémorragie grave alors que les procédés classiques d'hémostase avaient échoué. Ce procédé semble être applicable à de nombreux cas de chirurgie courante.

De l'association de la chirurgie et de la protéinothérapie spécifique des cancers. — *M. Rubens-Duval.* — La protéinothérapie spécifique des cancers, fondée sur les réactions de l'organisme, utilise des globines extraites des tumeurs malignes. Bien mieux que les traitements par le radium ou par les rayons X, elle est le complément des interventions chirurgicales. La chirurgie et la radiothérapie sont des traitements locaux, destructeurs, rapides, non spécifiques. La protéinothérapie est un traitement général, régulateur, de très longue durée et très exactement spécifique. Elle ne gène point l'action chirurgicale ; mais au contraire elle la prépare et l'achève ainsi que le prouvent les observations rapportées.

Tumeur carcinoïde de l'appendice. — *M. Luquet* communique un cas de cette lésion rare qu'il a observé chez une femme de 37 ans, opérée pour une autre maladie et qui n'avait jamais présenté aucun signe pouvant attirer l'attention du côté de l'appendice. Ce fut purement une trouvaille opératoire.

Luxation ancienne du coude en arrière compliquée de fracture du condyle externe. — *M. Judet* a opéré un enfant de neuf ans présentant depuis deux mois une luxation du coude en arrière ; le coude était ankylosé en extansion et la radiographie montrait une fracture du condyle. Par la voie trans-olecranienne, l'auteur a pu remettre les os en place, y compris le condyle. Le coude fut immobilisé à 90° dans un appareil plâtré. Au bout de six mois, le coude a retrouvé de la mobilité.

Appendicite herniaire aiguë. — *M. Bressot* (de Constantine) communique l'observation suivante : symptomatologie identique à celle d'une hernie inguinale étranglée banale ; à l'opération, on trouve dans le sac herniaire du pus, un calcul atercoral et un volumineux appendice très altéré : plaie laissée ouverte. Apparition au neuvième jour d'une fistule cæcale, fermée spontanément en un mois. Guérison.

Double hernie inguinale. Torsion de l'épiploon à droite. Opération. Guérison. — *M. Juvara* (de Bucarest) communique l'observation d'un homme de cinquante-quatre ans opéré par lui d'une hernie inguinale droite, étranglée depuis quatre jours. Observation rare pour deux raisons : 1° tumeur volumineuse, de dimension d'un gros cœur d'autruche, présentant une consistance d'ouate, volume et mollesse dus à une très abondante infiltration œdémateuse des tissus péri-sacculaires ; 2° le sac contenait seulement une longue frange épiploïque, tordue au niveau d'un mince pédicule et en état de momification noire et dure comme du bois.

L'ouverture large du genou dans le traitement des lésions synoviales capsulaires, ligamenteuses et méniscales. — *M. Raphaël Massart* présente trois opérés qui marchent facilement et ont un genou solide et mobile. L'arthrotomie faite selon la technique de Putti a permis la mobilisation précoce. L'auteur insiste sur l'importance des soins post-opératoires au point de vue du résultat final et conseille de faire des arthrotomies larges si l'on veut traiter complètement les lésions articulaires.

Cancer primitif du vagin. — *M. Thévenard* présente la pièce opératoire d'un cancer primitif du vagin ayant envahi circulairement tout l'organe en avant du col utérin qui était resté indemne. Cette pièce comprend l'utérus et les annexes qui ont été enlevés par voie périnéo-abdominale. La tumeur est du type papillaire et présente une grande malignité : le pronostic éloigné doit donc être très réservé.

Corps étranger articulaire. — *M. Judet* présente un corps étranger du genou extrait sous anesthésie locale pour arthrotomie au niveau du cul-de-sac externe de la synoviale. Cette « souris articulaire » apparaissait par intermittences. La pièce purement cartilagineuse, a 1 cm² de surface, 4 mm. d'épaisseur. Son origine paraît être en rapport avec une entorse violente subie six mois auparavant.

Chariot pour le transport des malades couchés dans leur lit. Fauteuil pour le transport des malades. — *M. Juvara* (de Bucarest) présente ces instruments et montre leur utilité pour le transport des malades.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances du 20 mai 1931

Cancer de la voie biliaire principale. — *M. Mondor*, chez une malade atteinte d'un ictère progressif a trouvé une sténose néoplasique du cholédoque et a pratiqué une anastomose entre le canal hépatique dilaté et l'estomac. L'amélioration fut très rapide avec disparition de l'ictère. La malade finit par succomber à une angiocholite grave. L'autopsie montre que l'anastomose était resté perméable .

Un cas d'adénomyome diffus. — *M. Mocquot* rapporte une boservation de *MM. Bernard et Bertrand*. Une hystérectomie subtotale ne fut suivie d'aucun incident, malgré l'envahissement des ligaments larges par des vésicules ou des kystes.

Expériences sur la production des ulcères duodénaux par dérivation. — *M. Lœwy* ; rapport de M. Gosset. M. Lœwy n'a touché en rien au tube intestinal. Il a sectionné le cholédoque et l'a anastomosé avec l'uretère. Les chiens ainsi opérés paraissent jouir d'une très bonne santé. On obtient ainsi une réaction œdémateuse du duodénum, puis dans 3 cas sur 4 une ulcération qui ressemble tout à fait aux ulcères humains.

M. Lœwy n'a pas trouvé de modification appréciable de l'acidité du suc gastrique.

Troubles mentaux post-opératoires. — *M. Proust* fait un rapport sur un travail de *M. Makékarie*. La première observation a trait à une femme curettée pour fausse couche. Peu à peu l'agi-

tation augmente les jours suivants à tel point qu'on lui mit la camisole de force. Cet état dura une quarantaine de jours, et, la guérison survint. Une deuxième malade eut des phénomènes analogues à la suite d'une incision d'un phlegmon de la fosse ischio-rectale.

Cette question fut traitée ici il y a longtemps par Picqué, on pensait qu'il fallait toujours une tare nerveuse préexistante.

M. Chevrier, dit qu'il est possible que l'anesthésique provoque une intoxication, mais qu'habituellement, il est nécessaire d'invoquer une psychose post-opératoire. M. C. a vu un cas analogue à la suite d'une anesthésie locale.

M. Thierry, dit que les observations sont incomplètes, au point de vue antécédents psychiques.

M. Gosset, a vu trois cas analogues ; les malades avaient une hérédité nerveuse et des antécédents mentaux très importants.

M. Sauvé dit qu'il n'est pas toujours nécessaire d'avoir des antécédents très marqués. Ce sont presque toujours des paranoïaques.

M. Lance a observé un cas de démence post-opératoire chez une jeune fille de 16 ans, qui présentait un tempérament de persécutée.

Sur l'appendicite aiguë. — *M. Auvray* est aussi d'avis que l'on doit opérer le plus possible près du début de la crise. En 1929, dans son service, il a eu une mortalité élevée, de 17,24 % car les malades opérés très tard sont nombreux. Mais le point de savoir s'il faut opérer à n'importe quelle date est à discuter.

M. Auvray croit qu'à partir de quelques jours et s'il y a un plastron, il faut mieux temporiser. Si l'on est obligé d'intervenir il vaut mieux ne pas chercher à tout prix l'appendice : on drainera l'abcès et plus tard on enlèvera l'appendice à froid. M. A. est de plus partisan de drainer très largement.

Sur l'apppendicite aiguë. — *M. Lenormant* a déjà apporté en 1913 une statistique de 76 cas : 52 guérisons et 24 morts.

Il apporte aujourd'hui une nouvelle statistique de 1914 à 1931, intégrale: 273 appendicites opérées à chaud avec 21 morts : 10,25 % de mortalité

Le debut a été précisé dans 223 cas: *Opérations du 1er jour* : 78 avec 2 morts — 38 seulement ont été fermés sans drainage. 39 malades ont quitté l'hôpital avant le 10ème jour.

Opérations du 2e jour : 60 cas avec 7 morts ; 63 % de lésions immédiatement graves — 19 seulement ont guéri en moins de quinze jours.

Opérations du 3e jour : 25 cas avec 1 mort.

Opérations retardées : 70 cas avec 10 morts. Il faut en déduire la bénignité de l'opération précoce ; ensuite, on ne peut accorder aucune concordance entre l'âge de la maladie et la gravité du cas.

Toute appendicite devrait être opérée dès le 1er jour de la crise et tout le monde est d'accord à ce sujet. La seule objection est l'erreur possible de diagnostic. Mais M. Lenormant n'est pas partisan de l'intervention à partir du 4e jour, si l'état général est meilleur.

Sur l'appendicite aiguë. — *M. Sorrel* a opéré ou fait opérer à Berck une centaine de cas d'appendicite dans les toutes premières heures, tous les malades ont guéri. Depuis qu'il est à Trousseau, il a observé 86 cas avec 84 guérisons et 2 morts ; 42 ont été opérés dans les 24 premières heures.

Cancer pylorique rétrocédant à la suite d'une gastro-entérostomie. — *M. Chevrier* a observé un cas de sténose pylorique. A l'intervention, grosse lésion mobile ; il fait une gastro-entérostomie. Ultérieurement, la malade fit une pleurésie hémorragique. Cinq mois après, M. C. réintervint et le pylore paraissait à peu près sain. Pylorectomie. Le laboratoire montra qu'il s'agissait d'un épithélioma. Il y avait donc eu des phénomènes inflammatoires qui avaient diminué considérablement depuis la première opération.

Arthrodèse extra-articulaire de la hanche pour coxalgie précoce. — *M. Mathieu* présente les radios et la malade elle-même.

Double luxation récidivante de l'épaule. — *M. Lenormant* a opéré un côté par voie antérieure et l'autre par voie postérieure.

Lobectomie pulmonaire. — *M. Gribel* présente les radiographies d'un malade opéré par lui.

Séance du 27 mai 1931

A propos des psychoses post opératoires. — *M. Mauclaire* rappelle les différents types de psychoses post-opératoires qui sont généralement des réveils de psychoses antérieures.

Polyarthrite ankylosante traitée par parathyroïdectomie. — *M. Chifoliau* rapporte un cas de *MM. Simon et Jung* (de Strasbourg). Femme de 37 ans, atteinte de rhumatisme chronique déformant. Il existait une hypercalcémie importante. On fait une parathyroïdectomie qui améliore considérablement son état.

M. Alglave insiste sur l'importance des matériaux calcaires qui se déposent dans les articulations atteintes de polyarthrite déformante.

M. Cunéo dit que ces polyarthrites ankylosantes doivent être distinguées des arthrites déformantes vraies, au point de vue pathogénique.

Sur le traitement de l'appendicite aiguë. — *M. Thierry* rapporte sa statistique de 35 ans de pratique qui correspond à peu près à deux mille cas. Il n'a perdu aucun malade sur ces cas d'appendicite à froid ou dans les premières heures d'une crise aiguë. Il a toujours employé une technique personnelle avec fixation du moignon à la peau. Quand il faut drainer, il le fait avec des drains-cigarettes.

Deux observations de corps étrangers du duodénum. — *M. Guibal*. Le premier cas concerne une jeune fille de 20 ans qui avait avalé un manche de brosse à dents. A l'opération 18 jours après, le corps étranger était fiché dans la paroi duodénale. Il avait été à moitié digéré et était devenu pointu. Le deuxième cas répondait à un enfant de 9 mois qui avait avalé une broche. Le corps étranger est suivi à la radio jusqu'au duodénum où il se fixe. Opération. Extirpation après décollement de l'angle droit du côlon. 10 jours après, l'enfant fit une invagination rétrograde du grêle qu'il opéra et qu'il put désinvaginer. L'enfant mourut de pâleur et d'hyperthermie quelques heures après.

M. Mouchet dit qu'il y aurait intérêt à connaître la composition des manches de brosses à dents.

M. Fredet a vu récemment deux cas qu'il a extirpé. Il vaudrait peut-être mieux opérer toujours sur une table radioscopique.

M. Martin a observé un cas où une broche avait perforé la paroi duodénale 7 heures après la déglutition.

M. R. Monod a observé un cas analogue.

M. Rouhier aussi.

M. Veau montre que le rôle du chirurgien doit être, contrairement à celui des médecins, de ne pas pousser à l'intervention.

M. Mouchet est du même avis.

Arthrite déformante d'origine traumatique. — *M. Moulonguet* a vu plusieurs cas cliniques où un traumatisme d'une articulation a produit ultérieurement une arthrite déformante à ce niveau.

M. Alglave a fait une résection dans une arthrite tabétique avec consolidation et excellent résultat.

G. Menegaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 mai 1931.

Radiumthérapie du cancer de l'œsophage. — *M. Guisez* présente une série de malades qui lui ont été adressés en dysphagie complète et chez lesquels les données combinées des signes cliniques, de la radiographie, de l'œsophagoscopie ont fait poser nettement le diagnostic de cancer, vérifié d'ailleurs par l'examen biopsique d'un fragment enlevé sous endoscopie. (Epithéliomes baso-cellulaires plus rarement spino-cellulaires ou mixtes).

Par une série d'applications locales de radium dans une longue sonde placée exactement au niveau de la sténose et sous endoscopie, la déglutition est redevenue normale chez tous et ils ont pu reprendre leur travail souvent pénible. Pour certains d'entre eux, la survie dépasse plusieurs années.

BIBLIOGRAPHIE

De Jésus-Christ à Karl Marx, par Raymond OFFNER. Eug. Figuière, édit. « A l'enseigne des deux Figuiers ». Rue Campagne-Première, 17, Paris (XIVe), 190 p. 10 fr.

Quel beau sujet !

En vérité il est impossible à tout homme de bonne foi de ne pas constater ce qu'au risque de paraître quelque peu ridicule et irrespectueux, on pourrait appeler *le marxisme de l'Evangile*.

Doctrine politique de la sensibilité, fleurs de grâce et de pitié, rien n'est plus attachant et rien non plus ne mérite davantage l'attention de l'être capable de penser que ces épanouissements juifs d'amour, chers à nos cœurs tendres d'Occidentaux, à nos âmes ultra-sensibles, à nos âmes naïves et pitoyables de Français.

Politique fragile d'ailleurs, assurée par phases de succès éclatants mais incapable de se maintenir car elle contrevient à des lois essentielles de la biologie, à des éléments constitutifs de la psychologie humaine.

Religieux ou athée, dès qu'il triomphe le marxisme est contraint de composer avec César ou, s'il a abattu complètement César, de s'incorporer sous des formes nouvelles, ou tout au moins sous des formes d'apparence nouvelle, les lourdes hiérarchies qu'il a renversées.

C'est bien là l'histoire du Christianisme dont le succès était singulièrement facilité, au regard du marxisme athée, par le fait qu'il rassemblait ses disciples et parlait au nom de Dieu, promettait les ineffables délices d'un bonheur éternel alors que les satisfactions de servir l'altruisme sont inaccessibles à bien des hommes, disons à bien des peuples et même à bien des races et que, chez nombre de ceux-là même des idéalistes en qui elles s'expriment par une foi profonde et agissante, elles ne résistent pas toujours à ceux des évènements, à celles des circonstances qui, suscitant des motifs d'ordre matériel ou d'ordre passionnel, viennent à leur faire obstacle.

Néanmoins, fut-il exclusivement et impérativement athée, le marxisme ne peut pas ne pas avoir ses heures de triomphe — heures dont ne cessent de s'épouvanter les *beati possidentes*, tous les conservateurs de tout poil et de toutes espèces.

Ces heures sont celles où les excès de César parce qu'ils ont forgé la solidarité des opprimés, condamnent César à la chute — que l'on entende par César un homme en chair et en os, un chef casqué et botté ou l'ensemble des classes parvenues à la richesse ou au bien-être, partant à la veulerie, à l'égoïsme, au préjugé sot dont s'offusquent à la fois l'idéalisme et le penchant à la jalousie des masses.

Le phénomène marxisme est bien l'un des plus curieux et des plus intéressants qui soient. Et nous ne pouvons que remercier Raymond Offner de nous documenter comme il le fait, c'est-à-dire avec sagacité en historien et en philosophe.

Et je ne me retiendrai pas non plus de louer — tout indigne que je sois — l'idéalisme, la foi humanitaire dont il témoigne dans ce livre.

Connu par d'autres ouvrages encore (*Les Chaînes brisées* ; *Esclave* ; *Vaincre* ; *Avant la venue du Pape en France*), Raymond Offner, secrétaire général de l'*Entente Pacifiste Internationale* (20, rue Louis-Dory, Le Pré-Saint-Cervais, Seine) travaille au rapprochement franco-allemand.

Je regrette de ne pouvoir l'aider, du moins en ce moment.

C'est que mes amis allemands sont patriotes et pour la plupart passablement *gallophiles*. Je donne, bien entendu, au mot sa signification étymologique : *Gallophile : être aux robustes appétits, très amateur de volailles cuites à point ou non*.

Que ceci ne décourage pas Raymond Offner. Sans doute rencontrera-t-il traverses et mécomptes (qui n'en rencontre ?) mais les perspectives de son entreprise dévoileront des conséquences d'une importance incroyable si l'Allemagne vient à cesser d'être gouvernée intelligemment, je veux dire conformément à ses fins nationales.

Je suis persuadé que le sort, à tout le moins de notre coin de planète, dépendra de la façon dont l'Allemagne sera gouvernée — de sa cohésion ou de son incohésion.

G. ESPÉ DE METZ.

Le système glandulaire, par le Dr FRANCESCO CAVAZZI. Vues nouvelles en médecine. Traduit de l'italien, 46 p., Paris, Gaston Doin, 1930.

« Les maladies qui dépendent d'*insuffisance*, altération ou absence de sécrétion interne d'une glande ou de plusieurs glandes avec ou sans conduit excréteur doivent être traitées par injections sous-cutanées avec le sérum de sang efférent ou (avec les produits de la sécrétion interne) de la glande ou des glandes correspondantes d'animaux jeunes et sains — les maladies qui dépendent d'*excès* de la sécrétion interne avec le sang ou avec le sérum de sang efférent (ou avec les produits de la sécrétion interne) de la glande ou des glandes antagonistes d'animaux jeunes et sains ». Les sécrétions internes, ajoute l'auteur, sont l'avenir de la médecine.

E. de M.

Ces résultats sont donc bien supérieurs à ceux que peut donner la simple gastrostomie.

A propos du diagnostic entre les tumeurs intra-rachidiennes et le mal de Pott. — *M. Bérel* (Lyon).

Paralysie récurentielle gauche accompagnant une sténose mitrale chez une scarlatineuse. — *MM. Dumitresco, Grossu* et *Saint-Chisu* (Bucarest).

Sur un cas de méningite suraiguë staphylococcique primitive. — *M. H. Andoyl.*

Sur un cas de Kalatazar infantile observé à Paris. — *MM. Lereboullet, Chabrun* et *Baize* présentent une enfant de six ans, qui est venue aux Enfants-Assistés atteinte d'un kala-azar typique avec grosse rate, fièvre à oscillations irrégulières, anémie. L'affection s'était développée à La Rochelle et à Saint-Denis mais avait été contractée sur la côte méditerranéenne. Mise en traitement par des piqûres intramusculaires bi-hebdomadaires d'un composé à base d'antimoine (stibional) l'enfant a guéri progressivement et ne présente actuellement ni fièvre, ni anémie ; la rate est presque revenue à la normale. Le diagnostic fait par la ponction splénique a été facilité par la réaction de Gâté et Papacosta (formol-gélification du sérum, avec opacification) qui, très nette au début de l'affection, est devenue progressivement négative. L'enfant a reçu, par voie intra-musculaire, en quatre mois, de décembre à avril, plus de 80 centigrammes d'antimoine, dose considérable, mais qui fut bien supportée et paraît avoir été responsable de l'amélioration obtenue.

L'athérome expérimental. — *MM. Léon Binet, Jean Verne* et *A. Lafitte* rapportent les observations qu'ils ont prises chez le lapin après administration quotidienne par voie digestive de 40 milligrammes d'ergostérol irradié. Ils confirment les recherches de leurs prédécesseurs sur la toxicité de la vitamine D administrée à cette dose (Collazo, Levaditi, Simonnet, Policard). Ils ont noté chez leurs animaux l'existence d'une forte azotémie sans troubles de la tension artérielle ; ils analysent les modifications histologiques des fibres élastiques des artères : l'athérome évolue en deux phases : une phase lipoïdique et aldehydique et une phase calcique. L'intensité et la rapidité de l'athérome artériel enregistré dans ces conditions doivent retenir l'attention des expérimentateurs qui ont ainsi une technique aisée pour aborder l'étude de l'athérome (dans sa détermination et peut-être dans son traitement).

M. Vaquez remarque que parmi les substances capables de déterminer l'athérome, l'adrénaline par voie intra-veineuse n'agit pas de façon constante. En expérimentant sur 150 lapins environ, il a pu obtenir des lésions athéromateuses dans 7 à 8 cas sur 10 seulement.

M. Apert insiste sur le danger que comporte l'administration de l'ergostérol irradié chez les enfants, à des doses trop fortes ou trop prolongées, qui peuvent être suivies de l'apparition de calcifications étendues.

Comas diabétiques insolino-résistants. — *MM. Marcel Labbé* et *R. Boulin* montrent qu'il faut réserver cette appellation aux cas de comas diabétiques où, malgré l'insuline administrée à doses suffisantes, la mort survient par acido cétose et non du fait d'une complication intercurrente (collapsus cardio-vasculaire).

Cette éventualité n'est pas absolument exceptionnelle et ils en relatent quatre observations. Dans l'une d'entre elles en particulier, malgré un traitement précoce et l'administration de 830 unités, la réserve alcaline tomba de 20 à 12 volumes.

La pathogénie de ces cas est encore mystérieuse, mais leur existence doit rendre très réservé en matière de pronostic dans le coma diabétique ; si en général en effet cet accident guérit par l'administration de l'insuline, il existe tout de même des cas où, sans que rien ne permette de le prévoir, l'insuline n'agit pas.

M. May croit que l'on pourrait expliquer certains cas de résistance du coma à l'insuline par le fait que cet accident est très souvent secondaire à une infection aiguë qui aggrave le diabète et modifie les moyens de défense de l'organisme.

M. Labbé croit qu'il faut distinguer les comas diabétiques insulino-résistants des cas où la résistance à l'insuline n'est qu'apparente et dans lesquels des doses considérables d'insuline (allant jusqu'à 1.000 unités et plus) font cesser les accidents.

Deux épidémies familiales d'érythème noueux et de miliaire au moment de la primo-infection tuberculeuse. — *M. A. Gendron* (de Nantes) a observé chez dix enfants appartenant à deux familles différentes une courte maladie fébrile d'allure épidémique au cours de laquelle sont apparues les réactions cutanées suivantes ; 4 fois l'érythème noueux, 3 fois la miliaire, 2 fois une éruption intriguée d'érythème noueux et de miliaire.

La primo-infection tuberculeuse fut soupçonnée par la clinique chez les enfants de la première famille. Elle fut démontrée par les réactions tuberculiniques et les constatations radiologiques chez la plupart des enfants de la seconde famille, aussi bien chez ceux atteints d'érythème noueux que chez ceux ayant présenté de la miliaire ou les deux éruptions intriquées.

Ces observations confirment les remarques originales faites par *MM. L. Bernard* et *Paraf*, au sujet de l'érythème noueux sporodique. Elles les complètent pour l'érythème noueux épidémique. Mais leur principal intérêt réside dans la coexistence de l'érythème noueux et de la miliaire. Cette constatation autorise à penser que dans certaines conditions, ces deux réactions cutanées objectivement si dissemblables possèdent la même valeur.

Accidents post-insuliniques. — *M. M. Labbé* rappelle les accidents que l'on peut observer 1 à 3 heures après l'injection d'insuline : malaise, sueurs, sommeil, coma, parfois crises d'épilepsie. Il insiste sur ce fait que dans la règle — mais non toujours — ces accidents coïncident avec une hypoglycémie à 0,50-0,70 cgr. par litre, mais qu'il n'existe aucun parallélisme absolu entre le taux de la glycémie et la gravité des accidents observés. Le diagnostic du coma hypoglycémique peut présenter quelques difficultés quand les urines du malade contiennent encore du sucre et présentent encore une faible réaction d'acidose. La recherche du signe de Babinski dans le coma hypoglycémique, peut avoir une certaine valeur diagnostique car je ne l'ai jamais signalé jusqu'à présent dans le coma acidosique ; mais ce signe n'est pas constant.

Certains sujets sont plus sensibles que d'autres aux mêmes doses d'insuline : il en est ainsi des adisoniens et de certains malades atteints de diabète insipide qui font volontiers des accidents post-insuliniques.

Ces accidents sont aisément évités en réglant convenablement le régime et le traitement insulinique des diabétiques.

En cas de coma post-insulinique l'infection intra-veineuse de glucose agit immédiatement ; on peut y adjoindre l'administration d'adrénaline.

M. Rathery estime que les accidents d'hypoglycémie sont assez fréquents et insiste sur le rôle du terrain dans leur apparition.

M. Costedoit a observé un cas de bradycardie par dissociation, confirmé par l'électrocardiogramme, apparu au cours d'un accident post-insulinique.

Deux cas de syphilis héréditaire avec déformation des doigts et hydorthrose. — *M. Henri Dufour* présente deux jeunes filles de 19 ans porteuses l'une de déformations rhumatismales des doigts et d'un érythème mixte à type d'érythème induré de Bazin et noueux, ce dernier consécutif à une angine récente, l'autre d'une hydarthrose du genou récidivante. La cuti-réaction à la tuberculine chez la première malade a été positive ; celle de la deuxième n'a pas été faite mais son liquide articulaire n'a pas tuberculisé le cobaye. Les réactions de B.-W. ont été positives chez les deux malades.

L'intérêt de ces observations réside dans l'association de manifestations rhumatismales avec une syphilis héréditaire. Dans quelques années, suivant une règle fréquente dans la syphilis héréditaire, la réaction humorale disparaîtra et l'on mettra sur ces rhumatismes l'étiquette que l'on voudra.

La valeur des radiographies de profil pour le diagnostic topographique des lésions pulmonaires et des dilatations bronchiques. — *MM. Armand-Delille* et *Lestocquoy*, montrent la valeur de la radiographie de profil dans l'étude des lésions pulmonaires tuberculeuses de l'enfance et dans la dilatation des bronches.

La radiographie prise de face permet l'étude des lobes supérieurs et moyens droits mais ne permet pas l'exploration du lobe supérieur droit caché derrière l'ombre du foie.

A gauche les deux lobes pulmonaires sont imbriqués et il est impossible de différencier ce qui se rapporte à l'un ou à l'autre.

La radiographie de profil rend possible l'exploration des deux lobes inférieurs dont elle montre normalement la transparence derrière l'ombre du cœur et du foie.

Cette technique radiologique précise le siège et l'étendue

d'une lésion pulmonaire tuberculeuse ou d'une dilatation bronchique et mérite d'être employée avant la mise en œuvre d'un pneumothorax ou d'un traitement chirurgical.

Zonas consécutifs à la vaccination antityphique par le T. A. B. — *M. H. Gounelle* (Strasbourg) rapporte trois cas de zonas thoracique, de Ramsay-Hunt et du trijumeau apparus à la suite d'une vaccination antityphoparaphique. En en rapprochant les manifestations herpétiques qu'il a vu survenir après cette même vaccination, l'auteur souligne les conditions identiques d'apparition possible d'herpès et de zona après vaccination par le T. A. B.

Séance du 29 mai 1931

Deux cas d'ictère hémolytique à trichocéphales. — *M. Brûlé.* — Un malade, observé en 1922, présentait, depuis huit ans, le syndrome classique de l'ictère hémolytique acquis. L'examen systématique des selles ayant décelé la présence d'œufs de trichocéphales, un traitement par le thymol fut institué qui amena rapidement la guérison clinique et hématique. Cette guérison se maintient depuis 9 ans.

Un second malade, observé il y a un an, avait souffert de fortes hémorragies hémorroïdaires ; mais elles avaient cédé aux injections sclérosantes tandis que l'anémie persistait. Il s'agissait d'un ictère hémolytique, datant de trois ans environ et présentant cette rare particularité de ne pas s'accompagner de splénomégalie.

Depuis quatre ans le malade se plaignait de diarrhée; l'examen des selles décela, en abondance, des œufs de trichocéphales. Un traitement anthelminthique, par l'essence de chénopode, amena rapidement la disparition de l'ictère et de l'anémie, mais la résistance globulaire reste encore diminuée.

Widal, Abrami et Brûlé en décrivant, il y a 24 ans, les ictères hémolytiques acquis, avaient insisté sur la pluralité d'origine de ce syndrome morbide, dont la cause nous échappe trop souvent. Quelques observations avaient montré que les parasites intestinaux, comme l'ankylostome et l'ascaris, peuvent être à l'origine de la maladie. Les deux cas rapportés prouvent que le trichocéphale peut aussi, dans certaines conditions encore mal déterminées, provoquer l'ictère hémolytique.

L'examen minutieux des selles doit donc être pratiqué systématiquement puisque, s'il est positif, un traitement simple peut guérir rapidement une affection redoutable.

Cancer du pancréas à forme cachectique pure. Diagnostic radiologique. — *MM. Brûlé et Busy.* — Une femme âgée vint consulter pour un amaigrissement progressif de 20 kilogs dont la cause n'avait pu être précisée. Il n'existait pas de douleurs, et, malgré quelques troubles dyspeptiques, la radiographie de l'estomac ne décelait qu'une ptose accentuée, sans image de cancer gastrique.

La palpation permit de sentir une petite tumeur épigastrique, profonde, non mobilisable, qui semblait être un cancer du corps du pancréas. En délimitant la tumeur avec un fil de plomb on put s'assurer qu'elle était exactement cadrée par l'arc duodénal ; il n'existait aucune déformation du duodénum ni de l'estomac. Le diagnostic de cancer du pancréas put ainsi être affirmé et fut, ultérieurement, confirmé par une laparotomie exploratrice qui montra une tumeur de l'isthme du pancréas, avec une petite métastase hépatique.

Les cancers du pancréas sans douleur et sans ictère sont fréquents et actuellement bien connus. Dans les cas, rares d'ailleurs, où la tumeur est perceptible, ce diagnostic difficile peut être confirmé par la radiographie, non seulement en recherchant les déformations de l'estomac et de l'intestin, mais surtout en précisant les rapports anatomiques de la tumeur avec l'anse duodénale.

M. Gutmann a déjà insisté sur la valeur de l'exploration radiologique du duodenum dans les tumeurs du pancréas et les pancréatites. On peut observer en ces cas, non seulement des déformations du bulbe mais un élargissement du cadre duodénal.

M. Brûlé insiste sur l'intérêt de la méthode d'exploration qu'il préconise dans les cas où l'on soupçonne l'existence d'une tumeur du pancréas qui ne s'accompagne d'aucune déformation du duodénum.

Méningite tuberculeuse chez un adulte au décours d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu. — *M. G. Caussade.* — Aux cas déjà publiés de tuberculose compliquant une attaque de rhumatisme articulaire aigu (maladie de Bouillaud), l'auteur ajoute le suivant : Un homme de 52 ans, atteint de maladie mitrale, étant au déclin d'une septième attaque, et tandis que la fièvre et les pulsations diminuaient notablement, que la polyarthrite était sur le point de disparaître, fut en proie d'abord à une céphalée intense qui dura 7 jours ; puis, pendant 15 jours consécutifs, évolua en délire aigu, caractérisé successivement par des inquiétudes, de l'anxiété, de la lypémanie, de l'agitation, des phases d'incohérence, des hallucinations visuelles entrecoupées de quelques courtes rémissions, délire terminé par du gâtisme précédé de torpeur. Deux signes somatiques : contractures des extrémités et vaste escarre sacrée. Liquide céphalo-rachidien, pression 40, 35 mm Hg, albumine : 0,60, sucre 0,15, bacilles de Koch. Aucune autre manifestation tuberculeuse décelable cliniquement que la méningite en question. L'auteur insiste sur les formes délirantes de la méningite tuberculeuse de l'adulte, formes essentiellement confusionnelles avec onirisme marqué. Sans l'analyse du liquide céphalo-rachidien, pareil diagnostic est impossible. Quant à la fréquence de cette forme délirante de méningite tuberculeuse de l'adulte, l'auteur cite sa propre statistique recueillie à l'hôpital Tenon dans un service ouvert pour « mentaux » et qui est la suivante : sur 13 agités, 19 autopsies dont 3 cas avec méningite tuberculeuse non reconnue pendant la vie.

M. Comby se rappelle avoir observé un cas de méningite tuberculeuse chez l'adulte ayant évolué comme une manie aiguë. A l'autopsie, on trouva non pas une méningite en plaque mais une méningite diffuse.

M. Claude a l'occasion de voir fréquemment des formes foudroyantes de méningite tuberculeuse prenant le masque chez l'adulte d'excitation maniaque suraiguë. Le diagnostic, très délicat, en l'absence de tout signe méningé et de toute lésion à l'autopsie ne peut être porté que par l'inoculation du liquide céphalo-rachidien au cobaye.

Influence de la température sur les crises d'asthme de l'adulte. — *MM. Pasteur Vallery-Radot* et *G. Mauric* ont étudié 45 asthmatiques quant à l'influence de l'hyperthermie sur les crises d'asthme et constaté chez 28 la disparition des crises au cours de l'hyperthermie.

Les asthmatiques qui sont favorablement influencés par l'hyperthermie appartiennent à des types cliniques les plus divers et les hyperthermies qui ont une action favorable sur les crises sont de causes variées.

Mais une notion se dégage assez nette : l'importance du degré thermique.

Les hyperthermies qui agissent sont celles qui dépassent 38°5 ; parfois même il est nécessaire que la température monte à 39° pour qu'elle fasse sentir son action. La lecture de quelques-unes des observations rapportées par les auteurs est très significative à cet égard : les affections peu fébriles n'ont pas d'action sur les crises d'asthme ; on voit chez un même sujet une hyperthermie au-dessous de 38° n'avoir aucune influence, tandis qu'une température dépassant 38° arrête les crises. Il semble que pour chaque malade il existe un seuil au-dessous duquel l'hyperthermie n'a pas d'action sur les crises.

Une question importante est celle de la durée de l'influence des hyperthermies sur les crises d'asthme. Tant que l'hyperthermie persiste, il n'y a pas de crises, mais après la baisse de température l'asthme réapparaît immédiatement ou quelques jours après ou même seulement quelques semaines ou mois après. Dans la majorité des cas, une hyperthermie d'une durée assez longue manifeste son action un certain temps après la cessation de la fièvre, tandis qu'une hyperthermie de courte durée n'a qu'une action éphémère.

Les auteurs ont étudié l'influence des hyperthermies provoquées. Elles arrêtent bien l'asthme, à condition toutefois qu'un certain degré thermique soit atteint, variable pour chaque individu, mais cette cessation n'est que temporaire ; jamais on ne voit l'action se prolonger au delà de quelques heures, contrairement à ce qu'on observe parfois au cours des pyrexies naturelles. On constate l'échec de l'hyperthermie provoquée, là où les fièvres naturelles n'avaient aucune action.

M. Flandin se demande si l'hyperthermie est le seul facteur qui entre en jeu, et si les modifications humorales qui accompagnent la fièvre naturelle ou celle déterminée par la pyrétothérapie expérimentale ne sont pas responsables aussi des bons effets observés. Il note ensuite avoir constaté parfois la disparition rapide des accès d'asthme par la diathermie locale.

M. Vallery-Radot n'a jamais obtenu de résultats par la diathermie.


CHLORO-CALCION
SOLUTION STABILISÉE, RIGOUREUSEMENT DOSÉE, DE CHLORURE DE CALCIUM CHIMIQUEMENT PUR
80 gouttes ou ½ cuiller à café = 1gr. Ca Cl²
Recalcifiant
Hémostatique
Déchlorurant
DIRECTEMENT
ASSIMILABLE
Littér. Echant. LABORATOIRE MICHELS
9, Rue Castex – PARIS (IVᵉ)

M. Cathala remarque que d'autres affections que l'asthme peuvent guérir à l'occasion d'une maladie infectieuse ; il en est ainsi de la maladie de During. Il croit que l'infection joue un rôle à côté de la fièvre, et le fait rapporté par M. Vallery-Radot, à savoir que l'hyperthermie provoquée n'amène qu'une sédation passagère des crises d'asthme tandis que les pyrexies naturelles sont suivies souvent d'une rémission durable lui paraît être un argument en faveur de son opinion.

Il rappelle que l'asthme peut s'accompagner de fièvre chez l'adulte comme chez l'enfant, fait qui lui paraît un peu paradoxal.

M. Vallery-Radot considère que les crises d'asthme avec fièvre restent l'exception chez l'adulte ; il n'en a observé que 3 cas sur 45.

M. Decourt rapproche de ces faits ceux dans lesquels la fièvre influence d'autres phénomènes paroxystiques tels que l'épilepsie. Il fait intervenir à côté de l'hyperthermie des modifications du système neuro-végétatif.

Urticaires par effort. L'acidose intervient elle. — *MM. Pasteur Vallery Radot, P. Blamoutier, Maurice Dérot*, et *M. Laudat* rapportent deux nouveaux cas d'urticaire à l'effort. Dans un de ces cas, l'urticaire était déclenchée non seulement par l'effort musculaire, mais encore par des agents physiques divers, en particulier par la chaleur, et même par une émotion. Chez ces deux sujets on observait de profondes perturbations humorales qui accompagnaient mais ne précédaient pas l'urticaire à l'effort. Le fait dominant consistait en une acidose au moment de l'éruption. Les auteurs montrent qu'un sujet normal fait une baisse de la réserve alcaline après l'effort musculaire et que chez leurs deux urticariens à l'effort les injections capables de modifier la réserve alcaline dans le sens de l'acidose, non seulement ne provoquent pas une urticaire particulièrement intense après une course de quelques minutes, mais au contraire semblent atténuer l'éruption ortiée. On ne saurait donc établir de rapport entre l'apparition de l'acidose et l'urticaire à l'effort. Il est vraisemblable que l'urticaire dans ces deux observations n'était que l'exagération de phénomènes vaso-moteurs normaux : le sympathique réagit par des placards ortiés au lieu de réagir par de l'érythème. Le premier cas en semble la démonstration. Ici, en effet, les crises ortiées apparaissent à la suite de l'intervention d'agents multiples, tels que la chaleur ou l'émotion, et on trouve la cause de l'hyperexcitabilité du sympathique dans une hyperthyroïdie.

Il ne semble donc pas qu'une pathogénie unique puisse être invoquée pour l'urticaire à l'effort. Comme l'urticaire au froid, l'urticaire à l'effort peut être due à de simples troubles vasomoteurs sans qu'il y ait lieu de faire intervenir un processus humoral. Si une crise hémoclasique, d'ailleurs plus ou moins atypique, est le satellite de la crise cutanée au cours de l'urticaire à l'effort, tantôt elle précède les manifestations cliniques et peut en être l'origine, tantôt elle accompagne ces manifestations et ne peut donc en être considérée comme le facteur déterminant. Quant à l'acidose, qui s'observe au cours de l'effort musculaire aussi bien chez les sujets normaux que chez les urticariens à l'effort, elle ne semble pouvoir être incriminée.

M. Weill-Hallé demande si les sujets qui font aisément des crises d'asthme ou des équivalents présentent une particulière sensibilité de leur réserve alcaline.

M. Pasteur Vallery-Radot a remarqué que la réserve alcaline des asthmatiques est très variable et ne peut donner aucune précision à cet égard.

M. Claude a eu l'occasion d'observer dans les accès anxieux des variations déconcertantes du pH sanguin et de la réserve alcaline, variations tout à fait passagères qu'il faut avoir la chance de saisir.

L'incubation du tabes et de la paralysie générale. — *M. A. Sézary* et *Mlle Roudinesco* ont etudié l'action de divers facteurs étiologiques sur la durée de l'incubation du tabes et de la paralysie générale, c'est-à-dire sur le laps de temps qui s'écoule entre la date de la contamination syphilitique et les premiers symptômes de ces affections nerveuses.

L'alcoolisme, le surmenage intellectuel, le sexe ne leur paraissent pas jouer un rôle important.

L'âge de la contamination syphilitique est à considérer : car l'incubation est d'autant plus courte que la maladie a été contractée à un âge plus tardif.

Mais c'est l'action du traitement qui est capitale. Les auteurs ont constaté que si le tabes et la paralysie générale apparaissent environ de 17 à 18 ans chez les syphilitiques n'ayant jamais reçu de traitement, ils surviennent au bout de 15 ans chez les syphilitiques très peu traités et au bout de 9 à 10 ans chez ceux qui ont reçu un traitement assez fort, quoique insuffisant. Donc la complication nerveuse apparaît d'autant plus précocement que le traitement précoce, tout en étant insuffisant, a été plus actif. Aussi, elle est plus hâtive après le traitement arsénobenzénique (9 ans en moyenne) qu'après le traitement mercuriel (15 ans). Cependant un traitement arsenical normal ou mieux arséno-bismuthique met les malades à l'abri de la neuro-syphilis.

Ce n'est donc pas le 914 qu'il faut incriminer, mais l'insuffisance du traitement institué.

M. Flandin arrive aux mêmes conclusions en ce qui concerne les manifestations tardives viscérales de la syphilis.

M. Jausion croit que les manifestations nerveuses de la syphilis s'observent avant tout chez les malades ayant eu une syphilis qui ne s'est pas extériorisée.

M. Tzanck pense qu'il vaut mieux ne pas traiter les syphilitiques que les traiter insuffisamment. Il rend hommage au service social à l'hôpital qui apporte une aide efficace au médecin en luttant contre l'indocilité des malades qui sont portés trop naturellement à négliger le traitement d'entretien.

M. Sézary, contrairement à l'opinion de M. Jausion a observé bien souvent la paralysie générale chez des malades ayant eu des syphilis florides.

Gomme ulcéreuse de la joue ; purpura hémorragique ; syndrome agranulocytaire au cours du traitement arsenical. Eosinophilie de guérison. — *MM. Paul Carnot, P. Delafontaine* et *P. Véran.*

Michelle VALENTIN.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE

Pédiatrie

L'enfant qui subit une contamination tuberculeuse première, guérira parfaitement dans la très grande majorité des cas.

La primo-infection donne lieu à quatre formes cliniques :

1° Elle ne se manifeste que par une réaction positive à la tuberculine ; la radiographie ne révèle aucune modification des ganglions médiastinaux ; la bénignité est la règle.

2° Il y a des lésions thoraciques discrètes, muettes à l'auscultation, découvertes souvent par hasard aux rayons X ; elles régressent spontanément et rapidement.

3° L'infection plus violente ne dépasse pas les limites de résistance de l'organisme ; elle se traduit par un complexe anatomo-clinique plus ou moins aigu, plus ou moins chronique, plus ou moins fébrile, mais facilement décelable à l'examen clinique et radiolographique. Pronostic presque toujours bénin.

4° L'infection brutale franchit les barrières lymphatiques et aboutit en peu de temps à la granulie.

Dans ces trois derniers groupes on voit souvent évoluer le syndrome typho-bacillaire.

Ce qu'il y a de redoutable chez l'enfant, ce sont les réinfections qui créent presque constamment des lésions fibro-caséuses (André Dufourt. Primo-infection et réinfection tuberculeuses chez l'enfant. *Journal de médecine de Lyon*, 20 février 1931.)

Obstétrique

L'infection puerpérale autogène se produit chez des femmes récemment accouchées pour lesquelles on ne peut incriminer aucun apport septique venu du dehors ; les sources de germes se trouvent sur ou dans le corps de la femme, dans des foyers génitaux ou extra-génitaux.

La prophylaxie visant le germe apparaît à peu près inopérante, en dehors de la désinfection vulvaire.

La prophylaxie relative au terrain permet d'espérer mieux.

On réalise la défense tissulaire locale en évitant les touchers répétés et brutaux, les interventions traumatisantes, les extractions laborieuses, le travail prolongé.

On diminue la fragilité de l'organisme ou on augmente sa résistance par un ensemble de moyens : surveillance de la grossesse ; surveillance du fonctionnement de l'intestin, du foie, des reins ; prévention du choc obstétrical ; emploi des méthodes destinées à lutter contre l'anergie (protéinothérapie : emploi de l'argyrochrome, du nucléinate de soude) ; tentatives d'immunisation.

L'existence presque certaine de l'infection autogène ne peut excuser à l'avance les fautes graves contre l'asepsie. (J. Voron. L'infection puerpérale autogène. [Etude clinique]. *Journal de médecine de Lyon*, 5 février 1931.)

Ophtalmologie

La luxation d'un cristallin présentant une cataracte diffuse agit de la même façon que le procédé opératoire de l'abaissement.

L'encyclopédie d'ophtalmologie cite le cas d'un aveugle de naissance, qui recouvre la vue après une chute d'un arbre sur lequel il était grimpé, et le cas d'une femme, atteinte de cataracte sénile, qui constate que sa vision s'est améliorée subitement après une chute dans un escalier de cave.

Reny rapporte un cas analogue. Un homme, âgé de 60 ans, a reçu sur l'œil droit un coup de baguette assez violent, pendant qu'il travaillait au bois ; il voit flou et tous les objets lui paraissent avoir une couleur bleuâtre, absolument comme s'il avait été opéré de la cataracte ; dernière analogie : avec + 10 D (90° + 2 D) il a une acuité de 3/10 faibles ; il avoue qu'il voit mieux qu'avant l'accident.

L'acuité avant le traumatisme était probablement de l'ordre de 1/10 par suite de la présence d'une cataracte diffuse. (P. Reny. Conséquence imprévue d'un traumatisme oculaire. *Revue médicale de la Franche-Comté*, 15 février 1931.)

Oto-rhino-laryngologie

La nécessité de la désinfection des fosses nasales au cours des maladies infectieuses s'est imposée à tous les praticiens.

Les liquides pénètrent dans le méat inférieur, sur lequel ils glissent rapidement, passent dans le naso-pharynx, puis dans la gorge ; ils ont effleuré la muqueuse du plancher et celle du cornet inférieur, mais nullement la voûte du cavum. Les huiles, mentholées ou autres, ne séjournent pas assez longtemps au contact de la muqueuse, dont elles n'atteignent qu'une partie, pour avoir une action réellement efficace.

La pommade a l'avantage de permettre l'incorporation d'une série de topiques ayant une action directe, la pénétration graduelle, l'imprégnation plus étendue.

La pulvérisation, aqueuse ou huileuse de préférence, atteint tous les points de la muqueuse nasale.

Dans les cas aigus (coryzas, adénoïdites, otites catarrhales ou suppurées) les pommades suffisent généralement ; dans les cas chroniques et dans certaines maladies infectieuses (pulmonaires, grippe, fièvre typhoïde) les pulvérisations sont préférables. (E. J. Moure. Thérapeutique nasale. *Journal de médecine de Bordeaux*, 20 février 1931.)

Voies urinaires

L'urétrotomie interne n'est pas une opération sans gravité, comme le montrent les deux observations suivantes :

Un employé de commerce, de 42 ans, atteint de blennorragie il y a 23 ans, présente un rétrécissement de l'urètre prostatique. Une prise de sang donne une proportion d'urée normale (0,32 ‰). L'opération est faite sous anesthésie locale. Huit heures après l'intervention le pouls est de 84, la température de 37°3, les urines éliminées de 600 cc. Deux heures plus tard tout marche très mal : 120 pulsations, 39°8, reins bloqués ; c'est une crise d'urémie. Deux saignées (de 300 et de 200 cc.), 250 cc. de sérum glucosé, 10 cc. d'huile camphrée, une taille hypogastrique n'empêchent pas l'issue fatale de se produire.

Un homme de 58 ans, atteint de plusieurs blennorragies dans sa jeunesse, a un rétrécissement de tout le canal urétral et plus particulièrement de l'urètre pénien. L'opération fut pénible, mais ni douloureuse ni sanglante. Onze heures après apparait une crise d'urémie qui cède à la trentième heure. (Marcel Simonnet. Les dangers de l'urétrotomie interne. *Languedoc médical*, 10 février 1931.)

Pathologie coloniale

La tularémie, due au *B. tularense*, sera, sans nul doute, importée en Europe avant longtemps ; peut-être y est-elle déjà insoupçonnée, peut-être des cas aberrants ont-ils déjà été pris pour des cas de peste, de sodoku, de lympho-granulomatose, de typhus méditerranéen, de fièvre ondulante, de fièvre typhoïde.

De beaux problèmes de diagnostic en perspective ! (H. Violle. De la tularémie et des possibilités de son introduction en France. *Marseille médical*, 25 décembre 1930.)

La tuberculose progresse à Madagascar. Rare en 1902, elle passait, dans les preoccupations médicales, après le paludisme et la dysenterie. En 1905 elle ne semble exister que sur les Hauts-Plateaux ; en 1923 les médecins de Fort-Dauphin, Mayotte, Ambositra, Maroansetra en signalent les progrès rapides : en 1926 on constate qu'il n'existe pas de milieu ni de régions indemnes.

De nombreux paludéens, cachectiques, cirrhotiques, ictériques, athrepsiques, etc., sont en même temps atteints de lésions tuberculeuses plus ou moins discrètes, sans cependant figurer dans les statistiques comme tuberculeux.

Les formes cliniques observées sont celles de l'Europe. (Toullec et Advier. La tuberculose à Madagascar. *Marseille médical*, 25 décembre 1930.)

Thérapeutique

Le rhumatisme chronique bénéficie de l'aurothérapie ; l'action favorable peut être attribuée au soufre ou à l'or.

Les cas améliorés se divisent en deux groupes : d'une part les rhumatismes chroniques isolés, non accompagnés d'autres manifestations pathologiques ; d'autre part des états articulaires chroniques accompagnés de manifestations pulmonaires.

La posologie n'est pas indiquée.

La question du rhumatisme tuberculeux semble se poser à nouveau, sur le terrain de la thérapeutique. (J. Girard. Le traitement du rhumatisme chronique par les sels d'or. *Gazette médicale de Picardie*, février 1931.)

« **Il me semble que depuis 1921 l'action du sérum antigangréneux** est allée en s'affaiblissant de jour en jour, jusqu'à disparaître complètement.

« J'ai observé, dans ma pratique de paix, une douzaine de gangrènes gazeuses pour plaies des membres...

« Tout ce qui n'a pas dépassé la cuisse ou le bras a guéri, absolument comme pendant la guerre, par amputation.

« Tout ce qui a atteint la cuisse est mort...

« Je limite mes réflexions au sérum antigangréneux, mais elles pourraient s'étendre à beaucoup d'autres sérums ou vaccins.

« Je crois que la multiplicité des plaintes et des faits permettra d'envisager la recherche des causes de faiblissement des sérums et des vaccins ou de recrudescence de virulence des microbes. »

Le cri d'alarme du chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lons-le-Saunier sera entendu au moment où s'engage une polémique ardente sur l'efficacité du sérum antidiphtérique. (G. Aigrot. Communication à propos du sérum antigangréneux. *Revue médicale de la Franche-Comté*, 15 février 1931.)

Varia

Dans les diverses maladies contagieuses dont la contagion est d'origine bucco-pharyngée, ce ne sont pas les sujets sains qui doivent être porteurs du masque prophylactique, mais plutôt les malades eux-mêmes. (Etienne, de Montpellier.)

Il faut toujours penser à l'apparition probable du coma chez tout diabétique qui présente des malaises inaccoutumés ou plus ou moins bien définis : agitation, anxiété, troubles digestifs, diarrhée. (Hautefeuille, d'Amiens.)

On admet communément qu'un malade atteint d'hypertrophie de la prostate *doit* avoir ou *peut* avoir des urines troubles alors même qu'il n'a jamais été sondé. (H. Blanc, de Bordeaux.)

J. Lafont.

Echos et Glanures

Sexualia et autres. — L'*obsession sexuelle* continue d'envahir l'humanité, et même ses savants, ses médecins, ses savants médecins.

Sur vingt communications que me valent soit le hasard, soit l'amabilité des auteurs, une bonne quinzaine sont consacrées à la sexualité.

Les hommes, commençant à se sentir à l'étroit sur la planète, et n'éprouvant qu'un désir restreint de coloniser steppes glacés ou contrées tropicales, il se produit tout naturellement un légitime et nécessaire néo-malthusianisme que la bourgeoisie pratique, tout en ayant l'hypocrisie de le contester (1) mais qui, dérivant des conditions économiques, est parfaitement inéluctable.

En même temps surgissent de toutes parts des prophètes à lunettes et à parchemins.

Dans le fatras ardent de ceux-ci, il est évidemment du *bon* et du *sain*.

Mais je suis loin de m'associer à toutes les revendications.

Ainsi, je ne reconnais pas le *droit à l'avortement*, droit à peu près concédé *dans la pratique* à la population de notre pays.

Je ne suis pas partisan de la stérilisation des tarés, parce que je crois essentiel le rôle qu'ont joué les tarés dans la civilisation, parce que je suis convaincu que sans eux bien des œuvres parmi les plus fortes, les plus belles, les plus bienfaisantes n'eussent pas été, ne seraient pas, que, sans eux, nous ne serions vraisemblablement jamais sortis de la barbarie.

Enfin je ne parviens pas à découvrir ce que d'aucuns appellent *morale scientifique*. La Science étant l'étude et la connaissance de *ce qui est*, n'est, ne peut être ni morale ni immorale, mais elle est nécessairement amorale.

Sans doute peut-on (je m'expliquerai ultérieurement sur le point) concevoir sans trop forcer le sens des mots, une morale scientifique. Mais cette morale n'a rien de commun avec ce que la plupart de ceux qui utilisent l'expression appellent ainsi — et non parfois sans extrême passion — par opposition à la morale traditionnelle, laquelle est, en général, d'origine religieuse.

Si la morale traditionnelle a ses vices, elle a aussi de grandes vertus et je n'aperçois pas qu'il soit aisé de la remplacer.

Quand — la suppression des maisons de tolérance aidant — les cinq continents ne seront plus qu'un immense lupanar, l'humanité sera-t-elle plus heureuse ? J'en doute.

Je suis même persuadé du contraire.

Tout ceci dit, il est juste de reconnaître que si la moderne croisade compte ses sectaires avérés ou secrets, pas mal d'*obsédés sexuels*, beaucoup de grégaires, des ambitieux assoifés de notoriété, impatients de profiter du mouvement pour faire parler d'eux, elle rallie aussi de bons et honnêtes médecins et écrivains qui, s'ils errent souvent, se trompent de bonne foi et dont les propositions méritent d'autant plus attention et considération qu'ils ont du talent, le don de l'observation et que la modestie requise par la Science en matière psychologique nous contraint de déclarer qu'il se peut que ce ne soit pas eux qui se trompent mais bien nous !

En fait de *psychologie sexuelle*, le premier devoir serait d'étudier non seulement les mémoires *mais encore leurs auteurs*, de façon à faire, autant que possible, le départ entre l'*erreur d'origine intellectuelle* et *l'erreur d'origine passionnelle*...

Mais qui donc oserait se mesurer à cette tâche ? — surtout lorsqu'il s'agit de contemporains.

Je me bornerai donc ici à signaler brièvement, parmi les communications que j'ai reçues ou dont j'ai eu l'occasion de prendre connaissance, celles qui me paraissent (qu'elles méritent le blâme ou l'éloge) devoir le plus, à de certains titres, retenir l'attention.

I. *La grande réforme*. — A tout seigneur, tout honneur. Voici Eugène Humbert et son journal « *la grande Réforme* » (14, rue de la Duée. Paris XXe, mensuel : 6 fr. par an). *Culture individuelle. Réforme sexuelle. Transformation sociale.*

(1) Tous les théoriciens « repopulateurs » sont en liesse. Ils aiguisent leurs plumes ; fourbissent les porte-voix. Louis Forest brandit l'olifant comme s'il avait donné personnellement vingt-cinq petits-enfants à la France ! De quelles pluies d'encre, de quelles pluies de salive sommes-nous inutilement menacés ? Vérification faite le nombre de naissances a excédé en 1930 de 20.371 celui de 1929. Vraiment il n'y a pas de quoi chanter sur le Capitole ! Louons plutôt médecins et hygiénistes qui retiennent de mourir.

C'est l'organe de la *Ligue de la Régération Humaine* dont voici le programme :

1° Egalité politique, économique et sexuelle des hommes et des femmes.

2° Libération du mariage, et spécialement du divorce, des règles tyranniques de l'Eglise et de l'Etat.

3° Contrôle de la conception de telle sorte que la procréation soit consentie délibérément et avec un sens exact des responsabilités.

4° Amélioration de la race par l'application des méthodes de l'Eugénique et de la Puériculture.

5° Protection des filles-mères et des enfants illégitimes ;

6° Conduite humaine et rationnelle envers les anormaux sexuels, comme par exemple les homosexuels, hommes et femmes, les fétichistes, les exhibitionnistes, etc.

7° Prévention de la prostitution et des maladies vénériennes.

8° Incorporation des troubles dus à l'impulsion sexuelle dans la classe des phénomènes d'ordre pathologique, et non plus envisagés ainsi qu'on l'a fait jusqu'aujourd hui, comme des crimes, des vices ou des péchés.

9° Seuls peuvent être considérés comme criminels les actes sexuels qui transgressent la liberté ou portent atteinte aux droits d'une autre personne. Les relations sexuelles entre adultes responsables consenties mutuellement, doivent être respectées comme étant des actes privés et qui n'engagent que leurs personnes.

10° Education sexuelle systématique dans le sens de la plus grande liberté, et dans le respect de soi et d'autrui.

Je ne doute pas que *la Grande Réforme* ne suscite beaucoup d'intérêt.

Elle a, à tout le moins, un mérite qui, je crois, ne lui sera pas contesté : c'est qu'elle dispense de lire quoi que ce soit d'autre en matière de *néosexualisme* (qu'on me pardonne la stupidité de cette expression) de pâlir sur de gros livres, sur des tomes, chargés d'obscurités ou éléphantiasiques.

II. — *Sexualnot und sexualreform.* — *Verhanlungen der weltlig i fur Sexualreform. IV Kongress abgehalten zu Wien vom 16 bis, 23 septembre 1930. Redigiert von Dr. Herbert Steiner. Wien. Elbemühl-Verlag,* 1931.

Malgré la commodité que donne l'emploi des trois langues (l'allemande, la française, l'anglaise) dont il fait usage en des proportions diverses, plusieurs mois me seraient nécessaires pour me rendre maitre de ce gros volume de 700 pages et pour en faire une analyse méthodique.

A le parcourir, il semble que l'inévitable disparate qui le caractérise comporte de l'observation objective et de la passion, du bon sens et du rêve, de la science et de la fantaisie.

Il y a de tout là-dedans — même de la poésie...

Vous en doutez ?

Lisez page 68 :

« ... L'avenir est à la psycho-synthèse.

« Nous allons vers une synthèse ethnique que réclame le monde, vers la renaissance érotique de l'homme naturellement bon, dont la sagesse s'épanouira enfin sur l'Arbre de Vie, laissant la science et les pratiques de la foi établie aux mains de tous les nègres blancs dont l'amour est aveugle ou crédule et dont le spasme d'agonie est la plus grande flétrissure de l'humanité ».

« Voici trois conclusions que je soumets à votre haute approbation :

« — La renaissance érotique est la bonté naturelle de l'homme régénéré, réintégré dans sa nature spirituelle ou véritable.

« — La spiritualité essentielle de la vie, de la race humaine est la loi androgyne ou divine de l'amour et de la paix,

« — L'homme, naturellement bon, *naît* bon ou méchant en ce sens que sa fécondité érotique ou spirituelle peut devenir sexuelle ou charnelle — inhumaine ».

Je m'en voudrais de continuer la citation. Ce serait déflorer les joies de ceux qui, nombreux je n'en doute pas, iront s'abreuver aux sources claires de cette littérature cristalline.

Je me bornerai donc, sans méconnaître les mérites de quantité de bons auteurs qui ont pris part au Congrès de Vienne, de mentionner les mémoires :

— de notre éminent confrère le Prof. Pierre Vachet *: la question sexuelle et la morale* (p. 302 et suiv.)

— du Prof. Dr Joaquin Sanchez Gomez, Chief medical Officer of the Spanish Navy : *prophylactics of venereal diseases* (p. 638 et suiv.).

EFFETS THÉRAPEUTIQUES DES LAMPES COLORÉES DANS LA MASSE

A côté des traitements pratiqués à l'aide des Rayons ultra-violets ou des Rayons infra-rouges seuls une place de plus en plus importante doit être accordée à la Thermo-Photothérpie par Lampes à incandescence

Grâce à la diversité de leurs colorations, ces Lampes fournissent toute une gamme lumineuse qui s'étend des infra-rouges aux Ultra-violets de grande longueur d'onde : Leurs effets physiologiques diffèrent suivant la couleur de l'Ampoule qui doit toujours être teintée dans la masse et non superficielement peinte ou vernie.

Les Lampes à incandescence sont génératrices de lumière et de chaleur, dans des proportions respectives et variables, suivant qu'on adopte le type Lampe à filament de carbone 32 bougies, relativement peu lumineuse, mais chauffante, ou le type Lampes 1/2 watt 100 bougies, au contraire plus éclairante que chauffante.

Les radiations émises avec dégagement de chaleur, par les Ampoules blanches, violettes, rouges, vertes, gonflent les tissus et produisent de la vaso-dilatation.

L'action très intense de la lumière blanche avec Ampoule dépolie 32 bougies, à filament de carbone, ressemble à celle d'un sinapisme (ce qui est précieux pour les indurations cicatrices ou inflammations torpides superficielles) avec Ampoule 1/2 watt 100 bougies claires, elle se rapproche de celle de l'héliothérapie, mais en déterminant beaucoup moins de pigmentation de la peau.

La Lumière violette doit être réservée pour agir plûtôt surperficiellement : gonflant les tissus avec dilatation artérielle et veineuse rapide, elle atteint son effet maximum en 20 minutes. Prolongée davantage, l'application peut être dangereuse pour les peau fragiles et irritante pour l'innervation qui commande les actes de la vie végétative.

La Lumière rouge gonfle moins que la violette. Son action décongestionnante, élective sur les tissus et les viscères profonds, ne se produit que lentement, d'où nécessité de séances longues de 30 à 60 minutes. Favorable pour la peau, elle atténue même l'érithème des radio-dermites.

La lumière verte qui donne un minimun de réactions cutatanées et hypodermiques, tout en assouplissant bien en profondeur, convient aux tissus irritables et aux reflexes exagérés, qui contre-indiquent toute autre photothérapie.

Le matériel nécessaire est simple et à la portée de tous.

La Verrerie Scientifique (1) présente à cet effet :

Un Appareil à main. — Un appareil facilement transportable, à tige articulée. — Un appareil pour installation fixe.

La forme du Réflecteur — le même pour les trois Appareils — a été judicieusement étudiée de manière à ce que la source lumineuse et calorifique n'émette que des rayons strictement parallèles sur une surface de 15 à 20 c/m de diamètre.

On doit disposer le Réflecteur à 20 ou 30 c/m de la peau, son bord partout équidistant de la surface à irradier pour avoir des rayons tombant perpendiculairement.

L'irradiation se fait à l'air libre (l'irradiation avec un appareil hermétiquement fermé étant nuisible au but à atteindre) et de préférence en chambre obscure ou demi-close, pour éviter les inetrférences lumineuses susceptibles de modifier dans certains cas l'action désirée.

Les applications peuvent se faire à tout moment, sans avoir à se préoccuper de la digestion ou des règles.

La durée des séances et leur nombre varient suivant le cas en cause, le type et la coloration de la lampe en action et enfin suivant les réactions individuelles des sujets : Les séances peuvent être pendant longtemps quotidiennes.

La Thermo-Photothérapie par Lampes à incandescence diversement colorées, répond à deux indications primordiales :

1° Elle désencombre les tissus, réduit les infiltrats les engorgements et les reliquats inflammatoires.

2° Elle régularise les réactions neuro-végétatives en supprimant les causes d'irritation nerveuse réalisée par les modifications des tissus et des organes et les réactions vaso-motrices.

La Thermo-photothérapie constitue donc une arme précieuse qui s'impose dans la pratique courante, contre toutes les manifestations cellullitiques, arthitiques, les pertubations lymphathiques et sympathiques, en particuljer contre les algies, dues aux troubles réactionnels neuro-tissulaires, manifestations, suivant l'explication proposée par Alquier, de la lutte contre les tissus intersticiels gonflés et la rétraction tissulaire.

(1) 12 avenue du Maine, Paris, XVe.

enfin du San. Rat. Magnus Hirschfeld : *Sexualgesetzgebung* (p. 381 et suiv),

Je suis très heureux de rencontrer l'occasion de citer le nom de Magnus Hirschfeld, car je lui dois de sérieuses excuses : j'ai imprimé, sur la foi de journaux fallacieux, qu'il avait été assassiné !

Dieu merci ! il n'en n'est rien.

Magnus Hirschfeld est plein de vie, de force, d'activité.

Devenu *conseiller sanitaire* il continue son combat de géant contre celles des absurdes dispositions légales qui, en certains pays, imposent plutôt d'atteindre la sexualite *en soi* que de réprimer les préjudices occasionnés par elle.

Que Magnus Hirschfeld reçoive donc à la fois mes excuses, faites de tout cœur, et mes félicitations.

III. — Du docteur Pierre VACHET, déjà nommé, l'auteur de l'*Inquiétude sexuelle*, de *la Pensée qui guérit*, de *Remède à la vie moderne* un nouveau livre : l'*Enigme de la femme* (Paris, Grasset, 1931, 15 fr.), étude psychologique, pathologique, physiologique, accessible au grand public dont il intéressera fort non seulement les *Freudistes*, mais les innombrables *Voivenelistes* qui n'ont pas oublié les *Belles-Mères tragiques* et tant d'autres chefs-d'œuvres du plus éminent et du plus original des *psychiatres-psychologues* contemporains.

IV. — De l'éminent professeur HENRI VIGNES, une étude fortement documentée et d'une finesse aiguë dans *Æsculape* (nº de mars 1931 consacré au nez et à l'odorat) : l'*odorat, les parfums, l'amour* (p. 82 et suivantes).

V. — DE SAINT-ALBAN, un roman « *Paradisiaque* » (*Mercure de France*, nos des 1er et 15 avril 1931, pages 22 et suiv. ; pages 381 et suiv.).

J'ai écrit ici-même (*Progrès Médical*, nº 53 du 27 déc. 1930, p. 2325 et suiv.) ce que je pensais du *nudisme* à propos du très joli roman : *En pleine vie* (Pro Amore, les éditions de Lutèce, rue Pixérécourt, 33, Paris-XXe), roman de Jeanne Humbert, la vaillante compagne d'Eugène Humbert, directeur de la *Grande Réforme*.

Depuis lors mes opinions se sont précisées.

J'ai le regret de devoir déclarer qu'après bien des lectures et bien des réflexions, j'en suis venu à considérer le *nudisme* comme une manifestation, un symptôme de cette *obsession sexuelle* qui, dérivant plus ou moins indirectement du surpeuplement, frappe un grand nombre de pays civilisés.

Malgré leurs beaux raisonnements, leurs dénégations, leurs sophismes ingénieux, certains animateurs, parmi les nudistes, sont la proie de la *hantise sexuelle*, hantise dont ils contagionnent beaucoup de grégaires auxquels s'adjoignent, selon la règle, des profiteurs, prêts à exploiter, *quel qu'il soit*, tout mouvement de l'opinion et aussi quelques fous (ainsi qu'en témoignent des textes de la littérature nudiste).

Ceci ne veut pas dire qu'il ne faille pas lire les beaux livres de Saint-Alban et de Jeanne Humbert.

Tout au contraire.

Toute foi a ses sincères comme Jeanne Humbert. Et quant à Saint-Alban, qui n'est pas nudiste, on ne peut que gagner en sa compagnie.

Qui ne connaît le chroniqueur subtil, très documenté, ironiste bienveillant, toujours profondément artiste, du « *Mercure de France* » ?

Certes je ne vois tout à fait l'Allemande — ni l'Allemand — comme les voit Saint-Alban.

La principale différence entre Français et Allemands est, à mon avis, qu'en Allemagne les grégaires sont encore plus nombreux qu'en France (ce qui n'est pas peu dire) et aussi — (ce qui n'est pas peu dire) — que pédants et demi-pédants foisonnent davantage encore au delà qu'en deça du Rhin.

Au demeurant les pages de Saint-Alban fourmillent d'observations pénétrantes.

Lisez-le. Vous vous instruirez et de la façon la plus agréable.

VI. — ***Réformé 100/100***. — Un nouveau roman qui paraîtra bientôt. (*Edit. de la Vie Mondiale*, Fouka, Algérie). J'ai signalé déjà, à plusieurs reprises, le talent de son auteur : Jean Souvenance dont on n'a pas oublié l'œuvre gracieuse et fraîche : « *Pour l'Idéal* ». Mais je ne sais pas si : *Réformé* 100/100 est consacré à la question sexuelle comme le seront les « *Détraqués de l'Amour* » et les « *Professionnels du Vice* » d'un autre auteur de talent Jean de Grimody (Montho) dont on a apprécié la « *Sublime jouissance* » (Armor, édition, rue de la Présentation, 3, Paris-XIe).

VII. — Du Docteur WITRY. — Le Docteur Witry (maladies nerveuses et maladies du sang à Metz) est un de nos praticiens et de nos observateurs les plus avisés et les plus utiles à la science. Une intelligence, un dévouement.

Je ne sais rien de plus curieux concernant l'inversion sexuelle que les observations que je viens de lire publiées par lui dans les *Annales médico-psychologiques* du 5 mai 1929 : un cas d'inversion accentuée guéri chez un congénital par une fièvre typhoïde intercurrente ; un cas d'homosexualité passive impérieuse survenue soudainement à la suite d'une fracture du crâne.

A lire et à conserver.

VIII. — Du Dr Louis ESTÈVE la suite d'articles qu'il donne au *Lien Médical* du Dr R. Groc, (40, rue d'Enghien, Paris-Xe) sous le titre : *le Nudisme et ses mystiques*, articles documentés et savants farcis d'aperçus ingénieux.

Dans le n° de mai, outre l'étude de Louis Estève, nous lisons : *Devons-nous donner à nos enfants une éducation sexuelle — sanitirae — morale* ? par Gracia Jourda.

IX. — DE C. F. DALBRET, professeur à l'Institut technique de criminologie : *la vérité sur la prostitution en France* (Imprimerie A. S. — ? ? — Rue de l'Agent Bailly, Paris-XIe).

ET DE X (?) *Une honte nationale*. (Editions de la vie moderne 21, rue Caumartin, Paris IXe).

deux brochures excellentes à mon goût et dont j'approuve à peu près intégralement les tendances.

Mais les auteurs se sont bien gardés de répondre aux questions que j'ai posées dans le *Progrès Médical* en 1924 (n° du 2 février), puis dans ma brochure *Invertis et Homosexuels ; la prostitution doit aider la prophylaxie*, (Paris, Vigot frères), et enfin (*Progrès Médical*, n° 12, du 21 mars 1931, p. 534) au Dr Carle, médecin-chef du Service sanitaire et du Dispensaire prophylactique de la ville de Lyon, à propos de l'ouvrage du Dr Pierre Gerbenne.

Car en France, il faut être au moins mandarin à XXVII boutons pour être honoré d'une réponse même de ceux aux côtés desquels — ou devant lesquels — on combat.

Je résume à nouveau, de façon très succincte et en renvoyant pour plus amples développements à ma brochure précitée, les questions posées — depuis 1924 :

> *N'y a-t-il pas lieu d'installer des cabines prophylactiques dans les maisons de tolérance, là où ces maisons existent et, en tout cas, qu'elles existent ou non, dans les quartiers où fleurit l'amour vénal ?* (1).

> *N'y a-t-il pas lieu d'**intéresser** à la prophylaxie anti-vénérienne tous ceux et celles qui vivent de la prostitution ?*

Comme je ne suis pas mandarin à XXVII boutons, qu'il ne s'agit ni de hantise sexuelle, ni de verbiage pompeux, ces propositions n'ont de chances d'échapper à l'indifférence et au silence des contempteurs hautains que si elles trouvent l'appui de personnalités exceptionnelles — exceptionnelles parce qu'assez fortes et assez désireuses du bien pour rechercher le bien uniquement parce qu'il est le bien, et non parce qu'il a été déclaré tel par la bouche souvent menteuse des Pontifes.

Outre le Dr Noir, le directeur du *Concours Médical* dont j'ai eu déjà l'occasion de signaler les énergiques et bienfaisantes interventions, il m'est extrêmement agréable de citer, parmi ceux qui ne font pas d'un silence facile la règle de leur attitude dédaigneuse :

le Dr G. Meillière, de l'Académie de médecine (*Tribune médicale*, avril 1931, p. 192).

le Confrère qui signe le Rat des Champs dans *le Consultant du Praticien*, (avril 1931), (ce confrère désapprouve, mais sans donner les raisons de son opinion).

l'étincelant Georges de La Fouchardière (v. l'*Œuvre* du 8 avril 1931).

A quand de nouveaux noms à ajouter à la liste de ces héros ?

Je dis héros, car, aux heures que nous vivons, consentir à écouter de façon désintéressée la voix d'un isolé, ce n'est ni plus ni moins que de l'héroïsme !

X. — *La responsabilité des inculpés et les médecins experts psychiatres.*

Pas de réponse non plus du général Paul Chavigny, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, homme d'une noble indépendance, d'une grande intelligence, ouverte, très aiguisée, très profonde et doué de beaucoup de bon sens.

Purement et simplement le général Professeur Paul Chavigny se refuse à repondre à des questions que j'ai posées en de multiples publications, onvrages, revues et opuscules depuis plus de vingt ans et que je lui ai posées — à lui personnellement, parce que je sais sa droiture — dans le *Progrès Médical*, (n° 8, du 21 février 1931, page 356 et suiv.)

(1) Un correspondant m'écrit : « Comment se fait-il qu'ayant constaté l'échec intégral de la cabine prophylactique de la caserne vous en recommandiez l'installation hors caserne ? » La réponse est celle-ci. Parmi les causes qui ont valu l'ostracisme à la cabine des casernes, l'une des principales est que cette cabine est trop éloignée du lieu de consommation et qu'en outre le soldat quitte souvent le quartier sans avoir l'intention de s'exposer à la contagion. Il ferait usage de la cabine si celle-ci se trouvait aux abords mêmes du lieu d'accouplement et si les prostituées étaient dressées à exiger du partner le passage à la cabine, *intéressées* à ce passage ou tout au moins à l'emploi du nécessaire de poche.

Contraint de renvoyer à mes textes antérieurs, très succinctement je résume ainsi ces questions :

Psychopathe ou non, l'inculpé a-t-il le droit d'être examiné, interrogé, jugé par d'autres que par des psychopathes ? — Quelles garanties lui sont assurées, le cas échéant, contre les malfaçons du psychiatre, du magistrat, du juré psychopathe ? Quelles garanties sont assurées en pareil cas, aux intérêts de la Société ?

Avez-vous envisagé les conséquences de ce fait que vous n'attribuez pas au mot « responsabilité » *le sens que lui donne en général le magistrat et surtout le* juré ? — *les conséquences de ce fait que vous et vos confrères psychiatres n'êtes nullement d'accord sur le sens de ce mot ?*

Voulez-vous, s'il vous plaît, me démontrer « scientifiquement » *l'existence du libre arbitre, celle de la responbilité, celle de la culpabilité*

Parce que vous, psychiatre expert, vous n'avez pas découvert chez l'accusé de tare ou de symptômes ou signes signalés présentement par une science en enfance (celle du cerveau et de l'intelligence), comme pathologiques ou psychopathogènes ou considérés comme tels par vous, de quel droit dites vous, scientifiquement parlant, *cet accusé responsable ?*

De quel droit, ignorant (comme les autres) le mécanisme cérébral, les relations entre cellule et intelligence faites-vous de l'absence constatable de tares et de symptômes (dont vous ne connaissez et parfois de façon fort approximative, que quelques-uns) le criterium de la responsabilité de l'être humain (à supposer que cette responsabilité existe, *ce que scientifiquement parlant,* vous ignorez intégralement).

Avez-vous daigné lire mon chapitre « le Royaume du Médecin » (*in :* « Utilisons les assassins »). *Que pensez-vous du rôle magnifique que serait celui du psychiatre traitant* en médecin *l'individu dirigé,* d'après la décision du psychiatre *sur la prison ou sur la prison-hôpital, après avoir été condamné non en raison des conceptions* inévitablement plus ou moins métaphysiques, en tout cas essentiellement subjectives, *que le psychiatre expert s'est faite de sa responsabilité, mais en raison du préjudice causé par cet individu à la Société, du danger éventuel qu'il constitue pour la Société.*

Soyez convaincus qu'aussitôt qu'un Mandarin à XXVII boutons aura condescendu à prendre à son compte les propositions que résume le dernier chapitre de ma brochure précitée, quantité de muets, Chavigny en tête liront, *comprendront,* tiendront ces propositions pour lucides et, retrouvant tout soudain, voix, encrier ou stylo ne dédaigneront plus d'en reconnaître le bien-fondé (1).

XXI. — Du Professeur PAUL CHAVIGNY, **médecin général :** *Psychologie des études et des aptitudes médicales* (Paris, J.-B. Baillère. (Une suite en quelque sorte de l'ouvrage précédent du même auteur : *l'initiation aux études médicales* dont j'ai eu l'occasion de dire tout le bien que je pense.

Ces deux ouvrages ne laissent pas que de constituer une profitable introduction à l'admirable traité de Paul Le Gendre : *La vie du médecin* (Paris, Maloine).

XXII. — ***Srasbourg étudiant.*** Les Editions Universitaires. Strasbourg, 1 A, place de l'Université).

Une belle revue qui vient de naître.

Mais elle ne suffit pas : Il faut que « *Strasbourg Etudiant* » devienne « *France-Etudiant* » autrement dit un organe réservant leur place individualisée aux étudiants de *chacune* des Facultés et Ecoles de France.

Le projet ne me paraît pas dépasser le génie réalisateur d'Arbinet La Bessède, le vaillant directeur du « *Strabourg Médical* », une revue que sa quatre-vingt-onzième année d'existence n'empêche pas d'être l'une des plus belles et des plus utiles qui soient.

(1) Je trouve dans une revue un mot qui tombant de la plume la plus autorisée est peut-être une réponse : « *le système actuel a le mérite de profiter à l'accusé* ». Parbleau ! Beaucoup de psychiatres renaclent tout de même à déclarer AU NOM DE LA SCIENCE un homme responsable ! D'où acquittement de bandits au détriment et de la collectivité et de la science dont il est mésusé et du psychiatre qui en mésuse. Et pour le bandit même, ne vaudrait-il pas mieux, en fin de compte, qu'il fut maîtrisé et traité au lieu d'être rendu, pour de nouveaux exploits, à une liberté périlleuse ?

Un appel au sentiment humanitaire.

XIII. — « *Saignée blanche* » et « *Lieu de Genève* ». La « Saignée Blanche » est une très gentille revue, artistiquement illustrée publiée par *The Denver Chemical MFG. CO.* 163-167. Varick Street New-York. France : Laboratoires de l'Antiphlogistine, Saint-Maur-des-Fossés, Seine.

Cette jolie revue tire à *un million cinq cent mille* exemplaires. Elle est éditée en neuf langues : *français, anglais, allemand, espagnol, portugais, italien, hongrois, chinois* et *japonais* et elle est adressée à tous les médecins du monde.

Je prends le monde à témoin de ce que je dis les mérites de la « *Saignée Blanche,* en ajoutant que je ne doute nullement de ce que l'antiphlogistine (laquelle est fabriquée en France) ne soit le bien de ceux des malades dont les symptômes décèlent au médecin des indications qui en rendent utile la prescription.

Ceci dit de ma seule initiative et sous ma seule responsabilité, je me tourne vers la « *Saignée Blanche* » pour lui demander de vouloir bien, en raison de sa dissémination mondiale, sacrifier à *un intérêt humain* en insérant dans *chacune* de ses éditions *française, anglaise, allemande, espagnole, portugaise, italienne, hongroise, chinoise* et *japonaise* et, le cas échéant, *en toutes autres* qu'elle viendrait à publier, la courte note suivante :

> *M. Maurice Robert, Député au Parlement français, vient de saisir la Chambre de la plus importante des propositions humanitaires* (1) *faites par le médecin militaire G. Saint Paul* : la création de « lieux de Genève ».
>
> *Ces* « lieux de Genève » *seraient des lieux* (*lieux, endroits, camps,* villes *ou zones*) *destinés à être* neutralisés *en temps de guerre.*
>
> *La* neutralité *des* lieux de Genève *serait assurée par l'effet de conventions bilatérales signées durant le temps de paix.*
>
> *Les* « lieux de Genève » *seraient destinés* exclusivement *à abriter pendant les hostilités* : femmes enceintes, mères avec leurs nourrissons, vieillards, impotents, infirmes..... *bref toutes personnes qu'il convient, d'ores et déjà, d'assimiler aux blessés et aux malades et de couvrir en toutes circonstances de la protection de la Croix-Rouge.*
>
> *Soustraits à toute action, à tout but, à tout objectif militaires, de même qu'à toutes fins, à toutes préparations, à toute fabrication militaires, les* « lieux de Genève », *en cas de conflits armés* (guerres nationales ou guerres civiles) *seraient placés sous le contrôle de neutres assermentés, agréés par les deux partis.*
>
> *Des groupements* dits « du Lieu de Genève », *groupements uniquement voués à leur tâche humanitaire et dégagés de toute préoccupation politique, religieuse, confessionnelle... sont en voie de formation en différents pays civilisés.*
>
> Le but de ces groupements est : — de *stimuler* l'opinion publique, l'action parlementaire, celle de la Croix-Rouge, les initiatives individuelles ... *afin d'obtenir le plus rapidement possible, la création de* : lieux de Genève,
>
> — *une fois réalisée la création de* « lieux de Genève » *de rallier dans chaque nation, des partisans résolus, le cas échéant, à en faire respecter dans toute la limite de leur pouvoir* la neutralité, les immunités, *et aussi à veiller énergiquement à ce que les* « lieux de Genève » *ne soient pas détournés de leur affectation,*
>
> — *d'obtenir, autant que possible sera, l'augmentation progressive de l'étendue et du nombre des* « lieux de Geneve » *ainsi que l'accession de la neutralité à un nombre de plus en plus élevé de* non-combattants.
>
> D'importantes personnalités ont bien voulu déjà adhérer à ce programme.
>
> Les adhésions nouvelles, de quelques pays qu'elles proviennent et quels qu'en soient les signataires seront considérées comme *très* précieuses.
>
> Les adresser, ainsi que toute communication au :
>
> Dr G. ESPÉ DE METZ
> *Château de Rassay*
> *Genillé, Indre-et-Loire* (*France*).

(1) « *J'en appelle au monde civilisé* ». Une broch. 280 p. par G. ESPÉ DE METZ. Château de Rassay, Genillé (Indre-et-Loire).

La demande que, *me recommandant de ses sentiments humanitaires,* j'adresse à la « *Saignée Blanche* » de vouloir bien reproduire ce texte, bien entendu, je l'adresse aussi à tous mes con-

frères, directeurs, rédacteurs en chef ou collaborateurs de revues et de journaux.

Exauceront-ils ma requête ?

Je ne suis pas Mandarin à XXVII boutons .....

Dr G. SAINT-PAUL (G. ESPÉ DE METZ.)

P.-S. — Au moment même où je signe cet article, je reçois de Raymond Offner son dernier ouvrage, enrichi d'un préface de Barbedette s'il vous plaît.

J'ai déjà dit le talent d'Offner, l'auteur de *Vaincre*, les *Chaînes brisées*, *Esclave*... et dont on attend avec impatience le prochain volume : *Balkans*.

L'œuvre qui paraît ce jour est intitulée : « *Mourir* ». (Paris, Eugène Figuière, 166, boulevard Montparnasse. 190 pages. 12 fr.)

Je ne l'ai pas encore lue.

Voici ce qu'en dit Paul Brulat :

« ..... Vous ne vous bornez pas à montrer les maux et les horreurs de la guerre en des pages frémissantes de pitié ou d'indignation, vous en recherchez aussi les causes profondes, économiques, sociales et morales. Vous avez raison de lutter pour la plus grande œuvre qui soit au monde : Le rapprochement des peuples..... » (Paul BRULAT.)

Avis aux Pacifistes..... (*Entente Pacifiste Internationale* : 20, rue Louis Dory, Le Pré-Saint-Gervais (Seine). Et, en corrigeant les épreuves, je reçois encore : *Sexualia* : deux archi-excellentes brochures :

— *Les résultats de l'expérience de Strasbourg*, Charles Buhot. Ligue aux. d'hygiène publique. Editions de la Vie Moderne, 21, rue Caumartin, Paris-IXe.

Prostitution et règlementation, par le Dr Pierre Lépine, de l'Institut Pasteur. Edit. de « Vivre », rue de Logelbach, 2 *bis*, Paris.

— *Art* : *La Revue Internationale du Théâtre, du Music-Hall, du Cinéma et des Beaux-Arts*, éditions de « *la Vie Moderne* » (21, rue Caumartin), dirigée par Mme Merlet, propagandiste et champion très vaillant dans la lutte anti-vénérienne et, de la même firme, la maquette d'une magnifique publication : *le livre du centenaire du Chemin de Fer*.

E. DE M.

BIBLIOGRAPHIE

Le message de Bourdelle, par Daniel MARQUIS-SÉBIE, avec une préface de M. André FONTAINAS. Un vol. in-16, format 13 × 19, 228 pages sur beau papier satiné, avec 30 illustrations hors texte 20 fr. Edité par L'Artisan du Livre, 2, rue de Fleurus, Paris, (VIe).

Ce n'est point ici un ouvrage de critique d'art, mais un livre bourré de documents inédits du plus haut intérêt et qui désormais sera indispensable à tous ceux qui se préoccuperont de la biographie de l'artiste génial que fut Antoine Bourdelle.

Avec la foi du disciple, avec la dévotion du mystique enthousiaste, M. Marquis-Sébie nous restitue un Bourdelle vivant, — sculpteur, peintre et poète, — artiste multiforme, dionysiaque et comme possédé par le *Génie* qui le soulève et l'emporte. En même temps dans la vie quotidienne, un homme très trendre et très bon, un Maître incomparable.

La partie illustration et reproduction de documents divers très abondante dans cet ouvrage a été particulièrement soignée par l'éditeur et constitue une véritable mine où devront puiser dans l'avenir tous ceux qui s'intéressent à la noble figure et à l'œuvre magnifique d'Antoine Bourdelle.

L'Archer. — Sommaire d'avril 1931 : Charles CESTRE : L'Amérique et la Nouvelle morale. — Jules PIGASSE : Terre albigeoise. — Michel DE BELLOMAYRE : Poèmes. — Marcel COULON : Les gains de Rimbaud en Arabie et en Abyssinie. — L. CHARLES-BELLET : De la Foire au Musée. — Les Propos de Campagnou. — Georges GAUDION : Notes sur l'art de Henri de Toulouse-Lautrec. — Pierre FRAYSCINET : Poèmes. — Jean Paul VAILLANT : Macajotte. — Henri JACOUBET : Histoire de François de Seryeuse (*suite*).

Flèches... sur

Varia : André FERRAN, Jules PIGASSE. — Un livre scientifique : Clément FALCUCCI. — Un livre de poèmes : Georges GAUDION. — Un livre sur Antoine Bourdelle : André ARBUS. — Quelques poètes champenois : TOUNY-LERYS. — Les Revues : Henry JACOUBET. — La Peinture moderne : Jean-Daniel MAUBLANC. — Varia : Antoine RIQUOIR, Paul MARTIGNON, Léon DUTIL, Henri JACOUBET, Georges GAUDION, CAMPAGNOU. — Echos. — Illustrations : Reproduction de Peintures de Henri de Toulouse-Lautrec. Bois de Louis Maillé.

Abonnements : 50 francs par an, *L'Archer* : A. Cazelles, pl. Dupuy, 18, Toulouse. C. P. 231-60.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie. — R. C. C. 4264 *Le Gérant :* A. ROUZAUD

FONDÉ EN 1873. N° 25 LE NUMÉRO : 50 Centimes 20 JUIN 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V^e)
Ch. P. Paris 357 81 - R. C. Seine 230 790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Étudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Étranger 1re zone	70 fr.
Étranger 2e zone	90 fr.

DIRECTION SCIENTIFIQUE

H. BOURGEOIS, Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital Laënnec
A. BRÉCHOT, Chirurgien de l'Hôpital Broussais
M. CHIFOLIAU, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis
A. CLERC, Professeur de Pathologie interne, Médecin de l'Hôpital Lariboisière
H. CODET, Ancien Chef de Clinique psychiatrique
C. JEANNIN, Professeur de Clinique obstétricale, Accoucheur de la Pitié
Ch. LENORMANT, Professeur de Pathologie chirurgicale, Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié
L. LORTAT-JACOB, Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
G. PAUL-BONCOUR, Professeur à l'École d'Anthropologie
A. PHILIBERT, Professeur agrégé à la Faculté
Félix RAMOND, Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
Henri VIGNES, Professeur agrégé, Accoucheur des Hôpitaux

RÉDACTION

RÉDACTEUR EN CHEF :
Maurice LOEPER
Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine
Médecin de la Pitié

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION :
Maurice GENTY

Les Bureaux de Rédaction sont ouverts le Vendredi, de 5 h. 1/2 à 6 h.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance publique à Paris. — Jury du concours de l'internat en médecine, épreuves d'admissibilité. — MM. les Docteurs de Gennes, Gutmann, Hamburger, Mme Bertrand-Fontaine, Bloch (René), Leroux, Métivet, Ameline, Ravina (accoucheur).

— *Concours d'accoucheur des hôpitaux.* — Composition écrite anonyme. Question d'accouchement : Complications et pronostic de la mole hydatiforme.

Séance du 8 juin. Epreuve clinique. — Ont obtenu : MM. Sureau, 26 ; Suzor, 24 ; de Peretti, 29.

Séance du 9 juin. Epreuve clinique. — Ont obtenu : MM. Digonnet, 24 ; Séguy, 28 ; Lantuéjoul, 30.

Lecture des copies. Notes pour l'épreuve d'anatomie MM. Digonnet, 21 : Lantuéjoul, 23 : de Perretti, 11 ; Séguy, 8 ; Sureau, 16 ; Suzor, 6.

Notes pour l'épreuve d'accouchement MM. Digonnet, 23 : Lantuéjoul, 25 : de Peretti, 16 ; Séguy, 25 : Sureau, 9 : Suzor, 9.

Classement des candidats Lantuéjoul, 78 points ; Digonnet, 68 ; Séguy, 61 ; de Peretti, 56 ; Sureau, 51 ; Suzor, 39.

Candidats admis à subir les épreuves définitives MM. Lantuéjoul, Digonnet, Séguy.

Séance du 12 juin 1931. — Epreuve clinique : MM. Lantuéjoul, 15 : Digonnet, 20.

Séance du 13 juin 1931. — Consultation écrite : MM. Digonnet, 30 ; Lantuéjoul, 28.

Classement des candidats. — MM. Lantuéjoul, 140 (reçu) : Digonnet, 136.

— *Concours de chirurgien des hôpitaux.* — Séance du 8 juin. — Epreuve clinique. — Ont obtenu : MM. les Dr Banzet, 19 ; Seille, 13 : Huard, 14 ; Ménegaux, 1..

Epreuve clinique. — Séance du 9 juin. — MM. Fèvre, 16 : Bernard, 19 : Welti, 20 : Reinhold, 18.

Séance du 10 juin, médecine opératoire. — Question : Ligature de l'artère iliaque externe, désarticulation de l'épaule.

Ont obtenu : MM. Bernard, 29 ; Reinhold, 26 ; Welti, 29 ; Ménegaux, 28 ; Fèvre, 25 ; Banzet, 28.

Candidats admis à prendre part à la deuxième épreuve clinique : MM. Welti, 49 points ; Bernard, 48 ; Banzet, 47 ; Ménegaux, 45 ; Reinhold, 44 ; Fèvre, 41.

Faculté de médecine de Paris. *Thèses.* — 15 juin. M. SABATIER. Action de quelques médicaments sur la muqueuse urétrale et sur les suppurations chroniques de l'urètre. — M. CAVÉRIBERT. La vie et l'œuvre de Rayer (1793-1867).

16 juin. — M. BOMPART. L'hystérectomie abdominale pour fibrome pendant la grossesse, technique, résultats. — M. FELSENWALLE. Recherches expérimentales sur la gale. — M. TRAN VAN DÔ. Causes locales et prophylaxie du choléra au Tonkin. — M. JOUA ISRAELI. Sur un nouveau type de syndrome pluriglandulaire à participation hépatique. — M. VOUSTAD. Etude de la péricardite avec épaulement, diagnostic et traitement des des péricardites tuberculeuses et pneumococciques.

18 juin. — M. CALVET. Traitement des états prétuberculeux et tuberculeux pulmonaires par un composé séro-médicamenteux. — M. MATTEI. Essai sur les perforations pleuro-pulmonaires au cours du pneumothorax thérapeutique. — M. WIRZ. A propos de trois cas d'épithélioma primitif de l'oreille moyenne. — Mlle ZIMMER-LEIBOVICI. Des ostéo-périostites tuberculeuses primitives des os du nez.

18 juin. — M. FLEURANCE. Une nouvelle technique opératoire par extériorisation des cancers coliques. — M. MARIE. Invagination intestinale aiguë primitive de l'adulte. — Mlle BOGORAZ. De l'hypertension au cours des irido-cyclites.

20 juin (thèse vétérinaire). — M. DUPARC. Accouchement césarien chez nos femelles domestiques. — M. BÉCHADE. De la sédimentation spontanée du sang chez le chien.

Amphithéâtre d'anatomie. — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie des voies urinaires), en six leçons, par M. le Docteur Raymond LEIBOVICI, prosecteur, commencera le lundi 6 juillet 1931, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répèteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 200 francs.

Ce cours fera partie du cours complémentaire de chirurgie urinaire, sous la direction de M. le Professeur agrégé CHEVASSU, à l'hôpital Cochin. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

PROGRAMME DU COURS. — 1° Cystostomie (définitive et temporaire). — 2° Circoncision, amputation de la verge, urétrotomie externe, suture de l'urètre. — 3° Abord périnéal de la prostate : incision des abcès prostatiques. Abord de l'uretère pelvien. — 4° Voies d'accès sur le rein. Décapsulation rénale. Néphropexie. — 5° Pyélotomie, néphrotomie, néphrostomie. — 6° Néphrectomie.

IIIe Croisière de l'Association Guillaume-Budé en Grèce organisée par l'Agence « Hermès » avec le concours de l'Automobile et Touring-Club de Grèce, du 22 août au 11 septembre 1931.

ITINÉRAIRE : Marseille, Catacolon, Olympie, Gythion, Sparte, Mistra, Monemvasia, Santorin, Samos, Chios, Mykonos, Delos Cap-Sunium, Egine, Athènes (3 jours), Itéa, Delphes, Ithaque, Marseille.

Prix de la croisière tous frais compris, de 4.700 à 6.500 fr.

Pour tous renseignements, s'adresser ici ou aux bureaux de l'Agence « Hermès », 7, boulevard Haussmann, Paris. Tél. : Provence 98-30 ou 62-67.

Vacance de poste de directeur de bureau municipal d'hygiène. — Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les direc-

teurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Rouen.

Le traitement de début est fixé à 30.000 fr. par an et peut être porté, par avancements successifs, de 30.000 fr. à 39.000 fr. A ce traitement s'ajoutent une indemnité de 2.500 francs par an, dite « de fonctions », plus d'autres indeminités variables selon les circonstances. Interdiction de faire de la clientèle.

Les candidats ont un délai de 20 jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère de la santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance 6e bureau), 7, rue de Tilsitt, leur demande accompagnée de tous titres, justifications ou références, et de leur actes de naissance.

Avec prière de vouloir bien insérer.

Démonstrations cliniques de radiologie gastro-duodénale. — Du 21 au 29 juin 1931, le Dr F. Ramond, avec le concours des Dr Ch. Jacquelin, Chene et Vannier, fera une série de démonstrations radiologiques sur les maladies de l'estomac et du duodénum.

Chaque séance comprendra une conférence théorique suivie d'une démonstraiton pratique sur le même sujet avec étude radiologique de nombreux malades.

Programme. — *Généralités* : Appareils. Technique générale pratique. Préparation du malade. Horaires. Position d'examen. Méthode générale d'exploration digestive. Transit œsophagien, gastrique, intestinal. Divers aspects radioscopiques de l'estomac et du duodénum normaux. Exploration radiologique par poudrage de la muqueuse.

Déformations mécaniques de l'estomac : Déviations et déplacements. Dislocation pylorique. Ptoses. Aérogastrie. Éventration. Hernie. Volvulus. Estomac en cascade.

Affections organiques : Diverses expressions radiologiques de l'ulcère. Syndrome radiologique du cancer, de la linite et des autres tumeurs de l'estomac. Sténoses, cardiaque, médiogastrique, pylorique.

Troubles fonctionnels : Atonies gastriques : partielle ou totale, précoce ou tardive. Spasmes et fausses images organiques. Dilatation gastrique totale et segmentaire. Stases. Hypersécrétion.

Etude de la muqueuse : Aspects columnaires et vermoulus. Plis de la muqueuse. Aspect normal et pathologique. Gastrites.

Dyspepsies secondaires et nerveuses : Images gastriques dans les dyspepsies. Estomac des appendiculaires. Estomac des biliaires. Étude de la vésicule et épreuve au tétraiode.

Radiologie du duodénum : Ulcères du bulbe. Examen radioscopique et graphies en série. Sténose et stases duodénales. Périduodénites. Duodénum mobile. Diverticules.

Radiologie post-opératoire : De l'estomac et du duodénum.

Gastrophotographie : Technique et résultats.

Conférences à 9 heures, gratuites. Démonstrations radiologiques (Droit : 300 francs) tous les matins, à 10 h. 30. S'inscrire hôpital Saint-Antoine, salle Damaschino, auprès de la surveillante du service. Un certificat de participation au cours sera délivré aux auditeurs.

Institut de technique sanitaire et hygiène des industries de Paris. — Le ministère de l'Instruction publique de France a créé, il y a quelques années, un Institut de technique sanitaire et hygiène des industries, destiné à la formation de techniciens de l'assainissement.

Cet organisme d'Etat, rattaché au Conservatoire national des arts et métiers de Paris, ouvrira sa prochaine session, en novembre.

Les élèves régulièrement inscrits et qui satisfont à l'examen de fin d'études, reçoivent un diplôme d'Etat : Brevet de technicien sanitaire.

Des auditeurs libres sont admis, sans être astreints à une scolarité régulière.

L'enseignement dont la durée est limitée à 3 mois n'est pas exclusivement réservé aux Français ; chaque année, des étrangers se font inscrire pour l'obtention du brevet ou du certificat d'assiduité.

Pour tous renseignements, écrire au directeur de l'Institut, au Conservatoire national des arts et métiers, 292, rue St-Martin Paris, 3e.

Légion d'honneur (Ministère de la Santé publique). — Est promu : commandeur : M. Devraigne, accoucheur des hôpitaux de Paris, chargé de cours de clinique annexe à la Faculté de médecine.

En 1930, le nombre total d'étudiants, pour l'ensemble des facultés de médecine, a été de 11.375. — La statistique des étudiants inscrits à la Faculté de médecine de Paris est assez suggestive, ainsi qu'il résulte des tableaux ci-après :

Nombre d'étudiants :

1927-1928	4.007 dont	1.022 étrangers
1928-1929	3.760 —	1.205 étrangers
1929-1930	4.152 —	1.511 étrangers

Pour l'ensemble des facultés de médecine, le nombre total d'étudiants en 1930 a été de 11.375, se décomposant ainsi :

Français	8.228
Étrangers	3.147

Proportion des étrangers par rapport au nombre total d'étudiants dans les diverses facultés :

Lille	4.4 p. 100
Marseille	6.5 —
Bordeaux	8.5 —
Lyon	10 —
Toulouse	19 —
Montpellier	34 —
Paris	36 —
Nancy	53 —

Journées médicales coloniales du 22 au 31 juillet 1931 (Secrétariat général : 112, boulevard Haussmann, Paris (8e). — PROGRAMME. — Mercredi 22 juillet (matin) : Séance d'ouverture.

Mercredi 22 juillet (soir) : Enfance indigène. Présidence du Professeur BORDAS et du Médecin général THIROUX. 1° Natalité et mortalité infantiles aux Colonies : Dr THIROUX ; 2° Protection de l'enfance en Indochine : Dr LLAUNG-BONNAIRE ; 3° Protection de l'enfance en A. O. F. : Dr CROZAT.

Jeudi 23 juillet (matin) : Stegomya, fièvre jaune. Présidence du Professeur PETTIT, de l'Institut Pasteur et du Docteur BOUET, du Corps de santé colonial. 1° Le stegomya en A. O. F. : Dr LAIGRET ; 2° Sérums et vaccins de la fièvre jaune : Professeur PETTIT et Dr STEFANOPOULO.

Jeudi 23 juillet (soir) : anophèle, paludisme. Présidence du Professeur MARCHOUX et du Docteur BLANCHARD. 1° L'anophèle Professeur ROUBAUD ; 2° Organisation du service antipalustre en Indochine : Dr ROBIN.

Vendredi 24 juillet (matin) : Lutte contre la maladie du sommeil. Présidence du Professeur MESNIL et du Docteur Gustave MARTIN. Résultats obtenus : *a*) au Cameroun : Dr JAMOT ; *b*) en A. E. F. : Dr SICÉ ; Trypanosomiase dans les colonies portugaises d'Afrique : Dr KOPKE (de Lisbonne).

Communication : Les tendances actuelles de la thérapeutique chimique des maladies à trypanosomes : Professeur LAUNOY.

Vendredi 24 juillet (soir) : Maladies cutanées (spécialement lèpre) et syphilis dans les pays chauds. Présidence du Professeur JEANSELME et du Médecin général MATHIS. 1° Traitement et prophylaxie de la lèpre au colonies Dr STEVENEL ; 2° Lutte contre la lèpre à la Société des nations Docteur BURNET ; 3° Prophylaxie de la lèpre au Brésil et en Argentine : Dr Raoul BERNARD, de Bruxelles ; 4° Lèpre dans l'Inde portugaise : Dr FROILANO DE MELLO, de Goa ; 5° Formes cliniques de la syphilis aux colonies : Dr LACAPÈRE ; 6° Prophylaxie et traitement de la syphilis aux Colonies : Dr LÉGER ; 7° Syphilis et Pian : Dr TOULLEC.

Samedi 25 juillet (matin) : Transmission des maladies communes à l'homme et aux animaux. Présidence du Professeur LECLAINCHE et du Médecin général CAMAIL. 1° Les maladies infectieuses et parasitaires des animaux transmissibles à l'homme dans les Colonies : Professeur PANISSET ; 2° Situation de Madagascar, au point de vue de la tuberculose des animaux : M. KRICK ; 3° Le rôle du vétérinaire colonial : M. MONOD.

Samedi 25 juillet (soir) : Aviation sanitaire. Présidence du Professeur RICHET et du Médecin général ROUVILLOIS. 1° Histoire de l'aviation sanitaire : Dr FOVEAU DU COURMELLES ; 2° Utilisation de l'aviation sanitaire aux Colonies : Médecin commandant QUEMENER, Capitaine MIHEL et Médecin-capitaine MARTINET ; 3° Aviation sanitaire au Maroc et en Syrie : Médecin-colonel EPAULARD, Colonel CHEUTIN ; 4° Chirurgie et aviation sanitaire : Communication du médecin-commandant LACAZE et communication du Médecin-colonel BOTREAU-ROUSSEL.

Immigration exotique . Police sanitaire maritime. Présidence du Dr ABT et du Dr DUFOUGERÉ. 1° Immigration exotique : Dr René MARTIAL ; 2° Police sanitaire maritime : Dr RIBOT.

Dimanche 26 juillet : Voir programme des fêtes, visites, réceptions.

Lundi 27 juillet (matin) : Aviation sanitaire. Présidence du Sénateur CHASSAING et du Médecin-général inspecteur RIGOLLET. 1° L'aviation sanitaire en A. O. F. : Médecin-colonel PASSA et Commandant BOUSCAT ; 2° L'aviation sanitaire en Indochine : Médecin-colonel PASSA et Capitaine MICHEL ; 3° Communication du Colonel DE PRÉMOREL.

Alimentation en eaux potables et parasitisme intestinal. Présidence du Professeur BRUMPT et du Dr Noël BERNARD. 1° Alimentation en eaux potables :Dr PONS ; 2° Parasitisme intestinal : Dr BLANCHARD ; 3° Infections d'origine hydrique aux Colonies : Dr BRAU ; 4° Résultats d'une campagne de déparasitation chez les troupes noires en France : Dr STEVENEL.

Lundi 27 juillet (soir) : Pharmacologie coloniale. Présidence du Professeur PERROT et du Pharmacien-général BLOCH. 1° Considérations sur la production des plantes médicinales dans les Colonies françaises, et, en particulier, des chaulmoogra, strophantus et quiniquina : Professeur PERROT ; 2° Exercice de la pharmacie aux Colonies : M. BLOCH ; 3° Rôle du pharmacien colonial aux Colonies : M. CHEYSSIAL ; 4° Procédés de purification des eaux d'alimentation : M. COLIN ; 5° La médecine sino-annamite et ses enseignements : Docteur SALLET.

Mardi 28 juillet (matin) : Protection sanitaire et démographique des populations autochtones. Présidence du Professeur NATTAN-LARRIER et du Dr BRAU. 1° La protection démographique et les grands emprunts coloniaux : Dr LASNET ; 2° Les Instituts Pasteur et le développement des populations : Dr Noël BERNARD ; 3° Programme de protection démographique : *a*) au Maroc : Dr COLOMBANI ; *b*) en A. O. F. : Dr SOREL ; *c*) en Indochine : Dr HERMANT.

Mardi 28 juillet (soir) : Alimentation des populations autochtones. Hygiène du travail. Présidence du Professeur TANON et du Dr LÉGER. 1° Protection sanitaire de la main-d'œuvre : Dr HECKENROTH ; 2° Etudes expérimentales sur les produits azotés aminés : Professeur SCHAEFFER, de Strasbourg ; 3° Régime alimentaire des populations autochtones et moyens pratiques de remédier à la sous-alimentation : Dr TOURNIER, contrôleur de la Métropole à l'alimentation du colon.

Mercredi 29 juillet (matin) : Assistance médicale aux Colonies. Présidence du Docteur MOURIER et du Docteur COLOMBANI 1° Fonctionnement de l'Assistance médicale au Maroc : Dr COLOMBONI ; 2° Fonctionnement de l'A. M. en Indochine : Dr LALUNG-BONNAIRE ; 3° Fonctionnement de l'A.M. à Madagascar : Dr DUMAS ; 4° Fonctionnement de l'A. M. en A. O. F. : Dr FULCONIS.

Mercredi 29 juillet (soir). Présidence de M. le Dr COGNACQ et du Dr HERMANT. 1° Formation et recrutement du personnel médical européen de l'Assistance : Dr LASNET ; 2° Ecole de médecine de l'A. O. F. ; formation morale et technique des médecins indigènes : Dr COUVY ; 3° Formation et rôle des sages-femmes et des infirmières- visiteuses en A. O. F. : Dr CROZAT ; 4° La vaccination anti-variolique aux Colonies : organisation ancienne et actuelle : son importance sociale ; ses résultats : Dr RIGOLLET.

Jeudi 30 juillet (matin) : Chirurgie coloniale. Présidence du Professeur LENORMANT et du Médecin général inspecteur EMILY. 1° Traitement chirurgical de l'éléphantiasis : Dr BOTREAU-ROUSSEL ; 2° Complications chirurgicales des infections coloniales : Dr LÉO ; 3° Complications des suites de couches en Indochine. Aperçu clinique et prophylaxie : Dr DALÉAS.

Jeudi 30 juillet (soir). Présidence du Professeur PAUCHET et du Docteur BOTREAU-ROUSSEL . 1° L'Institut du radium en Indochine : Dr LEROY DES BARRES ; 2° Myosites infectieuses coloniales : Médecin capitaine HUARD.

Démonstrations pratiques d'aviation sanitaire. Présidence de l'Inspecteur général du Service de santé LASNET et du Médecin colonel SCHICKELÉ.

Vendredi 31 juillet (matin) : Spécialités médicales et chirurgicales. Présidence du Docteur MORAX et du Docteur MOTAIS. 1° Le trachome en Afrique : Dr CUÉNOD ; 2° Le trachome en Indochine : Dr FLEURY ; 3° Etudes sur l'importance de l'emploi des prothèses dentaires inoxydables dans le milieu colonial : Dr MASSONNET.

Vendredi 31 juillet (soir) : Stations thermales et climatiques. Présidence du Professeur DESGREZ et du Médecin général COULOGNER, du Corps de santé colonial. 1° Stations thermales et climatiques dans les Colonies françaises : Dr ABBATUCCI ; 2° Stations thermales et climatiques utilisées par les coloniaux dans la Métropole : Professeur BONNIN, de Bordeaux.

Séance de clôture. Présidence de l'Inspecteur général du Service de santé LASNET et du Professeur TANON. Clôture et vœux.

Congrès internationaux et intercoloniaux (rattachés aux Journées médicales coloniales). — Samedi 1er août (matin) : Démographie coloniale. Présidents français : M. le Sénateur STRAUSS. Soir : M. le Médecin général inspecteur SIEUR. 1° Les problèmes de démographie aux Colonies : Dr LASNET ; 2° Des mesures prises par les Administrations publiques et les entreprises privées pour fixer les populations et améliorer les conditions de leur habitat : M. LABOURET ; 3° Règlementation des migrations de colonies à colonies : *a*) Emigration asiatique au Congo français : Dr BOYÉ ; *b*) main-d'œuvre annamite hors de l'Annam : Dr HERMANT.

Dimanche 2 août : Discussion internationale sur les grandes questions de médecine et d'hygiène coloniales qui pourront être mises à l'ordre du jour.

Lundi 3 août (matin) : Assistance médicale : Présidents français : Dr Jules RENAULT. Soir : Professeur PINARD. 1° Historique de l'Assistance médicale aux Colonies : Dr JOUVELET ; 2° Situation matérielle des médecins de l'Assistance aux Colonies : Dr ALPHAND ; 3° L'enfance indigène : Dr CROZAT ; 4° Organisation mobile d'Assistance : *a*) Enseignement de l'hygiène ; *b*) visites périodiques, dépistage, prophylaxie, contrôle des nourrissons : Dr CAZANOVE ; 5° Organisation fixe d'assistance : cliniques, dispensaires, maternités, sanatorias. Lutte contre les fléaux sociaux : alcoolisme, tuberculose, cancer.

Mardi 4 août (matin) : Alimentation. Présidents français : M. PÉCHIN. Soir : M. Alcide DELMONT, ancien Sous-secrétaire d'Etat aux Colonies. 1° Valeur alimentaire des produits coloniaux : Dr TOURNIER ; 2° De l'alimentation et du travail indigène ; 3° Règles d'hygiène dans la préparation, la conservation des aliments : Dr GAUDUCHAU ; 4° Contribution des produits coloniaux à l'alimentation de la métropole ; 5° Echange de produits alimentaires entre les Colonies.

Note. — Les noms des rapporteurs français ne sont inscrits qu'à titre de première indication, le droit reste entier pour chaque nation de traiter le sujet indiqué.

Chaque Congrès international a un président étranger désigné au moment du Congrès et un président français dont le nom figure dès à présent au programme.

FÊTES. VISITES. RÉCEPTIONS. — Mercredi 22 juillet, à 17 heures : Réception et thé chez Mme la Maréchale Lyautey, 5, rue Bonaparte, Paris.

Jeudi 23 juillet, après-midi : Fête de l'enfance à l'Exposition. Réception et thé chez Mme la Marquise de Ganay, château de Courance (forêt de Fontainebleau).

Vendredi 24 juillet, après-midi : Théâtre annamite. Société des Gens de Lettres : à 17 heures : Réception à l'Hôtel-de-Ville : soir : La nuit indochinoise.

Samedi 25 juillet, à 11 heures : Visite de l'école d'Alfort ; après-midi : Journée indochinoise, promenade du Dragon ; soir : Soirée cinématographique.

Dimanche 26 juillet, matin : Bois de Vincennes ; Plateau de Gravelle ; Ecole de Joinville ; Jardin colonial ; château de Vincennes : visite du château sous la conduite de M. E. Lemarchand, historien du château ; visite de la bibliothèque et du musée de la Grande Guerre sous la conduite de M. Camille Bloch, conservateur ; après-midi : Exposition coloniale.

Lundi 27 juillet, à 17 heures : Réception à l'Aéro-Club de France, rue Galilée, Paris ; à 20 heures : Dîner par petites tables au Restaurant Indochinois.

Mardi 28 juillet, à 1 h. 30 : Visite des établissements Citroën ; à 17 heures : Réception et thé chez Mme la Vicomtesse Benoist d'Azy, 4, rue Fabert, à Paris.

Mercredi 29 juillet, matin : Visite aux établissements Farman et Renault ; à 2 h. 30 : Visite au Centre médical du Bourget ; à 17 heures : Visite du Muséum et de la Cité universitaire ; soirée : Réception en collaboration avec le Commissariat général (soirée théâtrale).

Jeudi 30 juillet, 15 heures : Démonstration d'aviation sanitaire, sous la présidence de M. le Ministre de l'Air.

Vendredi 31 juillet, soirée : Banquet. Musique de la Garde royale anglaise et concert par la musique de la Garde Républicaine. Des visites, après les Journées médicales coloniales, à un certain nombre de stations thermales et climatiques sont à l'étude. Le programme en sera donné ultérieurement.

Lyon. — Le concours ouvert le 8 juin pour la nomination d'un chirurgien des hôpitaux, s'est terminé par la désignation de M. le Dr Eugène POLLOSSON, professeur agrégé à la Faculté.

Nécrologie. — Dr Henri CURY, du Havre. — Dr Ferdinand CHAILAN, ophtalmologiste, de Marseille. — Dr MÉRITAN, de Marseille. — Dr PORTAL, de Corcelles (Rhône). — Dr André PHILIPPOT, d'Arcachon. — Professeur SHIBASABARO PKITA ATO, de Tokio, connu pour ses travaux sur les bactéries. — Dr HÉRY, de Montpont-en-Bresse (Saône-et-Loire).

TRAVAUX ORIGINAUX

Des hématies, de leur origine et de leur valeur cellulaire

Par Éd. RETTERER

Le fluide rouge ou sang que contient l'organisme des vertébrés et de l'homme en particulier a de tout temps été un objet de vive curiosité.

Voyant la mort suivre plus ou moins promptement des pertes abondantes de sang, l'homme primitif a placé toute vie dans cette humeur ou fluide. Mais d'où vient le sang ? Au XVIII[e] siècle, Bordeu en faisait encore de la chair coulante. Si Bordeu avait pris connaissance des écrits de Buffon (1), il aurait vu que les premiers vaisseaux et le premier sang apparaissent dans les enveloppes du poulet : « ce sang se forme même hors du corps de l'animal, dont toute la substance n'est alors qu'une espèce de mucilage, de gelée épaisse, de matière visqueuse et blanche, comme serait la lymphe épaissie ». C'est en dehors de l'embryon, donc, loin de toute chair que prend naissance le sang.

Les études histologiques ont pleinement confirmé l'observation de Buffon ; elles nous ont montré de plus que le fluide sanguin contient des éléments figurés (globules rouges et globules blancs) qui sont des dérivés cellulaires, comme une partie du fluide ou plasma lui-même.

Il existe plusieurs éléments figurés dans le sang : des globules rouges ou hématies, des globules blancs et des corpuscules infiniment petits, dits *globuline*, *hématoblastes* ou *plaquettes*.

Ces divers éléments ont-ils même origine ou proviennent-ils chacun de cellules spéciales, ségeant dans des organes particuliers ? les globules rouges dérivent de cellules spécifiques confinées dans certains centres circonscrits ? C'est en vertu de la *division du travail et de la différenciation* qu'on a admis pendant longtemps cette manière de voir qui est classique. Au cours de cette étude des globules rouges, nous aurons l'occasion de revenir sur ces points.

Ce qui complique la solution de ces problèmes, c'est que la matière vivante passe par des phases diverses avant de parvenir à l'état définitif ; les globules rouges présentent chez les embryons et les vertébrés ovipares, une forme distincte et possèdent la valeur de véritables cellules tandis que chez le mammifère adulte, il ne correspond qu'à un fragment protoplasmique qui, pour la majorité des histologistes, est un corps cellulaire dépourvu de noyau.

Commençons par indiquer par quelques exemples, la figure et les dimensions des globules rouges des vertébrés, ainsi que leur nombre dans un millimètre cube de sang.

La forme et les dimensions des hématies varient énormément chez les divers vertébrés. La figure d'une hématie humaine est, à l'origine, celle d'une sphère d'un diamètre de 5 μ ; mais elle prend la figure d'une cloche avec l'âge. Dans les préparations de sang chauffé ou aplati par une lamelle, l'hématie devient un disque long de 7.7 μ. L'hématie du chat, ainsi déformée, est longue de 6 μ ; celle du chien de 7 μ. Celle des ruminants est moitié moindre. Chez les oiseaux, chez qui les hématies sont nucléées, comme chez tous les ovipares, elles sont elliptiques. En figurant la longueur par le dénominateur d'une fraction, et, la largeur par le numérateur, on a la formule suivante : pour le moineau, 11/6 μ ; pour le coq, 12/7 ; pour le pigeon, 11/6 ; pour la tortue 21/12 ; pour le lézard 15/9 ; pour la couleuvre 22/12 ; pour la grenouille, 22/15 ; pour la salamandre, 37-23 ; pour le protée, 58/35 ; pour l'esturgeon, 13/10 et pour le goujon 17/10.

(1) BUFFON et DAUBENTON. — *Hist. naturelle*. T. II. p. 353 1749.

Quant au nombre des hématies, il dépend de diverses circonstances (âge, nutrition, etc.) ; mais d'une façon générale, il est plus considérable chez les vertébrés supérieurs que chez les inférieurs.

Voici la moyenne des chiffres obtenus par plusieurs observations

Homme	4 à 5.000.000
Chien et lapin	6.000.000
Cheval	7.000.000
Chèvre	19.000.000
Pigeon	2.000.000
Tortue	620.000
Lézard	1.292.000
Couleuvre	830.000
Grenouille	393.000
Salamandre	80.000
Protée	35.000

En ce qui concerne la constitution de l'hématie, nous nous bornons à dire que cet élément est formé de protoplasma imprégné d'une substance albuminoïde, l'*hémoglobine*, qui lui donne sa teinte rouge.

« Cette hémoglobine est d'autant plus abondante que l'hématie est plus petite. Elle donne des cristaux qui appartiennent chez la plupart des animaux au système rhombique, mais avec le sang de l'écureuil on obtient des cristaux qui appartiennent au système hexagonal. Il est vrai que Halliburton a réussi en répétant les cristallisations, à transformer les cristaux hexagonaux du sang de l'écureuil en aiguilles rhomboïdales et en tétraèdres. D'autre part, l'hémoglobine varie de composition selon l'espèce animale ; les six éléments (CHO A_3 S Fez) en proportion différente d'un animal à l'autre. De plus l'hémoglobine des oiseaux contient, outre les éléments précédents, du phosphore (1). »

I. Hématies nucléées

Les premiers globules rouges qui apparaissent chez les embryons de vertébrés sont de véritables cellules pourvues d'un noyau et d'un corps cellulaire qui contient l'hémoglobine.

Les hématies nucléées continuent à se développer dans le sang des ovipares adultes (oiseaux, reptiles, batraciens et poissons), tandis que chez les mammifères elles n'ont plus de noyaux à partir du stade embryonnaire. Alors que chez la plupart des vertébrés, les premières hématies apparaissent dans les enveloppes fœtales, elles se développent chez les poissons osseux, en premier lieu dans le corps même de l'embryon. Sur ce point il faut noter un fait des plus intéressants observé par Vialleton en 1892 : les *premières ébauches* ou *germes vasculaires* qui apparaissent dans la vésicule ombilicale, sont constituées par une masse de protoplasma commun, semé de noyaux. En d'autres termes, les cellules ne sont pas distinctes, individualisées. Tandis que la zone périphérique de cette masse se transforme en cellules qui s'aplatissent pour faire l'endothélium de la paroi vasculaire, le protoplasma central de la masse commune devient hémoglobique et donne naissance aux hématies nucléées.

Rapprochons ce fait de ce que Ranvier a observé dans les *cellules sanguiformatives* et dans ce que j'ai décrit dans les myéloplaxes de la moelle osseuse, avec cette différence que le cytoplasma se résorbe chez le mammifère adulte, et, que le noyau devient hémoglobique.

L'observation de Vialleton a une autre importance au point de vue théorique. Le dogme suivant est devenu classique : le mésoderme, c'est-à-dire le tissu conjonctif seul présiderait à la formation des hématies. Or, dès le milieu du XIX[e] siècle, Kölliker a vu que le foie de l'embryon produit des globules rouges. Il supposait que les vaisseaux de la veine ombilicale amenaient au foie des cellules à noyau qui s'y multipliaient et y demeuraient assez longtemps à raison de la circulation

(1) Voir l'article HÉMOGLOBINE de Latschenberger in *Real-Lexikon medicinischenn Propädeutik*.

peu active du courant sanguin. Pendant le séjour dans le foie, les jeunes générations cellulaires de ces germes immigrés se chargeraient d'hémoglobine et se transformeraient en hématies nucléées.

Le développement des hématies dans le foie embryonnaire est un fait contrôlé par de nombreux histologistes ; mais la plupart admettent avec Kölliker, que ce sont des éléments apportés par la veine ombilicale qui s'arrêtent dans le tissu hépatique pour devenir une source d'hématies. Les recherches d'Aron (1) infirment cette manière de voir et me semblent démonstratives à cet égard : la cellule hépatique (épithéliale et d'origine endodermique) de l'embryon des mammifères est capable de se convertir en globule rouge ou hématie nucléée. « Ce sont, dit Aron, les cellules *claires* du foie qui se transforment en hémogonies. »

II. Hématies anucléées

Les mammifères adultes et bien portants ont des hématies dépourvues de noyau. D'où viennent ces éléments et quelle est leur valeur cellulaire ?

A. Origine des hématies dans la moelle osseuse

D'après les recherches d'Ehrlich, et de ses élèves, ils dériveraient de cellules nucléées de la moelle osseuse dont le corps cellulaire s'imprégnerait d'hémoglobine et dont le noyau disparaît par résorption ou par expulsion. Comment ces hématies anucléées rentrent-elles dans le torrent sanguin ? Il est certain que des myélocytes ou cellules à faible corps cellulaire et à noyau peuvent s'imprégner d'hémoglobine (*normoblastes* d'Ehrlich) ; mais je ne crois pas que ces normoblastes soient la véritable source des hématies anucléées. D'après les faits que j'ai observés, il me semble que ce sont surtout les cellules multinucléées qui les produisent.

Ces myéloplaxes rappellent le syncytinus observé par Vialleton dans l'aire vasculaire ainsi que la cellule vasoformative de Ranvier. Or, plusieurs observateurs avaient déjà signalé la présence d'hématies dans les cellules multinucléées de la moelle osseuse ; mais ils attribuèrent cette présence au pouvoir phagocytaire des myéloplaxes. En fixant la moelle osseuse dans les liquides appropriés, et en colorant les coupes à l'hémoxyline et à l'éosine, il est facile de voir qu'à côté des noyaux basophiles des myéloplaxes, il y en a qui prennent l'éosine et se teignent comme les hématies. Après que la plupart des noyaux sont devenus hématies, les noyaux périphériques des myéloplaxes, entourés d'une zone cytoplasmique, s'aplatissent et se disposent en paroi vasculaire qui se met en relaation, avec les vaisseaux voisins. Les phénomènes se passent comme dans les germes vasculaires de l'embryon, avec cette différence que chez le mammifère adulte, les noyaux seuls deviennent hémoglobiques, tandis que le protoplasma cellulaire subit la fonte.

Dans les *réseaux vaso-formatifs* du grand épiploon, Ranvier a vu apparaître des hématies. Ranvier croyant que l'hématie est une production du corps cellulaire ou protoplasma, son mode de développement « serait comparable à la genèse des grains d'amidon dans les cellules végétales. »

De nombreux histologistes, parmi lesquels je citerai G. et F. Hoggan, S. Mayer, Spuler, Vosmaer sont arrivés à des résultats contraires, et, ils soutiennent que les cellules et les réseaux vaso-formatifs ne sont que des portions du réseau vasculaires séparées du système général par l'atrophie des branches intermédiaires.

J'ai repris cette étude en 1899 et j'ai conclu dans le même sens que Ranvier, mais ayant une notion erronée de la valeur cellulaire de l'hématie, je ne pouvais songer à rechercher l'origine nucléaire de cet élément.

Plus récemment, étudiant l'histogenèse du ligament dentaire, j'ai vu (2) que cette membrane que j'ai appelée circum-radiculaire apparaît sous la forme d'un épithélium (organe de l'émail des classiques). Plus tard, les cellules épithéliales se transforment en tissu conjonctif. A ce moment apparaissent des amas et des cordons de cytoplasma à nombreux noyaux, ayant la structure des îlots ou réseaux vaso-formatifs du grand épiploon. Dans ces amas et cordons multinucléés, quand ils ont été fixés et colorés de façon appropriée, on voit, par l'observation directe, parmi les noyaux réunis par un cytoplasma commun certains d'entre eux se teindre en violet comme tous les noyaux chromatiqes tandis que d'autres prennent l'éosine et l'orange avec la même avidité que les hématies libres dans les vaisseaux sanguins. En un mot, les noyaux des cordons nucléés à cytoplasma commun se transforment en hématies, et, grâce à la fonte du cytoplasma, celles-ci deviennent libres dans la lumière du cordon ou vaisseau sanguin.

Bouin (1) admet dans la moelle osseuse deux sortes d'éléments, les uns constituent la lignée blanche, donnant naissance aux globules blancs, et, les autres formant la lignée rouge, produisant les globules rouges. Les cellules de la lignée rouge ou érythrocytaire tirent leur origine de ces cellules demeurées embryonnaires, et indifférentes que nous avons appelées avec Ferrata des « hémocytoblastes ». Ces dernières se divisent et leur protoplasma devient acidophile, pendant que leur noyau s'élimine.

Les cellules-filles des cinéras hémocytoblastiques ont un cytoplasma basophile ; ce sont les protérytoblastes qui produisent par divisions des *érythroblastes polychromatiques acidophiles* avec un noyau à chromatine condensée (Ferrata, Lambin, etc.). Ce cytoplasma acidophile se charge d'hémoglobine et leur noyau est de plus en plus condensé. Ce sont les *érythroblastes orthochromatiques* (Ferrata), les *normoblastes* d'Ehrlich et de Jolly, dont le noyau disparaît par condensation pycnotique, puis expulsion (Jolly). Ils deviennent des *érythrocytes* ou *hématies* qui s'accumulent en grand nombre dans la moelle et qui assurent éventuellement une suppléance rapide au cas d'une soudaine diminution numérique des globules rouges en circulation.

D'où vient l'hémoglobine des cellules qui deviennent des hématies soit nucléées soit anucléées ? Les cellules formatives ne font-elles que la choisir et l'accumuler ? Ou bien le corps cellulaire ou le noyau de ces cellules élabore-t-il l'hémoglobine ? Ces diverses opinions ont été admises et soutenues tour à tour. C'est ainsi que nous lisons dans le traité de Bouin (*loc. cit.*, p. 271) :

« On a fait beaucoup de recherches pour connaître le mode de la genèse de l'hémoglobine. Disons seulement ici que Marcel Prenant a montré que cette substance semble se constituer aux dépens du noyau tout d'abord, des mitochondries ensuite, lesquelles formations montrent les réactions de l'hémoglobine, alors que le cytoplasma ne fait rien voir de semblable. L'imprégnation totale par l'hémoglobine du globule rouge conditionnée par la perte du noyau a pour conséquence une adaptation maxima au rôle de vecteur d'oxygène que cet élément peut fixer et non consommer, puisque la perte du noyau provoque un ralentissement considérable de son métabolisme. L'hématie des mammifères, comme le fait observer Lambin, présente donc un degré d'adaptation supérieur à celui des hématies nucléées des autres vertébrés, puisqu'elle porte de l'oxygène et n'en consomme qu'une petite quantité. »

Dans l'index bibliographique de son livre, Bouin renvoie au travail de Marcel Prenant sur les Plathelminthes (2).

Or, dans ce mémoire, Marcel Prenant ne parle pas des hématies anucléées des mammifères ; il se borne aux invertébrés et écrit que la dégénérescence du noyau est la règle chez les Némertiens : elle débute par pycnose : les jeunes hématies sont polychromatophiles. C'est dans une communication faite à la *Société de Biologie*, 19 novembre 1919, p. 913, que Marcel Prenant a donné, en ce qui concerne les mammifères, des renseignements détaillés sur la transformation des cellules de la moelle des os en hématies. « Le noyau joue, dit-il, le rôle

(1) *Archives de Morphol. génér. et expérim.*, 1922, p. 1, et *Archives d'anat. d'histol. et d'embryol.* 1925, p. 1.

(2) Origine et évolution de la membrane circum-radiculaire ou ligament dentaire. *Revue de Stomatologie*, 1922, p. 256.

(1) *Eléments d'histologie*. p. 270. 1929.

(2) *Archives de morphologie générale et expérimentale*, 1922, p. 12.

essentiel dans la formation de l'hématie. Chez les mammifères, le noyau me paraît pâlir progressivement sans être expulsé ou se fragmenter ». Or, le noyau des cellules hématiformatives est sphérique et mesure 5 μ, comme l'hématie adulte. Ce n'est donc que le noyau qui puisse se transformer en hématie, à moins d'admettre qu'après l'évanouissement du noyau, le corps protoplasmique de l'élément cellulaire prenne sa place, ce qui est impossible puisque de l'aveu de M. Prenant le noyau persiste.

Les constatations de M. Prenant confirment la conclusion que j'avais tirée de mes observations : *l'hématie anucléée des mammifères n'est que le noyau cellulaire qui a subi la transformation hémoglobique.* Jolly qui a soutenu tour à tour la théorie de l'expulsion ou de la résorption du noyau semble admettre le fait pour les hématies primordiales. Décrivant, dans son *Traité d'hématologie* paru en 1823, p. 502, la disparition du noyau, il montre les diverses phases par lesquelles passe le noyau des hématies nucléées quand celles-ci se transforment en hématies définitives ou anucléées (homogénisation, pycnose, chromatolyse). Il est vrai qu'il croit à « une diminution de volume graduelle du noyau dans les hématies primordiales au fur et à mesure que le cytoplasma se charge d'hémoglobine ». A mon avis, au contraire, la chromatine du noyau, se transforme elle-même en hémoglobine, c'est-à-dire que le noyau lui-même devient la portion hémoglobique de l'hématie anucléée.

B. Origine des hématies dans les ganglions lymphatiques

Les ganglions lymphatiques étaient regardés jusqu'en 1890 comme des foyers producteurs de globules blancs, et spécialement de lymphocytes, quand Robertson en découvrit qui étaient rouges. Ce sont des *ganglions hémolymphatiques*, dont les sinus sont gorgés d'hématies en même temps que de lymphocytes. D'où viennent ces hématies anucléées ? Il y en a qui admettent que les vaisseaux lymphatiques tant afférents qu'efférents, y font défaut ; mais les injections ont montré qu'ils existent.

De 1900 à 1910, j'ai poursuivi mes recherches de développement et de structure sur les ganglions lymphatiques et leur rôle dans la formation des éléments sanguins (1).

J'eus de plus recours à l'expérimentation : pour retenir et accumuler dans le ganglion et son vaisseau efférent les lymphocytes et surtout pour suivre leur évolution ultérieure ; je pratiquai sur les animaux (chien, cobaye, lapin), et sans chloroformisation, la ligature du tronc efflérant d'un ganglion cervical, à plusieurs centimètres en avant de ce dernier. Peu de temps après la ligature, le ganglion devient rose ou rouge. Par l'examen histologique, on s'assure que dans toute son étendue, il est gorgé de lymphe, de lymphocytes et d'hématies.

L'étude des coupes sériées montre que les vaisseaux sanguins du ganglion ne sont ni congestionnés ni rompus ; la présence des hématies n'est donc pas due à une hémorragie. En comparant le ganglion dont le tronc efférent avait été ligaturé à celui de l'autre côté qui était normal, il est aisé de voir que le lymphocyte provient de la mise en liberté d'un noyau entouré d'un mince corps cellulaire ; 2° qu'à partir du moment de la ligature. Les lymphocytes du tronc ligaturé et des sinus lymphatiques diminuent de nombre, tandis que les hématies deviennent de jour en jour plus abondants. L'hématie ne peut donc provenir que d'un lymphocyte dont la substance nucléaire se transforme en hémoglobine. C'est le point de départ qui est différent pour les classiques et pour moi : les premiers considèrent les *nodules* ou *follicules lymphatiques* comme des amas semés de lymphocytes dans les mailles d'un réticulum ; à mon avis, il s'agit donc d'un syncytium protoplasmique à nombreux noyaux. Les lymphocytes se développent grâce à la liquéfaction de certaines portions protoplasmiques avec mise en liberté du noyau et d'un liséré protoplasmique périnucléaire. Les nodules pleins se transforment ainsi en tissu caverneux et en cordons folliculaire. Quant aux lymphocytes libres, leur noyau devient pycnotique et se transforme ou mieux dégénère en hémoglobine. L'origine nucléaire de l'hématie des mammifères explique les constatations de Rudzicka (1) ; par des procédés chimiques, cet observateur a montré que la substance de l'hématie des mammifères adultes présente toutes les réactions de la nucléine.

Pour Bouin (*loc. cit.*, p. 25), les nodules des ganglions lymphatiques sont formés d'un réticulum collagène ou précollagène dans les mailles duquel sont tassées des cellules à noyau peu chromatique et à cytoplasma abondant qui manifestent une grande activité cinétique. « Ce sont les *lymphoblastes* qui, par divisions, donnent naissance aux pro-lymphocytes lesquels passent dans la lymphe où ils deviennent des lymphocytes authentiques ».

Telle serait la fonction des ganglions lymphatiques, lesquels sont lymphopoïétiques.

« A cette fonction lymphopoïétique peut, dans certains cas, très rares, se surajouter une fonction érythropoïétique. Elle se traduit par l'acquisition d'une structure myéloïde et par l'apparition des divers éléments de la lignée sanguine, phénomène qui aboutit à la genèse des globules rouges et de globules blancs granuleux ; ces éléments peuvent surgir en telle abondance que le parenchyme ganglionnaire prend la teinte rouge de la moelle sanguiformative. »

Il existerait ainsi, selon Bouin, «des ganglions lymphatiques sanguinifères..... qui se distinguent par leur coloration rougeâtre. Ils sont en connexion avec des vaisseaux lymphatiques afférents et efférents. Les sinus de ces ganglions contiennent de nombreuses hématies qui semblent provenir de communications directes établies entre les deux circulations lymphatique et sanguine afférentes du ganglion. Ces hématies sont détruites en abondance dans le tissu réticulaire des sinus par l'activité phagocytaire des macrophages ».

Dans les études histogénétiques et expérimentales que j'ai faites sur les ganglions lymphatiques, je n'ai vu rien de semblable. La masse syncytiale des follicules ou nodules donne naissance à des lymphocytes par la mise en liberté des noyaux et d'un reste cellulaire. Ces lymphocytes passent dans le tissu réticulé, puis dans les vaisseaux efférents et se transforment en hématies anucléées.

J'ai retrouvé les mêmes images dans la rate et lors du développement du ligament dentaire ou membrane circum-radiculaire des dents, ainsi que dans les îlots de Langerhans. Dans les régions où se forment des vaisseaux sanguins, on voit, sur les coupes de tissu fixé dans le liquide de *Zenker* et colorées à l'hématoxylène et à l'éosine-orange à côté des noyaux basophiles teints par l'hématoxyline des noyaux qui prennent l'éosine et l'orange. Ces derniers sont donc acidophies et présentent les mêmes caractères que les hématies libres. En d'autres points de la même préparation on observe des hématies libres en plein tissu conjonctif. Comme les pièces ont été plongées fraîches dans le fixateur leur présence ne saurait s'expliquer par extravasation. A mon avis, les hématies des mammifères dérivent des noyaux des cellules formatives et deviennent libres par fonte de la plus grande partie du corps cellulaire. Les dimensions des hématies qui correspondent à celles des noyaux corroborent cette conclusion.

Dans ces dix dernières années, plusieurs observateurs américains ont largement confirmé mes résultats essentiels.

Job (2) étudiant les ganglions lymphatiques du rat, a observé des traînées de lymphocytes en train de se transformer en hématies (érythrocytes). Jordan et Looper (3) ont étudié les ganglions lymphatiques, fixés dans le formol Zenker de lapins âgés d'un mois. Les colorations furent faites à l'hématoxyline et à l'éosine ou l'éosine-azur. Ils ont observé dans la portion médullaire de ces organes la transformation des lymphocytes en érythroblastes. Les images sont identiques à celles qu'offre la moelle osseuse du lapin.

Selon ces auteurs, le petit lymphocyte accroît son corps cel-

(1) Voir dans le *Journal de l'Anatomie et de la Physiologie*, 1913, p. 113 la liste de mes travaux et ceux de mes collaborateurs.

(1) *Biolog. Centralblatt*, 1907, p. 196.
(2) *Amer. Journal Anatomy*, T. 31, p. 51.
(3) *The Medical Journal of anatomy*, T. 39, p. 438, 1927.

lulaire qui se colore en rouge par l'éosine ; ce sont là les érythroblastes ou normoblastes qui se transforment en hématies.

Ils croient qu'à l'état normal les lymphocytes grandissent et deviennent des cellules nucléées à protoplasma volumineux comme on les observent chez les vertébrés inférieurs (érythrocytes nucléés) Jordan a publié les résultats de ses longues recherches snr le rôle sangui-formatif des ganglions lymphatiques. La liste de ses travaux se trouve dans son dernier mémoire (1). Dans cette dernière publication, il examine les relations génétiques qui existent entre les lymphocytes et des cellules qu'on observe sur les cordons des ganglions et qui se distinguent par un corps cellulaire bien développé. Jordan considère ces cellules volumineuses comme des cellules analogues à celles que Unna a décrites sous le nom de Plasmazellen ou *cellules plasmatiques*. Leur protoplasma ou corps cellulaire est homogène ou granulé. Pour Jordan, ce sont des lymphocytes transformés, qui évoluent en cellules hémoglobifères, ressemblant aux érythroblastes et aux normoblastes.

En résumé, pour cet auteur certains lymphocytes à corps cellulaire hyalin (hyaloplasma) se transforment dans le ganglion lymphatique en cellules à protoplasma granuleux (granuloplasma) et prennent la forme et la structure des cellules plasmatiques d'Unna.

Si je suis bien d'accord avec Job, Jordan et Looper sur la production normale des hématies dans le ganglion lymphatique, je diffère de ces histologistes sur la structure de cet organe et le processus de cette hématiformation. A leurs yeux, le lymphocyte existe dans les mailles du réticulum ou trame du ganglion et il s'accroît ensuite pour devenir une cellule à corps cellulaire volumineux (cellule plasmatique ou Plasmazelle d'Unna). Cette dernière se chargerait d'hémoglobine, pendant que son noyau est expulsé ou résorbé. L'hématie ne serait qu'une cellule hémoglobique, dépourvue de noyau.

D'après mes observations, la structure du ganglion est tout autre, de même que le lymphocyte ne préexisterait pas dans l'organe pour se transformer en cellule plasmatique qui deviendrait ensuite une hématie par surcharge hémoglobique et perte du noyau : le lymphocyte est une cellule qui s'est détachée, par fonte de la portion périphérique de son protoplasma, de la masse syncytiale qui constitue le ganglion lymphatique. L'enveloppe protoplasmique très mince qui persiste à l'état normal, autour du noyau et qui constitue une écorce correspond au noyau une vésicule ou membrane, anhémoglobique, intimement unie à la substance nucléaire qui a subi la dégénérescence hémoglobique. A l'origine sphérique, l'hématie prend la forme d'une cloche ou d'un disque aplati à mesure que cette membrane protoplasmique disparaît par fonte. Il est vrai que ma manière de voir diffère totalement de la théorie classique selon laquelle les lymphocytes sortiraient des vaisseaux sanguins pour se loger dans la moelle osseuse, par exemple : là ils s'accroîtraient pour devenir des mégaloblastes, munis d'un noyau pâle ; le mégaloblaste se transformerait ensuite en érythroblaste ou normoblaste, lequel finirait par être un érythrocyte par perte du noyau et par surcharge hémoglobique du corps cellulaire (2).

Il est regrettable qu'on soit obligé d'énumérer cette kyrielle de mots grecs pour exprimer la pensée des observateurs. Nous avons déjà eu l'occasion de citer le terme *hémogonies* qui doit désigner, selon Mollier, le grand lymphocyte. Ce langage barbare, loin d'éclairer le problème, ne fait que l'obscurcir davantage.

Donc, les hématies extra-vasculaires des ganglions lymphatiques seraient des lymphocytes dont le corps cellulaire serait devenu hémoglobique, tandis que le noyau aurait disparu. Il est vrai que cette théorie n'est pas unanimement admise. Selon Jolly (3) par exemple, les hématies qu'on trouve dans les sinus des ganglions lymphatiques proviendraient de la stase de la lymphe, qui favorise le passage des hématies des veines à travers les veines de l'organe et leur pénétration dans les sinus. Les centres germinatifs ne produisent à l'état normal que des lymphocytes.

(1) JORDAN. — On the genetic relation etc. *The anatomical record*. T. 42, p. 1929.
(2) Voir Maximow *Zieglers Beiträge*. T. 41, 1907.
(3) *Traité technique d'hématologie*. T. II, p 740, 1923.

C. *Rate, thymus et autres organes lymphoïdes.* — Dans la rate embryonnaire et fœtale, on observe de nombreuses cellules dont le protoplasma est hémoglobique. Il est infiniment probable que ces éléments se transforment en hématies. Ces phénomènes évolutifs semblent se continuer dans la rate des adultes ; mais comme on remarque simultanément des débris de globles rouges il est infiniment probable qu'il s'y produit simultanément une production de jeunes hématies et une destruction des vieilles hématies.

Je n'aborde pas ici la question du sort que subissent les lymphocytes que fabriquent le thymus et les nombreux organes lymphoïdes (follicules clos) qui sont les uns et les autres d'origine épithéliale ; ils donnent naissance à des cellules lymphatiques ou lymphocytes qui sont versés dans le sang circulant et qui doivent se comporter comme ceux des ganglions lymphatiques, c'est-à-dire que leur noyau devient hémoglobique et que l'élément se transforme en hématie anucléée.

III. Conclusions et considérations générales

Le sang des vertébrés ovipares ne contient à l'état tant embryonnaire qu'adulte, que des hématies nucléées. Les mammifères commencent par avoir des hématies nucléées, auxquelle succèdent de bonne heure des hématies anucléées qui existent seules chez l'adulte bien portant.

Tels sont les faits morphologiques sur lesquels tous les observateurs sont d'accord mais il est une série de problèmes évolutifs dont la solution est loin d'être proche. Chez le poulet, par exemple, les premières hématies sont sphériques et ont un diamètre de 8 à 12 μ ; vers le quatrième jour de l'incubation, elles prennent une forme elliptique et le noyau se rapetisse. Cette deuxième forme résulte-t-elle de la transformation de la première ou bien les hématies elliptiques descendent-elles d'autres cellules formatives ?

Chez le poulet, les hématies se multiplient par division mitosique jusqu'au cinquième jour de l'incubation ; ensuite ces divisions deviennent plus rares, et au sortir de l'œuf, elles cessent de se produire. Chez les autres ovipares, on observe des images mitosiques dans le sang de l'adulte.

Les hématies des embryons de mammifères sont nucléées ; c'est ainsi que le sang d'un embryon humain d'un mois (long de 10 mm. environ) ne contient que des hématies nucléées : celui de la fin du deuxième mois (long de 5 à 6 cm.) montre de nombreuses hématies anucléées, et à partir du troisième mois (embryons longs de 8 cm.), les hématies nucléées deviennent de plus en plus rares.

Les hématies ont une durée fort courte. On admet que chez les mammifères elles ne vivent que quelques semaines, tout au plus un mois. Il est peu probable que même chez les ovipares adultes toutes les jeunes hématies descendent des générations qui proviennent de la multiplication des hématies existantes. Chez les mammifères c'est impossible puisque leurs hématies sont anucléées.

Alors il s'agit de savoir d'où viennent les hématies du mammifère adulte. Plusieurs explications ont été proposées : pour E. A. Schäfer, Sed. Minot, Ranvier, etc., les hématies anucléées se développent dans le protoplasma des cellules nucléées comme les grains d'amidon dans les cellules végétales. D'autres pensent que les hématies sont les descendants de certaines cellules de la moelle des os, pourvues d'un mince liséré protoplasmique qui se charge d'hémoglobine et dont le noyau est résorbé ou expulsé. A supposer que les choses se passent ainsi, il faudrait déterminer de quelle façon ces éléments dépourvus de mouvements amiboïdes traversent les parois vasculaires pour entrer dans le torrent circulatoire.

D'autres encore supposent que les gobules blancs ou leucocytes deviennent hémoglobiques et expulsent leur noyau.

D'après les faits que j'ai observés dans divers organes (les ganglions lymphatiques en particulier) les hématies anucléées doivent leur origine à des cellules dont le protoplasma subit la fonte et dont le noyau devient libre. Ces dernières sont entraînés par le courant lymphatique à l'état de lymphocytes qui deviennent hémoglobiques ou à l'état d'hématies si leur trans-


PILULES
DU Dr. DEBOUZY
OPOTHERAPIE
BILIAIRE
INTÉGRALE
INSUFFISANCE HÉPATIQUE
LITHIASE BILIAIRE
ICTÈRES
CONSTIPATION
DIABÈTE
TUBERCULOSE
ENTÉROCOLITE
4 à 8 PILULES PAR JOUR
efficaces et toujours bien tolérées
0 gr. 30 d'extrait de bile totale
environ 3 gr. de bile fraîche par pilule
LABORATOIRES LONGUET
34 RUE SEDAINE _ PARIS

formation hémoglobique est achevée dans le ganglion déjà. Dans d'autres organes (moelle osseuse, ligament dentaire en voie de développement), on voit les hématies anucléées prendre naissance de façon analogue, mais la portion périphérique de l'amas cellulaire s'aplatit, et entoure les jeunes hématies d'une paroi endothéliale qui se met en relation avec le réseau vasculaire voisin. Ce dernier mode de développement rappelle ce qui se passe dans l'aire vasculaire des embryons de vertébrés.

Il est infiniment probable qu'un processus analogue préside à la formation et à la mise en circulation des hématies nucléées et anucléées qu'on observe dans la moelle osseuse lorsque par des saignées successives on détermine une anémie expérimentale.

La moelle adipeuse devient rouge, lymphoïde et des plages entières donnent naissance à des îlots vasculaires comme dans les enveloppes fœtales ou le grand épiploon.

Neumann, Löwy (1) et d'autres ont publié des cas analogues observés dans l'espèce humaine. A la suite d'hémorragies considérables et répétées qui ont amené une anémie intense, la moelle d'adultes (os longs) était devenue rouge et très vasculaire. Elle contenait de plus des hématies nucléées, comme le sang.

Faut-il considérer ce processus comme un retour à l'état embryonnaire ? Chez les ovipares, le corps celllulaire seul se charge d'hémoglobine et l'hématie nucléée a une vitalité supérieure grâce à la présence du noyau qui peut encore se diviser chez les vertébrés inférieurs, comme chez les embryons de mammifères.

D'où vient l'hémoglobine ? J'ai eu beau feuilleter les livres je n'ai pas trouvé de réponse nette; ils se contentent de dire que certaines cellules se chargent d'hémoglobine. Inutile de rechercher une origine chlorophllylienne ou musculaire ; ce serait méconnaître le fait que l'aire vasculaire du germe embryonnaire fabrique des hématies. Retenons le point capital que voici : l'hémoglobine représente chez le mammifère adulte et bien portant les neuf dixièmes du poids des principes fixes des hématies.

L'hémoglobine est-elle aussi abondante dans les hématies des poissons, des batraciens et des reptiles que dans celles des oiseaux et des mammifères ? A mon avis, elle est élaborée par le corps celllulaire même des cellules des ovipares et des embryons de mammifères, et, comme nous l'avons vu en ce qui concerne les oiseaux, elle a une composition différente de celle des mammifères. Chez ces derniers même, les éléments (C H Az Fe) sont en proportions variables selon les espèces animales.

L'hémoglobine est l'intermédiaire entre l'air, c'est-à-dire l'oxygène et les divers éléments qui constituent l'organisme. Dès que le germe des vertébrés commence à former un complexus cellulaire, certaines de ses cellules qui ont même origine que les autres deviennent hémoglobiques et fournissent à ces dernières l'air vital de Lavoisier. Les cellules issues d'un même ovule ont à l'origine même composition et mêmes propriétés : mais elles ne tardent pas à différer. Malgré le lieu et le rôle tout autre qu'elles remplissent, elles restent dans une dépendance réciproque et étroite : les unes édifient des organes de soutien ou de mouvement, les autres reçoivent les impressions du dehors d'autre les transforment en actes psychiques, d'autres encore préparent les substances étrangères et leur permettent d'être incorporées. Ces diverses actions ne sauraient s'accomplir sans la présence de l'oxygène, de sorte que le corps cellulaire ou le noyau de certaines cellules se transforme en une substance capable d'emmaganiser l'oxygène et de le porter au contact des divers éléments qui composent l'organisme des vertébrés. Les hématies nucléées ou anucléées jouent ce dernier rôle. C'est cette solidarité qui assure le bon fonctionnemeant de l'ensemble, c'est-à-dire la santé.

(1) *Kléni. Médiztn.* T. 40, 1900.

Avortement GRANN-PETERSEN, sur 1.146 avortements, relève une mortalité de 7 (soit 0,61 %). Il est partisan de l'évacuation précoce. (*Ugeskrift for Lager*, 4 sept. 1930, p. 837.)

H. V.

Les hémorragies des diabétiques et leur disparition par l'insulinothérapie

Par **Paul BLANCHET**

Il nous paraît de quelque intérêt de signaler, au moins brièvement, des faits qui, à notre connaissance, n'avaient point encore pris place dans la littérature médicale. Au cours de ces dernières années, nous avions observé, de temps à autre, sans y apporter beaucoup d'attention, un certain nombre d'hémorragies, — d'importance variable, mais parfois considérable, — chez des malades atteints de diabète sucré. Peu à peu, — la réflexion aidant et la loi des séries également, — ces cas épars, traités d'abord de coïncidences fortuites, ont pris, dans notre esprit, figure de faits, de phénomènes explicables, de véritables relations.

Sans vouloir exagérer la fréquence des hémorragies chez les diabétiques, il faut reconnaître néanmoins que celles-là sont loin d'être exceptionnelles chez ceux-ci, puisque, simple médecin que nous sommes, il nous a été donné d'en observer, en quelques années, un nombre suffisant pour éveiller notre attention (hémoptysies, et surtout épistaxis, ménorragies, métrorragies).

Le champ des déductions est vaste, nous ne ferons que l'effleurer.

Au point de vue pathogénique, il est fort probable que l'hyperglycémie entre en jeu au moins en tant que facteur. Car, d'une part, les hémorragies, que nous avons notées, se sont produites chez des diabétiques présentant une glycosurie assez élevée (de 10 à 80 gr. de glucose par litre d'urine, suivant l'importance). D'autre part, chez des diabétiques artério-scléreux hypertendus que nous avons traités par l'insuline, et chez lesquels nous avons par conséquent, considérablement réduit la glycémie, les hémorragies disparurent tandis que la tension artérielle ne diminua presque pas. Enfin nous avons noté diverses hémorragies à répétition chez des diabétiques présentant, par ailleurs, une hypotension artérielle permanente. Chez ceux-ci, le traitement par l'insuline a fait disparaître également les hémorragies sans apporter de changement notable à la pression sanguine.

De ces constatations, il semble donc, — tout en admettant l'intervention d'autres facteurs : vasculaires, neuro-vasculaires, sanguins, endocriniens, etc., — que l'hyperglycémie a une part de responsabilité dans la production de pareils accidents.

Et ceci n'est pas fait pour nous étonner. Car, d'une part, J. Müller, il y a bien des années déjà, avait montré que le sucre retardait, *in vitro*, la coagulation du sang. Nous-même avons presque toujours constaté la prolongation du temps de saignement et un retard de la coagulation chez les diabétiques que nous avons examinés. D'autre part, nous savons que l'oxygène favorise la coagulation du sang, et que l'insuline siège parmi les ferments oxydants.

De pareilles considérations si elles trouvent de nouvelles assises, éclaireront peut-être des horizons nouveaux. L'insuline entrera-t-elle dans la thérapeutique des hémorragies ?

A ce point de vue, nous devons rappeler des travaux cliniques de premier plan. Tout en s'appuyant, il est vrai sur des considérations différentes, deux gynécologues parfaitement distingués, Vogt, en Allemagne, dès 1927 et G. Cotte, à Lyon, dès 1928, publiaient d'exellents résultats obtenus par l'insuline dans le traitement des ménorragies des jeunes filles. Les hypothèses de pleuvoir. Toutes ont leur part de vérité. Mais il semble bien que là encore la glycémie intervienne, car nous avons également eu l'occasion d'appliquer la méthode de Vogt.

Cotte à de jeunes hérédo-syphilitiques, les unes atteintes de ménorragies, les autres présentant des règles trop rapprochées, les unes et les autres étant en droit de présenter un certain degré d'insuffisance ou de dystrophie pancréatique.

De pareilles considérations (disparitions des hémorragies par abaissement de la glycémie) n'auraient-elles pas également le droit d'expliquer, au moins partiellement, les heureux effets de l'insuline, signalés par A. Cade et Ph. Barral, dans les ulcères d'estomac ?

Puissent ces quelques lignes susciter de nouveaux essais des observations encore plus attentives qui confirmeront ou infirmeront celles que nous avons apportées !

BIBLIOGRAPHIE

GLEY. — Coagulation du sang, page 311, tome I du Traité de Physiologie. Edit. Baillière, 1924.

DOYON. — Coagulation du sang, page 128, tome Sang. Traité physiologie normale et pathologique. Edit. Masson 1927.

VOGT. — Über Beziehungen Zwischen Insulin und Ovarium und ihre therapeutische Verwertung bei der Behandlung von Uterusblutungen. — *Zent. f. Gynäk.*, 1927, n° 12.

G. COTTE. — Traitement des ménorragies, page 174-175, *in* Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme. Edit. Masson, 1928.

Le contrôle de la prostitution

Par le Dr H. MALLARD

Inspecteur départemental des Services d'hygiène de la Côte-d'Or

La ville de Dijon semble être devenue un des sièges de la campagne contre la réglementation de la prostitution, qui s'amorce un peu partout en France.

Un conférencier, le Professeur de droit Gemahling, de Strasbourg, a fait, devant un public très nombreux, une conférence fort intéressante à ce sujet. Les arguments moraux qu'il a fait valoir semblent avoir soulevé quelque enthousiasme parmi un certain nombre de ses auditeurs. Pour notre part, nous ne pouvons que le féliciter hautement de son courage et de sa persévérance à vouloir assurer le triomphe du bien et de la morale. Malheureusement, comme hygiéniste et comme médecin, nous estimons très sincèrement que, dans notre Société actuelle, nous ne sommes pas encore au point pour mettre uniquement en face de ces choses tangibles que sont la souffrance et la mortalité, conséquences des maladies vénériennes, un idéalisme, même aussi élevé que puisse être le relèvement de moralité publique, si tant est que la suppression du contrôle de la prostitution puisse y contribuer, ce dont nous doutons.

Sans discuter la valeur des arguments moraux du conférencier, on est en droit de lui demander de bien vouloir jeter un coup d'œil sur quelques faits et sur quelques statistiques dont personne ne peut discuter la véracité.

Tout d'abord, il faut s'entendre sur ce que veut dire « prostitution réglementée ». Un des abolitionnistes les plus enthousiastes à qui nous posions la question au moment même où nous écrivions ces lignes nous répondait : « C'est la prostitution officielle ». Prié de préciser, il ajouta : « C'est la prostitution organisée (sic) par l'Etat ». (Il ne manquait plus que cela à ce pauvre Etat !) Sans doute, ce très digne homme a de nombreux amis qui ont une opinion semblable et qui confondent un peu trop *contrôle* et *organisation* et il est peut-être utile de les détromper. D'autre part, nous avons eu le regret de ne pas entendre le conférencier préciser ce qu'il entend par prostitution. Où commence-t-elle ? Si l'on s'en tient au critérium admis, et qui est la récompense pécunière directe ou indirecte d'un acte en marge des commandements de l'Eglise, les racines du mal sont bien profondes !

Mais n'allons pas trop loin, et contentons-nous de limiter notre examen à la prostitution publique qui dépasse la simple commandite plus ou moins anonyme et restons au bas de l'échelle où nous trouvons les exemples les plus crus dont s'inspire la sentimentalité des abolitionnistes. Qu'y trouvons-nous pratiquement ? Pour une population de 100.000 habitants, une proportion d'une trentaine de filles dites soumises, qui se livrent à tout venant et dont le niveau spécial procède très souvent d'une association allant des plus lamentables vices aux délits de droit commun.

Dans ce cas, est-ce trop demander aux pouvoirs publics que de réserver un droit de regard à la police et de faire exercer un contrôle médical sur cette plaie ? Vaut-il mieux que ce joli monde s'ébatte librement ou qu'il soit surveillé dans une maison close.

Quant à l'honneur des femmes françaises, invoqué par le conférencier, les milliers de mères françaises, de jeunes filles de notre pays peuvent-elles vraiment avoir honte de leur sexe du fait de l'existence d'une aussi infime minorité ? Certes non, et il faudrait souhaiter que dans notre Société, où la lutte pour la vie est si dure, l'on réservât moins parcimonieusement la sollicitude publique à celles qui peinent, luttent pour rester dans le bon chemin, souvent bien difficile à suivre dans l'obscurantisme moral et l'instabilité matérielle qui caractérisent notre époque plutôt que de l'égarer dans la chimère d'un relèvement moral d'une classe définitivement stigmatisée.

Maintenant que le manque de formes de la part de certains agents des mœurs soit un fait, nous ne le contestons pas, mais « le meilleur chien de berger ne fait-il pas sentir, quelquefois ses crocs à la brebis égarée — fût-elle gâleuse — en voulant la faire rentrer au bercail ! »

D'autre part, que la visite médicale, telle qu'elle est pratiquée, soit quelquefois un peu vexante, c'est possible. Mais tout cela est peu de chose et peut être réglementé facilement en créant, enfin, des services sanitaires responsables et en donnant la primauté à la médecine sur la police. Là un effort peut être fait utilement. C'est une question de tact et d'humanité.

Un autre, parmi les arguments impressionnants invoqués par le conférencier, est à l'exemple des pays étrangers où l'on aurait supprimé la réglementation de la prostitution. Parmi ceux qui ont été cités en exemple, il en est trois dont nous connaissons la situation. Ce sont le Japon, l'Allemagne et l'Angleterre.

La vérité est celle-ci : dans les grandes villes du Japon existait autrefois un quartier où s'exerçait, avec la grâce exquise de ce peuple une prostitution qui comportait toute une échelle, allant de la djvoro à la geisha en passant par les mekake — les « Madames Chrysanthèmes » de Pierre Loti. — Les Djvoro étaient cloîtrées et soumises à l'exploitation d'un manager qui les achetait à leur famille. Depuis la guerre, seul le droit de vente a été supprimé, mais les Yoshiwara ont persisté, et personne au Japon n'y voit une atteinte à la moralité. En ce qui concerne la prostitution en liberté, la surveillance sanitaire, loin d'être supprimée, a été renforcée. Partout dans les grandes villes, on a créé des dispensaires de salubrité qui sont ouverts jour et nuit et où se présentent, la plupart spontanément, les courtisanes.

En Allemagne, régnait, avant la guerre, une discipline plus brutale qu'efficacement morale et sanitaire. Les maisons closes étaient soumises à un contrôle très sévère. Actuellement la discipline s'est beaucoup relâchée et les maisons de rendez-vous clandestins se sont multipliées et font concurrence aux maisons closes cela au grand détriment de la santé publique.

Aussi n'est-il nullement question pour l'autorité de supprimer un contrôle sanitaire réglementatif mais bien de l'adapter aux formes plus modernes de l'industrie de la prostitution.

En Angleterre, rien n'a changé. Il n'y a officiellement pas de prostitution de rue et de maisons closes, mais il ne faut pas être bien initié à la vie des grandes villes anglaises pour retrouver, derrière la plus austère façade, la maison hospi-



CE QU'EST LE FORTOSSAN IRRADIÉ

D'abord du **FORTOSSAN**, c'est-à-dire une Phytine spécialement préparée pour le nourrisson et l'enfant en bas âge, qui ne coagule pas le lait, et qui, mélangée avec une certaine quantité de lactose, constitue le médicament phosphoré idéal pour l'organisme fragile des enfants.

Mais, *en plus*, le **FORTOSSAN IRRADIÉ** contient une quantité exactement dosée *d'ergostérine irradiée*. Cette quantité est de 16 *milligrammes pour* 80 *grammes de Fortossan, ce qui correspond à une dose quotidienne de* 1/3 à 1 *milligramme*. Elle a été fixée après un recul de temps suffisant depuis les premiers essais sur l'action des stérols irradiés, afin d'être proportionnée le plus justement possible aux besoins d'une thérapeutique utile sans les dépasser.

(1/2 à 2 cuillerées à café par jour)

TOLÉRANCE PARFAITE

Laboratoires CIBA - O. ROLLAND, 109-113, boulevard de la Part-Dieu, LYON

BIBLIOGRAPHIE

Le Service social à travers le monde : *Assistance, Prévoyance, Hygiène*, par le Dr René SAND. Préface de M. Paul STRAUSS. Un volume in-8°, 256 pages : Librairie Armand Colin, 103, boulevard Saint-Michel, Paris, Ve), broché : 25 fr.

Le Dr René Sand, secrétaire général du Comité permanent des Conférences internationales du Service social, a condensé pour le grand public les résultats de dix années d'études et d'enquêtes à travers le monde.

Il montre la société moderne luttant contre les calamités naturelles, contre la misère, la maladie et la mort. Il retrace l'histoire de l'assistance, de la prévoyance, de l'hygiène, de la législation sociale, et définit le service social, ses principes, ses méthodes, sa valeur économique, son action, qu'il appuie d'exemples concrets. Il décrit le service social schématisé en France, généralisé en Allemagne, coordonné en Angleterre, indivualisé aux Etats-Unis, systématisé en Italie, nationalisé dans l'U. R. S. S. et, synthétisant le mouvement qui nous entraine vers une organisation à la fois plus rationnelle et plus humaine, il termine par l'esquisse d'un programme général du service social, tant privé que public.

Diathermie et diathermothérapie, par BORDIER. Sixième édition, revue et augmentée, 1 vol. in-8 de 659 pages, avec 297 figures dans le texte, 60 fr. Librairie Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris.

La rapidité avec laquelle les éditions s'épuisent montre le gros succès de cet ouvrage. Il est connu de tous et il est inutile d'en faire l'éloge. Contentons-nous de signaler les points principaux par lesquels cette édition, globalement augmentée, diffère des précédentes.

En ce qui concerne la physique, le chapitre se rapportant à la propagation des courants de haute fréquence à travers les milieux électrolytiques et colloïdaux et surtout à travers l'organisme a pris une ampleur justifiée et, d'autre part, l'Auteur insiste sur l'insuffisance fréquente des indications données par le milliampèremètre thermique.

En thérapeutique, on verra que le traitement du cancer par diathermo-coagulation prend place dans les Centres anticancéreux et que dans certains cancers ce procédé peut, comme il en est donné un exemple particulièrement probant, être supérieur aux rayons X et au radium.

Il est rapporté de nouvelles observations de guérison de radio et radiumdermites rebelles.

Pour la paralysie infantile de nombreuses citations d'auteurs divers français et étrangers montrent que la méthode préconisée par Bordier et qui consiste dans la triade, radiothérapie, diathermie, *galvanisation*, compte de nombreux adeptes.

Des chapitres sont consacrés à diverses spécialités, un, entre autres, aux applications à la stomatologie des courants de haute fréquence.

L'emploi de l'étincelage médicamenteux est étudié avec détail et l'Auteur se montre un chaud partisan de ce procédé.

Enfin l'ouvrage se termine par « la diathermie en chirurgie générale » où sont montrés les excellents effets de la diathermie pratiquée soit après les interventions pour réchauffer les muscles et éviter les complications, soit pendant l'opération pour prévenir le choc.

Les consultations journalières : appareil respiratoire, par Pierre PRUVOST. 1 vol. in-16 de 611 pages avec 12 planches hors texte : 15 fr. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

En pathologie respiratoire, il n'est pas de traitement efficace qui ne s'appuie sur un bon diagnostic ; or, celui-ci est souvent sujet à des erreurs qu'il faut bien connaître et que l'auteur passe en revue au début de cet ouvrage. A juste titre, sans faire à propos de chaque cas une étude clinique détaillée, il a résumé les bases essentielles de chaque problème, indispensables pour que celui-ci soit posé aussi complètement et exactement qu'il se peut et pour qu'il soit résolu aussitôt du point de vue pratique, c'est-à dire pronostique et thérapeutique.

Il insiste sur l'importance de dissocier dans chaque maladie des éléments différents et de plus en plus intéressants à considérer de ne pas faire seulement un traitement symptomatique, mais surtout un traitement du syndrome, du genre de lésions et de la cause qui les engendre chaque fois que celui-ci peut être mis en évidence.

C'est en partant de ces données que l'auteur a envisagé successivement, par ordre d'intérêt croissant, les symptômes, les syndromes, les maladies, sans omettre divers accidents respiratoires qui sont habituellement négligés et qui sont pourtant constatés journellement : ceux des opérés, de gazés, des cardiaux rénaux, etc.

Ces quelques détails permettront de se rendre compte du souci qu'a eu l'auteur d'être complet, en restant avant tout pratique en montrant combien certaines questions de pathologie respiratoire devaient être revisées.

Enfin cet ouvrage se termine prr une autre idée nouvelle qui s'ajoute très heureusement au traitement envisagé à propos de chaque maladie. En étudiant les méthodes thérapeutiques spécialement destinées aux affections respiratoires, Pierre PRUVOST rend un grand service et montre de quelle façon générale elles doivent être conçues, combien des consultations journalières de cet ordre engagent à faire appel non seulement aux médecins mais encore aux spécialistes et aux chirurgiens, à propos des interventions qui doivent être pratiquées et qui sont ici longuement mentionnées : thoracentèse, pneumothorax, bronchoscopie, pneumo ou pleurotomie, lobectomie, thoracoplastie, etc.

Le traitement antituberculeux spécifique, par I. P[illegible]. Tip. Slova, [illegible] 3, Bucarest, 1930.

L'A. a fait de nombreuses recherches expérimentales et cliniques sur la tuberculose de 1909 à 1929 et acquis de nouvelles connaissances qui sont « tout à fait différentes, voire même contraires aux affirmations classiques de la science médicale ».

Les principes sur lesquels il a fondé son traitement sont :

1° L'existence de germes tuberculeux non acido-résistants.

2° La possibilité pour l'organisme de détruire les germes tuberculeux non acido-résistants et, par suite, de former des substances immunisantes.

La base du traitement, élaboré en 1913 et exposé en 1921, consiste dans la vaccination antituberculeuse avec des germes tuberculeux non acido-résistants.

L'emploi d'un vaccin et d'un sérum personnels a donné des résultats impressionnants, indiqués dans des observations.

L'A. regrette que son traitement ait été accueilli comme « la plus fidèle expression de l'ignorance et du charlatanisme médical » et oppose à ses résultats ceux des sanatoria de la Société de Prophylaxie, qui ont réussi à guérir en 1929 un seul tuberculeux pour une dépense de 20 millions de lei.

J. LAFONT.

Annuaire Médical de Marseille et de la Provence 1931. — Cet Annuaire du Dr PORCHERON, très précis parce qu'il est régional, contient en un format commode (110 pages) tous les renseignements relatifs au Corps médical de six départements : Bouches-du-Rhône, Alpes-Maritimes, Basses-Alpes, Corse, Var, Vaucluse, et Principauté de Monaco. Il paraît pour la quatorzième fois, ce qui est le meilleur indice de son utilité et de sa vitalité.

Au cours de l'ouvrage, on trouve en une page spéciale, tous les postes vacants de la région : médecins, sages-femmes, dentistes, pharmaciens.

Prix : 15 fr. 50 contre remboursement ; ou 11 fr. par mandat et chèque postal à Éditions *Quo Vadis*, 107, rue Paradis, Marseille, C. C. Postal 108-43.

talière où la rigidité de tenue des clients ne peut se comparer avec celle de l'extérieur. Nous ne pouvons rien dire des autres nations que nous ne connaissons pas, mais ces exemples sont impressionnants.

Maintenant, abordons le problème sur le terrain plus objectif de la médecine et de l'hygiène. Que constatons-nous ? Dans le département de la Côte-d'Or, nous avons observé depuis deux ans, une recrudescence indiscutable du nombre des cas de maladies vénériennes. D'après les renseignements fournis par les médecins leur origine était à quelques unités près la suivante :

Syphilis :

Maisons de tolérance	6 %
Filles soumises	11 %
Autres origines	83 %

Blennorragie :

Maisons de tolérance	9 %
Filles soumises	18 %
Autres origines	73 %

Maintenant, combien nous coûtent chaque année les maladies vénériennes ? Pour être fixé d'une façon précise, nous n'avons qu'un moyen : c'est, à l'exemple des Américains et de beaucoup d'autres peuples de mettre en compte dollars ou francs la vie humaine, la maladie, la perte de production, et d'établir un bilan.

Qu'est-il pour la Côte-d'Or ?

Si nous admettons en dehors de toute valeur morale que la vie d'un sujet sain, susceptible de faire souche, de travailler, de défendre son pays peut être estimée à un minimum de 40.000 fr. (en Amérique, elle est de 75.000) celle d'un enfant de 0 à un an 10.000 fr., celle d'un enfant à naître 5.000 fr : qu'une femme stérile perd matériellement parlant la moitié de sa valeur nous arrivons aux résultats suivants :

Syphilis.

1° Décès prématurés de sujets jeunes en pleine activité :

$$70 \times 40.000 = 2.800.000$$

2° Morts-nés (moyenne 150) dont plus de la moitié pour hérédo-syphilis :

$$75 \times 5.000 = 375.000$$

3° Enfants morts au cours de la première année :

$$75 \times 10.000 = 750.000$$

4° Avortements pendant les six premiers mois de la grossesse :

$$150 \times 5.000 = 750.000$$

5° Enfants arriérés, anormaux, strictement incapables de produire, coefficient annuel 30 :

$$30 \times 40.000 = 1.200.000$$

Entretien annuel de 200 enfants anormaux :

$$200 \times 2.000 = 400.000$$

6° Aliénés, coefficient annuel : 30, pour syphilis acquise ou héréditaire :

Perte en capital :

$$30 \times 30.000 = 1.200.000$$

Entretien de 150 aliénés syphilitiques ou hérédo :

$$150 \times 3.000 = 450.000$$

7° Cancéreux d'origine syphilitique morts chaque année :

$$100 \times 20.000 = 2.000.000$$

Blennorragie.

Chez les femmes, cette maladie cause environ 20 % de la stérilité intégrale et 20 % des avortements.

Chez les hommes, elle cause 40 % des cas de stérilité, sans compter les accidents des voies urinaires.

Dans ce domaine, bien qu'il soit difficile de trouver des bases exactes de calcul, on peut néanmoins faire une estimation.

Nombre d'avortements : $200 \times 5.000 = 1.000.000$.

Nombre de femmes intégralement stériles, soit d'elles-mêmes soit du fait de leur conjoint : 100×20.000 (perte de moitié chez la femme) $= 2.000.000$.

Soit au minimum plus de 13 millions qui, multiplié par cent départements donnent le chiffre formidable de plus d'un milliard trois cent mille francs.

Il semble que rien n'est plus probant que ces données et les commenter ne peut qu'en diminuer l'importance. Concluons donc et demandons à tous les gens avertis qui s'intéressent à la vie de notre pays si l'on peut vraiment sacrifier à un idéalisme trop souvent désarmé, une organisation sanitaire que les pouvoirs publics s'honoreraient certes grandement de mettre un peu mieux au point, mais que l'on ne saurait supprimer sans danger.

Que les idéalistes poursuivent avec acharnement le relèvement moral des individus par le renforcement d'une éducation familiale et civique qui a fait le bon renom, la force et la grâce de notre pays, c'est une tâche à laquelle tout bon citoyen doit concourir. Mais que l'amour de la moralité ne fasse pas perdre de vue la nécessité de mettre en œuvre tous les moyens, même coercitifs, dont nous disposons contre les facteurs si divers de l'égarement ou de l'exagération des instincts dont nous payons de notre vie et de notre argent les tristes conséquences.

Faisons vraiment l'effort sanitaire et éducatif que réclame notre pays. A côté des milliards que nous coûtent la maladie, la souffrance et la mort, mettons de côté quelques sous par tête d'habitant pour organiser des services de prophylaxie dignes de notre science et de notre caractère. Mais ne cédons pas encore à une sentimentalité qui, si élevée soit-elle risque de nous entraîner aux pires désastres. Nous n'avons déjà que trop d'homicides par négligence à déplorer du fait de la dispersion et du manque de direction de notre action sanitaire laissée à trop d'initiatives.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 mai 1931

Traitement de l'ulcère gastrique. — ***M. Pauchet*** signale que nombreux sont les faux ulcères que les chirurgiens non avertis traitent par une gastro-entérostomie, alors qu'il y avait une simple appendicite. L'opération gastrique a été nuisible, il faut la défaire et enlever l'appendice.

Tout opéré pour un ulcère qui ne va pas mieux, *doit être opéré de suite*, s'il y a une lésion constatée aux rayons ou au cours de l'opération.

A propos de la pathogénie du cancer. — ***M. Georges Rosenthal*** pense que le globule blanc leucémique est, comme dans le reste de la pathologie, une cellule de défense antiinfectieuse.

Technique et indication du Vernes-résorcine. — ***M. Bécart*** fait un rapport sur un travail du D *Chauffard* sur le Vernes-résorcine qui expose la technique et les résultats qu'on peut en attendre. Cette réaction est basée sur la floculation que donnent avec la résorcine les sérums des tuberculeux. Le résultat est donné en densité optique calculée à l'échelle photométrique qui va de 0 à 150 du phonomètre Vernes, Bricq et Ivon ; de 0 à 15 sérum normal, de 15 à 30, zone d'incertitude. Tout chiffre supérieur à 30 doit être interprété comme prouvant l'existence d'une tuberculose en activité.

La radio-diagnostic de la tuberculose vu à la lumière de la séro floculation (résorcine) de Vernes. — *M. Leullier.* — Les radiologues, comme les phtisiologues sont d'accords sur les difficultés du diagnostic de la tuberculose pulmonaire avec la syphilis et même le cancer du poumon. L'auteur a voulu montrer l'importance de la reaction de Vernes (résorcine) dans la discrimination à faire entre ces diverses catégories d'affections. Des radiographies mises en parallèle avec les courbes sériques permettent de suivre et même de prévoir l'évolution ou la régression d'une tuberculose alors que les signes cliniques ou radiologiques seuls seraient sinon muets, au moins insuffisants. La séro-floculation de Vernes doit entrer non seulement dans le domaine clinique, mais aussi dans le domaine radiologique pour permettre une interprétation plus exacte de la symptomatologie et des images observées.

Intérêt de la floculation à la résorcine des sérums tuberculeux. — *M. Tilmant* apporte des observations de malades qui présentaient des symptômes ayant fait porter des diagnostics divers, mais non celui de la tuberculose. Chez eux, la séro-floculation de Vernes à la résorcine a permis d'orienter le diagnostic. Sous l'influence du traitement, l'indice floculo-métrique s'est abaissé progressivement avec l'amélioration de l'état local et général ; le retour à l'indice normal a permis d'autoriser les malades à reprendre leurs occupations qu'ils ont pu continuer sous le contrôle sérologique. Le relèvement de l'indice a été le signe ou d'une reprise de l'évolution ou d'une affection intercurrente qui agit probablement comme sensibilisatrice de la tuberculose latente non évolutive.

Des contre-indications du traitement radiothérapique. — *M. Ch. Guilbert* montre par une série d'observations que la radiothérapie active par rayons pénétrants de l'hypertrophie prostatique est formellement contre-indiquée dans tous les cas d'infection locale. Si ces contre-indications n'ont pas été notées jusqu'à présent, c'est que les doses utilisées dans la méthode palliative de Nogier, par exemple, ne sont point suffisantes pour exaspérer l'infection. Mais du moment où l'intervention entre dans le domaine de la radiothérapie profonde, c'est-à-dire dans le cas où l'accumulation de la dose *in situ* est appréciable, il est formellement contre-indiqué d'avoir recours à cette intervention dans tous les cas d'infection locale. Du reste, la radiothérapie pénétrante ne peut être considérée comme curative que dans le début de l'hypertrophie.

Constance de l'élément « catarrhe » en pathologie stomacale. Les catarrhes gastriques. — *M. Pron*, reprenant des idées emises, il y a près de 20 ans, apporte aujourd'hui le résultat de près de 2.000 analyses de contenu gastrique de jeûne, après constatation de bruit de clapotage dans la plupart des cas. Il montre que, tout au moins dans la clientèle de ville, le clapotage le matin à jeun ou loin des repas, n'est presque jamais dû à de la rétention alimentaire. Il est dû à la présence de liquide catarrhal, de nature variable, tout estomac malade depuis longtemps, étant pour lui, atteint de sécrétion ou d'exosmose continue. P. Prost.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 juin 1931

Corps étrangers des voies digestives. — *M. Bergeret* communique trois observations personnelles.

A propos des péritonites à pneumocoques. — *M. Mondor* analyse plusieurs cas de péritonite à pneumocoques communiqués par *M. Laffitte* (de Niort). Il s'est agi dans les cinq cas de petites filles et, chaque fois, on constata une vulvo-vaginite coexistante, mais sans jamais de gonocoque. L'auteur est d'avis d'opérer toutes les fois qu'il persiste un doute en ce qui concerne l'appendicite ; puis M. Mondor reprend rapidement l'histoire de la clinique des péritonites à pneumocoques. Il n'est pas de signe pathognomonique et le meilleur, au dire de certains, serait l'augmentation très considérable du nombre des polynucléaires. M. Mondor ne l'a pas constaté.

Traitement de l'appendicite aiguë. — *M. Schwartz* apporte sa statistique personnelle et est d'avis d'opérer le plus précocement possible, sans ablation systématique dans les abcès.

M. Hartmann a relevé sur ses registres 510 opérations pour appendicite à chaud avec 51 morts. Le premier jour, 156 opérations, 2 morts. Dès le deuxième jour, 166 opérations, 3 morts et la mortalité augmente considérablement : 48 cas avec 20 % de morts dès le troisième jour et plus encore les jours suivants.

M. H. n'est pas d'accord pour dire avec M. P. Duval qu'il faut opérer toutes les appendicites à quelque moment qu'on les voit ; en particulier, il est d'avis de temporiser s'il y a un plastron et en tous cas de ne pas chercher l'appendice.

Bec-de-lièvre unilatéral. — *M. Veau* relate ses résultats personnels éloignés qui sont excellents.

Arthroplastie du genou. — *M. Cunéo* montre une malade chez laquelle il a obtenu un très beau résultat.

Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse fémorale. — *M. Dujarier* présente un résultat très bon.

G. Menegaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 juin 1931

L'épreuve du rouge Congo dans la maladie amyloïde. — *MM. Marcel Labbé, R. Boulin, L. Justin-Besançon* et *Zamfir* exposent les résultats de leurs recherches poursuivies depuis deux ans chez des sujets normaux et des malades atteints d'amylose ou de néphrose lipoïdique.

La technique la meilleure consiste à injecter par voie intraveineuse 0 cmc. 08 par kgr. d'une solution à 1 % de rouge Congo. Au bout d'une heure, le sérum ou le plasma est nettement coloré en rose chez les sujets normaux. En cas d'amylose, le sérum redevient incolore dès la première demi-heure qui suit l'injection.

Quelques causes d'erreur méritent d'être discutées : notamment, en cas de néphrose lipoïdique, le colorant disparait parfois assez vite du sang, mais c'est parce qu'il est rejeté par les reins.

Les auteurs reconnaissent à cette épreuve une valeur diagnostique certaine. Mais ils montrent que son interprétation est plus complexe qu'on ne l'avait initialement pensé. L'état fonctionnel du système réticulo-endothélial, notamment, peut influer profondément sur la courbe de disparition du colorant introduit dans la circulation.

Métastases osseuses multiples au cours d'un cancer du sein. — *MM. Marcel Labbé, R. Boulin, L. Justin-Besançon* et *M. Petresco* rapportent l'étude clinique, radiologique et anatomique d'un squirrhe du sein généralisé à l'ensemble du squelette, sans aucune métastase viscérale.

Au voisinage même des côtes envahies par le processus néoplasique, les plèvres étaient intactes. La généralisation néoplasique a intéressé uniquement les zones de tissu spongieux des os, respectant le tissu compact et s'accompagnant de modifications intéressantes de la formule sanguine. L'albuminurie de Bence Jones faisait défaut.

A noter enfin que le stroma conjonctif très abondant dans la tumeur primitive fait totalement défaut au niveau des métastases.

Maladie rhumatismale à précession rénale. Guérison de la néphrite par le traitement salicylé. — *M. Etienne Bernard* rapporte l'observation d'un jeune homme de 19 ans atteint d'une néphrite aiguë : fièvre, douleurs lombaires, albuminurie, cylindrurie, urée sanguine à un gramme. Cette néphrite évolue depuis trois semaines sans origine connue et sans tendance vers la guérison lorsque apparait une polyarthrite aiguë offrant les caractères classiques de la maladie de Bouillaud. Sous l'effet du traitement salicylé qui jugule rapidement la flambée articulaire, non seulement la fonction rénale n'est pas troublée, mais tous les symptômes qui signaient son atteinte rétrocèdent puis disparaissent. Quelques années auparavant le malade avait déjà subi une première poussée de maladie rhumatismale avec une atteinte rénale précédant les signes articulaires.

La notion d'une telle précession rénale n'a plus de quoi nous choquer depuis que nous connaissons les poussées extra-articulaires, cardiaques, pleurales, digestives, infectieuses, qui sont susceptibles de dominer les arthropathies, de les pré-

céder ou de constituer à elles seules les poussées évolutives de l'affection.

L'auteur souligne l'action remarquable du salicylate de soude sur les signes rénaux, ce cas montrant après d'autres que « l'espoir de la spécificité doit primer la crainte de l'imperméabilité ».

Sur les encéphalites de la rougeole. — *M. Maurice Renaud* s'étonne que dans leur récente communication M. Léchelle et ses collaborateurs ne se soient pas inquiétés de savoir si les lésions cérébrales qu'ils observaient, avant de les attribuer à une hypothétique action spécifique du virus, n'étaient tout simplement en rapport avec une suppuration de l'oreille et des rochers.

Il a en effet, dans un mémoire à la Société en avril 1922, montré que dans un seul hiver au cours d'une épidémie où furent traités 148 rougeoleux avec 10 cas mortels, la mort avait été causée dans 4 cas par d'énormes lésions d'encéphalite hémorragique compliquant des suppurations étendues et massives de l'oreille et des rochers qui avaient été cliniquement méconnues.

Il croit nécessaire de rappeler ces faits à ceux qui les méconnaissent, en raison de leur importance considérable au point de vue doctrinal et plus encore au point de vue pratique, car un diagnostic exact et une intervention précoce permettent d'éviter les accidents graves.

Sur un cas d'angine nécrotique avec hypogranulocytose. — *MM. Claude Gantier* et *René Fauvert* (A propos du procès-verbal). — Angine nécrotique ayant débuté brusquement chez un homme de 37 ans, et accompagnée de leucopénie avec hypogranulocytose avec tendance légère aux hémorragies. Présence de streptocoque dans le sang. Etat infectieux d'emblée très prononcé. Aggravation rapide. Mort au seizième jour de la maladie.

Cette observation plaide en faveur du non parallélisme entre l'importance de l'hypogranulocytose et la gravité du pronostic. Les auteurs soulignent la diversité des microbes mis en évidence dans les divers cas publiés d'agranulocytose. De cette diversité, ils tirent argument en faveur du caractère primitif de la déficience des granulocytes, les microbes trouvés dans le sang résultant probablement d'infections secondaires. Les effets observés à la suite d'un choc thérapeutique tenté dans ce nouveau cas plaident également en faveur de cette hypothèse.

Concrétions calcaires sous-cutanées des doigts associées à un syndrome de Raynaud avec scléro-dactylie. Télangiectasies disséminées. — *MM. Raymond Garcin, Ivan Bertrand, M. Laudat et Ch. Cachin* présentent une malade de 65 ans atteinte depuis l'adolescence d'un syndrome de Raynaud avec crises de syncope locale. A la ménopause sont apparues des crises d'asphyxie locale suivies de concrétions calcaires sous-cutanées des doigts. Elle présente de plus une sclérodactylie et des télangiectasies multiples. Ce sont là les éléments bien connus du syndrome de Thibierge et Weissenbach. Une biopsie d'une concrétion montra un tissu fibroïde incrusté de sels calcaires, en l'espèce du phosphate tricalcique. Les examens humoraux ne montrent pas d'hypercalcémie ni d'hyperphosphatémie notable. Les auteurs pensent avec Weissenbach que le rôle des affinités physico-chimiques tissulaires l'emporte, dans le mécanisme encore obscur des précipitations locales, sur le facteur humoral.

Un cas d'anurie anaphylactique. — *MM. Tzanck* et *Weiller* rapportent un cas d'anurie anaphylactique chez un sujet qui, pour une hémorragie duodénale grave, avait reçu une injection d'anthéma. Cette observation est intéressante au point de vue du diagnostic du collapsus anaphylactique qui avait pu faire croire à une reprise d'hémorragie interne grave. L'apparition d'urticaire intense avait permis de rapporter les accidents à leur véritable cause.

Cette observation constitue un cas quasi-expérimental d'anurie liée à l'anaphylaxie.

Les néphrites anaphylactiques. — *M. A. Tzanck.* — MM. Charles Richet fils, Tzanck et Couder ont attiré l'attention en mai 1930 sur la possibilité de néphrites anaphylactiques.

En moins d'un an, l'auteur a pu rassembler six cas nouveaux. Dans l'un d'entre eux, l'anurie a duré six jours et donné lieu à une azotémie dépassant cinq grammes.

Les accidents rénaux peuvent se présenter sous des aspects cliniques très différents : hématurie, anurie, albuminurie. Ils ont pu être reconnus le plus souvent grâce à l'existence d'autres signes de la série anaphylactique, et notamment l'urticaire. La connaissance de ces faits a permis de rapporter à l'anaphylaxie des syndromes analogues, où les accidents rénaux existaient seuls. Malgré l'existence de phénomènes très alarmants, la guérison était complète dans tous les cas ; il n'a jamais été observé de séquelles.

Dans deux observations, qui sont réunies dans la thèse de son élève Ignace Cohen, l'auteur a pu rapporter les accidents anaphylactiques dus une fois aux arsénobenzènes, et l'autre fois au pyramidon.

Ces faits sont susceptibles de jeter un jour particulier sur certaines néphrites dites à frigore, et sur certaines néphrites dites toxiques, survenues pour des doses minimes de substance nocive, notamment chez des sujets ayant au préalable supporté des doses plus fortes des mêmes substances, c'est-à-dire sensibilisés.

L'auteur se demande en définitive si certaines néphrites par sublimé, survenues pour des doses infra-toxiques, et terminées par la guérison, ne constituent pas en réalité des néphrites anaphylactiques.

Une nouvelle technique de la recherche de la vitesse de sédimentation. — *M. Edhem* (Constantinople) estime qu'il serait utile de s'accorder sur une formule de recherche unique, donnant aux différents observateurs des résultats comparables. Il précise la technique à laquelle il s'est rallié, et grâce à laquelle le calibre du tube et le volume du sang sont indifférents, ce qui assure la concordance des chiffres même avec une instrumentation de fortune.

Un nouvel anthelminthique : le tétra-chloréthylène. — *MM. Ch. Garin, J. Rousset* et *B. Gonthier* (Lyon) emploient ce médicament purifié en capsules de 1 gr., on donne à un adulte vigoureux : trois capsules le premier jour, quatre le second, cinq le troisième, les capsules étant avalées chaque matin à une heure d'intervalle. Le troisième jour, trois heures après l'ingestion de la dernière capsule, on administre 40 gr. de sulfate de soude. Même diététique qu'avec le thymol : en particulier, absorption d'une notable quantité de lait. Les auteurs ont compté les vers expulsés et pratiqué la numération des œufs après le traitement. Sur 270 porteurs d'ankylostome, 247 (soit 91,5 p. 100) ont été complètement déparasités, dont 209 (soit 77,4 p. 100) par un seul traitement. Le tétra-chloréthylène s'est d'ailleurs montré aussi efficace contre les autres helminthes.

Un cas d'angine de poitrine très grave, traitée par la méthode de la suppression du réflexe presseur. — *M. D. Danielopolu* (Bucarest) relate l'observation d'un malade atteint d'angine de poitrine, avec accès d'une gravité exceptionnelle, faisant craindre à chaque moment une évolution fatale. On pratiqua du côté gauche l'extirpation du sympathique cervical sans le ganglion cervical inférieur, associée à la section du nerf vertébral, celle des rameaux communicants qui unissent le ganglion cervical inférieur et premier thoracique aux dernières cervicales et à la première dorsale et des filets nerveux qui sortant du tronc du vague vont verticalement dans le thorax. Les attaques angineuses ont disparu complètement. Alors que le malade ne pouvait avant l'opération faire le moindre effort sans avoir un accès, il monte maintenant facilement deux étages plusieurs fois par jour, sans ressentir la moindre gêne.

Sur l'intérêt et la technique des prémunissions antimicrobiennes, au cours des cardiopathies rhumatismales. — *MM. Charles Laubry* et *A. Jaubert.* — Après avoir constaté l'inanité du traitement curatif actuel de l'endocardite infectieuse secondaire lente, qu'il s'agisse des médications chimiques ou des procédés d'immunisation actives ou passives, les auteurs concluent à la nécessité pour le moment, de recourir à la médication préventive. Ils constatent également que la médication préventive iodée ou salicylée aboutit à des échecs et qu'on doit lui substituer une médication plus logique. A cet égard, deux séries de recherches ont été tentées dans le service du Dr Laubry : les unes de Routier et Thiroloix, qui consistent à vacciner les sujets rhumatisants contre des poussées évolutives de rhumatisme, à l'aide d'une anatoxine streptococcique, préparée à partir du filtrat de culture de la scarlatine : elles semblent avoir fait leurs preuves contre les récidives rhumatismales, et éventuellement contre une complication streptococcique secondaire : leurs résultats ont été publiés à la Biologie et leurs recherches se poursuivent.

Les autres, dont Laubry et Jaubert parlent plus spécialement, consistent à immuniser le malade atteint d'une lésion valvulaire, à l'aide d'un vaccin polyvalent à germes hétérogènes, auquel on ajoute des filtrats de culture formolée (culture en bouillon âgé et formolé). En raison de la difficulté d'obte-

nir une immunité streptococcique, les auteurs conseillent de recourir à des séries annuelles de quatre injections vaccinales, Ils ne sauraient apporter une preuve de l'efficacité de cette vaccination, mais ils insistent, d'une part sur l'innocuité du vaccin, et d'autre part sur les raisons tirées de l'immunisation provoquée chez l'animal et des vaccinations en série chez les donneurs destinés à l'immunotransfusion.

M. Tzanck apporte une statistique de dix-sept cas d'endocardite lente traités soit par la trypaflavine préconisée par M. Abrami, soit par les immunotransfusions ou les transfusions simples. Sur ces dix-sept cas, il y eut douze morts. Dans les cinq cas non mortels, il s'agit peut-être de rémissions et non de guérisons véritables et, M. Tzanck ne pense pas que l'immunotransfusion entraîne une véritable immunité

M. Pagniez, ayant pris connaissance des travaux des auteurs anglais sur le traitement des septicémies à streptocoque par la vitamine A, a essayé sans succès le mode de traitement dans un cas de maladie d'Osler. Par contre, dans un cas de septicémie puerpérale, il obtint un résultat favorable ; il ne peut cependant pas conclure à l'efficacité certaine de cette médication qui ne fut pas employée seule.

M. Laubry pense qu'il faut être très prudent dans l'interprétation des résultats obtenus. Il faut bien, se garder de mettre dans les statistiques de guérison les cas d'endocardite lente où de longues rémissions simulent la guérison, et les cas où l'on n'a pas pu mettre en évidence le streptocoque.

M. Donzelot n'a jamais obtenu de guérison sur 45 ou 50 cas d'endocardite à évolution lente dont le diagnostic fut confirmé par l'hémoculture et cela quelle que soit la thérapeutique employée.

Il croit qu'il faut se méfier des statistiques des Américains qui sont beaucoup moins rigoureux que nous dans leurs diagnostics.

Diabète tubérien avec polyurie, œdème et rétention chlorurée. — *MM. Etienne May, J. Lhermitte* et *M. Kaplan* publient une observation qui demontre l'existence en clinique humaine du diabète sucré tuberien. Leur malade, ancien syphilitique, fit successivement un ramollissement cérébelleux puis un diabète accompagné de polyurie, d'œdème et de rétention chlorurée. L'autopsie montra des lésions étendues de vascularite et de méningite chronique syphilitique, avec altération considérable des noyaux paraventriculaires et intégrité relative des noyaux propres du tuber. La succession des accidents, les examens histologiques, l'analyse biologique montrant l'existence d'un trouble complexe du métabolisme des hydrates de carbone, de l'eau et du chlorure de sodium permettent de porter le diagnostic de diabète tubérien d'origine syphilitique.

Péricardite et péritonite tuberculeuses guéries par simple laparotomie. — *MM. Daniel Routier* et *Yves Mevel* rapportent l'observation d'une malade de 19 ans, qui présentait une péritonite et une péricardite tuberculeuses avec gros epanchements ayant nécessité plusieurs ponctions évacuatrices qui entraînèrent rapidement la cachexie. Après laparatomie et évacuation opératoire de l'épanchement péritonéal, on observa non seulement la disparition définitive de l'ascite mais aussi celle de l'épanchement péricardique. L'état général redevint normal et la guérison survint en trois mois.

Michelle VALENTIN.

« Il est intéressant de noter la disparition complète du sclérème. A l'époque où j'étais interne dans le même service, on observait de véritables petites épidémies de cette affection qui était très probablement d'origine infectieuse et occasionnait une importante mortalité. Le dernier cas observé remonte à six ans ; comme on ne publie presque plus d'observations de sclérème il faut donc admettre que cette maladie devient partout de plus en plus exceptionnelle.

D'une façon générale, les médecins de ma génération s'accorderont à reconnaître, que, grâce à la propagation de toutes les méthodes propnylactiques ci-dessus indiquées, le rachitisme est beaucoup moins fréquent qu'il y a vingt ou trente ans. En ce qui concerne l'hérédo-syphilis, nous n'avons pas observé en 1930, un seul cas de ces accidents cutanéo-muqueux qui étaient si communs autrefois, surtout parmi les enfants assistés.

(Professeur Cassoute, de Marseille : *Fonctionnement et résultats de la crèche dépositaire des Enfants assistés et de l'Abri maternel des Bouches-du-Rhône*. Académie de médecine, 28 avril 1931).

LES CONSULTATIONS DU PRATICIEN

Le danger des sinusites frontales suppurées

Par le Dr Louis LEROUX

La sinusite frontale suppurée possède justement une mauvaise réputation, mais il est paradoxal de voir que souvent la cure radicale de cette affection est considérée comme grave alors qu'au contraire elle seule peut en éviter les sérieuses complications.

Celles-ci atteignent les deux régions voisines du sinus : l'orbite en bas, l'encéphale en haut.

Voici le premier type : un jeune homme de 22 ans, voit apparaître après un rhume un œdème de la paupière supérieure droite puis un refoulement du globe en dehors, des douleurs orbitaires et de la fièvre. En quelques jours son état devient grave : toute la région orbito-frontale droite est douloureuse, tuméfiée rouge, l'œil est entièrement caché. L'examen et la radio montrent qu'il s'agit non d'un phlegmon de l'orbite mais d'une collection issue du sinus frontal : de suite on pratique à l'angle supéro-interne de l'orbite une incision qui laisse écouler du pus en abondance, on assure le drainage sans toucher à l'os. Au bout de neuf jours les phénomènes inflammatoires sont calmés, l'œil s'ouvre et voit bien, le pus coule par la fistule. On peut alors trépaner à froid le sinus frontal et on découvre toute sa paroi inférieure qui forme le plafond de l'orbite résorbée ou en voie de nécrose. Le contenu orbitaire n'est séparé du pus que par le périoste : barrière heureusement très résistante à la suppuration.

Le curettage est complété par un large drainage ethmoïdal vers la fosse nasal, guérison complète.

Il y a donc eu sinusite suppurée, latente et non drainée par le nez, réchauffée en rétention et provoquant l'ostéite de la paroi inférieure.

Le périoste orbitaire à bien joué le rôle de barrière de protection et a donné le temps nécessaire pour intervenir, sauvegarder l'orbite intact qui sans cela aurait fini par être le siège d'un véritable phlegmon pouvant amener la perte de l'œil.

La même lésion d'ostéite nécrosante peut se produire sur la paroi postérieure cérébrale : on trouve parfois au cours de trépanation pour sinusite chronique douloureuse, cette paroi plus ou moins détruite et le pus en contact de la dure-mère : abcès extra-dural. Cette barrière durale est moins résistante que le périoste orbitaire et laisse souvent l'infection gagner de proche en proche vers le lobe frontal où se forme un abcès superficiel qui dans les cas favorables se draine par une fistule dans le sinus.

On peut guérir de tels abcès parce que peu profonds et entourés d'un processus de défense. Mais il est une autre forme d'abcès cérébral d'origine sinusale beaucoup plus grave, presque toujours mortel : l'abcès métastatique.

Cette complication est de beaucoup la plus fréquente alors que la méningite et la thrombo-phlébite sont exceptionnelles.

Un homme de 30 ans, se plaint de douleurs fronto-orbitaires et de rhinorrhée purulente droite : il a été opéré par nous quatre ans auparavant de sinusite maxillaire du

côté opposé. L'examen montre une suppuration ethmoïdo-maxillaire droite et tendance à l'extension au frontal. On conseille une très proche opération en insistant sur la menace de propagation au sinus supérieur.

Le malade tergiverse et néglige de se soigner. Nous apprenons deux ans après qu'il vient de mourir en province d'abcès du cerveau : il fit une suppuration frontale bilatérale, un réchauffement surtout à gauche avec tendance à l'extériorisation, état général grave. Une trépanation d'urgence montra un ramollissement cartonné des parois indiquant un processus d'ostéomyélite : après une amélioration passagère la céphalée, la torpeur, des phénomènes parétiques se développent, un abcès du lobe temporal est ponctionné et drainé, mais l'encéphalite continue à évoluer et emporte le malade.

Ce cas montre l'extrême gravité de l'ostéomyélite des os du crâne avec ramollissement sur une grande surface. Ce type n'est pas spécial à la sinusite chronique réchauffée, nous l'avons vu dans des suppurations aiguës à staphylocoques. De cette lésion partent, par voie veineuse, des germes qui colonisent au loin dans les lobes frontal, pariétal, temporal formant un abcès profond entouré d'une zone d'encéphalite diffuse dont l'évolution fatale résiste à l'intervention et aux vaccins.

On ne guérit pas l'ostéomyélite du frontal on peut la prévenir en opérant toute sinusite frontale chronique suppurée, en curettant toute antrite maxillaire résistant aux lavages ou menaçant le frontal. Nous avions insisté sur la nécessité d'une opération ethmoïdo-maxillaire chez notre malade, elle aurait évité la propagation au sinus frontal et l'abcès cérébral consécutif. On ne saurait donc trop insister sur la gravité d'un foyer de suppuration faciale même éloigné de l'encéphale, non pas en tant qu'infection focale, mais à cause de l'interdépendance des cavités périnasales.

Tôt ou tard un réchauffement, la rétention peut déclencher une ostéite qui amènera une complication orbitaire ou cérébrale.

Mais, dit-on, la trépanation du sinus frontal est une opération grave et défigurante : non, si elle est faite dans de bonnes conditions, c'est-à-dire à froid. Notre premier cas indique la marche à suivre : drainer, laisser refroidir et à moins de danger immédiat, ne jamais ouvrir un sinus à chaud : ce n'est pas la trépanation qui est dangereuse mais la lésion osseuse en évolution.

D'autre part si les techniques anciennes donnaient des résultats disgracieux on sait actuellement masquer en grande partie l'incision dans le sourcil et dans un pli, éviter un enfoncement en trépanant discrètement à l'angle orbitaire supéro-interne et largement du côté ethmoïdal.

Pratiquée à l'anesthésie locale cette trépanation ne provoque aucun choc et doit être considérée comme le véritable traitement prophylactique de l'abcès cérébral d'origine frontal.

Le sens du mot allemand « revers ». — Dans les Extraits du *Journal de la clinique de psychiatrie de l'Université d'Iéna*, publiés par le Dr Podach, dans son livre *L'effondrement de Nietzsche*, on relève la note suivante concernant le départ de Nietzsche :

24 *mars* 1890. — *Congédié contre « revers ».*

« *Revers* », dit le traducteur du livre du Dr Podach, est le mot allemand qui désigne le billet que font signer les maisons d'aliénés à la famille de leurs malades, lorsqu'elles rendent ceux-ci à la liberté, non pas complètement guéris, mais revenus à un état plus normal. Dans ce « revers » les parents déclarent assumer la responsabilité du malade.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Chirurgie

Les accidents artériels sont très rares après l'appendicectomie ; en voici un nouveau cas :

Une femme de 43 ans est opérée pour une crise légère d'appendicite ; l'appendice est simplement congestionné sans aucune réaction péritonéale ; suture sans drainage, réunion par première intention.

Cependant la température était restée aux environs de 38°, sans que rien put expliquer cette persistance ; le septième jour l'opérée est prise de phénomènes pulmonaires sans crachats hémoptoïques ; on porte le diagnostic de congestion grippale.

Le quinzième jour, lorsque tout est rentré dans l'ordre, la malade est autorisée à se lever ; elle défaille et syncope.

Deux jours après apparait une violente douleur dans le membre inférieur droit avec tous les signes d'une oblitération artérielle de la fémorale : impotence absolue, coloration blanc livide, disparition du pouls fémoral. Des accidents d'oblitération se produisent également dans le membre inférieur gauche.

On est obligé de pratiquer une amputation de cuisse du côté gauche ; la circulation se rétablit à droite et tout se borna à une escarre du talon et de l'extrémité du gros orteil (Favreul. Thrombose des deux artères fémorales après appendicectomie. *Gazette médicale de Nantes*, 1er mars 1931).

Gynécologie

Le caustique de Filhos donne, dans les métrites cervicales, de brillants résultats et des échecs assez sérieux.

Ces cas malheureux ne paraissent imputables ni à la technique ni au caustique ; il semble cependant qu'on puisse les prévenir, à la condition de se conformer aux règles suivantes.

La première est la contre-indication de Filhos dans les cas aigus et subaigus ; pour appliquer le Filhos il faut attendre que la chronicité soit installée et instituer un *traitement d'attente* de quelques semaines (crayons, ovules, applications locales de vaccins polyvalents).

La deuxième est de faire toujours superficiellement la première application, pour tâter la susceptibilité.

La troisième est de laisser un intervalle minimum de quinze jours entre les séances. Ce traitement *au ralenti* ne réclame d'ailleurs pas un plus grand nombre de séances que le procédé courant. (Ch. Lefebvre. A propos du traitement des métrites cervicales par le Filhos. Avantages. Inconvénients. *Gazette médicale du sud-ouest*, 15 mars 1931).

Rayons X

Les tendances actuelles de la radiologie pulmonaire consistent à enregistrer les plus petites modifications de l'image pulmonaire pour dépister les lésions débutantes le plus près possible de leur origine.

Un cliché doit être net ; or, la netteté dépend de l'immobilité du sujet, de l'éloignement de la source de rayons et de l'élimination du rayonnement diffusé.

L'immobilité du sujet n'est réalisable que pendant un temps extrêmement court, puisqu'il est impossible d'arrêter les mouvements du cœur. Les poses très courtes ne sont possibles qu'en rapprochant exagérément le sujet de la source de rayons. La durée de la pose ne doit pas dépasser un dixième de seconde.

L'éloignement de la source de rayons est nécessaire pour deux raisons. La première c'est que le point d'impact (portion du miroir anticathodique où prend naissance le faisceau) n'est pas un point géométrique ; trop rapproché il donne lieu à une légère pénombre. La seconde, la principale, c'est la nécessité d'avoir des ombres nettes des parties du sujet éloignées de la plaque photographique ; malheureusement l'intensité de la radiation décroît comme le carré de la distance ; il faut se limiter à une distance de 1 m. 20.

Les rayons diffusés ne sont gênants que chez les sujets à forte corpulence ; il n'existe aucun moyen de les supprimer actuellement sans s'écarter des conditions de pose et de distance.

Un cliché net donne des détails ; encore faut-il pouvoir les différencier les uns des autres ; la valeur de pénétration du rayonnement donne les intensités relatives et les oppositions harmonieuses.

La technique photographique joue un rôle important. Un développement insuffisant du cliché laisse passer inaperçus de nombreux détails ; un développement trop poussé les fait disparaître sous un voile général. (Pichard. Les tendances actuelles de la radiologie pulmonaire. *Archives médicales d'Angers*, mars 1931).

Psychiatrie

Une observation d'état second somnambulique avec appoint hystérique probable est intéressante par la durée de l'état somnambulique (1 heure 1/2) et par la violence des réactions observées. (P. Dorolle. A propos d'une fugue somnambulique. *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, octobre-novembre 1930).

I... Jean, sergent d'infanterie coloniale, après avoir été de service au cinéma, le 1er octobre dans la soirée, rentre au quartier à 11 h. 30, parle normalement à son camarade, le sous-officier de garde, et monte se coucher. A minuit dix il franchit en chemise la porte du quartier, avant que le factionnaire ait pu le retenir. On le poursuit, il s'enfuit. Devant le poste du Gouvernement général, le caporal de garde tente de l'arrêter. Il fait face, sort de la poche de poitrine de sa chemise un pistolet. Le caporal s'avance ; I... le met en joue en disant : « Toi, si tu fais le malin, je te brûle » et tire deux coups que le caporal esquive en se jetant à terre. Quelques instants plus tard, sous la menace des fusils du poste, I... remet son revolver et se jette derrière un arbre où on le saisit. Conduit au corps de garde, on lui attache les jambes et on le couche sur une paillasse où il semble s'endormir. Brusquement il présente un accès convulsif très court : contorsions, grincements de dents, sans miction ni morsure de la langue. Immédiatement après il injurie le chef de poste. On veut le reconduire à la caserne, il demande à uriner et s'enfuit à nouveau. L'impression des personnes qui l'ont vu à ce moment est qu'il avait « l'air égaré ».

Vers 1 heure 1/4, en ville, un brigadier de police le trouve, nu, la chemise en foulard, autour du cou, dans un pousse-pousse. Il avait donné au coolie l'ordre de le conduire au régiment. Conduit au poste de police du commissariat, il donne exactement son identité, lit l'heure et demande à être porté « rentrant ». Il se croit au poste de la caserne, dit qu'il vient du cinéma et qu'il va être en retard. Il s'assied tranquillement, feuillette un livre. Après un moment, il se lève, regarde autour de lui, reconnaît le brigadier de police, se tâte le corps, s'aperçoit de sa nudité et demande des explications. Il parait très déprimé. On lui apporte des vêtements et on le reconduit au quartier sans qu'il se souvienne de ce qui s'est passé. Il dort profondément et le lendemain ne conserve aucun souvenir de la période qui s'étend entre le moment où il s'est couché et son réveil au commissariat.

Rien de particulier au point de vue somatique. Réflexes normaux, pas de traces de morsures de la langue. B. W. négatif. Psychisme normal, chez un sujet de culture très peu poussée.

Thérapeutique

L'harmine a été essayée dans le traitement des symptômes striés ; c'est un alcaloïde tiré du *Peganum Harmala*, plante herbacée relativement commune dans l'Asie occidentale et l'Afrique du nord.

Par voie buccale, les doses varient de 4 à 5 centigrammes. Les essais, limités par la petite quantité de médicament dont on disposait, ont porté sur cinq malades, quatre états parkinsonniens, un spasme de torsion, tous d'origine encéphalitique, avec deux échecs et trois résultats favorables.

En injections sous-cutanées, on donne 2 centigrammes par jour ; il est prudent de ne pas dépasser 4 centigrammes. Le traitement a échoué dans un état figé post-encéphalitique ; deux autres cas ont été améliorés ; chez l'un l'amélioration lente a duré trois semaines après la cessation du traitement : chez l'autre l'amélioration, immédiate et considérable, a été de courte durée (5 à 6 heures après chaque injection).

Il ne faut bien entendu voir dans ce nouvel agent thérapeutique qu'une médication symptomatique. (Devic, Perron et Rougier. Quelques essais d'un nouveau médicament des syndromes striés : l'Harmine. *Journal de médecine de Lyon*, 5 mars 1931).

L'insuline est indiquée dans le traitement des états prolongés de dénutrition chez le nourrisson.

La dose peut être fixée à une unité par kilo de poids. Les injections sont d'abord quotidiennes, puis trihebdomadaires, par séries de 10. La voie hypodermique ou intramusculaire est la seule pratique ; la voie intraveineuse n'est qu'une méthode d'exception.

Pour être efficace l'injection d'insuline doit toujours être employée au moment de l'introduction d'hydrates de carbone dans l'organisme, par simple ingestion d'une solution de glucose ou de saccharose.

L'insuline, inactive dans l'athrepsie vraie, donne de bons résultats dans l'hypothrepsie et surtout dans l'hypotrophie. Ces résultats ne sont que passagers si l'on s'en tient à cette seule cure ; pour avoir de véritables guérisons, il faut soumettre le nourrisson à une diététique convenable et lui fournir une alimentation en rapport avec son poids et son état. (P. Bertoye. L'insuline dans le traitement des états prolongés de dénutrition chez le nourrisson. *Journal de médecine de Lyon*, 5 avril 1931).

Le tétrachlorure d'éthylène est le vermifuge de choix dans l'ankylostomiase.

On le prescrit à la dose de 3 grammes *pro die* pendant trois jours consécutifs chez les sujets de petite taille ; on donne 4 grammes le deuxième jour et 5 grammes le troisième chez les sujets de taille normale.

Les porteurs, présentant des tares cardiaques, hépatiques ou rénales, sont éliminés. Les sujets à traiter sont au repos absolu, alités ou gardés à la chambre. On observera les règles suivantes : abstinence rigoureuse de boissons alcoolisées ; absorption d'une notable quantité de lait ; analyse quotidienne des urines 3 à 4 heures après l'absorption du médicament.

Les capsules d'un gramme sont avalées chaque matin, une à une, à environ une heure d'intervalle. Le troisième jour et environ 3 heures après l'ingestion de la dernière capsule, purgation saline (40 grammes de sulfate de soude).

Le comptage des vers expulsés et la numération des œufs après le traitement montrent que le traitement donne 82,5 % de déparasitation totale (Ch. Garin, J. Rousset et B. Gonthier. Le tétrachlorure d'éthylène, vermifuge de choix des porteurs d'ankylostomes. *Journal de médecine de Lyon*, 5 mars 1931).

Le chlorhydrate d'émétine est le traitement spécifique de l'amibiase.

Il se prescrit en injections sous-cutanées ou intramusculaires ; jamais par voie intraveineuse si l'on veut éviter des accidents. Les doses sont de 4 à 12 centigrammes par jour et d'un gramme par mois.

La cure se divise en trois périodes : 1° traitement d'attaque, représenté le plus souvent par l'association émétine-stovarsol ; 2° traitement de consolidation, après un repos d'un mois ; 3° traitement d'entretien de durée variable. (Vendeuvre. L'amibiase extra-intestinale. *Maroc médical*, 15 mars 1931).

Varia

Nos moyens actuels de lutte contre le cancer, bistouri et radium, sont des moyens à action locale qui nous permettent de combattre le cancer à sa phase de début ; d'où la nécessité d'un diagnostic précoce, condition essentielle du succès. (Gaston Bonnal, de Marseille).

Il semble qu'il n'y ait plus rien à dire sur les avantages qu'il y a à pratiquer la réunion de la plaie périnéale immédiatement après l'accouchement. (J. Vanverts, de Lille).

Nous serons bientôt obligés de reviser la notion de tuberculoses ouvertes ou fermées, qui était conditionnée jusqu'à présent par la présence ou l'absence du bacille de Koch dans les sécrétions bronchiques. Il existe vraisemblablement des formes qu'on appellerait fermées, qui peuvent être de la tuberculose ouverte contenant des formes granuleuses et filtrantes échappant à l'investigation du microscope. (A. Orticoni, de Nice).

J. Lafont.

« Il serait à souhaiter que dans nos amphithéâtres, l'étude du modèle nu vivant ait sa place à côté de l'étude du cadavre, qu'il compléterait très heureusement... L'anatomie des formes demande à être étudiée en elle-même et pour elle-même, et elle fournit des connaissances que l'anatomie pure et simple ne peut donner. »

(*Vœu formulé par* Paul Richer, *en* 1890 *et rappelé par le* Dr Henry Meige, *dans son enseignement à l'Ecole supérieure des Beaux-Arts.*)

Echos et Glanures

Huysmans et l'occultisme. — *De M. Henri d'Hennezel, dans le* Salut Public de Lyon (8 mai 1931) :

« ... Huysmans, fidèle jusqu'à la fin de sa vie, aux méthodes du naturalisme, cherchait toujours à se documenter quand il composait ses romans.

Mais bien souvent et spécialement dans le cas de l'occultisme, il acceptait sans beaucoup de critique et parfois au gré de son imagination, des faits qui auraient mérité un contrôle sévère. On a beaucoup discuté cette question, il y a quelques années : ce n'est pas le lieu d'ouvrir un nouveau débat. Huysmans était crédule.

Il était persuadé que nous sommes le jouet perpétuel des puissances occultes, qu'elles ne nous laissent jamais en repos et qu'elles prennent un plaisir féroce à nous effrayer ou à nous berner. Il racontait que, du temps qu'il était fonctionnaire il avait failli succomber à leur conjuration. Un matin, en arrivant à son bureau, il avait constaté avec stupeur que la glace suspendue au-dessus de son fauteuil s'était détachée de la muraille et que les débris recouvraient la place qu'il allait occuper. L'accident venait de se produire. Quelques minutes plus tôt, il était écrasé sous cette masse. Pur hasard, dira-t-on. Il ne l'entendait pas ainsi et demeurait convaincu que le diable lui en voulait, mais qu'il avait par bonheur manqué son coup.

Le diable, il le voyait un peu partout, même dans la destruction des verres de lampe qui s'étaient brisés chez lui les uns après les autres, durant une période fatale et probablement par les soins de sa servante. Il n'aurait pas fallu lui dire que Mme Bavoil était maladroite. Esquirol et moi l'éprouvâmes certain soir, rue de Babylone, au cours d'un diner où le maître cherchait à nous convaincre que le démon venait le tourmenter jusque dans son domicile et s'acharnait décidément sur ses verres de lampe... »

Le fameux récit de la Messe Noire, qui a l'apparence d'une chose vécue, fut fabriqué de toutes pièces. M. Henri d'Hennezel le tient de Huysmans lui même. « Jamais il n'avait assisté à cérémonie pareille ; il s'est aidé pour la décrire, de détails puisés à droite et à gauche et peut-être empruntés aux rapports de police que La Reynie avait rédigés au XVIIe siècle, lorsqu'il enquêta sur l'affaire des poisons, à laquelle fut mêlée Mme de Montespan : une messe noire avait été célébrée sur son corps, par un prêtre infâme.

Quoi qu'il en soit Huysmans, après un séjour fait à Lyon, en

1891, croyait à la vitalité des milieux occultistes et sataniques dans notre ville. Il n'avait pu se documenter à fond. Il pensait que la chose en valait la peine et il avait indiqué cette piste fameuse à Esquirol. *Cherchons l'hérétique* fut le résultat joyeux de cette étude. »

« Huysmans, écrit M. Henri d'Hennezel, avait pris pour argent comptant les exhibitions saugrenues auxquelles il avait participé à Lyon, chez Boullan, assisté de ses adeptes détraqués. Le souvenir nous est conservé dans une brochure devenue introuvable : une *Etape de la conversion de Huysmans*, que publia chez Dorbon le pauvre André du Fresnois, disparu dans la tourmente de la guerre. A la lire, on ne peut douter ni de l'importance attachée par Huysmans à ces attrape-nigauds, ni des raisons qu'avait Esquirol de les tenir pour ce qu'ils valent.

Le Dr Mathis, de Dakar. — *M. Maurice Martin du Gard, au cours de son voyage en Afrique, a visité l'Institut Pasteur, dont le Dr Mathis est le directeur :*

« ... Pour finir ma journée, j'allai rendre visite à M. Mathis qui dirige l'Institut Pasteur. Un savant du plus haut mérite, à qui Dakar doit une grande partie de sa tranquillité actuelle, toujours au travail dans son laboratoire ou à sa table, toujours parlant, discutant, toujours à l'étroit dans des bâtiments qui, il est vrai, sont d'une modestie excessive. Un voltairien qui ne se console pas de la mort de Souday, grand lecteur d'essais et de romans, qui vous parle de Gide et de Valéry avec autant d'aisance que du paludisme, des pneumococcies, des bilharzioses et de la fièvre récurrente. Plus de 4000 enfants à Dakar ont été vaccinés avec le B. C. G., sans qu'il y eût le moindre accident.

Le docteur Mathis dirige à l'Institut les analyses d'eau et procède à tous les examens bactériologiques pour les hôpitaux et les médecins particuliers de la ville. L'Institut Pasteur possède encore une section de chimie biologique et industrielle. Ajoutez à cela que les élèves indigènes de l'Ecole de médecine font un stage obligatoire dans ses laboratoires. On est confondu du travail demandé à un personnel aussi réduit que celui que j'ai vu à l'œuvre à l'Institut. M. Mathis avec lui n'a qu'un médecin adjoint, un vétérinaire et un chimiste bénévole. Un naturaliste entomologiste, semble-t-il, devrait sans tarder être attaché à l'Institut, qui ferait des prospections dans les villages où sévit la peste à l'état endémique ; il hâterait ainsi les recherches expérimentales du laboratoire. Et deux médecins bactériologistes supplémentaires ne seraient certes pas de trop. »

(*Les Nouvelles Littéraires*, 9 mai 1931).

La restriction natalitaire en Norvège. — *On lit dans* Je Suis Partout (16 mai 1931) :

« ... La province suit l'exemple d'Oslo dans la propagande méthodique pour la restriction des naissances dans les classes populaires. Le *Tidens Tegn*, du 27 avril, a annoncé que le 25 du même mois s'était ouvert, à Skien, un bureau d'hygiène maternelle analogue à celui qui fonctionne à Drammen, depuis la fin de janvier, et à ceux qui s'ouvriront prochainement à Bergen et à Trondhjem.

A Skien, deux jeunes femmes d'Oslo, l'une doctoresse, l'autre sage-femme, le dirigent. Elles se sont heurtées à bien des difficultés, *mais nous sommes pleines d'entrain*, dit la doctoresse au reporter. *Nous ouvrons notre bureau dans de bonnes conditions relativement. Nous avons, en effet, la chance de pouvoir offrir deux salles à nos clientes... L'une sert à l'examen médical et l'autre à l'enseignement de la technique préventive. Un encouragement de très grande importance pour nous, c'est que l'Association des médecins du Télemarken (une des provinces norvégiennes) a voté à l'unanimité une résolution déclarant notre institution justifiée. En plus d'un grand appui devant l'opinion, cela signifie que les médecins nous enverront leurs patientes.*

— *En quoi consiste votre action dans ses grandes lignes ?*

— *A enseigner la puériculture, les soins aux nouveau-nés, l'alimentation des nourrissons, à enseigner l'emploi des moyens préventifs, à diriger et conseiller autant que nous le pouvons. Les consultations sont entièrement gratuites.*

— *Vous attendez-vous à beaucoup de difficultés ?*

— *La plus grosse, sans doute, sera, comme dans les autres bureaux d'hygiène, que les gens confondent les moyens préventifs et l'avortement provoqué. Nos bureaux se bornent à aider à prévenir la conception. Et malheureusement, bien souvent, on vient, à nous, quand c'est* trop tard. *L'avortement n'est pas notre affaire...* »

Rôle des saisons et des pluies dans l'évolution de certaines maladies contagieuses. — *Voici les conclusions d'un travail présenté à l'Académie de médecine par M. le Dr Paquet (Séance du 21 avril 1931).*

L'étude qui précède tend seulement à apporter quelques précisions sur des faits qui ne paraissent pas avoir été jusqu'à ce jour, en France tout au moins, observés avec attention, pendant un temps suffisant et sur une collectivité assez importante, et qui par contre ont été suivis régulièrement pendant une période de vingt années consécutives dans une agglomération civile presque entièrement rurale de plus de 400.000 habitants, dépendant, d'une façon générale, du climat séquanien. Il semble en ressortir que :

1° L'apparition de la *fièvre typhoïde* est nettement subordonnée à la saison : cette maladie est plus fréquente par les années sèches que par les années pluvieuses, mais surtout elle est influencée très nettement dans son apparition par l'existence de pluies abondantes succédant à des périodes sèches ;

2° La *scarlatine* présente toujours une période d'acmé au printemps ; ses manifestations épidémiques semblent être favorisées par les périodes pluvieuses, et elles se répètent habituellement tous les huit ans :

3º La *rougeole* est, elle aussi, influencée par les périodes pluvieuses ; elle procède par poussées se renouvelant tous les deux ou trois ans, avec une apogée constante au mois de mai ;

4º L'apparition de la *diphtérie*, avec un maximum habituel en hiver, est très manifestement influencée par les pluies abondantes et persistantes ; elle procède par poussées, se renouvelant tous les quatre à cinq ans, et d'une durée habituelle de deux ans chacune ;

5º Il semble que la courbe de la mortalité par *tuberculose*, toujours plus élevée vers le moi de mai qu'à toute autre époque de l'année, suive d'une façon assez sensible la courbe des pluies enregistrées ; elle serait plus grande au cours des années pluvieuses que pendant les années sèches.

(*Bulletin de l'Académie de médecine*, nº 15, 1931.)

La psychologie du nez. — *Dans le dernier numéro d'Æsculape* (*avril* 1931), *numéro consacré tout entier au nez, une intéressante étude, de M. Louis Corman, interne des hôpitaux de Paris, sur la* psychologie du nez :

« ... L'on peut considérer le visage comme la réplique du corps tout entier, et chacune des zones qui le composent comme le vestibule d'un des grands systèmes organiques : la bouche comme le vestibule de l'appareil digestif, le nez comme celui de l'appareil respiratoire, les yeux et le front comme celui de l'appareil cérébral. Transposant ces notions du physiologique au psychique, les anciens avaient admis que chaque zone représente une âme — ce que nous appellerions aujourd'hui un groupe de dispositions — la zone buccale, l'âme instinctive ; la zone nasale, l'âme affective ; la zone frontale, l'âme rationnelle... »

M. Louis Corman étudie la forme du nez selon l'âge et le sexe et précise les traits du caractère que cette forme exprime :

« ... Chez le petit enfant, le nez est de type rond par suite de la prédominance végétative qui préside à la croissance et il est remarquable de voir combien les enfants se ressemblent entre eux par leur petit nez « retroussé ». Il indique une sensibilité encore endormie, un rythme moteur lent, une vie affective, passive, qui reçoit plus qu'elle ne donne, un grand besoin de protection, de naïveté et une grande suggestibilité.

Le nez rond est un des éléments importants du visage « en pleine lune » du « myxœdémateux » dont on connaît bien la torpeur cérébrale et motrice : le type de « Bécassine » en offre un bon exemple.

Le nez plat exprime, au contraire, la fonction de plus en plus accélérée : il traduit une sensibilité morbide par excès. S'il accompagne, dans certaines natures d'élites, une vie affective ardente, des dons intellectuels et artistiques d'une extrême délicatesse, ces qualités ont leurs rançons dans la névrose qui leur est souvent associée, et dans la menace constamment présente de la tuberculose pulmonaire. C'est en effet le type habituel du nez des tuberculeux, et Chopin, par exemple, est mort de cette affection.

Enfin, les types d'êtres matériels ont le nez lourd et charnu, dont une variété est le nez érotique au lobule plongeant (François I[er]) tandis que les types d'être spiritualisés ont un nez fin et effilé. C'est le nez de nombreux mystiques... »

La saveur de l'eau javellisée. — *La* Revue politique et Parlementaire (10 *avril* 1931) *vient de publier un article de M. Hugouneng, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Lyon, intitulé* : L'épuration des eaux dans les services urbains de distributions d'eau potable. *En voici un extrait* :

« ... La javellisation proprement dite met en œuvre des quantités de chlore qui, rapportées au litre d'eau, varient généralement entre 0 mm. 2 et 0 mm. 6, rarement au delà. Quand l'excès de chlore n'est pas neutralisé, comme il est dit au-dessus, l'eau présente souvent une odeur et une saveur désagréables, qui s'exhalent dans certaines infusions (thé, café) au point de rebuter le consommateur. Les fruits acides développent également ces inconvénients, et il suffit de mâcher un quartier de pomme après avoir bu pour reconnaître l'odeur du chlore, alors que l'ingestion de l'eau ne le décelait pas.

Les usagers ne manquent pas de protester toutes les fois qu'on leur distribue une eau ayant le goût de chlore, et il faut bien reconnaître que leurs plaintes ne sont pas dépourvues de fondement. Et ici une question se pose : S'agit-il d'un simple désagrément ou bien d'un véritable danger pour la santé publique ; le chlore et ses composés oxygénés, même à faible dose, peuvent-ils être ingérés impunément ? Ne faut-il pas redouter à la longue des phénomènes d'intoxication ? C'est là une question controversée et, à ma connaissance, jusqu'à présent il n'a pas encore été apporté dans la discussion de preuves décisives tirées d'expériences ou d'observations précises. Néanmoins on a signalé des troubles gastro-intestinaux, plus particulièrement chez les enfants alimentés avec du lait coupé d'eau et, *a priori*, on ne saurait affirmer que le chlore et ses dérivés d'oxydation n'exercent aucune action défavorable sur les fonctions digestives, sur l'activité des diastases qui les commandent et, par répercussion, sur la santé générale, étroitement solidaire, comme on sait, de l'intégrité fonctionnelle du tractus intestinal.

Si on proscrit énergiquement toute addition à la farine de composés chimiques destinés à faciliter la panification, il paraît difficile que les compétences qui montent autour de l'hygiène une garde sévère tolèrent pour l'eau de boisson des pratiques qu'elles condamnent pour le pain.

Par ailleurs, on a constaté l'influence défavorable de l'eau javellisée sur le développement des plantes arrosées avec cette eau.

Certaines industries, telles que la brasserie, accusent l'eau javellisée d'apporter du trouble dans leurs opérations. Pareil grief est également formulé par les photographes. Ce qui est hors de doute c'est qu'indépendamment de l'odeur propre du chlore, l'eau javellisée présente parfois une odeur tenace et désagréable d'iodoforme due à l'action du chlore sur les phénols contenus dans le goudron des canalisations neuves, les joints des conduites et le revêtement des routes goudronnées (1).

On a même accusé le chlore d'attaquer les tuyaux en plomb et de provoquer le saturnisme, ce qui ne me semble pas démontré. Ces diverses critiques ne s'appliquent qu'à la javellisation non compensée par l'intervention ultérieure d'un agent neutralisant, acide sulfureux ou hyposulfite. Elles s'atténuent singulièrement quand on réduit l'addition de chlore à la dose minima de 0 m. gr. 1 par litre d'eau traitée : c'est la *verdunisation*.

De la qualité de Noble des médecins de Lyon du XVII[e] siècle. — *Quand Louis XIV voulut combler le déficit du Trésor appauvri par des guerres indéfinies, il demanda à son conseil*

(1) On peut faire disparaître l'odeur d'iodoforme par divers procédés, soit par addition d'une petite quantité d'ammoniaque avant javellisation, soit par addition d'un milligramme de permanganate.

d'édicter des mesures susceptibles de procurer de nouvelles ressources. Le fisc de cette époque songea.. aux médecins et aux avocats. M. H. Pensa, dans le Journal des Débats, *évoque le curieux procès que les médecins et avocats de la ville de Lyon soutiennent contre le Traitant de la recherche des Faux-Nobles*

« ... De toutes les mesures alors édictées, l'une des plus curieuses fut la déclaration du 4 septembre 1696, qui satisfaisait tout ensemble à trois sentiments : découvrir une ressource exceptionnelle, consolider le trône en ajoutant à la dignité de la noblesse qui l'entoure, satisfaire au sentiment public naturellement hostile en un temps difficile aux parvenus trop pressés : c'était, semblait-il, une trouvaille : son rendement fut insignifiant.

Parmi les commissaires généraux députés pour la recherche des usurpateurs des titres de noblesse, l'un des plus ardents était — déjà — M. Marin, mais il était aussi de parfaite bonne foi et, quand le traitant commis à cette recherche, après avoir attaqué les avocats de Grenoble leur contestant la qualité de noble qu'ils prenaient et ont toujours prise dans toutes sortes d'actes, se désista de toutes ses poursuites comme non fondées, « il énonça même dans son désistement les ordres de MM. les Commissaires du Conseil et surtout de M. Marin ».

Mais le procès rebondit à Lyon, où Me Charles de la Cour de Beauval, chargé de la recherche de la fausse noblesse, entreprit de faire condamner à l'amende de 2.200 livres tous les avocats et tous les médecins, comme ayant usurpé la qualité de noble, sans qu'ils aient pourtant joui de certaines exemptions d'impôts.

Jugez de l'émoi quand cette contestation fut portée devant M. d'Herbigni, intendant et commissaire départi dans les provinces du Lionnois, Forêts et Beaujolois.

Avocats et médecins s'adressèrent à Me Gillet, l'un des avocats les plus réputés au présidial de Lyon, et le prièrent de défendre l'intérêt commun ; M. d'Herbigni, sans doute embarrassé par l'émotion qu'une telle contestation soulevait dans la ville, trouva l'affaire assez importante pour être décidée au Conseil du Roi, et celui-ci, par ordonnance du 12 avril 1698, en retint la connaissance.

Le procureur général de la commission, M. d'Argenson, conclut à ce que les avocats et les médecins, qui agissaient en corps, fussent déboutés de leurs requêtes, sauf aux particuliers assignés de se pourvoir personnellement ; mais, après plusieurs échanges de mémoires, l'arrêt du Conseil du 4 janvier 1699 intervint, prenant acte notamment de quatre extraits tirés des registres de l'Hôtel-Dieu de Lyon des 1er mars, 24 juin 1507, 21 et 29 janvier 1590, par lesquels il paraît que la qualité de noble a été donnée aux avocats dénommés dans les délibérations qui étaient administrateurs ; un certificat des quarante notaires de la ville de Lyon, du 10 juin 1697, attestait qu'ils sont en usage de donner aux avocats et médecins indifféremment la qualité de noble ou celle de *Monsieur-Maître*.

Vous pouvez trouver, chez L. Plaignard, rue Mercière, à l'enseigne « Au Grand Hercule », ou chez son successeur libraire, le recueil de toutes les pièces concernant ce curieux procès des avocats et des médecins de la ville de Lyon contre le Traitant de la recherche des Faux-Nobles ; il fut publié en 1700.

L'arrêt qui mit fin à cette importante affaire décharge les avocats et les médecins de la ville de Lyon des assignations données à la requête de Charles de la Cour de Beauval, chargé de la recherche des Faux-Nobles en la Généralité de Lyon, reconnaissant expressément aux avocats et aux médecins de Lyon la qualité de nobles qu'ils ont prise ci-devant et *prendront ci-après*, conjointement avec celle de leur état, sans leur conférer pourtant les exemptions attachées au titre de noblesse.

Ainsi, par arrêt du Conseil du Roi de 1699, qui n'a pas été abrogé en 1790, puisqu'il s'agit d'une qualité et non d'un titre, les avocats et les médecins de Lyon peuvent légitimement faire précéder leur nom de la qualification de *Noble* ou de *Monsieur-Maître*.

La déclaration de 1696, qui ne visait du reste, comme l'ordonnance de Charles IX en 1560, que les faux nobles qui s'exemptaient du paiement des tailles, avait porté son fruit en occupant l'esprit public et le détournant des misères du temps présent : ce fut sa principale recette.

L'ictère grave des nouveau-nés, est, souvent, une affection familiale et, le plus habituellement, il mène à la mort en quelques jours. L'examen du sang montre une érythroblastose ; il y a de l'hématine dans le sérum et une sidérose des organes. Une transfusion sanguine précoce peut guérir le petit malade. (KLEINSCHMIDT. *Klin. Woch.* 18 oct. 1930, p. 1951.) H. V.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie. — R. C. 1264 Le Gérant : A. ROUZAUD

FONDÉ EN 1873. — N° 26 LE NUMÉRO : 1 FRANC avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ 27 JUIN 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V^e^)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ

NOUVELLES

Assistance publique à Paris. — *Deuxième concours de chirurgien des hôpitaux.* — Séance du samedi 13 juin. Epreuve clinique. — Ont obtenu : MM. les Docteurs Bernard, 18 ; Banzet, 18 ; Menegaux, 18 ; Welti, 18.

Classement des candidats : Welti, 49 + 18 = 67 ; Bernard, 48 + 28 = 66 ; Banzet, 47 + 18 = 65 ; Menegaux, 45 + 18 = 63.

Sont proposés à la nomination de M. le Directeur général de l'administration pour occuper les deux places mises au concours : MM. Welti, 67 points ; Bernard, 66 points.

— *Jury du concours de l'internat définitivement constitué.* — MM. les Docteurs de Gennes, Gutmann, Hamburger, Mme Bertrand-Fontaine, Bloch René, Leroux, Métivet, Ameline, Ravina.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 22 juin. — M. LEFRANÇOIS. Etude clinique et diagnostique des tumeurs de la protubérance annulaire. — M. ROUQUÈS. Les plaies du rectum par empalement, diagnostic, indications opératoires. — M. DEMOLE. Etude de l'origine des hématémèses. — M. ARMAND-LAROCHE. Brillat-Savarin et la médecine. — Mlle CODET. Etude d'un régime alimentaire varié chez l'enfant de six à dix-huit mois.

Société internationale de chirurgie. Neuvième Congrès. — Le IXe Congrès de cette Association se tiendra à Madrid, du 15 au 18 mars 1932, sous la présidence du Professeur DE QUERVAIN, de Berne, et la vice-présidence du Professeur RECASENS, de Madrid.

PROGRAMME SCIENTIFIQUE. — Première question : Diagnostic et traitement des tumeurs intrarachidiennes. Rapporteur allemand : X... ; rapporteurs anglais : MM. Ch.-A. ELSBERG (New-York), A. JIRASEK (Prague) ; rapporteur espagnol : M. L. OLIVARES (Madrid) ; rapporteurs français : MM. L. BÉRIEL (Lyon), invité au Congrès, T. DE MARTEL (Paris), M. ROBINEAU (Paris) ; rapporteur italien : M. L. DOMINICI (Perugia) ; rapporteur polonais : M. P. GOLDSTEIN (Varsovie).

Deuxième question : Suppurations pulmonaires non tuberculeuses. Rapporteur allemand : X... ; rapporteur anglais : M. H. LILIENTHAL (New-York) ; rapporteur espagnol : M. LOPEZ SANCHO (Valence) ; rapporteurs français : MM. A. BAUMGARTNER (Paris), O. COQUELET (Bruxelles) ; rapporteur italien : MM. ASCOLI (Rome).

Troisième question : Chirurgie de l'œsophage. Rapporteur allemand : M. K. HENSCHEN (Bâle) ; rapporteur anglais : M. J.-M. ZAAIJER (Leyden) ; rapporteur espagnol : M. L. GARDENAL (Madrid) ; rapporteurs français : MM. R. GRÉGOIRE (Paris), J. JIANO (Bucarest) ; rapporteur italien : M. G. LUSENA (Genova).

Quatrième question : Progrès récents de l'anesthésie chirurgicale : *a*) Narcoses par inhalation ; *b*) rachianesthésie ; *c*) anesthésie locale et régionale ; *d*) Narcoses par voie rectale ; *e*) narcoses intraveineuses. Rapporteur allemand : *c*) M. ISCHIKAWA (Kazanawa) ; rapporteur anglais-polonais : *b*) M. R. JURASZ (Poznan) ; rapporteurs espagnols : *a*) M. J. GOYANES (Madrid), *c*) M. A. TRIAS-PUJOL (Barcelona), *e*) M. J. TRIAS-PUJOL (Barcelona) ; rapporteurs français : *b*) M. E. MÉRIEL (Toulouse), *d*) M. R. MONOD (Paris), *e*) M. P. FREDET (Paris) ; rapporteurs italiens : *a*) M. O. UFFREDUZZI (Torino), *b-c*) M. Fr. ROSSI (Milano).

Assistance publique. (SERVICE DE SANTÉ.) — *Liste alphabétique des candidats au concours de l'internat en médecine.* — Mlle Abadi, MM. Abaza, Aboulker, Mlle Abraham, Achard, Adrianopoulos, Alaurent, Alforsi, Aliker, Alliliaire, Allos, Amante, Ambrosini, Amphoux, Mlle Armelin, Arnal, Arnous, Arvay, Arviset, Aschkenasy, Attal, Aubert, Auclair, Audoux, Augereau, Avenard, Azoulay ;

MM. Baratoux, Barbier, Barcat, Bardery, Mlle Barré, Barrière, Baudet, Baudouin, Baumgartner, Bastien, Batail, Beauchef Jean, Beauchef René, Beaufils Belletoille, Benassy, Benguigui, Benoist, Bensaude, Béquignon, Bercovici, Bernard Jacques, Bernard Philippe, Beurdeley, Bidou, Bigey, Billard, Binet, Blanc, Blau, Bloch, Blondeau, Blumen, Bobart, Boelle, Bogoraze, Boisramé, Boisseau, Boissonnet Pierre, Boissonnet Jacques, Boivin, Bonavy, Bonan, Bonhomme, Bonnel, Bonnet Georges, Bonnet Pierre, Boquet, Borde, Borgida, Boros, Bosc, Botreau-Roussel, de Botton, Bouchacourt, Boudonnet, Boudou, Boulard, Bouley, Boulle, Bour, Bourdeau, Bourdial, Bourée, Bourget, Bourgin, Boursat, Boussard, Boussoulade, Boutakoff, Bouteau, Boutron, Bouvrain, Bouwens Van der Boyen, Boyé Pierre, Boyer Etienne, Boyer Isidore, Boyer Jean, Brami, Brandenburg, Brault, Bréhant, Bret, Bricage, Brincourt, Brinon, Brocard Henri, Brochard Charles, Brochard Raymond, Brouet, Broutman, Brumpt, Brunhes, Bureau, Burel, Bussière.

MM. Caby, Cachin, Cadet de Gassicourt, Cahuet, Cailot, Camard, Camelot, Camus, Canet, Capmas, Caratzali, Carrez, Casalis, Castany, Catanné, Catinat, Catz, Mlle Cauchy, de Chabert Ostland, Chagnon, Challiol Jacques, Mlle Challiol Yvonne, Chambon, Champsaur, Chanel, Chapireau, Chareire, Charoussei, Chatain, Chauvillon, Chevalier André, Chevallier Roger, Mlle Chessebeuf, Chevé, Mlle Ciosi, Claisse, Claudet, Coldefy, Collart, Mlle Comby, Conso, Copreaux, Cordebar, Cormelie, Cornetet, Corcos, Corrèze, Mlle Cottin Amélie, Cottin Pierre, Mlle Courrier, Coussieu, Coustenoble, Couve ;

MM. Damon, Danard, Dangauthier, Daniel, Mlle Danzy, Darras, Daum, David Jean, David Lucien, Davidovici, Mme Davous, Davous Raymond, Mlle Debay, Debidour, Debray Charles, Debray Jean, Dechaume-Maucharmont, Dehouve, Mlle Delaage, Delaître, Delorme, Delort, Delzant, Demange, Demartial, Departout, Derieux, Mlle Desallais, Déséglise, Desfrançois, Dessencourt, Desvignes, Deuquet, Dézoteux, Dhotel, Divet, Domart, Dormay, Douay, Doukan, Draillard, Drain, Dreyfus André, Dreyfus Jacques, Drizard, Dubarry, Dubois Pierre, Duflo (Jacques), Duflos Léon, Dufour, Dulot, Dumont Duperrat, Dupuy, Durandy, Duriez, Dutray ;

MM. Echégut, Elkaïm, Epelbaum, Mlle Epstein, Escarré, d'Escrivan, Esquirol, ;

MM. Fabre, Falk, Fardet, Fargette, Fasquelle, Faugeron, Mlle Fauvert, Fauvet, Fay, Feldstein, Ferrieu, Mlle Ferrieu, Ferroir, Feuillet, Filderman, Filhoulaud, Findjanjain, Fleury, Fleys, Flori, Flourens, Fontaine, Fonteneau, Foret, Forget, Fourestier, Fournée Jean, Fournet Pierre, François, François-Dainville, Fresnais, Frouin, Fuchs, Fulconis ;

Mlle Gagneur, MM. Gahinet, Gaignerot, Gailhard, Galland, Galup, Ganière, Ganot, Gaquière, Gasne, Gastaud, Gaube, Gaumé, Gaultier Michel, Gautier Jacques, Gelas, Gelber Genevrier, Genty Philippe, Genty Pierre, Georget, Gérard Luc, Gérard Pierre, Gerbeaux, Ghozland, Giart, Gibert, Gilbert, Gillet Bernard, Gillet Germain, Gillon, Gillot, Girard, Giraud, Georges, Giraudoux, Gireaux Raymond, Gisselbrecht, Goby, Golse, Gordet, Gorrichon, Gouget, Goujard, Goyer, de Graciensky, Grangé, Gratier, Grenet, Grépinet, Grèze, Gross, Grossiord, Groulier, Gruner, Guebel, Guéri., Guichard, Guillaumat, Guison, Guny, Guyon François ;

MM. Habrekorn, Haguier, Mlle Hahn, Hanaut, Hanoun, Mlle Harispe, Hébert, Henry, Mme Herbert, Herrenschmidt,

Hertz, Hinard, Horeau, Hornus, Hubert, Huchet, Mlle Huguet, Huguier, Husset ;

MM. Ichard, Iliovici, Inbona, Israël;

MM. Jacquet, Jacquot, Mlle Jammet, Mlle Jeannacopoulo Mlle Jesensky, Mlle Jomier, Jouanneau, Jouffroy, Journe, Judet Julia Albert, Mme Julia France ;

MM. Kaplan, Karcher, Kipfer, Mme Kiriloff, Klotz, Mlle Kritschwsky, Krivine, Kun, Kuypers ;

MM. Lacheny, Lachèze, Lachmann, Mlle Ladet, Lafon, Lafourcade, Lagaillarde, Lamasson, Lambling, Landrieu, Lanthier, Lapeyre, Laporte Jean, Mlle Laporte Simone, Laroche, Laude, Lauret, Mlle Lautmann, de Lavedan de Casaubon, Lavergne Henri, Lavergne Jean, Le Beau, Lebel, Lebouchard, Lecat, Le Cœur, Leconte André, Leconte Maurice, Lecouillard, Mlle Lecour, Ledoux-Lebard, Le Duc Jean, Leduc Jean-Félix, Lefebvre, Le Foll, Mlle Legagneux, Legry, Lejeune, Lemmet, Léon, Lepart, Le Picard, Le Roy Georges, Leroy Louis, Lesauvage, Lesobre, Levaditi, Levannier, Levecq, Mlle Lévy Gilberte, L'Huillier, Lichtenberg, Limasset, Lion, Mlle Liphschutz, Livieratos, Mlle Lyon, Mlle de Lœschnigg, Loiseau, Longuet André, Mme Longuet Georgette, Longuet Yves, Mlle Lorsignol, Lortat-Jacob ; Losay, Lucas, Mlle Luneau ;

MM. Macé, Macrez, Mainguy, Malartic, Mallarmé, Mallet, Marcais, Mlle Marcelot, Marchak, Marcombes, Marcy, Margout, Marlin, Marre, Martel Eric, Martel Jean-Lucien, Martin Jean, Martin Jules, Martin Marcel, Martin Noël, Martini Georges, Martini Philippe, Martinie Jacques, Martinot, Martrou, Maspétiol, Masse, Masson Georges, Mathey, Mathiot-Beaugendre, Mathivat, Mattern, de Maulmont, Maurage, Maury, Maynadier, Mazingarbe, Meidinger, Mlle Melon, Mendelsohn, Ménétrier, de Mestier du Bourg, Metzguer, Meurin, Meyer Jean, Meyer Louis, Michaelidès, Michaut, Mlle Mignon, Millot, Minc, Minel, Mirbeau, Molard, Molinéry, Monier, Morax, Moreau Gilbert, Moreau Jacques, Mlle Morel, Moreno, Morhange, Morin, Mouchotte Jean, Mouchotte Maurice, Mouchotte Robert, Moulinier, Moulle, Mourgues, Mlle Moyen,

MM. Nabert, Nardi, Nastorg, Natier, Naud, Nègre, Netter, Neveu, Neyraud, Nguyen Van Ngu Yen, Nicaise, Nico, Nigaud, Nitti, Nocton, Nomblot ;

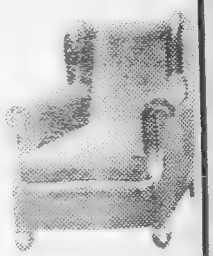
Mlle Œhmichen, MM. Oger, Offret, Olivier Claude, Olivier Marcel, Opin, Opolon, Ortholan, Osenat, Oudin, Ovary;

Mlle Paillé, MM. Palangié, Mlle Paley, Pannet, Parent, Parfus, Paris, Parrot, Pasqualini, Pasquereau, Pasquier, Mlle Patez, Pauchard, Payet, Pêcher, Pellier, Pergola, Perreau Pierre, Perret, Perrot Raoul, Personnaz, Pertus, Pescarolo, Mlle Petit Paule, Petit Pierre, Pétroff, Picard Pierre, Picart René, Picquart Albert, Picquart Antony, Pierra, Pimpaneau, Mlle Pinel, Piraud, Piroux, Pochon, Mlle Poindessault, Pointud, Poisson, Polak, Poncet, Porge, Potier Georges, Pottier Marcel, Pouliquen, Poupault, Pourquié, Prat, Prunet, Puybaret, Pyt ;

MM. Rabant, Rabaté, Raisonnier, Ramadier, Rambert, Raphaël, Raulot-Lapointe, Raymond, Regard, Renaud, Rendu, Renet, Reveillaud, Ribert, Richard, Mlle Riche, Ripart, Robert, Roche, Rocher, Rodier, Rogé Raymond, Roger Jacques, Mlle Rohlfs, Rosanoff, Rossignol, Rotenstein, Mlle Rouard, Rouchy, Rouvet, Rouvillois, Roux Marcel, Roux Maurice, Rouyer, Roy André-Henri, Roy André-Louis, Rozée Belle-Isle, Rudaux, Rymer ;

MM. Sapourin, Sacquépée, Mlle Sainton, Mlle Salembiez, Salleron, Salmona, Salomon, Sambron, Sarradin, Sauvain, Scemana, Schatz, Scheid, Schmid, Schwartz, Séguin, Seringe, Sexe, Sidi, Sifflet, Siguier, Simart, Simon Gaston, Simon René, Simonin, Mlle Solente, Soubrane, Soulignac, Soyer, Mlle Spire, Steinberg, Stenvart, Stérin, Steuermann, Stréé, Suchmann ;

MM. Tallet, Tauret, Tantin, Temerson, Tempier, Terver,



Thévenin, Thieffry, Thomann, Thorel, Mlle Thuoux, Tilitcheeff, Tissandié, Tissot Franck Tissot Jacques, Touzard, Touzé, Tran-Quang Dé, Tran-Van Con, Traut, Trepsat, Tribalet, Trombert, Trotot, Trouvé, Turbé, Turiaf ;

MM. Ullmann, Ungar ;

MM. Vallancien, Vannier, Varangot, Varay, Vassor, Vauclin, Vaudour, Vautier, Vautrin, Velez, Vendryes, Mlle Verlière, Vial, Viala, Vidart, Vignalou, Vildé, Villaret, Vincent Georges, Vincent Jean, Vincent Jules, Vincent Philippe, Vincent Pierre, Voisin ;

MM. Wattez, Weill dit Wall, Mlle Weissberg, Werner, Wetterwald, Willot, Wimphen, Winter, Mlle Wix, Wolinetz ;

MM. Yaich, Yglésias, Yovanovicth ;

MM. Zaeppfel, Zhâ.

Hôpital Saint-Louis. — *Dix leçons sur la blennorragie et ses complications.* — M. le Dr Heitz-Boyer, professeur agrégé d'urologie à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, commencera, le lundi 29 juin 1931, à 10 heures du matin, dans son service, une série de dix leçons théoriques et pratiques sur la blennorragie, ses complications et son traitement.

Des examens urétro-cystoscopiques avec opérations endoscopiques seront pratiqués à la fin des deux dernières leçons.

Ces leçons auront lieu tous les jours, de 10 heures à midi, du 29 juin au 4 juillet 1931, avec la collaboration de MM . Jules Janet, ancien interne des hôpitaux de Prais ; Félix Marsan, ancien chef de clinique des maladies des voies urinaires; Louis Ferrier, ancien interne des hôpitaux de Paris ; Jean Tissot, chef de consultation ; Pierre Barbellion, assistant à la clinique d'urologie de la Faculté de médecine et Maurice Chaignon, assistant du service.

Lundi 29 juin, 10 heures, Jules Janet : Le gonocoque, sa morphologie ; évolution de la blennorragie ; 11 heures, M. Chaignon : Urétrite blennorragique de l'homme et ses complications génito-urinaires. — Mardi 30 juin, 10 heures, Jules Janet : Traitement par les grands lavages ; 11 heures, M. Heitz-Boyer : Traitement abortif de la blennorragie. — Mercredi 1er juillet, 10 heures, P. Barbellion : Chimiothérapie, vaccinothérapie et spermoculture ; 11 heures, Félix Marsan : Complications extra-génitales de la blennorragie. Rhumatisme blennorragique. — Jeudi 2 juillet, 10 heures, L. Ferrier : Blennorragie chez la femme ; 11 heures, J. Tissot : Rétrécissements de l'urètre. Urétrographie. Urétrotomies. Dilatations. — Vendredi 3 juillet, 10 heures, M. Heitz-Boyer : Urétrites chroniques post-blennorragiques. Prostatites ; 11 heures, Démonstration des nouveaux moyens de diagnostic et de traitement. — Samedi 4 juillet, 10 heures, M. Heitz-Boyer : Pathologie de l'urètre postérieur et des prostatites. Traitement par l'étincelage de haute fréquence ; 11 heures, Remise des certificats.

Ce cours sera entièrement gratuit et donnera lieu à la délivrance d'un certificat d'assiduité. Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser dans le service de M. le Docteur Heitz-Boyer, à l'hôpital Saint-Louis, tous les matins, de 9 heures à midi.

Erection d'un monument à Charles Moureu. — Le 13 juin 1929, Charles Moureu, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, né à Mourenx (Basses-Pyrénées), est mort à Biarritz. Les notices consacrées à sa mémoire ont été unanimes à rappeler les éminents services qu'il a rendus à la Science et à proclamer ses droits à la reconnaissance nationale.

Sur l'initiative de l'Académie de Béarn, ses amis, ses élèves et ses admirateurs se sont groupés pour perpétuer son souvenir par l'érection d'un monument. Œuvre du sculpteur E. Gabard, ce monument sera érigé à Pau ; des bustes seront placés au Collège de France, à la Faculté de pharmacie de Paris et à Mourenx. Il sera, en outre, si la souscription le permet, créé une fondation scientifique qui portera le nom de Charles Moureu.

Les souscriptions sont reçues : à Paris, au Collège de France, place Marcelin-Berthelot, par M. Badoche, assistant de la chaire de chimie organique ; à Pau, chez M. le Docteur Sabatier, rue Latapie, 7e.

Une médaille et un livre d'or contenant la liste des souscripteurs seront édités et envoyés à titre de souvenir aux personnes qui auront souscrit plus de 100 francs.

Nécrologie. — Doctoresse Justine Lévy (Mlle), de Paris, 67, boulevard Beaumarchais. — Dr L. Mesnard, de Bordeaux, professeur agrégé honoraire à la Faculté, médecin honoraire des hôpitaux. — Dr René Tesson, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine d'Angers.

VOIR LA SUITE DES « NOUVELLES » PAGE 1200

ACTUALITÉS

Claude Bernard et le Collège de France

Par M. H. VINCENT
Professeur au Collège de France
Membre de l'Institut (Académie des Sciences)
et de l'Académie de Médecine

Messieurs,

Au cours du siècle dernier, parmi la pléiade des grands savants qui ont professé au Collège de France, trois hommes illustres ont plus particulièrement apporté à son enseignement scientifique un éclat incomparable : un médecin qui fut un précurseur dans le domaine clinique, Laënnec ; un physiologiste d'une géniale puissance de pénétration, Claude Bernard ; enfin un chimiste, Marcelin Berthelot dont les découvertes ont révolutionné la chimie synthétique. Si l'on voulait définir la place qu'occupe le Collège de France dans l'évolution de la science moderne et de la pensée humaine, il suffirait, presque, de synthétiser les travaux de ces savants. J'ai eu, un instant, la pensée de le faire, mais j'ai dû renoncer à ce projet trop vaste. Il m'a paru préférable de limiter cette étude à l'un de ces savants et de rappeler ce que furent sa vie et son œuvre de laboratoire. Aussi bien est-il peu d'exemples qui soient plus dignes d'admiration que la lutte victorieuse soutenue par Claude Bernard pour la science et pour la vérité : il est le fondateur de la Physiologie.

Au moment où Claude Bernard commença ses recherches expérimentales, la Physiologie était considérée comme une branche très secondaire de la médecine — moins encore, comme une simple annexe de l'anatomie. On l'envisageait surtout dans son rôle mécanique et dynamique. Les attributions des grands viscères, en particulier du foie, étaient ignorées. Les échanges intimes qui président à l'activité propre des tissus, le mécanisme des sécrétions glandulaires, les lois d'interaction réciproque des éléments cellulaires, la physiologie du système nerveux et la circulation sanguine, les réactions physico-chimiques qui régissent, en dernière analyse, l'ensemble des phénomènes de la vie, aucune de ces notions, assurément très complexes n'était encore étudiée ni même soupçonnée. L'interprétation des phénomènes biologiques se ramenait à un certain nombre de principes, d'ailleurs discutés, dans lesquels le vitalisme prenait figure d'ultime raison, doctrine que Claude Bernard critiquait sans ménagements : « On constate, disait-il, qu'une glande sécrète, qu'un muscle se contracte : le problème paraît résolu. On n'en demande pas l'explication : on a un mot pour tout : c'est le résultat de la vie. »

Ce n'est pas à dire que la physiologie ne fût pas représentée, à cette époque, par des hommes ayant acquis un renom mérité, par Magendie notamment. Mais jusqu'alors, aucun n'avait su la libérer des entraves ou des incertitudes qui emprisonnaient son essor. Il fallait l'affranchir de ces inconnues, donner à la physiologie des bases scientifiques précises, et en édifier les lois sur les résultats solides fournis par la méthode expérimentale. Ce fut l'œuvre de Claude Bernard.

« Il a fait de la physiologie, a dit Dastre, une science indépendante..... Il a accompli une révolution dont les générations nouvelles ne se doutent pas, parce que les résultats en sont si bien acquis qu'ils font, en quelque sorte, partie de notre mentalité. » Claude Bernard est, aujourd'hui encore, l'inspirateur toujours présent de ceux qui se consacrent aux études biologiques.

(1) Discours prononcé le 18 juin, à propos de la célébration du IV[e] Centenaire du Collège de France.

C'est au Collège de France, où il a professé pendant plus de vingt ans, que s'est surtout écoulée son existence de laboratoire et qu'il a fait la plupart de ses découvertes. Il m'a donc paru qu'à l'occasion de la date solennelle qui commémore le quatrième centenaire du Collège de France, il convenait d'évoquer, dans ses traits principaux, l'œuvre grandiose de Claude Bernard.

Cette maison est un foyer de rayonnement moral et scientifique. Elle s'honore de sa lignée de grands savants. Dans tous les domaines : philosophie, histoire, philologie, archéologie, épigraphie, littérature, sociologie, etc., aussi bien que dans les diverses disciplines de la science pure, ses savants ont apporté le tribut imposant de leurs travaux et de leurs découvertes. Ils témoignent, en définitive, que, malgré son âge vénérable, le Collège de France n'a pas de rides.....

* * *

Claude Bernard était de modeste origine. Il naquit le 12 juillet 1813 à Saint-Julien, près de Villefranche, en Beaujolais, dans une maison de vignerons où sa mère lui fit donner une excellente instruction. Jusqu'à la fin de ses jours, il retournera souvent dans la simple demeure où avait fleuri son enfance, afin de s'y reposer ou d'y refaire sa santé, pendant les répits trop courts que lui laissaient son enseignement et ses travaux.

Libéré de ses études, le jeune Bernard fut envoyé dans une pharmacie de Lyon, mais il n'y fit qu'un bref séjour. Quelques mois après, il partait pour Paris, l'imagination remplie — qui l'eût soupçonné ? — de rêves littéraires. Dès son arrivée, muni d'une lettre de recommandation pour Saint-Marc Girardin, il se présentait à ce dernier avec une tragédie en cinq actes. Mais l'accueil qu'il reçut du célèbre critique ne fut pas celui qu'il espérait. Le lendemain, le jeune Bernard prenait sa première inscription à la Faculté de médecine.

Rendons grâces à Saint-Marc Girardin. Sans lui, la littérature théâtrale eût bénéficié d'un dramaturge peut-être éminent, mais la médecine n'eût pas connu celui qui a sorti du néant « la Science de la vie ».

Il est bien rare que les événements conduisent directement et sans obstacles, sur le chemin de leur destinée, ceux que le génie a marqués de son sceau. Une période incertaine d'épreuves ou d'échecs prélude souvent à leur initiation dans la vie. Mais une force irrésistible comme celle qui dirige vers la lumière la tige obscure de l'arbre naissant, appelle tôt ou tard et exalte ceux qu'illumine la flamme sacrée de la vérité.

Claude Bernard ne connut pas longtemps cette phase incertaine. Le hasard, propice comme une bonne fée, conduisit les pas du jeune interne des hôpitaux dans le service de Magendie, professeur au Collège de France. Certes, le Maître était rude et d'un abord peu avenant. Mais il était observateur. Il ne fut donc pas sans apprécier bien vite l'intelligence réfléchie de son élève. Une place de préparateur étant devenue vacante à son laboratoire du Collège de France, il y appela le jeune Bernard.

Tel fut le début dans la médecine expérimentale de celui qui devait donner à cette science une impulsion si puissante.

A partir de ce moment, l'activité scientifique de Claude Bernard fut prodigieuse. Longtemps avant son élection à la chaire de Médecine du Collège de France, il s'était déjà fait connaître par un ensemble de publications retentissantes. Chacune d'elles annonçait la découverte d'un fait neuf et important. L'étude des agents toxiques, celle du mécanisme de la mort par l'intoxication oxycarbonée, par la strychnine, le curare, etc. ; celle des phénomènes qui conditionnent la circulation du sang ; les fonctionnements glandulaires ; le rôle du système nerveux sur les sécrétions sous-maxillaire, gastrique, hépatique ; l'étude de l'hyperthermie expérimentale, la glycogénie hépatique, le rôle des nerfs vaso-moteurs, etc., tous ces problèmes fondamentaux dont la solution était jusqu'alors tout à fait ignorée, étaient exposés,

analysés, déchiffrés avec une sûreté admirable, à travers laquelle transparaissait son génie.

Lorsqu'il se présenta au Collège de France pour y succéder à Magendie, il avait 42 ans. Deux autres savants, Longet et Brown Séquard se mirent sur les rangs en même temps que lui. Il fut proposé sans discussion en première ligne par seize voix contre une au nom de M. Daremberg. Dans l'ordre scientifique, ses collègues étaient alors : Biot, Regnault, Balard, Flourens, Elie de Beaumont, Coste, Binet, qui, tous, à des titres divers, ont laissé un nom dans la science.

Le premier cours professé, en cette année 1855-1856, par Claude Bernard ou, comme le disent les affiches, « Monsieur Bernard » avait pour objet : *Des effets des substances toxiques et médicamenteuses*. L'année suivante, Claude Bernard traitait, dans ses leçons, de *la Physiologie et la Pathologie du système nerveux*.

Au cours de sa carrière si remplie au Collège de France, Claude Bernard se rencontrait souvent avec ses collègues Berthelot et Renan. Quelle ère magnifique dans l'histoire de notre Collège que celle qui réunissait un tel cénacle ! Dans son éloge de Claude Bernard à l'Académie de médecine, Jules Béclard, rappelle l'intimité qui liait les trois savants. Ils se retrouvaient chaque semaine dans la maison amie du Dr Jean Boulay. On y voyait, disait-il, à côté de Claude Bernard, M. Ernest Renan, « le séduisant auteur de pages exquises, modèles achevés de finesse et de grâce » ; l'éminent chimiste, M. Berthelot, « doué à un si haut degré de la faculté créatrice ». Les hôtes échangeaient librement leurs idées sur les principaux problèmes de la sciences, de l'art, de l'histoire, de la littérature. A chacune des découvertes de Claude Bernard, on s'empressait autour de lui, on l'interrogeait, on l'écoutait avidement : « c'étaient les grands jours ». Et, bien souvent, on devinait que ces conversations familières éveillaient dans l'esprit du Maître des idées ou des projets d'expériences. Alors, il quittait ses hôtes, l'air absorbé et méditatif, songeant à d'autres recherches destinées à le conduire encore plus près de la vérité.

***

Lorsque Claude Bernard débuta dans la médecine expérimentale, il lui fallut instituer des méthodes et des techniques nouvelles. Seul, le laboratoire était capable de donner l'interprétation des phénomènes biologiques. Harvey, par sa découverte de la circulation du sang, Lavoisier par celle de la combustion respiratoire, avaient jeté les premiers fondements scientifiques de la Physiologie. Mais, ainsi qu'il a été dit, les doctrines imprégnées de vitalisme que Bichat continuait à défendre, avaient fait dévier vers un objectif stérile la connaissance de ses lois. Bernard se propose d'emblée, de donner une autre orientation à la nouvelle science. Il la voulait objective et expérimentale. Et le grand physiologiste de répéter, dans chacun de ses ouvrages, que les phénomènes de la vie, pour inconnus qu'ils fussent, étaient cependant réductibles à des actes physico-chimiques. Comme Descartes et comme Leibnitz, il affirmait qu'ils se rattachent au jeu de ces forces. « Il faut, disait-il encore, porter l'investigation physiologique et physico-chimique dans le corps vivant jusque dans ses particules les plus ténues », — visant en même temps, par là, la physiologie cellulaire à laquelle il a ouvert la voie. Il formulait déjà cet axiome, plutôt audacieux à son époque : « la physiologie est une *science exacte* ».

Ses travaux ont donné à cette opinion une confirmation éclatante.

Parmi les raisons invoquées pour faire intervenir le *quid ignotum* dans la Biologie, on opposait alors le processus de la vie végétale à celui de la vie animale. A ce dogme qui nous paraît aujourd'hui bien fragile, Lavoisier avait porté un premier coup en démontrant que les mêmes effets de synthèse chimique, de respiration et de combustion s'observent uniformément chez les animaux et chez les végétaux. Claude Bernard opposait, à son tour, à cette théorie d'autres arguments non moins solides en montrant la présence de chlorophylle dans *Paramecium bursaria*, *Spirostoma ambiguum*, *Ophrydium versatile*, *Stentor polymorphus*, *Vortex viridis*, etc.

Ses recherches avaient mis en lumière la propriété commune aux animaux et aux végétaux de former du sucre. La matière qui en est le générateur dans le foie est, disait Claude Bernard, un véritable amidon animal, le glycogène. L'éther anesthésie certains végétaux comme il fait des mammifères. Il suspend la fonction chlorophyllienne, il inhibe la propriété principale de la levure de bière.

Toutes les recherches du savant portaient la marque d'une intuition extraordinaire, fécondée par l'observation précise et minutieuse des faits expérimentaux. Il pensait en philosophe et agissait en novateur. « La méthode expérimentale, disait-il, n'est rien autre chose qu'un *raisonnement* à l'aide duquel nous soumettons méthodiquement nos idées à l'expérience des *faits* ». Guidé, ainsi qu'il l'a laissé entendre lui-même par une sorte de divination, il poursuivait d'un coup d'œil sûr l'observation de ces faits. Ce don de prescience n'enlevait d'ailleurs rien à la prudence de ses enquêtes expérimentales « Il ne faut jamais faire des expériences pour confirmer ses idées, mais pour les contrôler ». Dans sa célèbre *Introduction à l'étude de la Médecine expérimentale* que l'on a justement comparée au *Discours sur la Méthode*, Claude Bernard ajoutait : « Le grand principe expérimental est le doute, le doute philosophique qui laisse à l'esprit sa liberté et son initiative ». Une expérience bien conduite, suivant une technique identique, aboutit toujours à un même résultat. Si celui-ci n'est plus le même, c'est que les conditions de l'expérience ont elles-mêmes varié : « en science, il n'y a pas d'exceptions ». L'enchaînement des faits reste rigoureusement semblable à lui-même. L'observateur doit les enregistrer avec une impassibilité absolue, évitant de les plier avec violence pour les faire entrer arbitrairement dans le cadre d'une idée préconçue.

C'est pourquoi Claude Bernard se réfutait lui-même, aussi âprement que l'eût fait un rival (Renan). Bien loin de s'absorber dans ses propres objections, il sollicitait celles des autres: « Apportez-moi des critiques, disait-il, apportez m'en des tonnes ».

Sans doute, lorsque le fait expérimental venait confirmer sa présomption méditée, en ressentait-il une joie intime qu'il déclare être l'une des plus grandes que puisse éprouver un savant. Mais, lorsque l'expérience était négative, il recherchait si elle ne comportait pas, cependant, une conséquence qui le conduisît à la solution exacte. Attentif à l'épreuve des faits, il les laissait parler eux-mêmes, et découvrait parfois, notamment dans l'expérience ancienne de Pourfour du Petit, la section du sympathique au cou, un phénomène très important qui avait échappé à ses prédécesseurs. Il en tirait un ensemble de conclusions d'une incalculable portée. « En pathologie, comme en physiologie, écrivait-il, le mérite de l'investigateur consiste à poursuivre, dans une expérience, ce qu'il y cherche, mais de voir en même temps, ce qu'il ne cherchait pas. »

Aussi, quel regard aigu il jetait sur l'animal opéré, interrogé, qui devait lui donner la réponse à un problème biologique encore obscur ! On trouve dans ses travaux sur la fonction glycogénique du foie, la marque de cet esprit inquisiteur d'une inflexible logique.

***

On avait constaté avant Claude Bernard, l'existence du sucre dans le sang. D'où venait ce sucre ? Jusqu'alors on considérait qu'il était d'origine alimentaire. Là se résumait tout ce que l'on savait de cette question qui tient pourtant une place considérable en biologie.

Suivons maintenant pas à pas le grand physiologiste dans son enquête expérimentale.

Il injecte du saccharose dans la veine du chien. Ce sucre n'est pas assimilé. Il est rejeté, comme un élément étranger, sinon nuisible. On le retrouve en totalité dans l'urine de l'animal.



Ecrire ou s'adresser à la **Société GALLOIS et Cie**
à **LYON**, 54, Chemin Villon ; à **PARIS**, 14, rue de Bretagne.

Cependant, le même sucre ingéré ne passe pas dans l'urine. L'analyse ne le décèle plus. Pourquoi cette différence ? C'est, peut-être, parce que les sucs digestifs l'ont modifié avant son absorption. Comment et sous quelle forme ?

Claude Bernard dissout du sucre dans le suc gastrique, le laisse en contact avec celui-ci, puis injecte le mélange dans la veine du chien.

Or, l'urine de celui-ci ne montre plus aucune trace du sucre ainsi soumis à l'action du suc gastrique. On pouvait donc croire le problème résolu et conclure que cette sécrétion transformait le sucre en un autre élément assimilable. Mais Claude Bernard ne tarda pas à voir qu'il n'en était rien. La solution était plus complexe. Il constate, en effet, que l'action exercée par le suc gastrique est d'ordre chimique, qu'elle est due à l'acide chlorhydrique et que nombre d'autres corps sont capables de réaliser la transformation du sucre en glucose.

Il fallait donc reprendre l'étude du métabolisme du saccharose ingéré, en suivre les modifications et la répartition et, tout d'abord, vérifier les relations qui existent entre le mode d'alimentation et la présence du sucre dans le sang.

A cet effet, il prend deux lots de chiens auxquels il donne la même alimentation carnée de base ; mais à l'un des groupes, il adjoint du sucre aux aliments. On sacrifie l'un des chiens soumis au régime sucré. Son intestin et son sang contiennent du sucre, ce qui est conforme aux prévisions.

Mais chez les chiens nourris exclusivement de viande, le sang analysé montre également du sucre en abondance, bien qu'il n'y en eût aucun vestige dans l'intestin. L'expérience réitérée donnait toujours une réponse identique.

On était donc conduit à conclure que la présence du sucre dans le sang est indépendante du mode d'alimentation sucrée ou non sucrée.

Qu'adviendra-t-il, dès lors, si, au lieu d'être nourris, les animaux sont soumis à la diète absolue ? Claude Bernard constate que, dans ces conditions nouvelles, ils n'en fabriquent pas moins du glucose. Réponse un peu inattendue, mais combien instructive ! Car elle révélait que le sucre se produit ou est sécrété spontanément dans l'organisme, aussi bien chez l'animal à jeun que chez celui qui avait reçu une alimentation mixte ou exclusivement azotée. Il restait donc à chercher en quelle région de l'organisme se fait cette sécrétion.

A cette fin, Claude Bernard explore, par l'analyse du sang, les divers segments du système vasculaire. Il constate l'existence du sucre en proportions inégales ; le sang artériel du chien normal en contient plus que le sang veineux. Il lie la veine porte avant son entrée dans le foie, afin d'empêcher le reflux sanguin et il prélève du sang dans cette veine. La même prise de sang est faite dans les veines sus-hépatiques qui drainent le sang venu du foie, ainsi que dans les veines sus-diaphragmatiques qui collectent également le sang ayant passé à travers le filtre hépatique. Il prélève enfin du sang dans le cœur droit, carrefour du sang veineux, avant son circuit pulmonaire.

Or, pendant la digestion d'un repas contenant des aliments sucrés, il y a moins de sucre dans le sang qui va pénétrer dans le foie que dans celui qui en sort : 0 gr. 54 dans la veine porte, 1 gr. 12 dans la veine sus-hépatique. Si, même, l'animal reçoit des aliments sans fécules ni sucres, ou bien s'il est maintenu à jeun, il n'y a pas de sucre dans les vaisseaux portes ou sous-hépatiques, alors qu'on en trouve en abondance dans les vaisseaux sus-hépatiques et au delà.

Claude Bernard en conclut que le foie est l'organe formateur du sucre : le sang s'en charge à son passage dans cette glande. Le rôle du foie comme générateur du sucre était donc établi par une série d'expériences rigoureusement conduites. « Nous voici arrivés, dit Claude Bernard, au terme de notre analyse. Le foie est la source physiologique du sucre du sang ». Mais il ajoute : « nous ne sommes pas encore à la limite de nos recherches ». Il fallait vérifier si le glucose est fabriqué directement par le foie ou si sa présence résulte d'une opération physiologique intermédiaire. Il fallait voir aussi si le sucre n'est pas susceptible d'être sécrété ou emmagasiné par d'autres viscères. En ce qui concerne ce dernier point, Claude Bernard constate que le foie est le viscère élaborateur essentiel du glucose. Ni le rein, ni la rate, ni les poumons ne sécrètent du sucre, bien qu'ils contiennent du glycogène. Chez treize suppliciés, le foie frais, seul, contenait également du sucre.

Il avait donc établi que le glucose est un élément normal du sang ; que son existence est indépendante du mode d'alimentation végétale ou animale ; que les chiens soumis au jeûne absolu n'en renferment pas moins du sucre dans leur sang ; que les animaux, aussi bien que les végétaux, fabriquent du glucose. Enfin, que le foyer principal où se forme cet élément chimique si important, n'est autre que le foie.

Cet ensemble de résultats ne donnait pas, cependant, complète satisfaction à Claude Bernard. Il veut préciser le mode d'origine du sucre et rechercher si son mécanisme de formation et son rôle biologique ne sont pas les mêmes dans les deux règnes. « Ce sera, dit-il, un rapprochement nouveau et capital entre la vie animale et la vie végétale ».

Faisant justice des hypothèses de Lehman, de Frerichs et de Schmidt, il montre que le foie est bien réellement l'artisan de la fabrication du sucre. Si, en effet, on lave l'organe par passage d'eau dans ses vaisseaux, on lui enlève le sucre qu'il contenait déjà. Or, le sucre ne tarde pas à reparaître et à être retrouvé dans le tissu hépatique. Donc le glucose ne prend pas naissance dans le sang. Il est élaboré *in situ* dans le foie : il est essentiellement un produit de sécrétion de cet organe.

Le problème biochimique de la glycogénie hépatique s'élucidait donc peu à peu. Le dernier terme de la solution restait cependant à découvrir.

Claude Bernard raconte lui-même que c'est seulement après deux ans de recherches qu'il parvint à démontrer l'existence, dans le foie, d'un élément nouveau, qui remplit un rôle fondamental dans la formation du sucre. Ce corps peut être chimiquement isolé : c'est le *glycogène*. Claude Bernard en donne la formule chimique. Insoluble, le glycogène n'est pas un glucoside analogue à l'amygdaline. Il l'obtient d'abord par précipitation, en traitant une décoction de tissu hépatique par l'alcool ; puis il perfectionne la technique d'isolement de ce corps. C'est, dit-il, un « amidon animal », dépourvu d'azote.

La transformation du glycogène en glucose s'effectue par hydrolyse, grâce à l'action chimique d'un ferment normal du foie. Ce ferment est fragile, l'ébullition le détruit.

L'amidon végétal est susceptible, de se transformer en dextrine, puis en glucose. Moins stable, le glycogène se transforme en sucre dans le foie lui-même. C'est du foie que procède l'existence du sucre dans le sang.

Ces expériences conduisent Claude Bernard à démontrer la diffusion ou plutôt la généralisation de la fonction glycogénique non seulement chez les mammifères, et dans leurs annexes tels que le placenta et l'amnios, mais encore chez les oiseaux, les vertébrés à sang froid, les invertébrés, les larves de mouches vivant sur la viande, etc.

Ainsi était établie la fonction universelle que le sucre remplit dans la nutrition des animaux et des végétaux. Dans cette élaboration d'un élément indispensable à la vie car il est le combustible par excellence du travail musculaire, la sécrétion du sucre par le foie est elle-même influencée par le système nerveux. Claude Bernard le démontre par une expérience devenue classique : lorsqu'on pratique chez le chien la piqûre du quatrième ventricule, sur la ligne médiane, un peu au-dessus du bec du calamus, on détermine pendant plusieurs heures l'hyperglycémie et le diabète. La section des deux pneumogastriques ne prévient pas et n'interrompt pas cet effet. La transmission se fait par les splanchniques dont la section inhibe l'effet de la piqûre.

Le sujet normal ne manifeste pas de glycosurie, même après absorption en excès d'aliments amylacés ou sucrés, parce que le foie, véritable régulateur de la fonction glycogénique, « équilibre les proportions de sucre apportées par

l'alimentation ». Si on injecte 10 gr. de glucose dans la veine jugulaire, il y a excès de glycémie et glycosurie. Mais si l'injection est faite lentement dans un affluent de la veine-porte, il n'y a plus de glycosurie. Le foie a retenu le sucre. Il sécrète et déverse dans l'économie les 500 grammes quotidiens de sucre qui sont, d'après Seegen, nécessaires aux besoins physiologiques et, par une loi d'équilibre dont on retrouve la manifestation dans tous les phénomènes de la vie, le sang du même sujet renferme, à l'état normal, une proportion uniforme de sucre. C'est la constante glycémique ; c'est aussi un exemple et une preuve de cette *homéostasie* (W. B. Cannon), ou fixité de composition du milieu intérieur, assurée par les échanges, les mutations, la mise en réserve ou l'élimination des matériaux si divers qui entrent dans la constitution du sang et des tissus. Claude Bernard a donc, le premier, apporté une démonstration de cette loi fondamentale d'équilibre humoral.

Par ces expériences, le rôle de *sécrétion interne* d'un organe était aussi établi pour la première fois. Claude Bernard entrevit même nettement, en 1860, que cette propriété s'étendait à d'autres organes glandulaires dépourvus de canaux excréteurs, mais capables de fournir à l'organisme des principes nécessaires à la vie. C'est le successeur de Claude Bernard au Collège de France, Brown Séquard, qui en fit la première démonstration.

Les recherches si nouvelles de Claude Bernard sur la glycogénie devaient lui susciter quelques contradicteurs. On a dit qu'il avait conféré au foie seul, la fonction glycogène. Mais n'avait-il pas affirmé que la matière glycogène est un élément et une condition de développement des tissus, chez le fœtus ? N'avait-il pas découvert, avant C. Rouget, du sucre et du glycogène dans les muscles, du glucose dans les faisceaux primitifs des muscles striés en voie de développement, dans le germe de l'œuf de poule, dans les œufs d'insectes et de mollusques, dans le blastoderme de la vésicule ombilicale du poulet, l'amnios des ruminants, etc. ? En ce qui concerne le glycogène, Claude Bernard disait « qu'il peut entrer directement dans la constitution des tissus pendant leur évolution embryogénique ». Sans doute, il est établi aujourd'hui que la fonction glycogénique n'est pas le privilège d'un organe, mais qu'elle est une propriété générale de tous les tissus en voie de développement et que les muscles en contiennent une certaine proportion. Le foie n'en subsiste pas moins comme le principal organe de production du sucre. (1)

Au milieu de la gestation, les plaques glycogéniques de l'amnios disparaissent avant la fin de la vie utérine. A ce moment, le foie qui n'en contenait aucune trace, se charge de glycogène. Claude Bernard conclut à « *l'universalité de la fonction glycogène et à sa nécessité dans la nutrition générale, aussi bien pour les animaux que pour les plantes* ».

L'opposition de Pavy ne s'est exercée que sur une partie de l'œuvre de Claude Bernard. Cet auteur contestait que le sucre hépatique se formât aux dépens du glycogène. Mais Boehm et Hoffmann ont confirmé, au contraire, que le sucre et le glycogène varient en proportion inverse et que la somme du sucre, du glycogène et de la dextrine dans le foie reste constante.

Il est actuellement démontré que les glycoprotéides, les nucléoprotéides, les acides aminés — non tous (Lusk) — et les graisses participent avec les aliments hydrocarbonés à la formation des sucres. Mais la preuve en a été apportée depuis longtemps par Claude Bernard lui-même, par la constatation de la glycémie physiologique chez les animaux soumis au régime carné exclusif ou à la diète ce qui établit par conséquent, la transformation des matières azotées en glycogène (*Le Diabète*, p. 338).

Si le glycogène et ses isomères ou polymères sont présents dans de nombreuses cellules de l'organisme autres que les cellules hépatiques (Armand Gautier) et si ces dernières elles-mêmes utilisent le sucre pour leur fonctionnement propre (Dastre), il n'y a là rien qui soit en opposition avec les découvertes de Claude Bernard sur la glycogénie hépatique.

* * *

L'ensemble de ces travaux qui eussent suffi à remplir l'existence tout entière d'un savant et qui, à coup sûr, eussent rendu son nom célèbre, ne constitue cependant qu'une faible part de ceux qu'on doit à Claude Bernard. Son activité scientifique était extraordinaire.

A l'*Académie des Sciences*, à l'*Académie de Médecine* à la *Société de Biologie*, ses notes ou ses publications denses, substantielles, se suivaient régulièrement qui, toutes, annonçaient des faits inédits, des découvertes importantes (Paul Bert).

On peut juger de son labeur par l'exemple qui suit.

Le Dr R. de la Coudraie a établi une table alphabétique et analytique des œuvres complètes de Claude Bernard : or, cette table comprend 227 pages de texte imprimé et serré, sur deux colonnes.

Dix-huit volumes remplis de faits expérimentaux, d'idées originales, de suggestions fécondes, d'aperçus philosophiques, condensent son enseignement au Collège de France, à la Sorbonne, au Muséum d'Histoire naturelle ; car il professa aussi pendant quelques années, dans ces deux derniers établissements.

Chacune de ses recherches appelait une technique nouvelle, que lui inspirait son ingéniosité secondée par une remarquable habileté expérimentale. S'agit-il de préciser l'action de la sécrétion gastro-intestinale, il institue les digestions *in vitro*. Se propose-t-il d'étudier individuellement les propriétés des muscles vivants, des glandes, il les isole par un poison, ou bien ayant sectionné leurs nerfs, il les place, par la circulation artificielle dans des conditions qui permettent plus aisément cette observation délicate. Sur la grenouille curarisée, il sépare un membre par la ligature préalable de ses vaisseaux nourriciers, ce qui permet d'étudier avec précision la motricité musculaire et les réflexes. Il transforme les animaux à sang chaud en animaux à sang froid pour mieux définir les propriétés de leurs tissus. Il empoisonne séparément une glande ou la fait fonctionner en stimulant ses nerfs séparés, en dehors de l'organisme, mettant la glande à l'état alternatif de repos ou de fonctionnement exagéré et démontrant ainsi qu'une fonction purement sécrétoire et chimique peut être actionnée et réglée par le système nerveux.

Ses expériences se suivaient, son raisonnement s'enchaînait avec une rigueur inflexible,

On apporta un jour, dans son laboratoire, des lapins venant du marché. Sur la table où ils étaient placés, il vit que leur urine était claire et acide. Ce fait le frappa, parce que les lapins ont normalement l'urine trouble et alcaline, en leur qualité d'herbivores, tandis que les carnivores ont, au contraire, les urines claires et acides.

Cette observation lui suggéra donc la pensée que ces lapins étaient dans la condition alimentaire des carnivores, c'est-à-dire qu'ils étaient à jeun depuis longtemps et, par conséquent, se nourrissaient de leur propre substance. Nous trouvons ici une première observation, d'ailleurs fortuite, d'où découle une idée expérimentale : vérifier l'idée préconçue ou l'hypothèse explicative.

On donne à manger de l'herbe aux lapins : quelques heures après, leur urine était devenue trouble et alcaline. On les soumet à la diète et, après 24 à 36 heures, leurs urines étaient claires et fortement acides, puis elles redevenaient alternativement alcalines ou acides suivant le régime imposé.

La recherche expérimentale avait donc découlé d'une hypothèse qui se trouvait vérifiée, et avait abouti à cette conclusion alors inconnue, à savoir qu'à jeun tous les animaux se nourrissent de viande, de sorte que les herbivores deviennent ainsi des carnivores. Ce fait bien simple procédait d'une observation également simple, laquelle avait évoqué une idée expérimentale, un raisonnement inductif, enfin une expérience.

(1) Je n'ai pas à rappeler ici les nombreux travaux qui, postérieurement à ceux de Cl. Bernard, ont étudié ou approfondi le problème de la glycogénèse (E. Pflüger, J. Otto, Arthus et Huber, Salkoswki, Lüthje, Chauveau, J. de Meyer, J. von Mering et O. Minkowski, E. Hédon, etc.)

Mais, ainsi présentée, cette expérience n'était pas complète. Elle n'avait pas, en effet, de contre-épreuve. C'est pourquoi Claude Bernard nourrit des lapins uniquement avec du bœuf bouilli froid aliment qu'ils mangent très bien quand on ne leur en donne pas d'autre). Pendant la durée de cette alimentation carnée, les urines devinrent acides, claires et riches en urée.

L'investigation scientifique n'était pas terminée. Il voulut s'assurer que les lapins avaient non seulement absorbé, mais réellement digéré la viande cuite donnée comme aliment.

Il fit donc leur autopsie et vit, en effet, que tous leurs vaisseaux chylifères étaient gorgés d'un chyle très abondant. Le lapin peut donc, dans certaines conditions, se comporter comme un carnivore.

Or, chez les lapins sacrifiés, il remarqua que les chylifères blancs et laiteux ne commençaient à être visibles qu'assez bas, à environ 20 centimètres au-dessous du pylore, alors que, chez le chien en digestion, les chylifères sont visibles beaucoup plus haut, immédiatement après le pylore.

Pourquoi cette différence ? Claude Bernard vérifie les rapports anatomiques du canal pancréatique chez le lapin et chez le chien et observe que l'insertion du canal pancréatique du lapin est située dans un point très bas, précisément au voisinage du lieu où les chylifères deviennent lactescents.

Ce simple fait d'oservation qui eût paru sans grand intérêt pour un autre, retint l'attention de Claude Bernard. Il faut lire, dans son *Introduction à l'étude de la Médecine expérimentale*, les pages qu'il consacre à cette enquête physiologique. Je fis, dit-il le syllogisme suivant : le chyle blanc est dû à l'émulsion des graisses. Or, chez le lapin, le chyle blanc se forme au niveau du déversement du suc pancréatique dans l'intestin. Donc c'est le suc pancréatique qui émulsionne la graisse et forme le chyle blanc.

Et, partant de cette constatation nouvelle et du raisonnement qu'elle lui suggère, Claude Bernard démontre, en effet, par une suite rigoureuse d'idées et d'expériences, par l'institution des fistules pancréatiques, le rôle physiologique considérable du suc pancréatique dans l'émulsion des corps gras, et, par suite dans leur digestion. Du suc pancréatique mêlé avec de l'huile, l'émulsionne instantanément et, plus tard, acidifie le milieu, grâce à son ferment, en le décomposant en acide gras et glycérine, etc.

La découverte des propriétés si caractéristiques du curare met encore en relief la sagacité de cet esprit toujours tendu vers la recherche expérimentale.

Claude Bernard injecta du curare sous la peau d'une grenouille ; elle mourut après quelques minutes. Aussitôt il l'ouvrit pour en faire ce qu'il appelait l'*autopsie physiologique*. Or, chez la grenouille empoisonnée, les contractions cardiaques continuaient, la circulation sanguine se poursuivait, les globules sanguins étaient intacts, les muscles devenus inertes avaient pourtant, lorsqu'on les excitait, leur contractilité normale. Mais les mouvements réflexes, comme les mouvements volontaires, étaient abolis ; les nerfs moteurs excités ne provoquaient pas davantage de contraction.

Répétée sur d'autres grenouilles, puis sur des animaux divers, l'expérience donnait la même réponse.

Claude Bernard put démontrer que le curare détermine la mort par arrêt fonctionnel de tous les nerfs moteurs, sans intéresser les nerfs sensitifs.

Pour donner un autre exemple de la méthode expérimentale suivie par Claude Bernard, on peut rappeler sa découverte de l'action de l'oxyde de carbone sur les globules sanguins et du mécanisme de l'asphyxie oxycarbonée. Aucune explication n'en avait encore été fournie.

Il empoisonne un chien par inhalation d'oxyde de carbone et, immédiatement après la mort, en fait l'autopsie. La seule constatation fut que le sang était rutilant, aussi bien dans le système veineux que dans les artères. Il en fut de même sur le lapin, les oiseaux, la grenouille.

Par des analyses réitérées, pratiquées sur le sang, dans des conditions variées, et qui se contrôlaient mutuellement, Claude Bernard fut conduit à conclure que l'oxyde de carbone déplace l'oxygène des globules sanguins, se substitue à ce gaz et n'en peut plus être déplacé lui-même, en raison de son affinité énergique pour l'hémoglobine et de la combinaison plus stable qu'il forme avec cette dernière.

La mort dans l'intoxication oxycarbonée était donc expliquée par l'arrêt des fonctions physiologiques des globules sanguins, fonctions essentielles à la vie.

Claude Bernard put même déduire, de cette constatation si importante, une méthode nouvelle et originale de titrage de l'oxygène du sang.

L'activité expérimentale de Claude Bernard s'est exercée sur tant de sujets qu'il serait téméraire de songer à les rappeler ici. Sa mémorable découverte des *nerfs vaso-moteurs*, ces moteurs vasculaires périphériques doués d'une autonomie propre, véritables directeurs de l'activité sanguine en dehors de l'impulsion cardiaque et indépendamment de la volonté, a complété et fixé définitivement le problème de la circulation du sang.

***

Ainsi que l'a fait remarquer Paul Bert, en dix années de laboratoire, Claude Bernard avait déjà donné la substance de ses plus belles découvertes. Celles-ci étonnaient le monde. Pour juger exactement de leur importance, il faut se placer, par l'imagination, non à notre époque présente, mais à la période où elles furent faites, alors que la Biologie ne s'était pas encore dégagée des ténèbres dans lesquelles elle était enveloppée. On comprend mieux, alors, l'émotion que suscitaient partout ces travaux. Chaque communication de Claude Bernard, chaque leçon étaient attendues ou écoutées dans un respectueux silence. A l'Académie des Sciences, comme au Collège de France, tous n'étaient que les disciples du Maître. Pendant vingt années, de cette chaire où il a professé, Claude Bernard a exercé son prestigieux apostolat. Les plus grands biologistes, Brown-Séquard, Paul Bert, Dastre, Jolyet, Mathias Duval, Chauveau — qu'il me soit permis de joindre à ces noms, celui de mon illustre Maître et ami, M. d'Arsonval — se réclamaient de lui, de ses méthodes et de sa discipline intellectuelle.

Pour lui, même à l'apogée de sa célébrité scientifique, il demeurait indifférent au retentissement que soulevaient ses découvertes : la simplicité est la plus belle parure du génie. Toujours circonspect cependant, il conseillait aux expérimentateurs de n'avancer qu'avec une extrême réserve dans les sciences biologiques. « Le rôle de la méthode, écrivait-il, est encore plus important que dans les autres, par suite de la complexité immense des phénomènes et des causes d'erreur sans nombre que cette complexité introduit dans l'expérimentation. » Il affirmait expressément que le « déterminisme » est à la base de tous les phénomènes physiologiques. Cette loi organique, qui commande aux actes cellulaires, aux sécrétions glandulaires, à la nutrition, au fonctionnement intime des viscères, du système nerveux, de l'encéphale, il la rappelle dans presque tous les chapitres de ses ouvrages. Il s'est toujours appliqué à en vérifier le principe aussi bien par les analyses chimiques que par l'expérimentation. Chacune de ses leçons trahissait son souci « de remonter à la cause prochaine des phénomènes. » Il précisait encore une fois la nature de ces derniers : « Il ne faut pas établir un antagonisme entre les phénomènes vitaux et les phénomènes physico-chimiques, mais bien au contraire, constater un parallélisme *complet* et *nécessaire* entre ces deux ordres de phénomènes ».

Il savait qu'une découverte n'est jamais qu'un degré de plus vers la vérité, mais qu'elle n'est pas le dernier. « Peu importe d'avoir la vérité absolue, disait-il, pourvu qu'on ait la certitude de la relation des phénomènes entre eux. » L'avenir n'est, en effet, dans ce domaine, qu'une découverte continue. Mais le doute scientifique que préconisait Claude

◆◆◆

Bernard, n'était pas le septicisme. Peut-être, même, a-t-il voulu prémunir les générations futures contre une telle tendance et mettre les savants en garde contre le jugement habituel de la postérité pour qui l'éloignement du temps estompe ou dissimule la grandeur des découvertes passées. Il écrivait cette réflexion caractéristique : « Le grand homme est le géant sur les épaules duquel sont montés les pygmées qui voient plus loin que lui..... Mais le grand homme n'en reste pas moins le géant ». Il commentait ainsi, à sa manière, le mot de Roger Bacon qui, comparant les anciens aux modernes, disait : « les plus jeunes sont, en réalité, les plus vieux puisqu'ils héritent de tous les travaux du passé ».

C'est, pénétré de ces sentiments qu'un modeste travailleur, alors Interne des Hôpitaux, rempli d'enthousiasme pour le Maître et nourri de son œuvre, tenta, il y a bien longtemps, de reprendre les recherches physiologiques de Claude Bernard relatives à la chaleur animale et spécialement aux causes de la mort dans l'Hyperthermie. Il crut pouvoir annoncer, sur la constatation des tracés cardiographiques et pulmonaires, sur l'analyse des gaz du sang et des voies respiratoires, sur l'arrêt du cœur — *ultimum moriens* — en diastole, que la mort n'est pas due, comme on le croyait jusqu'alors, à l'arrêt primitif du cœur ni à la coagulation du myocarde. Elle relève d'une cause plus complexe. Assurément, si Claude Bernard eût eu la possibilité d'approfondir ses recherches, il eût, avec sa très haute maîtrise, trouvé plus et mieux que l'humble disciple qui a, aujourd'hui, le grand honneur de parler devant vous, et qu'un destin trop favorable a conduit à l'honneur, non moins insigne, de professer aussi au Collège de France.

* * *

Cependant, la continuité de tant de labeur surhumain avait fini par entamer gravement les forces physiques de Claude Bernard. Non sans inquiétude, ses amis et ses admirateurs le virent en 1866 obligé de quitter le Collège de France pour se rendre dans son pays natal, à la recherche de la santé qui l'avait fui. L'anxiété de tous fut grande. Il guérit, cependant. Ce fut l'occasion pour Pasteur d'écrire sur Claude Bernard un article élogieux dont celui-ci le remercia en termes émus : « Mon cher ami, vous m'avez fait un homme illustre de par votre autorité scientifique. C'est pour moi un bien précieux encouragement d'être approuvé et loué par un savant tel que vous.... Nous devons être nés pour nous entendre puisque tous deux nous sommes animés de la même passion et des mêmes sentiments pour la vraie science. »

Et cet épisode appelle une réflexion. N'est-il pas digne de remarque que ces deux savants célèbres, qui ont suivi leur carrière sur des voies différentes, mais dont le génie s'apparente néanmoins par une égale puissance de pénétration, ne se soient pas rencontrés sur un terrain commun celui de l'origine des maladies infectueuses ? Sans doute, Claude Bernard rappelle-t-il maintes fois, les rapports étroits qui unissent la Physiologie et la Pathologie. « La Physiologie générale, dit-il, est la Science biologique fondamentale vers laquelle toutes les autres convergent ...... La Pathologie et la Thérapeutique reposent également sur cette base commune ». Il revient souvent sur cette opinion, ajoutant qu'« il n'y a qu'une science de la vie qu'il s'agit d'expliquer aussi bien à l'état pathologique qu'à l'état physiologique » et il résume sa pensée sous cette forme lapidaire : « l'état physiologique et les états pathologiques sont régis par les mêmes forces ».

Bien que Claude Bernard, se soit proposé d'unifier, dans une même interprétation, la Physiologie et la Pathologie et de ramener à des conditions biologiques semblables le déterminisme qui commande les processus morbides aussi bien que le fonctionnement normal de l'organisme, il n'a, cependant, accordé aux premiers, je veux dire à la maladie et, particulièrement, à la maladie parasitaire, qu'une attention éloignée. Pourtant Pasteur avait déjà mis en lumière le rôle pathogène des infiniments petits. On eût été curieux de connaître l'avis du grand physiologiste sur ce sujet d'une importance incalculable en Médecine. Mais exception faite pour ses magistrales études expérimentales sur le diabète, l'intoxication oxycarbonée, le mal de Bright, le rôle de quelques poisons, etc., il apparaît bien que Claude Bernard se soit délibérément abstenu de franchir plus avant les frontières de la Pathologie. Dans ses considérations si élevées sur les fonctions biologiques, à peine a-t-il fait allusion, et d'une manière incidente, à l'œuvre de Pasteur. On relève dans son *Rapport sur les progrès de la Physiologie en France*, une courte phrase « sur les générations spontanées qui sont repoussées par différents savants, mais surtout par M. Pasteur », et qu'il condamne lui-même comme « inadmissibles ». Il parle ailleurs de « virus, de produits septiques » et de « substances organiques qui se développent au sein d'un organisme vivant » (*Leçons de Pathologie expérimentale*). Il n'est pas beaucoup plus explicite lorsqu'il mentionne, sans s'y arrêter, « les affections limitées à un point de l'organisme qui peuvent souvent empoisonner le sang par une sécrétion vicieuse. »

Sur les raisons qui ont pu commander cette réserve, on ne saurait formuler que des hypothèses. On peut supposer, en particulier, que Claude Bernard ait craint d'embrasser du regard un horizon trop vaste. Une telle ambition n'était point, indigne de son magnifique génie. Mais la simple et harmonieuse unité de sa vie semblait écarter tout ce qui ne se ramenait pas à ses recherches de dilection. Considérant, avec raison, la physiologie comme la base expérimentale de la médecine, il estimait que l'édification de cette science était un objet suffisant à son activité. Il dit, d'ailleurs, expressément, quelque part : « la science physiologique est une science si vaste, qu'un seul physiologiste ne saurait jamais avoir la prétention de la cultiver dans toutes ses parties.. . Dans la pratique, le savant doit se spécialiser. »

En ce domaine, tant de problèmes, en effet, se dressent devant la curiosité des hommes de laboratoire ! De toutes les sciences, la Biologie est la plus complexe et, peut-être, est ce la raison pour laquelle, à son enseigne, se rangent depuis Claude Bernard, de si nombreux adeptes. Toutes les autres sciences lui offrent leur participation. Elle leur emprunte leur concours pour émettre ses hypothèses, instituer ses expériences, étayer ses conclusions. Mais elle n'est la servante d'aucune d'elles. Elle s'en fait des auxiliaires, mais elle les dirige. Elle leur apporte, à son tour, la consécration de ses découvertes. Son fondement, c'est l'expérimentation. Expérimenter, c'est s'efforcer de reculer l'horizon qui barre l'inconnu. Conduit par le raisonnement et, parfois, comme ce fut le cas pour Claude Bernard, inspiré par une intuition spontanée, l'esprit construit des chimères que le laboratoire entreprend de vérifier et de réaliser. Le biologiste s'efforce de condenser dans le tube à essai, de transposer sur l'animal d'expérience, le phénomène encore mystérieux dans son essence, afin de le vivifier et de l'intégrer à une loi physiologique. Dans l'activité silencieuse du laboratoire, la recherche est, certes, ardue et souvent décevante, car la science demeure infinie alors que la puissance investigatrice du travailleur est mesurée. Mais qu'importe ? Parfois, survient l'homme de génie qui, tel Claude Bernard, jette sur la vérité cachée des éclairs éblouissants. Il y aura toujours des hommes épris d'idéal, avides d'entrevoir, à travers les mirages de leur raison, les splendeurs éternelles de la science !

* * *

Presque jusqu'à sa dernière heure, l'illustre savant, tout entier à la physiologie, ne cessait de songer à des projets d'expérimentation. « Je pense, disait-il, que nous pourrons produire scientifiquement de nouvelles espèces organisées, c'est-à-dire que nous ferons apparaître des formes qui existent virtuellement dans les lois organiques, mais que la nature n'a pas encore réalisées ». Cette haute vision han-


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS


CHLORO-CALCION
SOLUTION STABILISÉE, RIGOUREUSEMENT DOSÉE, DE CHLORURE DE CALCIUM
CHIMIQUEMENT PUR
80 gouttes ou ½ cuiller à café = 1gr. Ca Cl²
Recalcifiant
Hémostatique
Déchlorurant
DIRECTEMENT
ASSIMILABLE
Littér. Echant. LABORATOIRE MICHELS
9, Rue Castex _ PARIS (IVe)

tait encore Claude Bernard une année avant sa mort. Il disait : « J'ai dans l'esprit des choses que je veux absolument terminer ».

Cependant, vivant dans la sérénité de ses méditations, en tête-à-tête avec l'inconnu, il ne s'apercevait pas que sa fragile enveloppe cédait une fois encore aux atteintes de la maladie. Son visage, grave et expressif à l'image des spéculations élevées qu'il réfléchissait, faisait penser au mot de Renan : « la paix n'habite que les hauteurs ». Dans ce laboratoire qu'un de ses assistants appelait « une tanière humide et obscure », la maladie qui l'avait durement éprouvé douze ans auparavant, le reprit de nouveau, insidieuse et, cette fois, inexorable. Alors, cédant aux exigences de sa santé, il se réfugia une fois de plus, dans son cher ermitage de Saint-Julien, mais non sans poursuivre, en même temps, de nouvelles recherches : sa pensée ardente ignorait le repos.

A son retour à Paris, à l'automne de 1877, il était fort affaibli. Il disait cependant à ses élèves : « j'ai fait de belles choses, vous verrez » ; et à un autre, ces mots à travers lesquels irradiait son génie créateur : « Je puis faire maintenant des synthèses partielles ».

Mais nous ne connaîtrons jamais ce qu'étaient ces ultimes travaux, car le destin était là, qui terrassa le géant. Lorsqu'il sentit sa fin imminente, et qu'il lui fallut, selon le mot de Roger Bacon, « prendre le chemin de toute chair périssable », il exprima le regret, non de quitter cette vie qui l'avait fait immortel, mais de ne pouvoir achever ses dernières recherches : « C'est dommage, dit-il, c'eût été bien finir ». Le savant passionné de vérité, est tout entier dans cette dernière parole.

Claude Bernard a fondé la Science de la vie. « Ce n'est pas un physiologiste, disait de lui J.-B. Dumas, *c'est la Physiologie même* ». Il a apporté, dans les problèmes sans nombre qu'il a soulevés, la lumière pénétrante de son génie. Guidé par un esprit, à la fois interrogateur et visionnaire, il a fait un ensemble de découvertes dont la multiplicité et la grandeur étonnent. « En vingt ans, a dit de lui Paul Bert, Claude Bernard a plus trouvé de faits dominateurs, non seulement que les physiologistes français qui, peu nombreux, travaillaient à ses côtés, mais que l'ensemble des physiologistes du monde entier ».

Son œuvre scientifique est immense.

Messieurs, l'honneur est grand pour le Collège de France, de pouvoir inscrire le nom de Claude Bernard au nombre de ses Maîtres. Ce nom durera autant que la Physiologie elle-même. Rendre hommage à Claude Bernard, c'est donc exalter la Science, mais c'est aussi honorer la Maison qui l'a compté parmi les siens. Car le Collège de France porte le reflet de sa gloire.....

Greffes testiculaires. — Il convient de méditer les conclusions auxquelles arrive le vétérinaire H. Velu (Etat actuel de nos connaissances sur la greffe testiculaire. *Maroc médical*, 1931, p. 181) qui a eu l'occasion de suivre au Maroc des expériences importantes destinées à contrôler si les greffes de Voronoff étaient susceptibles d'améliorer le cheptel.

« Au point de vue histologique, les avis de tous les expérimentateurs, Voronoff et Retterer exceptés, sont unanimes : La greffe testiculaire, dans les conditions actuelles, n'est pas une greffe, dans le sens biologique et histologique du mot : c'est une inclusion, une implantation d'un tissu voué à la mort et à la résorption plus ou moins rapide. Au point de vue biologique, à une ou deux exceptions près (Vera Polovtzov en particulier), nous retrouvons la même unanimité. La greffe prépubère n'exerce aucune influence ni sur la taille, ni sur le développement corporel, ni sur les caractères sexuels, ni sur la production de la laine, ni sur la progéniture.

« Elle peut entraîner (surtout chez les animaux séniles) une amélioration éphémère de l'état général. »

Embolies. — Leur augmentation est-elle fonction de l'augmentation des injections intraveineuses ? Non, dit Wahlig (*Klin. Woch.* 8 nov. 1930, p. 2110).

A. M.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le rôle des ciments en pathologie professionnelle

Par **André FEIL**

L'industrie des ciments a pris, au cours de ces dernières années, un essor considérable. On compte, en France, une centaine d'usines de ciment artificiel qui fabriquent annuellement dix millions de tonnes de ciment et occupent plus de vingt mille ouvriers. Un nombre encore plus grand de travailleurs utilisent le ciment ; son emploi est, en effet, général et de plus en plus répandu dans la construction, qu'il s'agisse d'établir des ouvrages d'art, d'édifier des immeubles en béton armé ou de préparer du simple mortier.

L'importance de cette industrie, le nombre considérable d'ouvriers qui préparent ou emploient le ciment, justifient que l'hygiéniste s'intéresse à la pathologie des ouvriers cimentiers. *Aussi, ne faut-il pas s'étonner que cette question ait été mise à l'ordre du jour des séances du VIe Congrès international des accidents et des maladies du travail, qui doit se tenir à Genève au mois d'août prochain. La discussion offrira un intérêt certain. Elle aboutira, il faut l'espérer, à une mise au point de la pathologie des cimentiers, question qui paraît s'être heureusement modifiée grâce aux remarquables progrès de la technique moderne.*

A l'occasion de ce Congrès, peut-être n'est-il pas inutile de rappeler, par quelques exemples, les principales lésions produites par le ciment.

Les ciments sont des matériaux qui ont la propriété de devenir durs comme de la pierre, de « faire prise » lorsqu'on les mélange à l'eau, ou même lorsqu'on les plonge dans l'eau.

Leur aspect est celui d'une poudre très fine, légèrement verdâtre. Ils sont constitués, en proportions variables, par diverses substances dont les principales sont la chaux, la silice, l'alumine. Leur composition est analogue à celle de la chaux, mais ils renferment une plus forte proportion d'argile (21 à 26 pour cent) et ils se prennent plus rapidement. Le temps de prise peut varier de quelques minutes (ciments rapides) à plus d'une heure (ciments lents).

Il existe diverses sortes de ciments :

1° *Le ciment Portland*, très employé, est un ciment à prise lente ; il renferme une forte proportion de silice (19 à 26 pour cent).

2° *Le ciment Romain*, à prise rapide, presque immédiate, résulte de la calcination d'un calcaire argileux à forte proportion de silice.

3° *Le ciment de Grappiers* est aussi à prise rapide ; il est très riche en silice (22 à 30 pour cent) et en argile.

4° *Les ciments mixtes* formés d'un mélange de plusieurs ciments.

Citons encore le laitier des hauts fourneaux (mélange de silicate de chaux et d'alumine), le Pouzzolane (très pauvre en chaux), les ciments alumineux, magnésiens, etc... Les superciments, qui sont des ciments Portland spéciaux à haute résistance et à durcissement rapide.

Nocivité du ciment. — Le danger du ciment réside dans les poussières qui se dégagent soit du ciment lui-même, soit des matières premières (au cours du concassage, du blutage, du mélange, de l'ensachage).

La poussière du ciment fini est formée de grains hexagonaux

de 10 à 12 microns ; la poussière brute est composée de grains arrondis, de 4 à 5 microns. Ces poussières se déposent sur la peau, sur les muqueuses externes, ou pénètrent par les voies respiratoires.

ACTION DU CIMENT SUR LA PEAU ET SUR LES MUQUEUSES. — Celle-ci résulte d'une double cause :

a) *Mécanique*, par la silice dont les grains durs et anguleux produisent une action irritante.

b) *Caustique*, par la présence de la chaux.

Cette action caustique est augmentée du fait que le gâchage du ciment à prise rapide est toujours accompagné d'une élévation de température plus ou moins forte (1). Notons, toutefois, que l'action thermique, longtemps considérée comme prédominante, semble au contraire très secondaire : Schmidt Rimpler a mesuré, au moyen d'appareils thermo-électriques, la température de la chaux vive placée dans de petites capsules et il n'a guère trouvé plus de 70 degrés, tout au moins lorsque la chaux est en petite quantité, ce qui est le cas pour le ciment.

Baudouin (2), comme la plupart de ceux qui se sont occupés de cette question, fait jouer le rôle essentiel à la chaux. Il accorde peu d'importance aux grains durs de silice et à l'élévation de la température. D'après lui, les accidents cutanés des cimentiers sont comparables à ceux des mineurs de chaux.

Sans doute aussi doit intervenir l'occlusion des pores de la peau par les particules durcies du ciment.

ACTION DES POUSSIÈRES DE CIMENT SUR LE POUMON. — D'après Briault (3), qui a expérimenté sur le cobaye, l'inhalation des poussières de ciment provoquerait une diminution des échanges respiratoires.

Professions qui exposent aux poussières du ciment. — On peut les diviser en deux groupes :

La fabrication du ciment ;
L'emploi du ciment.

1° FABRICATION DU CIMENT (4). — Le ciment le plus répandu, le Portland, se prépare de la façon suivante : les matières premières (marne, chaux, argile, silice) sont concassées, broyées, pulvérisées dans des appareils spéciaux. Le mélange se fait par *voie sèche* (lorsque les matières premières, trop dures, doivent être au préalable complètement pulvérisées) ou, plus souvent, par *voie humide* : le mélange est versé avec de l'eau dans des bassins délayeurs où il est brassé; l'eau est éliminée par décantation ; il reste une pâte qui, transformée ou non en briquettes, est cuite à 1.400° C dans des fours spéciaux (fours à dôme, fours Hoffmann, fours français, four rotatifs).

Actuellement, en France, on se sert presque uniquement des fours rotatifs, constitués par un grand cylindre de 40 à 100 mètres de long sur 2 à 3 mètres de diamètre. Ces fours, en tôle d'acier, revêtus intérieurement de briques réfractaires, sont animés d'un mouvement de rotation très lent, et présentent une légère inclinaison pour permettre à la pâte de descendre lentement vers l'extrémité inférieure. Dans sa course, la pâte rencontre des gaz chauds cheminant en sens inverse, si bien qu'elle se trouve d'abord séchée, puis cuite. Pendant la cuisson, qui se fait aux environs de 1.450°, la chaux réagit sur l'argile et donne de l'aluminate et du silicate de chaux. Le mélange, après avoir traversé la zone la plus chaude du four rotatif, passe dans un deuxième cylindre plus court, placé à la suite et au-dessous du premier, dans lequel il se refroidit. A la sortie du four, on recueille les *Clinkers*, morceaux durs et d'un brun verdâtre. On les trie : ceux qui sont à point sont broyés, pulvérisés et blutés ; on obtient ainsi le ciment qu'on laisse séjourner quelque temps dans les *silos* où s'accomplissent spontanément un certain nombre de réactions qui lui donnent les qualités requises. Le ciment est ensuite recueilli dans des sacs de 50 kilogr. ou dans des fûts.

Le principal danger, au cours de la fabrication du ciment c'est le dégagement des poussières. Celles-ci se forment pendant le séchage du mélange argile-calcaire-oxyde de fer, pendant le broyage, le concassage, le blutage, le tamisage, la mise en sac.

Voici, d'après Kœlsch (1), la quantité moyenne de poussières qui se dégagent par mètre cube d'air :

Salle des broyeurs : 168 à 520 mmgr.
Salle d'emballage des sacs : 353 à 685 mmgr.
Salle d'emballage des fûts : 1.176 à 1.720 mmgr.

Ces chiffres indiquent que le travail est surtout dangereux pour les ouvriers ensacheurs. Hesse a calculé qu'un ouvrier, travaillant dix heures par jour, respire chaque jour 1 gramme 12 de poussières de ciment et, par an, 336 grammes (2).

Evidemment les vieilles fabriques, où les règles d'hygiène sont assez mal observées, donnent des chiffres plus élevés que les fabriques modernes où le travail, l'ensachage en particulier, se fait par des moyens mécaniques.

Les fours rotatifs sont une des principales causes de production de poussières ; il s'en dégage, par les hautes cheminées, d'énormes quantités (quelquefois plusieurs tonnes par jour) qui, sont entraînées par les vapeurs et les gaz. Pour donner une idée de ce danger, citons une fabrique de ciment du Sud-Est de la France qui rejetait 40 à 45 tonnes de poussières en vingt-quatre heures avant l'installation des appareils de précipitation.

Il ne faut pourtant pas exagérer ce danger ; les poussières de ciment, émises par les fours rotatifs, sont moins nocives que celles qui se dégagent des fours verticaux dont on se servait autrefois. Lorsqu'on fait usage de fours verticaux, une quantité notable de chaux, 30 à 40 pour cent, reste libre et n'est pas combinée. Avec les fours rotatifs, au contraire, presque toute la chaux se combine ; on ne trouve que 1 à 2 pour cent de chaux en liberté. C'est là un résultat de la plus grande importance en pathologie professionnelle, s'il est vrai, et il le semble bien, que la chaux est, dans le ciment, le constituant nocif.

Au danger des poussières, s'ajoutent d'autres causes d'incommodité : la température élevée dans le voisinage des fours, les courants d'air, le dégagement de gaz toxiques qui proviennent des charbons utilisés.

2° EMPLOI DU CIMENT. — Les usages du ciment sont très nombreux ; en voici quelques-uns :

Construction. On utilise, en proportions variables, le mélange ciment, sable, cailloux.

Fabrication du mortier [mélange de ciment (ou chaux) et de sable].

Fabrication du béton [mélange de ciment, de sable, de gravier (ou de pierres concassées)].

Fabrication de ciment armé (mortier de ciment lent coulé autour d'une ossature de fer (treillis ou grilles entrelacées). Le ciment armé résiste à la flexion.

Modelage.

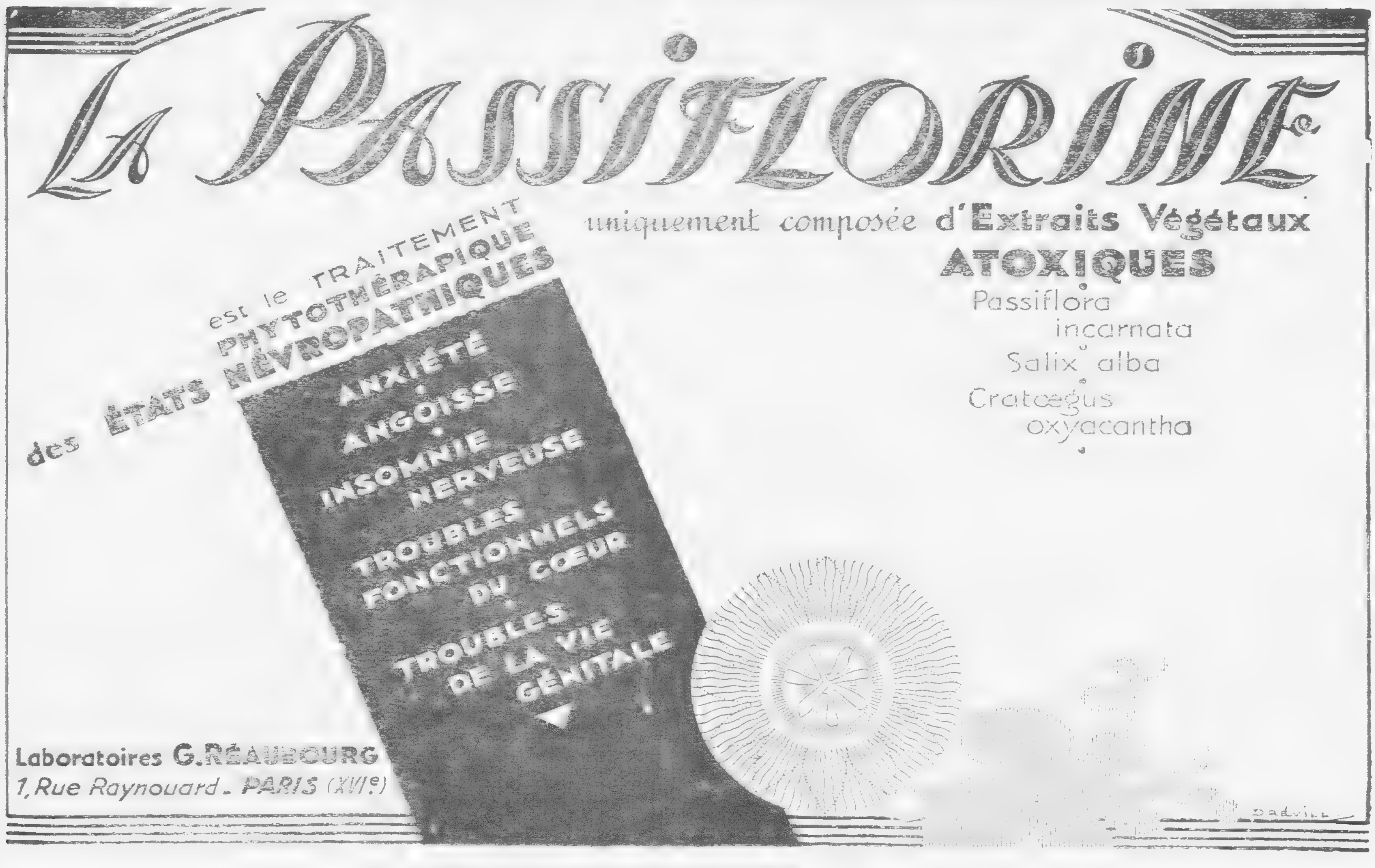
Avec le ciment, on fait des murs, des ponts, des maisons, des bancs, des bassins, des canalisations, égouts, constructions sous-marines. Signalons aussi son application récente pour la consolidation des terrains par injection, sous pression, de ciment pur ou de mortier ; et son emploi pour le revêtement des chaussées mordernes (macadam-mortier et revêtement en béton).

Pour tous ces travaux, on emploie plus spécialement le ciment Portland.

(1) ANSTETT. — A propos de la gale des cimentiers. (*Bulletin de l'Académie de médecine*, n° 33, 1925, Paris.)
(2) BAUDOUIN. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, 6 octobre 1925, n° 31.
(3) BRIAULT. — Thèse de Paris 1911, p. 58.
(4) Depuis que le Français Vicat inventa, en 1818, le ciment artificiel, des perfectionnements continuels dus pour la plupart à des ingénieurs et des chimistes français (Henri Le Chatellier, Caquot, Freyssinet, etc.) ont été apportés à la technique de la fabrication des ciments, si bien que l'industrie sait aujourd'hui préparer des ciments appropriés à toutes les circonstances (ciment à haute résistance, ciment pour travaux à la mer en rivière, etc.).

(1) KŒLSCH. — *Zbl. f. Gewerbehygiene*, 1913, p. 441. Berlin.
(2) DENET-KRAVITZ. — Les pneumoconioses. (*Bulletin du service médical de travail*, 1924-25, p. 257, Belgique.)


GÉLOGASTRINE
LICARDY
PANSEMENT GASTRIQUE
GÉLOSE-GÉLATINE-KAOLIN
GRANULÉ
1 cuillerée à bouche
avant chaque repas
ou au moment des crises
TABLETTES
2 tablettes avant
chaque repas
ou au moment des crises
LABORATOIRES LICARDY _ 38. Brd Bourdon. NEUILLY-PARIS


LA PASSIFLORINE
uniquement composée d'Extraits Végétaux
ATOXIQUES
Passiflora
incarnata
Salix alba
Cratœgus
oxyacantha
est le TRAITEMENT
PHYTOTHÉRAPIQUE
des ÉTATS NÉVROPATHIQUES
ANXIÉTÉ
ANGOISSE
INSOMNIE
NERVEUSE
TROUBLES
FONCTIONNELS
DU CŒUR
TROUBLES
DE LA VIE
GÉNITALE
Laboratoires G. RÉAUBOURG
1, Rue Raynouard _ PARIS (XVIe)

Notons que parmi les 17 cas de maladies dues au ciment déclarés en France, pendant l'année 1928, au titre des maladies professionnelles figurent :

13 ouvriers appartenant à des entreprises du bâtiment ;
3 ouvriers employés à des travaux de manutention ;
1 ouvrier employé dans une tannerie.

Quoique ces chiffres soient certainement très inférieurs à la réalité, il semble qu'on puisse en déduire que l'emploi du ciment est plus dangereux que sa fabrication.

***

Avant de donner un aperçu général des lésions que l'on a coutume d'observer chez les cimentiers, nous croyons intéressant de résumer l'une de nos enquêtes dans cette industrie.

Cette enquête a porté sur un groupe d'ouvriers chargés de contrôler le ciment que l'on utilise, pour la construction, dans la région parisienne. Ces ouvriers travaillent dans un laboratoire assez vaste et bien aéré ; une salle de douche est constamment à leur disposition. Tous les ouvriers examinés, sauf un, font le travail depuis plus de six ans. Un seul a moins de 30 ans, les autres ont de 45 à 60 ans.

Au moment de notre enquête, tous ces ouvriers sont en bonne santé, aucun d'eux ne présente de lésions de la peau ou des muqueuses. Plusieurs (20 pour cent du total des ouvriers) ont eu des lésions cutanées produites par le ciment (eczéma, gale du ciment) ; ces lésions siégeaient sur les parties découvertes, en contact avec le ciment (main, avant-bras).

Beaucoup, parmi les travailleurs examinés (80 pour cent), se plaignent de tousser quand se dégagent des poussières ; c'est une toux passagère, qui ne les incommode pas et qui disparaît aussitôt le travail terminé. L'examen des poumons ne nous a rien révélé d'anormal.

Notons que les cimentiers examinés sont des ouvriers instruits, qui travaillent dans de bonnes conditions d'hygiène et prennent des soins attentifs de propreté (lavage des mains, douches, etc.).

***

Symptômes

L'action mécanique et chimique des poussières de ciment peut se manifester sur l'appareil respiratoire, sur les muqueuses (yeux, nez, bouche), et sur la peau.

1° **Action sur l'appareil respiratoire**. — Il semblerait que la grande quantité de poussières que respirent les ouvriers du ciment doive entraîner des lésions manifestes de l'appareil respiratoire. Cependant, beaucoup d'experts admettent que le nombre des affections pulmonaires est relativement peu élevé chez les cimentiers. D'après Legge, la poussière du ciment affecte seulement les voies respiratoires supérieures : présence de bronchiolithes et même d'incrustations de la muqueuse dans les grosses bronches ; la tuberculose ne serait pas plus fréquente que dans les autres professions. Certains (Pesenti) pensent même que la poussière de ciment peut arrêter l'évolution de la tuberculose (1).

Une enquête de Kœlsch fournit les chiffres suivants : mortalité par tuberculose chez les cimentiers : 0,22 pour 100 vivants au lieu de 0,29, chiffre moyen pour tous les hommes.

Malgré certains chiffres contradictoires on est en droit de conclure que la mortalité par tuberculose des ouvriers cimentiers est relativement peu élevée. La morbidité, au contraire, ne paraît guère favorable. Une enquête portant sur 600 ouvriers, a donné 10 % de maladies respiratoires banales (bronchite, emphysème, maladies pulmonaires aiguës) ; 1,3 % de tuberculose pulmonaire évolutive ; 15 % d'infiltration des sommets des poumons. Selon Kœlsch (2) qui a fourni ces chiffres, les affections bronchiques et pulmonaires constituent 30 à 40 pour cent des maladies des cimentiers.

(1) La rareté relative (?) de la tuberculose pulmonaire chez les cimentiers tiendrait d'après quelques auteurs, à la constitution chimique de la poussière de ciment ; la chaux et l'acide silicique, qui en sont des constituants importants, sont en effet préconisés dans la thérapeutique de la tuberculose.

(2) Kœlsch. — *Zbl. f. Gew. hyg.* 1913 p. 441, Berlin.

2° **Action sur les muqueuses**. — Bouche. — Les lésions de la muqueuse buccale seraient très fréquentes, mais généralement de peu de gravité. Sur 500 ouvriers d'une fabrique russe de ciment (enquête de 1925 portant sur deux années) 427 ont été trouvés porteurs de petites lésions des muqueuses, principalement de minimes ulcérations, déterminées par les particules de ciment. Ces chiffres nous semblent bien élevés et demandent à être confirmés par d'autres enquêtes.

Nez. — Les statistiques révèlent l'importance des lésions de la muqueuse nasale. Parmi 600 ouvriers examinés par Kœlsch, presque le tiers présentait une affection du nez. Généralement, il s'agissait d'une simple inflammation des cornets (17,3 pour cent) ou des polypes (9,3 %), mais il y avait aussi des ulcérations (2 %) et même la perforation de la cloison (1,7 %).

Une autre enquête effectuée, en 1927, dans une fabrique russe de ciment montrait une notable proportion de rhinite atrophique et de polypes.

Cliniquement, la lésion n'offre aucun caractère spécial ; la muqueuse est irritée, congestionnée ; s'il y a une ulcération, celle-ci est douloureuse et saigne facilement.

L'épistaxis est assez fréquente chez les cimentiers ; peut-être est-elle due à l'irritation produite sur la muqueuse nasale par les poussières abrasives du ciment, ou plus simplement, à l'agglomération des poussières dans les fosses nasales. Lorsque le ciment adhère à la muqueuse, il forme croûte, et en l'arrachant avec le doigt, l'ouvrier fait saigner la muqueuse.

On trouve quelquefois chez ces ouvriers des rhinolithes, véritables calculs constitués par de la poussière de ciment agglomérée. Betz (1) en a observé chez 7 à 10 pour cent des ouvriers ; Jurasz chez 1 pour cent ; Kœlsch a vu un rhinolithe qui mesurait 34 × 15 × 4 mm. et pesait 7 gr. 5, chez un ouvrier qui travaillait depuis dix ans dans un fabrique de ciment.

Yeux. — On observe des lésions de la conjonctive ou de la cornée.

La *conjonctivite* est assez fréquente (12 pour cent des ouvriers d'après Kœlsch). C'est habituellement une conjonctivite simple, banale, diffuse avec quelquefois de la nécrose aux points touchés par la poussière de ciment. Il peut en résulter des adhérences et des troubles fonctionnels.

La *cornée* présente des lésions souvent graves. La chaux, que renferme le ciment, se combine avec les albuminoïdes du tissu et détermine une opacité cornéenne indélébile ; quelquefois même la partie atteinte se sphacèle, l'ulcère progresse en profondeur, il peut en résulter une perforation oculaire et même la perte de l'œil.

On ne se rend pas toujours compte, au début, de la gravité de la lésion. La cornée peut conserver sa transparence plusieurs heures et même plusieurs jours, car c'est un des caractères des brûlures de la cornée de provoquer des altérations en quelque sorte à retardement, n'apparaissant qu'après un intervalle plus ou moins long.

Les complications graves sont heureusement rares. Le plus souvent on ne voit chez les ouvriers qu'une taie blanchâtre, superficielle, qui gêne plus ou moins la vision selon son étendue, son opacité et son siège.

La fréquence des lésions oculaires, comparées aux autres maladies, chez les ouvriers du ciment serait de 8,9 pour cent d'après une statistique russe de 1925.

3° **Action sur la peau**. — Les ouvriers qui sont en contact avec le ciment présentent dans une proportion de 4 pour cent d'après notre statistique personnelle (de 10 pour cent d'après Berger et Helwer, 1892-1899), une sorte d'eczéma prurigineux qu'on a appelé la gale du ciment (2).

Cette dermatite apparaît plus fréquente en été, pendant les chaleurs, favorisée sans doute par la transpiration ; les ouvriers

(1) *Hygiène du travail*, t. I, 1930, p. 559. Edition du Bureau international du travail, Genève.

(2) Notons qu'à l'hôpital Saint-Louis, ce grand centre de dermatologie de la région parisienne, on n'a observé que 6 cas de gale du ciment en 1911, et pas un seul en 1912.

que nous avons examinés lors de nos enquêtes ont été très affirmatifs à cet égard. Elle aurait souvent pour point de départ, d'après Martial et Ascher, des excoriations de la peau.

La lésion se rencontre principalement aux mains, aux doigts (surtout parties interdigitales), le lieu d'élection est l'espace correspondant au pouce et au dos de la main, à cause du contact avec la truelle. Elle peut s'étendre à l'avant-bras, au coude, au thorax et même au visage (paupières, oreilles). C'est au début une éruption papuleuse très fine, accompagnée de démangeaisons qu'exagère la chaleur du lit ; d'où sa ressemblance avec la gale et le nom que lui a été donné. L'ouvrier se gratte, écorche les papules qui se recouvrent d'une croûte.

Si la lésion n'est pas soignée, si l'ouvrier ne cesse pas rapidement son métier, la dermatite s'étend, prend un aspect eczémateux et croûteux, se couvre de vésicules, de pustules avec parfois un léger œdème. A la longue, la peau s'épaissit et le grattage finit par amener de la lichénisation plus ou moins marquée en certains points. Cette éruption très prurigineuse empêche le sommeil, elle peut s'accompagner de symptômes généraux, de fièvre, surtout lorsque les pustules ou les vésicules sont en évolution.

Nous avons personnellement observé 4 cas de tuberculose pulmonaire chez des cimentiers. Ces ouvriers étaient hospitalisés dans un service de 170 malades tuberculeux. C'est là, remarquons-le, une assez forte porportion qui ne fait guère présager une influence heureuse du ciment sur la tuberculose.

Voici nos observations très résumées :

M. A..., 27 ans. Tuberculose bilatérale à prédominance gauche. Ce malade a un bon état général, il n'a pas de température, il crache 4 à 5 fois chaque jour ; ses crachats renferment des bacilles. Les examens clinique et radioscopique indiquent de grosses lésions bilatérales, multicavitaires, surtout accentuées du côté gauche. Cet homme a travaillé comme ouvrier cimentier pendant six ans ; il travaillait en plein air, mais il prenait peu de précaution et respirait de la poussière de ciment.

M. C..., 32 ans. Bacillose fibro-caséeuse siégeant au poumon droit. Les crachats qui ont été positifs précédemment, sont négatifs depuis l'entrée au sanatorium. Son travail de cimentier consistait à transporter les sacs, à les décharger, à gâcher le ciment. C'est pendant qu'il effectuait ce travail qu'il a ressenti les premières atteintes de son mal. Il n'a jamais eu de lésions cutanées ou des muqueuses.

M. T..., 63 ans, a été garçon cimentier pendant huit ans ; il coltinait les sacs de ciment et respirait beaucoup de poussières. Il a cessé son métier il y a trois ans parce qu'il toussait, crachait ; il a été reconnu tuberculeux, et, après diverses hospitalisations, envoyé au sanatorium. L'examen pulmonaire montre des lésions tuberculeuses accentuées, une grosse caverne du côté gauche et des bacilles dans les crachats. Cependant le malade n'a pas de température et son état général reste assez bon. Il n'a jamais eu de lésions cutanées.

M. R... F..., 39 ans. Lésions bilatérales, évolutives, prédominant au sommet droit ; caverne de ce côté. Les crachats sont bacillifères ; la réaction de Bordet-Wassermann est négative. Cet ouvrier travaille depuis de nombreuses années comme cimentier ; il a interrompu son métier, à la suite d'une hémoptysie, pour entrer à l'hôpital. Il présente encore, à la main droite, une éruption prurigineuse sèche. Cette lésion, d'apparence eczémateuse, siège dans l'interligne des doigts, surtout entre le pouce et l'index, au niveau du poignet et du dos de la main. Elle durait depuis plusieurs semaines lorsque le malade est entré au sanatorium, elle s'est atténuée et tend actuellement à disparaître.

En résumé voici quatre observations de tuberculose fibro-caséeuse commune, à tendance évolutive, chez des ouvriers qui manipulent le ciment et en respirent la poussière. Si rien ne permet d'affirmer que le ciment soit d'une façon quelconque la cause de leur tuberculose (trop de facteurs ont pu intervenir), il n'apparaît pas, bien au contraire, que chez ces travailleurs le ciment ait eu une influence heureuse sur l'évolution de la maladie.

Voici, résumée, une de nos observations de gale du ciment :

M. Bour..., 52 ans, ouvrier cimentier depuis l'âge de 15 ans. Jusqu'en 1906, il a été employé dans une entreprise de ciment armé ; il travaillait alors 10 à 11 heures par jour. Depuis cette date, il ne manipule le ciment que 3 à 4 heures chaque jour.

Cet ouvrier cimentier a présenté, à plusieurs reprises, localisée aux mains, une éruption sous forme de boutons, quelquefois ulcérés, qui le démangeaient surtout la nuit. Ces boutons surviennent par période, durent un mois environ, puis disparaissent spontanément.

Plus souvent que la gale du ciment, on voit apparaître chez les ouvriers cimentiers une dermite eczémateuse qui ne se différencie pas d'un eczéma banal. En voici un exemple personnel :

M. Bern..., 57 ans, manipule des ciments depuis 1920, huit heures chaque jour. Il gâche le ciment à la truelle, mais quelquefois, il est obligé d'y mettre la main. Il travaille habituellement les manches fermées aux poignets. Un jour de forte chaleur, alors qu'il transpirait, il eut l'imprudence de relever ses manches jusqu'aux coudes ; il manipulait le ciment de Wassy. Les jours suivants, apparut sur l'avant-bras gauche, au-dessous du coude, une plaque d'eczéma de 6 à 7 cm. d'étendue. Cette plaque était formée de petits boutons qui le démangeaient surtout le jour. Il se grattait ; la lésion ainsi entretenue ne se généralisa pas, mais persista plus d'un an. Elle finit par guérir par simple application de pâte de zinc.

Chez les porteurs de sacs de ciment, l'éruption revêt un aspect spécial : les parties en contact avec le ciment (la nuque, le cou, les régions scapulaire et claviculaire) sont sèches et présentent de l'hyperhémie de la peau avec légère desquamation. Les follicules sont tuméfiés, ce qui donne l'apparence de la chair de poule ; dans quelques cas se produit une suppuration des follicules, c'est alors l'aspect de l'acné pustuleuse.

Nous avons observé un jeune homme de 18 ans qui, pendant trois mois, a fait le métier de débardeur de sacs de ciment. Cet ouvrier présentait dans le dos, là où les bretelles sont en contact avec la peau, une irritation cutanée, d'aspect eczémateux. Les grains de ciment étaient enchâssés dans l'épiderme. Il est vraisemblable que le frottement des bretelles et la sudation à ce niveau, avaient favorisé la disposition des lésions.

On a décrit d'autres lésions cutanées produites par l'action du ciment, c'est ainsi que Gougerot et Ragu (1) ont publié sous le nom de *pigeonneau du ciment* un cas de pigeonneau chez un cimentier, absolument analogue à celui qu'on observe chez les mégissiers. L'ouvrier travaillait pour la première fois le ciment ; le soir même il avait de la dermite, rougeur et brûlure des deux mains, et quelques jours plus tard, sur cette peau érythémateuse et œdématiée, on apercevait aux paumes et aux extrémités des doigts, des ulcérations, cliniquement identiques au pigeonneau, qui guérirent en un mois.

Ce malade, disent les auteurs, prouve que le pigeonneau est un syndrome que peuvent provoquer des causes différentes. C'est également notre avis. Le pigeonneau se voit, en effet, dans diverses professions, par exemple chez les travailleurs du chrome, de l'arsenic ; nous en avons rencontré plusieurs cas lors de nos enquêtes dans ces industries. Pécholier et Saint-Pierre l'ont également signalé chez les platriers et les maçons (2).

L'emploi du ciment dans l'industrie du modelage peut entraîner des modifications particulières au niveau de la peau des doigts : l'épiderme, en contact avec le ciment, blanchit, se ramollit, s'use, devient le siège d'ulcérations minuscules (2 à 3 millimètres de diamètre, 1 millimètre de profondeur). Ces ulcérations sont douloureuses spontanément, mais surtout au toucher ; elles siègent à la face palmaire des doigts, principalement sur leurs bords, au pouce et au médius droits en particulier, quelquefois à l'index gauche.

Pour atténuer la douleur et la sensation de sécheresse qui l'accompagne, il faut sans cesse humecter les doigts ou les tenir au frais par un petit pansement humide.

Baudouin (3), qui a attiré l'attention sur cette affection cutanée, l'attribue aux grains de silice qui usent le tégument à la façon d'une meule, et à la chaux produite au moment de l'humidification du ciment.

A la vérité, cette lésion de la pulpe des doigts ne se voit pas seulement chez les ouvriers modeleurs, elle peut apparaître

(1) Gougerot et Ragu. — Société de dermatologie, séance du 11 décembre 1930.

(2) Pécholier et Saint-Pierre. — Etude sur l'hygiène des ouvriers peaussiers du département de l'Hérault, 38 p., Paris, Asselin édit. 1864. Paul Lhuillier. — Thèse de Paris. 1901, p. 32.

(3) Marcel Baudouin. — Une nouvelle affection des modeleurs au ciment armé. *Académie de médecine*, 6 octobre 1925, n° 31.


SÉDOBROL
"ROCHE"
Tablettes d'extrait de bouillon
concentré achloruré et bromuré
1 tablette Sédobrol Roche = 1gr NaBr
Traitement bromuré intensif dissimulé
Tous les états nerveux :
Neurasthénie. Épilepsie.
Hyperexcitabilité.
DOSE :
ADULTES : 1 à 5 tablettes par jour
ENFANTS : 1/2 à 2 tablettes selon l'âge
Echantillon & Littérature sur demande :
PRODUITS F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges
PARIS

chez tous ceux qui travaillent le ciment directement avec les doigts, sans truelle ou palette. Nous l'avons observée chez des ouvriers chargés, dans un laboratoire, d'expertiser les diverses sortes de ciment. Nous l'avons rencontrée également, à des degrés divers, chez la plupart des ouvriers ensacheurs d'une fabrique de ciment. Au contact du ciment, la peau de la face palmaire des doigts s'use, devient lisse, mince, et le moindre frottement détermine une vive douleur comparable à une brûlure. Cette douleur est insupportable la nuit, augmentée, semble-t-il, par la chaleur du lit et la transpiration qu'elle entraîne. Pour dormir et éviter cette sensation de cuisson, les ouvriers sont obligés de sortir les mains hors du lit.

Cette érosion de la pulpe des dernières phalanges des doigts ne se rencontre que chez les cimentiers ; elle n'apparaît pas chez les ouvriers qui manipulent le plâtre ou l'argile.

Diagnostic

La gale du ciment est facilement confondue avec la gale véritable, si l'on ignore la profession du malade. Le prurit nocturne, les localisations interdigitales font immédiatement songer à la gale et c'est ce diagnostic que l'on pose le plus souvent. Au contraire chez l'ouvrier dont on sait la profession on est tenté de tout rapporter à la profession et l'on peut méconnaître une gale parasitaire. On se basera sur la topographie des lésions, leur non contagiosité, l'absence de sillons ou d'acares.

Les autres lésions cutanées, nasales ou oculaires dues au ciment seront facilement dépistées si l'on connaît la profession de l'ouvrier.

Traitement

Le traitement de la gale ou de l'eczéma du ciment n'offre rien de spécial ; c'est celui d'un eczéma banal. Les ulcérations produites par le modelage au ciment, seront traitées par le pansement humide pour calmer les douleurs. Dès que celles-ci s'atténuent, il faut recourir au pansement sec.

Les lésions nasales, oculaires peuvent nécessiter l'intervention du spécialiste.

Les lésions des yeux sont particulièrement redoutables, il faut s'efforcer de les éviter en enlevant, le plus tôt possible, les particules de ciment qui ont pénétré dans les culs-de-sac conjonctivaux et sur le globe oculaire. Les lavages abondants avec l'eau bouillie tiède seront complétés par l'ablation, après cocaïnisation préalable, des corps étrangers incrustés dans la cornée ou dans la conjonctive au moyen de petits tampons de coton ou mieux encore de petites pinces, de curettes. On peut aussi, comme Terrien le recommande pour la chaux, faire des lavages avec une eau chargée de gaz carbonique ou sulfatée (eau purgative) pour neutraliser la chaux contenue dans le ciment, et empêcher son effet nocif. S'il est nécessaire, on fera des instillations du collyre à l'atropine afin de dilater la pupille toujours très résistante et de prévenir, si possible, la participation de l'iris (Terrien) (1). Puis on appliquera un pansement protecteur à base de pommades non irritantes, de préférence à la lanoline, ou des instillations d'huile pure.

Les douleurs seront calmées par des applications de compresses chaudes fréquemment renouvelées sur les paupières, très supérieures aux applications froides qui doivent être proscrites, et par des instillations de dionine à 5 pour cent.

Les complications ultérieures : opacités, cicatrices, adhérences entre le globe oculaire et la paupière, etc., ne nécessitent pas une thérapeutique d'urgence : elles sont du ressort du spécialiste qu'il faut toujours consulter le plus rapidement possible.

Prophylaxie

1° **Prophylaxie industrielle**. — Les fabriques de ciment seront installées en un lieu éloigné des habitations : les cheminées seront élevées pour éviter que des poussières et des fumées n'incommodent le voisinage.

On s'efforcera de faire les diverses opérations (concassage, broyage, blutage, tamisage) au moyen d'appareils clos. L'ensachage était autrefois particulièrement dangereux ; il se dégage toujours des poussières abondantes pendant cette opération. Aujourd'hui, il existe des machines à ensacher qui non seulement emplissent les sacs, mais les pèsent et les ferment automatiquement.

La question des sacs doit particulièrement retenir l'attention des industriels. Aux sacs en jute qui laissent filtrer la poussière de ciment à travers leurs mailles et sont une source constante de danger pour les ouvriers qui les manipulent, il faut préférer les sacs faits de plusieurs épaisseurs de papier imperméable (système Bates), qui empêchent toute déperdition de poussières et ont en outre l'avantage appréciable de protéger le ciment contre l'humidité et les intempéries.

Les usines seront ventilées aussi parfaitement que possible ; on installera près des machines un système d'aspiration des poussières. On s'efforcera de capter et d'éloigner les poussières, de dépoussiérer les fumées. Les poussières seront dirigées dans des chambres d'abatage, dans des cyclones, où elles se déposent et sont récupérées.

Dans quelques usines à grand rendement, la captation mécanique des poussières peut n'être pas suffisante : les poussières s'accumulent dans les canalisations ; les conduites d'évacuation se détériorent rapidement et des poussières se dégagent. On a essayé, dans plusieurs fabriques de ciment, le dépoussiérage électrique, en particulier dans une usine du Tarn (1) ; les résultats obtenus seraient très satisfaisants.

L'inconvénient du dépoussiérage électrique est qu'il nécessite des frais considérables d'installation et l'usage d'un courant de haute tension, mais l'expérience montre qu'une partie importante des dépenses peut être amortie grâce à la récupération des poussières.

2° **Prophylaxie individuelle**. — Il faut mettre à la disposition des ouvriers des lunettes, des masques protecteurs, des vêtements de travail. Dans l'usine seront installés des lavabos, des bains-douches. On a recommandé une grande propreté. On fera des lavages très fréquents des parties exposées à l'action du ciment, immédiatement après chaque contact.

Il est de bonne pratique d'enduire les mains avec une pommade protectrice, avant et après le travail.

Les ouvriers, que nous avons visités lors de nos enquêtes, ont l'habitude, après avoir manipulé le ciment, de se savonner les mains, de les frotter ensuite avec de la poussière de grès ; puis, après les avoir essuyées, de les humecter de glycérine. Un autre ouvrier préférait, après savonnage, se passer les mains à la sciure de bois.

L'emploi de gants en caoutchouc est utile, surtout pour le modelage au ciment, mais le caoutchouc s'use vite, il doit être renforcé en épaisseur aux extrémités des doigts.

La surveillance médicale se fera régulièrement. Les ouvriers porteurs de dermatites graves seront éloignés momentanément et même définitivement de la profession, car les récidives sont toujours plus tenaces.

Législation

Les maladies dues au ciment ne donnent pas droit à réparation. Mais, dans quelques cas particuliers, les lésions cutanées, produites par le ciment, peuvent être considérées comme accident du travail et relevées de la loi du 9 avril 1898. Ainsi fut jugé le cas d'un débardeur atteint de brûlures au dos résultant du frottement des sacs de chaux et de ciment pour le transport desquels il était embauché (2).

Si la législation française n'accorde pas encore la réparation des maladies professionnelles dues au ciment, par contre elle exige que le médecin de l'ouvrier en fasse la déclaration (décrets du 19 février 1927 et du 16 novembre 1929).

(1) Terrien. — Les brûlures de l'œil (*Clinique et Laboratoire*, n° 4, 20 avril 1931).

(1) Baret. — Note sur le dépoussiérage d'une fabrique de ciment, Portland artificiel par la précipitation électrique. (*Bulletin de l'Inspection du travail*, 1928, p. 380.)

(2) Justice de paix de Brest, 1er canton, 24 juillet 1930.

Voici, à titre documentaire, la liste des lésions rapportées au ciment, qui ont été déclarées en France, comme maladies professionnelles, pendant l'année 1928 :

Nature de l'industrie	*Diagnostic*	*Incapacité*
Entreprise de bâtiments	Eczéma des doigts.	?
»	Plaies multiples des doigts.	20 jours.
»	Plaie excoriée de l'avant-bras gauche.	12 jours.
»	Eczéma des mains.	15 jours.
»	Gale du ciment.	?
»	Gale du ciment.	10 jours.
»	Plaies multiples des mains.	20 jours.
»	?	?
»	Brûlures aux mains.	12 jours.
»	Eczéma des doigts de la main gauche.	?
»	Brûlure de la conjonctive.	6 jours.
»	Brûlures étendues des mains.	12 jours.
»	Eczéma.	?
Manutention	Plaie du cou.	15 jours.
	?	15 jours.
Vannerie	Conjonctivite œil gauche.	3 jours.

Soit au total : 17 déclarations, comprenant :

2 pour gale du ciment,
4 pour eczéma,
3 pour plaies des doigts ou avant-bras,
2 pour brûlures des mains,
1 pour plaie du cou,
1 pour inflammation du dos,
2 pour lésions de la conjonctive,
2 non précisés.

Ces chiffres sont certainement très inférieurs à la réalité. Beaucoup de médecins ignorent encore qu'ils sont obligés de faire connaître les maladies professionnelles qu'ils voient dans leur clientèle ; il en est aussi qui hésitent à faire une déclaration qu'ils peuvent croire inopérante ou qui leur semble porter atteinte au secret professionnel.

Les enfants âgés de moins de 18 ans ne peuvent être employés dans les ateliers à ciment où se dégagent des poussières.

Le décret du 9 octobre 1913 indique les précautions hygiéniques à prendre dans l'emploi du ciment :

Art. premier. — Les chefs d'industrie, directeurs ou gérants sont tenus de faire distribuer aux ouvriers qui emploient le ciment à prise rapide un avis indiquant les précautions hygiéniques à prendre.

Le texte de cet avis a été fixé par arrêté ministériel (9 octobre 1913) :

« Une maladie de peau spéciale étant, bien qu'assez rare, produite, chez certains ouvriers prédisposés, par le contact des parties découvertes du corps avec le ciment, les précautions suivantes sont signalées à l'attention des entrepreneurs et des ouvriers :

1° En vue de se protéger les mains, les bras et éventuellement le visage, il est recommandé aux ouvriers de faire usage de moyens et dispositifs divers, tels que brassières, enduits aptes à s'opposer à l'action du ciment, lunettes pour les travaux exécutés sous plafond, etc. Il est recommandé aux entrepreneurs de mettre ces moyens de protection à la disposition des ouvriers.

2° Il est instamment recommandé aux ouvriers de procéder, sur les lieux mêmes du travail, aux soins de propreté corporelle que rend particulièrement nécessaires l'action irritante du ciment ; les moyens d'assurer la propreté individuelle sont, à cet effet, mis à leur disposition par les entrepreneurs.

3° Lorsqu'un ouvrier cimentier est atteint d'irritation étendue de la peau, il est recommandé de le soumettre le plus tôt possible à un examen médical.

Si le médecin reconnaît la maladie spéciale du ciment, il sera prudent de ne plus occuper l'ouvrier à des travaux le mettant en contact avec le ciment. Il a été, en effet, constaté que l'ouvrier qui a souffert de cette maladie est généralement exposé à des rechutes s'il reprend le travail du ciment. »

Nécrose utérine par manœuvres abortives. — BICKENBACH a rapporté un nouveau cas de nécrose basique par injection intra-utérine de savon (*Mediz. Klin*, 7 nov. 1930, p. 1663)

H. V.

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL SAINT-ELOI

MONTPELLIER

Le syndrome « pâleur et hyperthermie post-opératoire » chez le nourrisson

Leçon clinique faite par **G. MASSABUAU**
Professeur de clinique chirurgicale infantile et orthopédique à la Faculté

Le nourrisson présente, vis-à-vis de toutes les interventions opératoires, une grande fragilité. Il arrive même quelquefois, assez rarement il est vrai, mais malheureusement trop souvent encore que, à la suite d'un acte chirurgical, nous le trouvions dangereusement PALE, et en même temps BRULANT d'une fièvre croissante, et que nous voyions la MORT terminer en quelques heures cet état.

Cette extrême sensibilité opératoire, manifestée d'une façon si particulière, a depuis longtemps frappé les chirurgiens ; et peut-être les oto-rhino-laryngologistes, qui opèrent beaucoup d'enfants, s'en sont-ils préoccupés les premiers : c'est ainsi que, dès 1922, Canuyt, de Strasbourg, et Terracol lui ont consacré une étude intéressante. Au cours de ces dernières années, Ombrédanne, dans divers articles ou rapports et notamment dans la thèse de son élève Armingeat (Paris, 1929-1930) a apporté sur ce même sujet une importante contribution personnelle.

* * *

Etiologie. — Le premier point intéressant à retenir est celui du ***moment de la vie*** où se manifeste le syndrome : ce moment se situe *entre l'âge de cinq ou six jours et celui d'un an* ; le syndrome, en effet, est exceptionnel pendant les premiers jours, et ne s'observe pour ainsi dire jamais au cours des 48 premières heures.

Après quelles interventions survient-il le plus fréquemment ? — D'abord, après les *opérations intestinales* : cure de hernie étranglée, appendicectomie, réduction d'invagination ; ce qui fait dire avec juste raison que les nourrissons supportent très mal les opérations portant sur le tube digestif. Et ensuite, après les *interventions pratiquées sur la face* ; non seulement lorsqu'il s'est s'agi d'interventions longues et délicates comme celles motivées par le bec-de-lièvre, mais encore à la suite de l'ablation rapide d'une petite tumeur ou même d'un simple angiome.

Je dois enfin vous signaler les quelques ***causes prédisposantes*** que l'on a cru pouvoir mettre en avant : la présence, chez le petit opéré, de *malformations congénitales* diverses, peut-être en rapport avec l'hérédo-syphilis, et aussi l'existence d'un *gros thymus*, que l'on pourra avoir la prudence de dépister avant l'opération, à l'aide d'un examen radiographique.

* * *

Analysons maintenant les **éléments essentiels du syndrome.**

D'une façon à peu près constante, l'opération s'est déroulée sans incidents ; l'anesthésie a été bonne ; le réveil normal. LES SYMPTÔMES FONT LEUR APPARITION ENTRE LA SIXIÈME ET LA DIXIÈME HEURE, ce qui doit engager à exercer une surveillance constante, auprès des petits opérés, et


ANGIOXYL
DU Dr ROUSSEL
MÉDICATION SPÉCIFIQUE
PAR ACTION TROPHIQUE SUR LES VAISSEAUX
dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ARTÉRITES DE TOUTE NATURE
LES TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE
AMPOULES: 1 à 3 par jour en injection intra-musculaire.
SIROP: 3 cuillérées à café par jour
AUCUNE CONTRE-INDICATION
Angioxyl
Angioxyl Sirop
ÉCHANTILLONS : J. B. FIALIP PHAcien
97, RUE DE VAUGIRARD _ PARIS (6e)
R.C. 18.000
Roger Dacosta. Edit.

notamment à prendre leur température souvent, par exemple de deux heures en deux heures.

Quel est le symptôme qui ouvre la scène ?

C'est l'*hyperthermie*, progressivement croissante : en quelques heures, le thermomètre monte à 38°, 39°, 40° ; jusque là, rien encore de trop alarmant puisque, nous le savons bien, tous les nourrissons opérés font de la fièvre sans pour cela être en danger. Mais le thermomètre continue son ascension ; il atteint et dépasse 40°, 41°, parfois 42°, et on l'a même vu, dans certains cas, approcher de 43° : alors, vous le concevez, il y a lieu de s'alarmer et de s'inquiéter sérieusement.

Le deuxième symptôme suit de près l'hyperthermie : la face est devenue d'une *pâleur* extrême, accusée encore davantage par la cernure bleuâtre qui entoure les yeux.

L'ÉVOLUTION se fait assez rapidement et est en général terminée entre cinq et vingt heures après le début ; mais elle n'est pas toujours pareille. *Lorsque la température n'a pas été trop élevée*, alors, après quelques heures, on la voit descendre d'une manière assez brusque jusqu'à 39°, 38°5, et ceci est l'annonce de la guérison : tout va rentrer dans l'ordre. Mais, très souvent aussi, *lorsque la fièvre est intense*, vous verrez survenir, quelques heures après le début des accidents, une syncope soudaine qui termine brutalement l'existence de votre petit malade.

* * *

Voilà l'essentiel du syndrome. Mais vous pensez bien qu'une observation attentive s'est efforcée de compléter ce tableau clinique ; c'est cette **étude détaillée** que je vais esquisser maintenant.

Du côté du SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE, on a noté :

a) Une *accélération extrême du pouls*, qui bat à 140, 150 et devient incomptable.

b) Une *baisse considérable de la tension sanguine*, et c'est là un point sur lequel il faut insister, à cause de sa signification pour le pronostic : en effet, tant que la tension reste au-dessus de 8 maxima, on peut conserver quelque espoir de sauver le malade ; mais lorsqu'elle descend au-dessous, on doit penser que tout est perdu et qu'il va mourir.

L'analyse du SANG n'a montré qu'une légère hypoglobulie, nullement étonnante après une intervention sanglante ; la formule leucocytaire est normale et il n'y a pas d'hémolyse. Mais un *abaissement de la réserve alcaline*, indice d'une légère acidose, a été constaté, et on a beaucoup insisté sur sa valeur.

Du côté de l'APPAREIL RÉNAL, peu de chose à retenir : la quantité d'urine est diminuée : l'urine présente un aspect lactescent dû à un dépôt pulvérulent de phosphates et d'urates ; on y a parfois trouvé de l'albumine ou même parfois des cylindres ; quant à la quantité d'urée éliminée, elle est normale.

L'exploration de l'INTESTIN ne révèle rien d'anormal.

Une sensible diminution de la COURBE DU POIDS a été signalée. Mais je ne la considère pas comme très significative et je crois que l'inanition imposée par l'opération l'explique suffisamment.

* * *

Diagnostic. — Avec un peu d'attention, il est facile de ne pas confondre le syndrome pâleur-hyperthermie et d'autres manifestations post-opératoires qui peuvent lui ressembler.

L'HÉMORRAGIE peut sans doute provoquer une extrême pâleur ; mais en aucune manière elle ne peut justifier une fièvre élevée.

La BRONCHO-PNEUMONIE, elle, s'accompagne d'hyperthermie ; mais l'enfant est cyanosé et non pas pâli ; il présente de la dyspnée et du battement des ailes du nez, des signes d'auscultation évidents ; et puis la bronchopneumonie ne se manifeste pas si vite après l'intervention.

Une SEPTICÉMIE SURAIGUE pourrait prêter à confusion ; mais, elle non plus, n'apparaît pas si tôt ; et, quand elle est en cause, l'aspect de la plaie opératoire, rouge, tuméfiée, suintante, est caractéristique.

* * *

Il nous faut maintenant aborder le chapitre le plus difficile et le plus incertain de la question : comment expliquer le syndrome pâleur-hyperthermie post-opératoire ? Comment édifier sa **pathogénie** ?

Ce problème a fait verser beaucoup d'encre et inspiré les théories les plus diverses, plus ou moins confuses d'ailleurs suivant qu'elles ont pris naissance dans des esprits nébuleux ou dans des esprits clairs. Je vais essayer sinon de vous en faire un exposé complet, du moins de dégager les idées actuellement régnantes sur ce point.

1° On a assimilé le syndrome pâleur-hyperthermie à une *intoxication brutale*, massive, causée soit par l'*anesthésie générale*, soit par la *résorption de déchets d'albumine* provenant du foyer opératoire ou, lorsqu'il s'agit d'un bec-de-lièvre, du sang dégluti. Ces poisons agiraient sur le foie, provoquant ainsi la diminution de la réserve alcaline que je vous ai signalée ; ils agiraient aussi sur le rein, mais, vous vous en souvenez, nous n'avons trouvé aucun signe de cette atteinte hypothétique du rein.

Cette théorie ne paraît pas jouir d'une grande faveur.

2° On a pensé encore qu'il pouvait s'agir d'une sorte de *choc anaphylactique*. Telle est l'opinion formulée par les médecins et notamment par Nobécourt, qui a été frappé par la coïncidence de l'apparition du syndrome avec la *reprise de l'alimentatation lactée*.

Mais je pense, avec Armingeat, qu'il n'y a pas lieu de retenir cette explication, car les manifestations de l'anaphylaxie sont beaucoup plus foudroyantes ; et je vous rappelle d'autre part que l'examen du sang ne nous a pas montré les éléments caractéristiques de cette variété de choc : diminution de la valeur globulaire, leucopénie, augmentation de l'indice réfractométrique. Voilà donc encore une théorie à laquelle de nombreux auteurs refusent de s'arrêter.

3° Certains, s'appuyant sur la constatation, plusieurs fois répétée, d'un *gros thymus*, ont invoqué une insuffisance cardiaque brutale déterminée par la sécrétion anormale de cette glande.

Je veux bien qu'il y ait là une condition prédisposante, favorisante. Mais je ne crois pas qu'un gros thymus soit seul et directement responsable, puisqu'il y a des cas où l'exploration radiologique n'a pas démontré son existence.

4° Actuellement, c'est la théorie du *choc nerveux* qui compte le plus grand nombre de partisans, la vieille théorie de Dupuytren, basée sur la classique expérience de Magendie, mais rajeunie par les connaissances modernes sur la physiologie du sympathique : *l'intense traumatisme nerveux périphérique subi par le foyer opératoire agirait sur les centres et, par voie réflexe, déclencherait le syndrome.*

Pour bien comprendre ce mécanisme, il faut se rappeler que LE NOURRISSON EST DÉPOURVU DE RÉGULATION CÉRÉBRALE, si bien qu'on a pu dire de lui qu'il n'est qu'un « organisme médullo-bulbaire ».

Quel va être le rôle de l'excitation périphérique incriminée ?

On comprend facilement qu'elle puisse déterminer l'*hyperthermie*, étant donnée l'inertie du centre régulateur thermique. Nous savons bien, en effet, avec quelle facilité et quelle soudaineté la température s'élève chez le nourrisson, sous l'influence d'une cause banale comme par exemple un accès de colère ou un coup de soleil : c'est à ces réactions que l'on a pu donner le nom évocateur d' « hyperthermie sans fièvre ». Ce dérèglement si

facile de la température, nous l'observons, je vous l'ai dit souvent, chez tous les nourrissons opérés ; questionnez les infirmières du service, et elles vous répondront qu'elles y sont habituées.

De même, ce mécanisme nous explique le *lâchage cardiaque*, la *tendance à la syncope*, l'*hypotension*, dus à l'excitation transmise par voie sympathique et en définitive par l'intermédiaire du pneumogastrique.

Expérimentalement, chez l'animal, on a remarqué que LA SENSIBILITÉ AU CHOC PÉRIPHÉRIQUE EST FONCTION DE LA VAGOTONIE : chez les sujets hypervagotoniques, les effets de cette excitation sont augmentés, exagérés, tandis que chez les hypovagotoniques ils sont beaucoup moins marqués et beaucoup moins intenses.

Voici le moment de nous demander *quel est l'état de vagotonie propre au nourrisson*. La réponse nous est facile, grâce à l'étude du réflexe oculo-cardiaque. En voici les résultats : à la naissance, ce réflexe est inexistant ; après les premiers jours, et jusqu'à un an, il est exagéré ; après un an, il est atténué. Et justement, l'*intensité du syndrome pâleur-hyperthermie coïncide avec celle de la vagotonie ainsi évaluée*. Je m'explique : le syndrome ne s'observe pas, comme Ombrédanne y a insisté depuis longtemps déjà, chez le nouveau-né, dont la vagotonie est nulle : il est fréquent chez le nourrisson dont la vagotonie est exagérée ; il est de plus en plus rare après un an, époque où la vagotonie est en décroissance.

Mais il y a mieux encore : LE SYNDROME NE SE PRODUIT PAS SI L'ON SUPPRIME LE RÉFLEXE. Riser et Cadenat, de Toulouse, constatent, chez un animal anesthésié à la chloralose, que l'excitation du trijumeau provoque une chute de la tension artérielle : mais, lorsqu'ils font l'anesthésie locale du nerf avant de l'exciter, ils n'observent plus le retentissement cardio-vasculaire de l'excitation périphérique.

Voilà donc, en faveur de la dernière hypothèse, des arguments importants, qui nous permettent de la considérer comme la plus acceptable. Et c'est elle, en effet, que retiennent actuellement un grand nombre d'auteurs, les uns, simplistes, se bornant à invoquer le choc nerveux, les autres plus modernes, pensant pouvoir le démontrer physiologiquement. Quelque séduisantes que soient leurs explications, nous devons reconnaître qu'elles demandent encore la confirmation de nouvelles recherches.

***

A la lueur de ces conceptions pathogéniques et des caractères cliniques d'abord étudiés, nous pouvons maintenant apercevoir les directives que devra suivre le **traitement.**

AVANT L'OPÉRATION, vous agirez prudemment en examinant le cœur de votre petit malade, en prenant sa tension et en explorant son réflexe oculo-cardiaque. *Méfiez-vous, lorsque vous trouverez une tension basse, ou un réflexe exagéré.* Le cas échéant, donnez quelques gouttes de la solution de digitaline au millième.

POUR L'OPÉRATION elle-même, vous vous trouverez bien de pratiquer l'***anesthésie générale à l'éther***, et de laisser de côté le chloroforme : c'est là la tendance dominante, à laquelle je me rallie volontiers. Et peut-être, persuadés de l'intérêt qu'il y a à interrompre la transmission de l'excitation périphérique, ferez-vous bien de réaliser en outre une ***anesthésie locale*** : Cadenat a porté récemment, devant la Société nationale de chirurgie, des conclusions favorables à cette pratique.

APRÈS L'OPÉRATION, comment pourrez-vous traiter le malade, lorsque le syndrome aura éclaté ?

Vous vous efforcerez de ***lutter directement contre l'hyperthermie*** par des enveloppements froids, et aussi par ces lavements froids qu'Ombrédanne conseille avec raison.

Vous combattrez l'hypotension par des injections de digitaline et par l'administration de quelques gouttes d'adrénaline. Cette combinaison possède une action puissante sur la circulation périphérique et sur le myocarde.

Enfin, vous pourrez essayer de ***relever la réserve alcaline*** en faisant absorber au malade du sérum bicarbonaté, par voie rectale, goutte à goutte.

Voilà ce que vous pouvez et devez faire, — sans grand espoir de réussite toutefois si le syndrome s'est déclenché d'une manière massive et brutale. Et c'est justement cette impuissance fréquente qui doit nous faire réfléchir et qui va dicter ma conclusion : *souvenez-vous qu'après la brève période favorable des premiers jours, le nourrisson est, vis-à-vis de tout acte opératoire, extrêmement sensible et dangereusement fragile* ; et *n'intervenez qu'exceptionnellement, après le cinquième ou le sixième jour et jusqu'à la fin de la première année* : pour une hernie étranglée, une invagination intestinale, un bec-de-lièvre empêchant toute alimentation, je veux dire quand il existe une indication formelle à laquelle vous ne pouvez pas vous soustraire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Séance du 6 mai 1931

M. Boissier étudie un des pamphlets de la Mettrée : *Politique du médecin de Machiavel ou le chemin de la fortune ouvert aux médecins, ouvrage réduit en forme de conseils, par le* Dr FUM-HO-HAW, *et traduit sur original chinois, par un nouveau maître ès l'Arts de S. Cosme*. Ce pamphlet paru en 1746 est très rare : il fut brûlé par le bourreau, à l'exception de quelques exemplaires. Il a eu deux éditions, conservées à la Bibliothèque Nationale, l'une de 96 pages, l'autre de 64 pages.

C'est un document important pour l'histoire de la médecine à Paris, au milieu du XVIIIe siècle. Les sources, qui permettent de connaître les médecins de cette époque sont peu nombreuses. Les biographies, qui remontent déjà à une date ancienne, se recopient et sont pauvres en renseignements. Les commentaires de la Faculté de médecine ont une allure officielle, qui ne retient qu'un côté de la vie des contemporains. Les monographies hospitalières constituent des documents remarquables pour la connaissance des lieux et ne font presque jamais allusion aux gens qui y vécurent. Les éloges sont aussi officiels. Jusqu'ici l'historien ne peut retenir s'il veut faire revivre avec les traits de la réalité les praticiens et les maîtres du XVIIIe siècle que des documents d'ensemble comme le livre de Paul Delaunay. Les pamphlets, s'il sait les épurer de la part de satire et de déformation caricaturale, lui offrent au moins des images vivantes. Ils sont nombreux vers 1740, mais ceux de la Mettrée ont une saveur et sont écrits dans une langue, qui les mettent hors de pair.

Des phrases courtes, colorées peignent le personnage en quelques mots. Il est là, devant nous avec ses ridicules, l'écho des médisances de ses confrères et aussi le rappel de ses qualités.

Les lecteurs firent un bon accueil à ces libellés, dont le succès fut foudroyant.

M. Menestrier rappelle que certains pamphlets du XIXe siècle, à la vérité plus rares, continuèrent cette tradition.

M. P. Lemay a découvert une lettre dans laquelle Orfila, qui avait dû quitter l'Espagne, sollicite une place de professeur de sciences dans un lycée en 1807. Il était démuni d'argent à cette époque et cherchait un gagne-pain. Ses maîtres Cuvier, Lamarck, Geoffroy Saint-Hilaire, Vauquelin appuyèrent sa demande et quelques-uns d'entre eux l'apostillèrent. Pourtant l'affaire n'eut pas de suite. Orfila se lança dans des recherches chimiques, pour découvrir le moyen de déceler l'arsenic dans les matières organiques. C'était le premier travail qui devait aboutir au *Traité des poisons* et à une vie différente.

M. S. Orfila, descendant d'Orfila, rappelle que son aïeul n'a pas parlé de cette demande dans son auto-biographie et que la famille ne connaissait pas ce fait, qui est inédit.

Jean VINCHON.



Dragées
ADRIAN
AU CHLORURE DE
MAGNÉSIUM PUR
Tonique d'une puissance extrême régénérant les tissus empêchant l'évolution des tumeurs de toutes natures.
ADRIAN & Cie 9, RUE DE LA PERLE - PARIS (3e)
AMINASE
ADRIAN
Chlorure de magnésium dissimulé et stabilisé
25

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 juin 1931

Fractures de Bennett. — M. *Küss* rapporte ce travail de *M. Masini* (de Marseille) sur cinq cas de fractures du premier métacarpien. Une seule concerne une véritable fracture de Bennett, fracture articulaire, de l'apophyse palmaire.

M. Mauclaire et *M. Basset* relatent des cas analogues.

Traitement des arthrites par le bactériophage. — Ce travail de *M. Miraillié*, rapporté par *M. Cunéo*, a trait à une arthrite blennorragique avec épanchement des deux genoux qui fut traitée par injections locales de bactériophage antistaphylococcique. Les douleurs disparaissaient à chaque injection. La guérison fut obtenue.

Appendicite aiguë. — *M. Chevrier*, dans les appendicites à chaud, a eu une mortalité de 5,97 %. De nombreux cas furent drainés. Il est partisan de laisser les plans superficiels ouverts assez souvent ; au contraire, la recherche de l'appendice ne doit pas être systématique : il l'a laissé dans 2 % des cas.

M. Métivet dit que, dans les premières heures, l'erreur de diagnostic est peu préjudiciable au malade.

Il draine généralement par des compresses obliquement dirigées qui forment barrière. L'appendicite aiguë avec plastron doit être refroidie ; s'il se produit un abcès, il sera évacué au point saillant. Il a eu trois morts sur 77 cas opérés dans les premières heures.

M. de Fourmestraux (de Chartres), en dix ans, a fait 2.510 appendicites dont 1.400 cas à froid, 1.030 à chaud.

Dans les 48 premières heures, la mortalité fut de 3 % ; après 48 heures, elle monte à 14 %. Il est partisan d'enlever toujours l'appendice, et de mettre en Mikulicz dans les appendicites avec abcès.

Echinococose secondaire du poumon. — *M. Botreau-Roussel* relate l'histoire d'un jeune homme de 25 ans qui, réformé pour hémoptysie, présentait de nombreux kystes hydatiques du poumon : huit au poumon gauche, un au poumon droit. Dans une intervention, l'auteur vida trois kystes ; dans une séance ultérieure, il vida le kyste unique droit ; enfin, dans une autre opération, il s'attaqua à un nouveau kyste gauche. Grosse amélioration. Il semble que ces kystes multiples aient été secondaires à la rupture d'un premier kyste du poumon.

A propos de la broche de Kirchner. — *M. Dujarier* présente un malade atteint d'une frature en T de l'extrémité inférieure du fémur droit et qu'il a traité par la broche de Kirchner. Excellent résultat.

Paralysie des muscles paravertébraux. — *M. Mathieu* présente cette malade à qui il a fait trois opérations d'Albee étagées avec un très beau résultat.

Anévrysme artério-veineux. — *M. Lenormant* présente une pièce avec un sac enkysté artériel. G. MENEGAUX.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 juin 1931

Paralysie générale à évolution aiguë. — L. *Marchand* et *A. Courtois.* — Les auteurs rapportent quatre cas de paralysie générale avec examen anatomo-pathologique dont la durée depuis la date d'apparition des premiers troubles cliniques observés dans le milieu familial jusqu'à l'issue fatale n'a été que de quelques semaines. Il s'agit de sujets ayant dépassé la cinquantaine qui, sans ictus, sans affection intercurrente, ont présenté un état cachectique rapidement mortel. Les lésions relevées par les auteurs sont aussi accusées que celles que l'on note dans la paralysie générale à évolution classique, avec cette particularité que les lésions des cellules nerveuses revêtent une allure nécrotique intense. En réalité il s'agit de sujets chez lesquels la paralysie générale en évolution lente depuis un certain temps a pris brusquement une marche aiguë sous l'influence d'une toxine sur la nature de laquelle on ne peut faire que des suppositions.

M. Claude pense qu'il s'agit dans ces cas de paralysie générale, évoluant depuis un certain temps à bas bruits jusqu'à ce qu'un accident aigu, véritable poussée évolutive, vienne brusquement démasquer la maladie.

Rhumatisme aigu cérébral. Considérations anatomopathologiques. — MM. *E. Toulouse*, *L. Marchand* et *A. Courtois.* — Chez une jeune fille de 20 ans, au 37e jour d'une crise de rhumatisme articulaire aigu, des troubles mentaux sous forme de délire onirique surviennent en même temps que les symptômes articulaires disparaissent. Rapidement le tableau clinique prend l'aspect du délire aigu et la malade meurt 13 jours après le début des troubles psychiques. Les lésions que l'on note dans l'encéphale portent surtout sur les cellules nerveuses qui sont en voie d'atrophie aiguë. Les réactions vasculaires inflammatoires sont plus discrètes. Ces constatations expliquent pourquoi l'on ne notait dans le liquide céphalo-rachidien ni lymphocytose, ni albuminose. Cette forme de rhumatisme cérébral rentre dans le groupe des « encéphalites psychosiques ».

Zona pharyngo-laryngé. — MM. *Baldenweck* et *J. Decourt* rapportent un cas de zona pharyngo-laryngé lié vraisemblablement à une localisation des lésions sur le noyau du pneumogastrique (et non sur le ganglion).

Essai de traitement de la paralysie générale par les injections intra-musculaires de soufre liposoluble. — MM. *C. Levaditi*, *Marcel Pinard* et *R. Even* rapportent trois observations de paralytiques généraux traités par les injections de soufre liposoluble.

Si comme Schrœder-Knud l'a constaté, on obtient avec les injections de soufre des élévations de température analogues à la fièvre causée par l'impaludation, il faut remarquer toutefois que ces accès sont très inconstants.

Si les injections de soufre ont été bien supportées par les malades elles n'ont amené, dans ces cas, aucune amélioration ni clinique ni humorale.

Fièvre prolongée d'allure typhoïde chez un nourrisson après vaccination au B. C. G. — MM. *Jean Hutinel* et *Pierre Lantuéjoul* rapportent l'observation d'une enfant née à 7 mois 1/2 de mère saine et de père tuberculeux.

Après l'ingestion des trois doses de B. C. G. elle a présenté un état fébrile d'allure typhoïde, ayant duré un mois, avec météorisme abdominal, tuméfaction de la rate et accessoirement crises de cyanose et crises convulsives. Malgré ces symptômes alarmants l'augmentation du poids a été normale.

Les auteurs interprètent ces faits, après avoir éliminé une infection banale ou tuberculeuse, comme une typho-bacillose à B. C. G. avec atteinte des ganglions mésentériques, médiastinaux et de la rate.

L'enfant revue au bout de six mois paraît bien portante.

Deux observations de potomanes. — MM. *Marcel Labbé*, *Raoul Boulin*, *Krebs*, *L. Justin-Besançon* et *Uhry* rapportent d'abord l'observation d'une jeune fille de 14 ans qui présentait une polyurie permanente de 4 litres, simulant un diabète insipide et d'origine purement mentale. La simple restriction des boissons, pratiquée sous une surveillance rigoureuse, ramena la diurèse à des chiffres normaux sans malaise et sans aucune variation du poids ni de la température.

M. Marcel Labbé présenta cette jeune malade, dans une de ses cliniques de l'hôpital de la Pitié, en même temps qu'une obèse polyphage, pour établir les traits communs de la potomanie et de la phagomanie.

Dès le surlendemain de cette présentation commune, la diurèse de l'obèse, grosse mangeuse, passa de 0,750 à 1 litre 1/2, puis les jours suivants s'accrut régulièrement pour atteindre 8 litres par jour dans la quinzaine. En même temps, la phagomanie de la malade s'atténuait pour faire place à la nouvelle perversion de la soif.

M. Claude croit qu'il est difficile de faire la part entre ce qui relève réellement de la manie et la simulation dans le premier cas rapporté par les auteurs.

Cancer nodulaire du poumon, secondaire à un cancer du sein droit développé sur une ancienne plaie de guerre. — MM. *Plazy*, *Gourion* et *Germain* (Toulon) relatent l'observation d'un homme de 48 ans, atteint d'un cancer nodulaire du poumon, consécutif à un cancer du sein droit, traité antérieurement par la radiothérapie. Le cancer du sein s'est développé au niveau d'une plaie du mamelon droit produite il y a quatorze ans par un éclat de torpille.

Poussée aiguë, déclenchée par une grippe, au cours d'une maladie de Basedow. — *MM. Plazy* et *Germain* (Toulon) relatent un cas de Basedow typique, dans lequel une grippe intercurrente bénigne de trois jours a déclenché une poussée de basedowisme aigu portant particulièrement sur la tachycardie, le tremblement, l'exophtalmie et le métabolisme basal. Cette poussée dura apparemment trois jours, en réalité dix-huit jours en tenant compte de la mesure du métabolisme basal, et le malade mit deux mois pour revenir à son état antérieur.

Recherches expérimentales sur l'intoxication par le tabac et par la nicotine. — *MM. Léon Binet* et *G. Zomfir*, partant de cette donnée que le poisson est un test biologique de premier ordre pour l'étude des substances toxiques, ont effectué une série d'expériences sur divers poissons d'eau douce, qu'ils ont soumis à l'action de la macération de tabac et à celle de la nicotine.

Ils démontrent l'existence indiscutable d'une accoutumance à ces agents, mais surtout ils donnent la preuve que la nicotine peut supprimer momentanémunt des réflexes associatifs ou conditionnels, qui, comme chacun sait, sont sous la dépendance des centres nerveux supérieurs.

Action de l'antimoine sur les adénopathies chroniques, en particulier sur celles de la maladie de Hogdkin. — *M. P. Chevallier* a traité de nombreux cas d'adénopathies chroniques par l'antimoine, sous forme de stibial, sans dépasser la dose de 0 gr. 04. Il pense que l'antimoine est indiqué dans les lésions stabilisées et faiblement extensives ; on constate alors la régression des adénopathies en même temps qu'une amélioration considérable de l'état général. Cependant, dans la maladie de Nicolas et Favre, dans les bubons chancrelleux, les résultats n'ont pas été aussi favorables que dans les lésions ganglionnaires tuberculeuses non extensives, s'accompagnant de mononucléose sanguine. Dans la maladie de Hogdkin, cette médication n'a pas empêché l'évolution rapide des formes graves, ni les rechutes dans les formes moins sévères. L'auteur croit par contre que dans les formes torpides, l'antimoine donne des résultats aussi favorables que les rayons X et que ce médicament doit prendre place à côté de la radiothérapie dans le traitement de la lymphogranulomatose maligne.

Hyperthermie, épigastralgie, névralgies phréniques et hoquet dus à un rhumatisme articulaire aigu. — *MM. Jean Hutinel* et *René Martin* rapportent l'observation d'un jeune homme qui depuis deux ans, présente de temps à autre un syndrome de névralgie phrénique, s'accompagnant de toux, de hoquet et de fièvre. Des douleurs articulaires précèdent ou accompagnent parfois les douleurs phréniques.

Les auteurs pensent que ce syndrome doit être rapporté à une maladie rhumatismale, hypothèse que l'amélioration obtenue par le salicylate de soude est venue confirmer. En l'absence de syndrome péricardique, ils pensent que l'irritation phrénique doit être conditionnée par une pleurésie sèche de la plèvre diaphragmatique.

Inefficacité des arsénobenzènes et du bismuth dans le traitement préventif tardif de la neuro-syphilis. — *M. A. Sézary* rapporte trois observations de syphilitiques, l'un non traité, les deux autres insuffisamment traités au début de leur affection, qui, malgré un traitement très intensif de plusieurs années par le 914 et le bismuth, n'en ont pas moins été atteints de paralysie générale. Les médications actives aux premières périodes de la syphilis se montrent donc inefficaces à une période tardive. Le seul traitement possible consiste dans l'emploi des méthodes actives contre la paralysie générale confirmée, c'est-à-dire l'arsenic pentavalent sous la forme de stovarsol ou la malariathérapie.

Ces faits montrent l'intérêt que nous avons à utiliser l'arsenic pentavalent dans le traitement tardif de la syphilis à condition de ne le faire qu'avec des préparations et des doses inoffensives pour le nerf optique et chez des malades n'ayant aucune contre indication.

Michelle Valentin.

En cas d'insuffisance de la préhypophyse. Schellong a noté que l'exercice physique, au lieu de s'accompagner de la légère hypertension normale, s'accompagne d'hypotension. L'administration d'extrait de lobe antérieur empêche cette inversion. (*Klin. Woch.*, 17 janvier 1931, p. 100.)

H. V.

REVUE DES THÈSES

Essai sur les propriétés et les modes d'application de l'adonis vernalis. (Dr J. Sassard, Thèse de la Faculté de Médecine de Lyon, 1930.)

L'adonis vernalis a toujours été considéré comme un diurétique et un tonicardiaque léger jusqu'aux travaux particulièrement remarquables de MM. Mercier, Lutembacher, Jung, Veil, Fontenailles, etc., qui ont démontré et du point de vue pharmacologique et du point de vue clinique, que toute l'action utile de ce médicament est représentée par l'activité de deux glucosides, adonidoside et adonivernoside dont les propriétés sont tout à fait comparables à celles de la digitaline et de l'ouabaïne. L'adoverne contient ces deux glucosides dans la proportion même où ils se trouvent dans les plantes sélectionnées les plus riches en principes actifs. C'est ce produit qui a été utilisé par les expérimentateurs et par l'auteur de la thèse qui a constaté que l'adoverne amenait d'une manière très nette le renforcement, la régularisation, le ralentissement des battements cardiaques, une augmentation importante de la diurèse de l'amélioration des syndromes dyspnéiques. Ce travail excessivement intéressant du Dr Sassard a été confirmé tout récemment (*Marseille Médical*, 1930, n° 4) par une étude particulièrement approfondie du Dr Giraud-Costa qui a pu conclure, de multiples observations, que l'adoverne est un médicament fidèle dont les effets tonicardiaques se font sentir dans tous les cas sensibles à l'action de la digitaline ; mais il se sépare de celle-ci par une action ralentissante moins nette et de moindre durée sur le cœur ; enfin outre ses propriétés tonicardiaques, l'adoverne possède des qualités sédatives manifestes : on peut le prescrire sous forme de gouttes et de granules à des doses variant selon chaque cas, car l'adoverne présente, et c'est là un avantage très important, une très grande maniabilité.

Les granulies syphilitiques et les poussées aiguës cyanosantes de la syphilis pulmonaire, par le Dr Joseph Romand-Monnier, interne des hôpitaux de Lyon. (Thèse de Lyon, 1931, 160 p. Patissier, imprimeur à Trévoux.)

Voici les conclusions de l'auteur :

1° La syphilis pulmonaire s'accompagne assez fréquemment de cyanose. Cette manifestation peut apparaître tardivement au cours de l'évolution d'une pneumopathie spécifique ; elle réalise alors un véritable syndrome de maladie bleue tardive ; les sujets atteints de cette cyanose chronique et progressive rentrent dans le groupe des « cardiaques noirs » d'Ayerza. Nous n'envisageons pas ces cas dans notre thèse et nous réservons ce travail à l'étude des poussées aiguës de cyanose apparaissant brusquement chez les syphilitiques pulmonaires et rappelant les granulies terminales des tuberculeux.

2° L'examen anatomique des poumons montre parfois dans ces cas de petites gommes disséminées qui ressemblent grossièrement aux tubercules miliaires. D'ailleurs il est probable que la syphilis donne plus souvent qu'on ne le pense de telles lésions — l'étude des scléroses nodulaires en témoigne.

3° Mais ces gommes disséminées ne sont pas la cause immédiate de la cyanose et des troubles respiratoires. Ce sont des lésions anciennes qui prouvent seulement l'atteinte profonde des poumons par la syphilis.

Les phénomènes asphyxiques dépendent beaucoup plus vraisemblablement de congestions pulmonaires étendues ou de réactions médiastinales localisées entravant la circulation pulmonaire ; ces altérations relèvent elles-mêmes dans certains cas, de la syphilis. Ce sont elles que l'on doit incriminer lorsque les gommes font complètement défaut ; dans les granulies syphilitiques, elles sont venues se joindre aux gommes miliaires pour provoquer l'asphyxie.

4° Les congestions étendues et les réactions médiastinales sont certes capables de déclencher à elles seules des troubles respiratoires graves. Mais plus souvent elles frappent des poumons déjà très diminués fonctionnellement par des altérations vasculaires profondes. Cette condition particulière joue certainement un rôle très important dans l'apparition de la cyanose.

5° Le diagnostic de ces formes aiguës de syphilis pulmonaire est très difficile. Le pronostic est variable d'un cas à l'autre. Lorsque la syphilis a été reconnue, le traitement spécifique s'est montré efficace.

Echos et Glanures

> « Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».
>
> MONTAIGNE.

Parenté de Laënnec et de la Tour d'Auvergne. — Je conseille vivement à tous ceux qui aiment non l'histoire approximative mais l'histoire documentée de lire l'ouvrage de F. Taldir Jaffrennou : *La véritable histoire de la Tour d'Auvergne Corret* ; 1743-1800, suivie d'extraits de ses œuvres, ornée de portraits authentiques et d illustrations de Gildas Jaffrennou et de Louis Le Guennec. (Eugène Figuière. A l'enseigne des deux figuiers. Rue Campagne Première 17, Paris-XIVe, un vol 250 p. : 12 fr.

Cette œuvre de Taldir Jaffrennou est infiniment plus intéressante qu'un roman.

Nous y suivons en la Tour d'Auvergne le soldat et l'homme, l'être humain qu'il fut, autrement attachant que la figure symbolique par quoi on a accoutumé de nous le représenter.

Descendant d'un bâtard du Prince Henry de la Tour d'Auvergne, duc de Bouillon, maréchal de France (Bouillon, Sedan et Raucourt formaient un État libre au XVIIe siècle) bâtard dont la mère était Adèle Corret, dame du palais de ce Prince, ardennais par ces ancêtres breton par ses alliances d'ascendants, multiples, Théophile Malo Corret n'obtint qu'après un temps assez long le nom et le blason (marqué pour lui de la barre de bâtardise) des la Tour d'Auvergne.

Je ne puis suivre l'œuvre importante de Jaffrennou ; j'y renvoie expressément les lecteurs.

Mais je signale page 216 une note où est indiquée la parenté entre le grand militaire (et grand honnête homme) et notre grand Laënnec. Et ceci me paraît devoir intéresser tous les médecins.

Voici cette note :

« — On a célébré à Ploaré en 1926 le centenaire de la mort du Docteur Théophile Laënnec, le père de l'auscultation. Or, un fait généralement ignoré est celui-ci : Laënnec et Corret eurent des ancêtres communs et voici comment. Nous avons vu que Jeanne Lucrèce Salaün (mère de La Tour d'Auvergne) était fille de Charles Salaün et petite-fille de Théophile, tous deux robins. Or, Théophile, le grand-père avait une sœur, Renée, qui s'était mariée en 1689 à Guillaume Huchet, bourgeois, rue Kéréon à Quimper. Le dit Guillaume Huchet eut un fils dit Huchet d'Angeville, qui tint Théophile Malo sur les fonds baptismaux et une fille, Jeanne Huchet, dite de Kerourain, qui épousa le sieur Michel Laënnec, avocat à Quimper. Ils eurent pour fils Théophile (1747) lequel fut père de René-Théophile, l'illustre médecin (1781-1826)

« La famille Laënnec de Quimper, disait descendre des Lahennec, de Pleyber-Christ dont elle portait les armoiries. Laënnec peut très bien, en effet, être une contraction de Lahennec, nom propre toujours fort répandu en Finistère.

« Quoi qu'il en soit, il est démontré que, par les Salaün, Laënnec était le neveu de Corret.

« Rappelons pour mémoire que le Premier Grenadier possédait à Ploaré un bien rural ; de leur côté les Huchet y étaient propriétaires ; ces biens provenaient du partage de la succession des Salaün. Laënnec vint mourir sur la terre ancestrale. Comme son oncle, it était « Breton d'abord » : fidèle à sa foi et fidèle à sa langue qu'il aimait à parler et à étudier, ainsi que René Villard et ses biographes l'ont exposé » (*F. Taldir Jaffrennou*).

Quant à l'étude détaillée, fort intéressante, des ascendances de celui qui fut Théophile-Malo Corret avant d'être La Tour d'Auvergne, je renvoie aux premiers chapitres de l'ouvrage extrêmement captivant de Taldir Jaffrennou. E. de M.

La prostitution en U. R. S. S. et comment on la combat. — Avant la révolution, la prostitution en Russie était arrivée à un développement très important. Saint-Pétersbourg

comptait 40.000 prostituées (sur 1.100.000 habitants. 8,6 % seulement des femmes avaient des moyens propres d'existence (statistique de 1901).

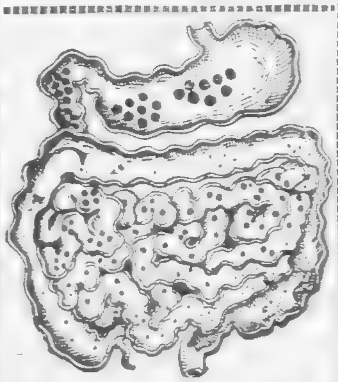
En 1919 (deux ans après la révolution) fut organisée, sur l'initiative du Comissariat de l'hygiène, une commission interministérielle pour combattre la prostitution. Cette commission élabora un programme de mesures (écoles, ateliers, organismes pour la répartition du travail féminin, foyers pour les femmes en voyage, etc.), programme qui fut gravement entravé dans sa réalisation par les circonstances (guerre civile). Puis vint la période de la N. E. P. (Nouvelle politique économique). Elle amena une recrudescence de la prostitution.

Ce n'est qu'en 1928 que fut entreprise la lutte systématique contre elle : 1° par la création d'établissements prophylactiqules en relation avec les dipensaires vénérologiques. On y traite les femmes malades et on leur y enseigne un métier. Leur salaire moyen est de 60 roubles par mois. Des établissements de ce genre existent aujourd'hui à Moscou, Kazan, Bakou, Saratov, Wladivostok.

2°) Par la création, pour les prostituées saines, de colonies de travail, relevant seulement du Commissariat de la Prévoyance sociale. Au début, les organes de l'hygiène et de la Prévoyance sociale avaient la lourde charge de donner du travail aux anciennes prostituées en leur assurant un certain nombre de places dans tel ou tel établissement ou en multipliant leurs propres institutions. Mais désormais, cette difficulté disparaît, par le fait de l'absence totale de chômage depuis la fin de 1930 En 1931, 1.600.000 femmes entreront dans l'industrie ; en présence d'une pareille demande de main-d'œuvre, les organisations de combat contre la prostitution voient leur tâche singulièrement simplifiée. Les anciennes prostituées trouvent aujourd'hui du travail par la voie normale. C'est pourquoi les données de la Police criminelle montrent que le nombre des prostituées a diminué de dix fois par rapport à 1911.

La proportion des individus ayant contracté des maladies vénériennes par le fait des prostituées est la suivante :

1914... 56,9 % 1925... 50,3 % 1930... 21 %



La prostitution professionnelle n'a cependant pas disparu complètement de Russie. Le patronage social s'efforce d'y parvenir, en recherchant les femmes qui s'y adonnent et en faisant leur éducation pour les ramener à la vie laborieuse. Les prostituées se refusant systématiquement au travail et entretenant des relations avec le monde criminel sont réparties dans des maisons de travail du type fermé. Les plus dangereuses sont expulsées des grands centres et soumises à une rééducation. Un film, « *solovki* », qui a passé dans la plupart des pays étrangers, montre le régime auquel elles sont soumises...

Mais on considère en U. R. S. S. que la prostitution ne disparaîtra entièrement que lorsque la demande cessera. Aussi a-t-on créé des brigades spéciales s'occupant de rechercher quels sont les consommateurs de la prostitution. — Dr WOLFSOHN,

Les superstitions médicales aux environs de Paris. — Tel est le titre d'un article du Dr Félix Regnault, paru dans *La Nature* (1er mai 1931), et dont voici un extrait :

« ... Parcourons ensemble, si vous le voulez, l'Eure-et-Loir. Ne nous contentons pas de grandes villes ; visitons les villages, entrons dans leurs églises, souvent modestes, mais parfois anciennes, artistiques et méritant notre attention.

Une particularité vous frappera : les statues de la Sainte-Vierge, des saintes, des saints, sont souvent couvertes de rubans. Et si vous questionnez quelque habitant, il répondra que c'est en vue de la guérison d'un malade : le mal dont il souffre est lié au moyen de ce ruban à la statue, désormais celle-ci le garde, l'ancien possesseur en est délivré. Chaque lien attache une maladie. Il faut éviter de le délier, ce qui équivaudrait à ouvrir à un malfaiteur la porte de sa prison... »

« ... L'épingle est une variante utilisée dans le même but ; au lieu de nouer le mal, on le fixe en le piquant... La même superstition s'étend aux menhirs, aux pierres levées. A Fleury-Saint-Andelle, modeste chef-lieu de canton de 1.500 habitants, existe un menhir, la Pierre de Saint-Martin, qui en certains endroits présente des trous. On passe par ces trous des liens pour guérir et préserver les enfants du carreau.

Ici se placent deux observations. La première est que souvent le peuple agit en se guidant d'après une intuition homéopathique. Ainsi Saint-Roch, qui montre le bubon pesteux à la racine de sa cuisse, est le patron des pestiférés. Sainte-Agathe à qui furent arrachés les seins en guérit les maux. Saint-Lazare qui subit le supplice du gril guérit les brûlures. Saint-Mamert qui présente des entrailles sorties du ventre est invoqué pour les maux d'intestin etc.

Une homonymie ou même une simple assonance suffit pour faire attribuer à un saint le pouvoir de guérir une maladie : Saint-Loup est invoqué pour la rage, Saint-Ouen pour les maux de l'ouïe, Saint-Aignan pour la teigne, Saint Atourin pour les étourdissements, Saint-Cloud pour les furoncles, Saint-Etanche pour les hemorragies, saint Acaire pour adoucir les gens acariâtres, etc... »

« ... La superstition du transfert est très générale, et s'observe chez tous les peuples, même sauvages. Elle est basée sur cette croyance que la maladie est un être réel, existant par lui-même. On pourra donc s'en débarrasser comme on se délivre d'un animal mauvais en l'enchaînant ; il faudra l'empêcher de revenir à la charge. Ainsi le paysan qui a mal aux dents transfère ce mal à un saule en enlevant quelques fibres de bois qu'il enfonce dans sa gencive malade ; puis il les remet en place en les recouvrant de l'écorce. Le goutteux prend des rognures d'ongles de ses pieds et des poils de ses jambes, perce un chêne d'un trou profond, y met les rognures et les poils, bouche avec une cheville du même bois, et recouvre avec de la bouse de vache... »

....

« Quelques ethnologues dont Levy-Bruhl croient que le sauvage seul a de ces superstitions ridicules et que l'homme civilisé possède une mentalité toute différente. Une simple promenade aux environs de Paris prouve le contraire. Si l'homme blanc paraît plus sage que son frère sauvage, c'est que son imagination est bridée par le milieu de la science et du progrès qui l'entoure, et qui constamment redresse les erreurs qu'il se forge... »

La fourniture des médicaments aux bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite. — 12395 et 12500. — M. Paul Courrent demande à M. le ministre de la Santé Publique si les personnes bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite ont la faculté, sous le bénéfice de cette assistance de s'adresser aux bandagistes, opticiens diplômés et herboristes diplômés, pour se faire délivrer les objets que la profession de ces derniers leur permet de vendre. (Question des 20 et 27 mars 1931).

Réponse. — Aux termes de l'article 4 de la loi du 15 juillet 1893, le service d'assistance médicale gratuite est organisé dans chaque département, sous l'autorité du préfet par le conseil général. Cette assemblée jouit à cet égard d'une grande latitude, sous la seule réserve de se maintenir dans les conditions déterminées par la loi. C'est par ce réglement que sont fixées les conditions dans lesquelles les personnes bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite peuvent se procurer les médicaments et appareils qui leur ont été reconnus nécessaires.

Sénat. Séance du 9 juin 1931. — *(Extrait de ladiscussion de la proposition de loi de M. Ambruster sur l'exercice de la médecine.)*

M. Ambruster. — « ..... Soyez persuadés, messieurs, que je n'ai pas le souci de faire établir un rigoureux protectionnisme pour la défense d'intérêts particuliers. Je ne suis par ailleurs animé d'aucun sentiment de xénophobie. J'estime cependant que lorsque des étrangers veulent exercer la médecine dans notre pays et jouir de tous les droits et avantages concédés par le moyen de la richesse collective, il paraît équitable qu'ils doivent justifier de tous les titres universitaires imposés par la loi aux médecins français. Et quand, au surplus, ces étrangers auront obtenu la naturalisation, nous pourrons espérer qu'ils se sentiront peut-être à la longue unis à leurs malades par des liens de solidarité nationale susceptibles d'éveiller chez eux des sentiments particuliers d'altruisme auxquels ils pouvaient auparavant être indifférents. Je rends hommage à tous les étrangers qui, devenus Français, ont honoré et illutré la médecine française : Orfila, Brown-Séquard, Panas, Albarran, etc. — j'en passe et des meilleurs — et aussi à tous ceux qui, venus pour étudier dans nos facultés et dans nos laboratoires, ont rapporté et fait connaitre dans leur pays nos découvertes, vulgarisé nos méthodes, contribuant ainsi à l'éclat et au rayonnement de la science française à travers le monde. Que tous ceux qui veulent suivre ces exemples soient convaincus que les portes de nos écoles et de nos hôpitaux leur seront toujours largement ouvertes et qu'ils y seront accueillis cordialement ! La proposition de loi soumise à vos délibérations a surtout pour but de faire une sélection rigoureuse parmi les étrangers qui voudront exercer en France et d'éviter dans l'intérêt même des malades, les graves inconvénients de l'encombrement de la profession

médicale ; elle aura certainement les plus heureux effets pour la sauvegarde de la santé publique.

Le vote de cette proposition paraît plus particulièrement opportun, au moment où la lutte contre les fléaux sociaux doit être poursuivie avec la plus grande énergie et où l'application de la loi des assurances sociales et son succès dépendent surtout de la collaboration complète et loyale d'un Corps médical d'une valeur incontestable. Nous laisserons ensuite aux professeurs le soin d'apprendre aux jeunes générations médicales, non seulement l'art de soigner et de guérir, mais aussi les principes de haute moralité professionnelle qui ont été l'honneur de la médecine française au dix-neuvième siècle. (*Vifs applaudissements. — L'orateur, en regagnant sa place, est félicité par ses collègues.*)

....

M. Le Moignic. — Je demande la parole.

M. Le Président. — La parole est à M. Le Moignic.

M. Le Moignic. — Dans l'article premier, il est dit que nul ne pourra exercer la médecine, en France ou dans les colonies s'il n'est docteur en médecine. Or, messieurs, si le nombre des docteurs en médecine qui exercent en France est suffisant et peut-être même trop élevé, il n'en est pas de même aux colonies. Les docteurs en médecine du corps de santé militaire des colonies et ceux du service de l'assistance médicale indigène sont en nombre notoirement insuffisant. Aussi a-t-on dû créer à Pondichéry, à Hanoï, à Tananarive et à Dakar des écoles de médecine locales qui ont permis de former des officiers de santé ou des médecins diplômés, sans exiger des candidats le diplôme du baccalauréat.

Ces officiers de santé, qui parlent les dialectes locaux, rendent de précieux services et facilitent la tâche des docteurs en médecine qu'ils assistent ou suppléent en particulier dans les vaccinations contre la peste, le choléra, la fièvre jaune et dans la lutte contre la maladie du sommeil.

L'amendement que j'ai l'honneur de déposer avec quelques-uns de nos collègues, permettra de ne pas priver nos colonies de praticiens indigènes absolument indispensables, je demande au Sénat de vouloir bien l'adopter (*très bien, très bien*).

M. Le Président. — Je mets aux voix l'amendement déposé par M. Le Moignic et plusieurs de ses collègues, accepté par la commission de l'enseignement.

(*L'amendement est adopté.*)

NOUVELLES

[SUITE DE LA PAGE 1154]

Les examens de médecine comporteront-ils des épreuves écrites l'an prochain ? — Les doyens de Facultés et directeurs d'écoles de médecine viennent d'être saisis d'un questionnaire demandant :

1º S'ils sont partisans d'épreuves écrites aux examens de fin d'année.

2º Dans quelles conditions ces épreuves pourraient fonctionner.

Si sans rien changer au régime actuel l'on pourrait instituer des épreuves écrites pour l'an prochain à l'égard des étudiants de première et de deuxième années. Les épreuves écrites ne modifieraient en rien les épreuves orales et de travaux pratiques existantes. L'écrit serait éliminatoire; l'admissibilité ne compterait que pour la session où elle a été acquise. Enfin l'écrit ne porterait que sur des questions écrites précises, bien déterminées et non sur des sujets généraux prêtant à dissertation.

Le Conseil consultatif de l'enseignement supérieur s'est prononcé favorablement pour ce renforcement des examens de médecine.

Assemblée générale du S.M.S. — L'assemblée générale du premier semestre a eu lieu le mardi 9 juin à 9 heures du soir, dans la grande salle de l'hôtel de la Confédération des Syndicats médicaux français, 95, rue du Cherche-Midi, sous la présidence de M. le Docteur Boyer, président du Syndicat.

Ordre du jour très important, qui comportait statutairement le rapport financier sur l'année écoulée et l'approbation du budget syndical, ainsi que le compte rendu annuel du directeur de l'Office de répression de l'exercice illégal, avec le tableau des condamnations obtenues. On a traité également deux graves questions, actuellement en instance devant le Parlement : l'exercice de la médecine en France par les étrangers (projet de loi Armbruster) et la réforme des études dentaires (projet de loi Milan-Rio). Sur ces deux points, les votes de l'assemblée ont été unanimes : la profession doit être défendue contre ceux qui tentent de l'exercer sans avoir fait les études suffisantes et obligatoires, ni acquis les connaissances de la bonne moralité indispensables.

Le Dr Dupas a donné ensuite des précisions sur l'organisation du contrôle technique de la Fédération des syndicats médicaux de la Seine en vue du fonctionnement des Assurances sociales et les conclusions de son rapport ont été approuvées à l'unanimité.

L'assemblée a également manifesté son désir de voir tous les syndicats du département de la Seine se réunir en un syndicat départemental unique ; en attendant, une cotisation réduite sera réclamée aux médecins spécialisés affiliés à leur syndicat technique.

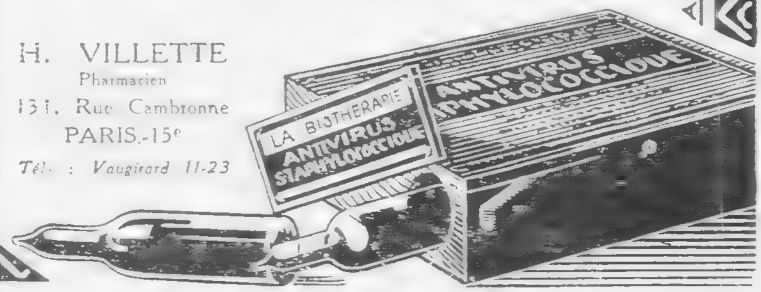
La Tombola de la F.E.M. — Le tirage de la tombola organisée annuellement par la Société de secours mutuels et de retraites pour femmes et enfants de médecins (F. E. M.) aura lieu le vendredi 31 juillet prochain au siège social (Hôtel Chambon) 95, rue du Cherche Midi, Paris (6e).

Des lots nombreux et importants ont été offerts cette année à la Société.

Presque tous les billets ont été pris, au moment du Bal de la médecine française, surtout par des médecins de la région parisienne venus en grand nombre à cette fête de bienfaisance.

C'est principalement aux médecins de province que la F. E. M. voudrait réserver les billets qui lui restent, pour leur permettre de s'associer à son effort et de venir en aide aux veuves et orphelins de médecins dans la détresse, dont la plupart appartiennent à la province.

Prix du billet : 5 fr. Carnet de 10 billets : 50 fr. S'adresser à la Société F. E. M., 95, rue du Cherche-Midi, Paris (6e).



Bureau P. L. M. de Grasse, avenue Thiers

Dans ce bureau de ville, tout nouvellement créé, les voyageurs trouvent tous renseignements concernant les voyages en chemin de fer et en autocars.

Ils peuvent s'y procurer des billets de chemin de fer au départ de Grasse et faire enregistrer leurs bagages pour la destination définitive.

Ce bureau délivre également des billets d'autobus pour le service « Grasse-Cannes ».

Il assure la location des places dans les trains au départ de Cannes.

BUREAU OFFICIEL DES GRANDS RÉSEAUX FRANÇAIS

Maison du Tourisme

Les Voyageurs trouvent au Bureau Officiel des Grands Réseaux français installé à la Maison du Tourisme, 53, avenue George-V, à Paris, tous renseignements utiles en vue de leurs déplacements.

Ils peuvent y obtenir les billets de toutes catégories qui leur sont nécessaires (chemins de fer et autocars) et y louer à l'avance places de luxe, places de 1re, 2e ou de 3e classes.

BIBLIOGRAPHIE

Epidémiologie ancienne et nouvelle, par Sir William HAMER, 1 volume in-8° de 184 pages : 32 fr. Gaston Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon Paris (6e).

Dans son remarquable ouvrage, Sir William Hamer, montre que les épidémies décrites par Sydenham à Londres au XVIIe siècle ressemblent étonnamment à celles qui sont venues plus tard, et particulièrement aux dernières vagues pathologiques qui ont à nouveau désolé Londres à partir de 1917 et 1918. Les noms des maladies ont changé, mais pour lui, ce sont les mêmes.

L'auteur donne ensuite une étude extrêmement intéressante sur l'épidémiologie durant les cent dernières années, et prouve que les anciennes données d'Hippocrate, reprises par Baillon, puis par Sydenham sont encore à considérer aujourd'hui. Demain verra certainement renaître une opinion qu'on croyait à jamais disparue.

Les hygiénistes, les praticiens liront avec profit cet ouvrage, qui, dans un nombre restreint de pages, fourmille d'idées fortes et de documents de première valeur.

Visions d'Italie. Poèmes par J.-L. AUBRUN. Editions Pythagore, L. Doudet, Avenue de Wagram, 152, Paris, 10 fr.

Des pages consacrées à Pompeï :

.....

Mais voilà que montant des taillis, dans la nuit,
Un air mélodieux fait tressaillir les belles,
Ses lèvres au pipeau, le faune dont l'œil luit,
S'élance en gambadant sur les herbes nouvelles,

Tout respire chez lui la force et la beauté,
La souplesse et l'orgueil, la solennelle ivresse.
L'or bruni de son corps fait que sa nudité
Eclate, chaste et noble. Et, prises de tendresse,

Aux lèvres du danseur chaque vierge a posé,
La poitrine battant d'ardeur qui la soulève,
Tout vibrant de désirs un étrange baiser !

Mais le faune s'enfonce, ainsi que dans un rêve,
A travers la nuit bleue où frisonne la grève.....

Est-ce assez joli ?

Et l'écriture est parfaite, la correction prosodique impeccable.

Qu'en pensent futuristes et décadentistes ?

J. L. Aubrun, l'auteur déjà célèbre de *Tristan et Yseult, le lys brisé. Sarcasmes,*(je ne cite que les œuvres les plus connues) nous prépare d'autres régals....

Tous les amis de la poésie se réjouissent. G. ESPÉ DE METZ.

Atlas chirurgisch-pathologischer Rœntgenbilder, *mit* 635 *Abbildungen auf* 162 *Glanzdrucktafeln,* 184. *Skizzen und erläuternden Text,* par le Professeur RUDOLF GRASHEY, Direktor des Röntgen und Licht-Instituts des Universitäts Köln. 3e édition augmentée. J.-F. Lehmanns Verlag. München 2 S. W. Paul Heyse-strasse, 26, 440 pages, rel. : 30 mks, 1931.

Je suis certain que les chirurgiens et les radiologues qui achèteront ce bel ouvrage ne le regretteront pas.

Aidé par la collaboration dévouée du docteur Kleinhaus, l'auteur reproduit dans ce gros traité les cas les plus typiques, les plus démonstratifs et instructifs de sa pratique tant à l'hôpital de Munich : Schwabing qu'à l'Institut Rœntgen de Cologne.

Cette troisième édition, très soignée, est enrichie encore de photographies nouvelles intercalées entre celles qui ont été publiées dans les deux précédentes.

Deux parties :

L'une de courte étendue (pages 3-79) est consacrée aux explications techniques, c'est-à-dire aux procédés, aux diverses difficultés, aux instructions, conseils et recommandations relatifs à la prise et à la reproduction des clichés. Munie de dessins explicatifs, cette première partie est divisée en chapitres correspondant chacun à l'un des chapitres de la deuxième partie.

Cette deuxième partie est consacrée : aux *corps étrangers et aux calculs* (Fremdkörper und Konkrementen) — aux *maladies des os* — aux *maladies des articulations* — aux *déformations* — aux *tumeurs* — aux transformations pathologiques des *parties molles* — aux *luxations* — aux *fractures.*

Dans cette partie 162 pages de textes, munies, quand besoin est, de dessins et de schémas ont chacune face à face 162 pages sur papier glacé contenant plus de 438 reproductions Rœntgen-photographiques ; la page de texte étant toujours séparé des radiographies qui lui font face par une feuille de papier transparente glacée.

Je dis plus de 438 parce que les augmentations de la première édition ont conduit à un grand nombre de numéros bis, ter, quater, etc., ce qui porte le nombre total des reproductions à 635.

Chaque reproduction Rœntgen étant numérotée, le texte correspondant et portant (sur la page qui fait face à la reproduction) le même numéro que cette reproduction, lecture et interprétation se livrent donc en même temps au regard, ce qui est d'une extrême commodité pour le lecteur.

Les textes sont fort clairs. Ils indiquent l'origine, la nature, éventuellement l'évolution de la lésion puis donnent l'interprétation de la radiographie sur laquelle d'ailleurs sont inscrits des signes (signes, lettres ou chiffres) correspondant aux indications fournies par le texte.

En résumé un ouvrage *luxueux, d'une extrême clarté* et qui est le fruit d'une formidable documentation.

Il entre dans la bibliothèque du médecin à des titres divers :

— Il permet aux débutants de se familiariser avec la lecture des clichés.

— Il constitue pour le praticien non spécialiste un ensemble de documents facilitant, maintes fois, le diagnostic différentiel.

— Enfin il fournit aux spécialistes une collection d'une grande richesse parfaitement ordonnée par une compétence de tout premier ordre. (*Reproduction autorisée*).

G. ESPÉ DE METZ.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie. — R. C. C. 4264

Le Gérant : A. ROUZAUD

FONDÉ EN 1873 — N° 27 LE NUMÉRO : 50 Centimes 4 JUILLET 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V^e)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

DIRECTION SCIENTIFIQUE

H. BOURGEOIS, Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital Laënnec
A. BRÉCHOT, Chirurgien de l'Hôpital Broussais
M. CHIFOLIAU, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis
A. CLERC, Professeur de Pathologie interne, Médecin de l'Hôpital Lariboisière
H. CODET, Ancien Chef de Clinique psychiatrique
C. JEANNIN, Professeur de Clinique obstétricale, Accoucheur de la Pitié
Ch. LENORMANT, Professeur de Pathologie chirurgicale, Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié
L. LORTAT-JACOB, Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
G. PAUL-BONCOUR, Professeur à l'École d'Anthropologie
A. PHILIBERT, Professeur agrégé à la Faculté
Félix RAMOND, Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
Henri VIGNES, Professeur agrégé, Accoucheur des Hôpitaux

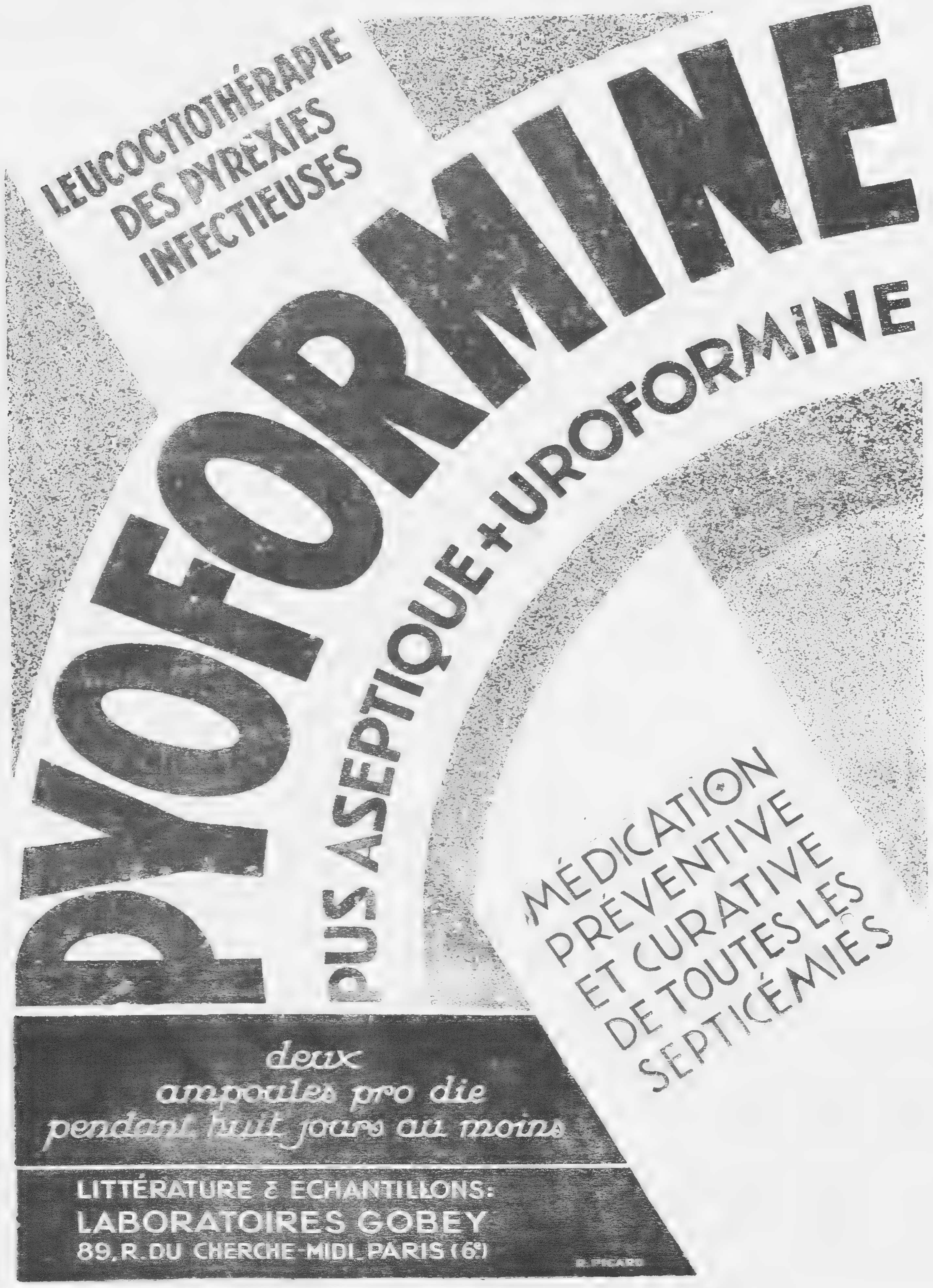
RÉDACTION

RÉDACTEUR EN CHEF :
Maurice LOEPER
Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine
Médecin de la Pitié

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION :
Maurice GENTY

Les Bureaux de Rédaction sont ouverts le Vendredi, de 5 h. 1/2 à 6 h.

SOMMAIRE


LEUCOCYTOTHÉRAPIE
DES PYREXIES
INFECTIEUSES
PYOFORMINE
PUS ASEPTIQUE + UROFORMINE
MÉDICATION
PRÉVENTIVE
ET CURATIVE
DE TOUTES LES
SEPTICÉMIES
deux
ampoules pro die
pendant huit jours au moins
LITTÉRATURE & ECHANTILLONS:
LABORATOIRES GOBEY
89. R. DU CHERCHE-MIDI. PARIS (6e)

NOUVELLES

Assistance publique à Paris. — *Concours de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.* — Séance du 22 juin. — *Anatomie.* Question : Tronc de l'artère carotide externe et origine de ses branches.

MM. Couvelaire, 25 ; Cordier, 26 ; Dessaint, 27 ; Lecœur, 27 ; Guillot, 24 ; Funck, 29.

Séance du 23 juin. — *Physiologie.* Question : Physiologie du corps thyroïde.

MM. Funck, 17 ; Couvelaire, 16 ; Lecœur, 16 ; Dessaint, 16 ; Cordier, 18.

Epreuve écrite du 24 juin. — Question : Des pancréatites aiguës

Séance du 25 juin. — Lecture des copies. Ont obtenu : MM. Funck, 27 ; Couvelaire, 28 ; Lecœur, 27 ; Cordier, 27 ; Dessaint, 27.

Séance du 26 juin. — *Médecine opératoire.* Questions : Ligature de l'artère humérale au pli du coude : Désarticulation du médius et de son métacarpien.

Ont obtenu : MM. Cordier, 27 ; Lecœur, 27 ; Dessaint, 28 ; Funck, 28 ; Couvelaire, 26.

Sont déclarés admissibles aux épreuves définitives : MM. Funck, Dessaint, Cordier, Lecœur.

— *Concours de l'internat en médecine.* — Epreuve écrite. — 24 juin, *anatomie* : Articulation temporo-maxillaire avec sa physiologie ; 25 juin, *pathologie médicale* : Signes et diagnostic du goitre exophtalmique ; 26 juin, *pathologie chirurgicale* : Signes et diagnostic des fractures fermées de l'extrémité inférieure du radius.

Jury de la section d'anatomie : MM. Leroux, Bloch, de Gennes.

Jury de la section de pathologie médicale: Mme Bertrand-Fontaine, MM. Gutmann, Hamburger.

Jury de la section de pathologie chirurgicale : MM. Métivet, Ameline, Ravina.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 29 juin. — M. Pineau-Valencienne. La mort par pitié. Etude médico-légale. — M. Faivre. Les jeunes vagabondes prostituées en prison. — M. Fardeau. Les tumeurs spontanées chez le lapin. — Mme Alibert. Recherches sur l'état général des malades atteints de décollement de la rétine. — M. Lainé. Etude des leucémies lymphatiques. — M. Morin. Le métabolisme cellulaire est-il de nature électrochimique. — M. Bucquoy. Le traitement de la tuberculose pulmonaire après quarante ans. — M. Girod. Etude des infections focales. — M. Kritchwsky. Antagonismes de la carie et de l'alvéolyse. — M. Raynard. Sur les polynévrites alcoolo-tuberculeuses. — M. Es Sakka Mohammed. Etude des azotémies au cours du traitement de la fièvre typhoïde par la trypaflavine. — M. Barthelémy. Etude de l'izara. — M. Filloux. Le Fenu grec. Etude expérimentale et clinique. — M. Bertrand. Etude sur la suppuration post-grippale des kystes de l'ovaire. — M. Rousseau. Dangers de la décalcification et de la surcharge calcique au cours de la grossesse.

30 juin. — M. Sicot. Etude des pseudarthroses de la rotule. — M. Caraille. Les étapes du traitement de la métrite cervicale chronique. — M. Litman. Etude des ostéites des maxillaires. — M. Karsz. Diagnostic biologique de la grossesse. — M. Piltz. Etude du vaginisme. — M. Bernaud. Les phénomènes nerveux et le syndrome méningé au cours de la grande insuffisance hépatique. — M. Czernichow. Contribution au traitement de l'œsophagisme. — M. Meunecier. Les ictères de l'acide phénylquinoléine carboxylique. — M. Thiroloix. Les souffles organiques du cœur. Etude clinique et thérapeutique.

Mercredi 1er juillet. — M. Finikoff. Etude clinique et chirurgicale des abcès corticaux du rein. — M. Ferrier. Appareil locomoteur et glandes à sécrétion interne. — M. Flaumembraum. Evolution des idées sur l'hémostase dans le traitement chirurgical du cancer de la langue. — M. Grunberg-Baur. Considération sur l'extirpation des goitres encapsulés.

Thèses vétérinaires. — M. Biesse. Emasculation par les pinces par écrasement du cordon. — M. Hamedy. Aptitude des animaux à la production des antitoxines. — M. Leconte. Nos connaissances sur la tuberculose porcine. — M. Chollet. Accidents d'intoxication chez le mouton.

2 juillet. — M. Brétey. Etude critique du débit cardiaque. — M. Kanony. Etude de la tuberculose laryngo-pulmonaire. — M. Kaplan. Les modifications radiologiques au cours du traitement de la tuberculose pulmonaire par la chrysothérapie. — M. Laflotte. Algies brachiales de la ménopause. — M. Thoyer. Le syndrome de Brown-Séquard, et les voies de la sensibilité dans la moelle. — M. Boquet. Etude des calcifications pleurales. — M. Gazeau. Traitement du rhumatisme articulaire aigu par les polysalicylates. — M. Maillet. Des signes dystrophiques et d'amoindrissement préalable de terrain dans la tuberculose évoluante de l'adulte. — Mlle Pau. La gangrène pulmonaire chronique. — M. Soria. Etude de la méningite à bacille de Friedlander. — M. Terrial. Recherche et diagnostic coprologique des protozoaires intestinaux en coprologie clinique. — M. Braunstein. Pyrétothérapie réglée, associée au traitement arsenical (tryparsamide) dans la paralysie générale. — M. Laroche. Etude des trichophytines et des réactions qu'elles provoquent. — M. Lardat. Traitement bismuthé de la syphilis. Accidents et thérapeutique soufrée. — M. de Morsier. A propos de la thérapeutique de la syphilis et son traitement par un bismuth indissoluble associé au mercure et à l'arsenic. — M. Phan-Tan-Thiet. Etude du traitement de la blennorragie chronique par la diathermie. — M. Calataynde. Traitement de la méningite cérébro-spinale. — M. Faure. Considérations étiologiques et thérapeutiques sur l'asthme infantile. — M. Fresquet. L'aortite rhumatismale chez l'enfant. — M. le Garrec. Etude de l'encéphalomyélite de la rougeole. — M. Ungier. L'orthopédie aux phases aiguës et de régression de la paralysie infantile. — M. Wajsman. Perforation de la vésicule biliaire au cours de la fièvre typhoïde chez l'enfant. — M. Adabache. La chryothérapie des rhumatismes chroniques. — M. Bacquelin. Etude critique des arseno-résistances et des arseno-récidives cliniques.

Thèses vétérinaires. — M. Morlet. Tuberculose de la face chez le chat. — M. Lemaitre. Le sulfate neutre potassique d'oxyquinoléine (quinosol) dans la pratique vétérinaire.

3 juillet. — MM. Berger. Les présentations de l'épaule à la Maternité de Lariboisière. — M. Lufti. La détermination du sexe (Etude historique). — M. Bergeron. Etude clinique et thérapeutique des complications les plus fréquentes de l'entorse du genou chez les sportifs.

4 juillet. — M. Hermann. Des glaucomes chroniques par

contusion. — Mlle RABINOVITCH. Etude du traitement des canaux dentaires et de la région péri-apicale par les agents physiques. — M. DUMAS. Traitement des infections à germes pyogènes par l'association antivirus bactériophage. — M. KERVELLA La vie et l'œuvre de Bichat, 1771-1802. — M. LAMBERT. Le volvulus de l'iliaque au cours de la grossesse. — M. LEBOIS. Etude de la torsion intra-abdominale de la trompe utérine saine. — M. PRIOLET. Etude de la spondylose rhizomélique. — M. MILLIAN. L'inadaptabilité sociale des épileptiques et son rôle dans la délinquance. — Mlle ROUDINESCO. Durée d'incubation du tabes et de la paralysie générale. — M. ATCHIA. Etude de l'intoxication par les gaz d'automobiles. — M. BENARDEAU. Les divers modes d'intoxications par l'œuf de poule. — M. ESCARAVAGE. Etude de la contagiosité du zona. — M. LAMBERG. L'hygiène des cardiaques. — M. LE BUANEC. Considérations historiques et critiques sur les costumes, mœurs et préjugés d'Armorique en matière d'hygiène. — M. LUCADON. Historique et exposé du traitement des gangrènes pulpaires par l'aldéhyde formique. — M. MALEK. Prophylaxie de la syphilis dans la Société moderne.

La Faculté de médecine de Nancy visite la station thermale de Vichy. — Succédant aux internes et externes des hôpitaux et étudiants de la Faculté de médecine de Strasbourg, les externes et des étudiants de la Faculté de médecine de Nancy sont venus, à leur tour, visiter les installations thermales de Vichy.

Ils avaient à leur tête, M. Santenoise, directeur de l'Institut d'hydrologie thérapeutique et de climatologie à la Faculté de médecine de Nancy, accompagné de MM. le Docteur Louis Mercklen, chargé de cours à la Faculté : Jean-Louis Massot préparateur ; Mlle Brieu et Mlle Fuchs, chefs de laboratoire à l'Institut d'hydrologie de la Faculté de médecine ; M. le Docteur Gille, de Nancy.

Avant leur départ, un banquet leur fut offert dans les salons du Carlton, sous la présidence de M. Baugnies, vice-président et administrateur-délégué de la Compagnie fermière. Au champagne, des discours furent prononcés par : M. Baugnies qui fit un très intéressant historique de la station et donna un aperçu du programme de travaux en cours d'exécution ou en projets, qui contribueront à maintenir Vichy au premier rang des stations thermales. M. le Docteur Durand-Fardel, au nom de la Société des sciences médicales ; M. Huel, externe des hôpitau x de Nancy ; M. le Professeur Santenoise.

Dans la journée, les étudiants avaient d'autre part entendu une conférence de M. le Docteur Durand-Fardel, président de la Société des sciences médicales, sur les propriétés des eaux de Vichy et leur application dans les maladies de la nutrition, dans les affections du tube digestif et surtout du foie.

Conférence internationale de défense sociale contre la syphilis et centenaire d'Alfred Fournier (9, 10, 11 et 12 mai 1932.) — La cérémonie du Centenaire aura lieu à Paris, le jeudi 12 mai 1932. Elle sera précédée d'une conférence internationale de défense sociale contre la syphilis, qui se réunira les lundi, mardi et mercredi 9, 10 et 11 mai 1932.

1° *Le service social dans la lutte contre la syphilis.* Rapporteurs : *a*) Mme GETTING et M. le Docteur LOUSTE ; *b*) M. le Professeur Louis SPILLMANN ; *c*) M. le Professeur JADASSOHN et Mrs. Neville ROLFE.

2° *Diagnostic précoce et pathogénie des syphilis nerveuses* (*acquises ou héréditaires*). Rapporteurs : *a*) M. le Docteur RAVAUT ; *b*) M. le Docteur DUJARDIN; *c*) M. le Docteur Mario TRUFFI.

3° *Prophylaxie des syphilis nerveuses* (*acquises ou héréditaires*). Rapporteurs : *a*) M. le Professeur WAGNER von JAUREGG ; *b*) M. le Professeur Henri CLAUDE ; *c*) M. le Professeur NICOLAU.

4° *Importance médico-sociale des syphilis nerveuses* (*acquises ou héréditaires*). — Rapporteurs : MM. le Docteur Gaston MILIAN ; le Docteur SICARD DE PLAUZOLES ; le Docteur CAVAILLON (Paris).

Association générale des étudiants de Paris. — La section de médecine de l'Association générale des étudiants de Paris, rappelle à MM. les médecins et aux étudiants en médecine en fin de scolarité qu'ils trouveront à la permanence, 15, rue de la Bûcherie (V^e^), téléphone Gob. 65-74, un service de remplacements des mieux organisés qui leur donnera toute satisfaction.

Sanatorium de l'Aisne. — La Renaissance sanitaire vient d'ourvrir un deuxième pavillon de 250 lits à son sanatorium de Villiers, par Charly (Aisne). On demande deux médecins phtisiologues ayant déjà la pratique du sanatorium.

Pour tous renseignements, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris-VIe.

Avis de concours. — Un nouveau concours sur titres est ouvert pour la nomination de médecins phtisiologues aux sanatoriums de la Renaissance sanitaire de Villiers, par Charly (Aisne) et de la Musse, à Arnières, près d'Evreux (Eure).

Les traitements, suivant les classes, varient de 30.000 fr. (médecins de 4e classe) à 65.000 fr. (médecins de 1re classe).

Les médecins bénéficient, en outre, des autres avantages en nature accordés aux médecins de sanatoriums publics : loge-

ment, éclairage, chauffage, blanchissage et auront la facilité de bénéficier, à titre onéreux, pour eux et leur famille, du ravitaillement de l'établissement.

Adresser les demandes de renseignements et d'inscription à M. Chipot, secrétaire général de la Renaissance sanitaire, 23, rue du Renard, Paris (4e).

Nécrologie. — Dr Bénédic, de Brienne-le-Château (Aube). — Dr Louis Bugnon, de Saint-Etienne-de-St-Geoirs (Isère). — Dr Chevallier, de Macau. — Dr Coldefy, membre du Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine. — Médecin lieutenant-colonel Drouhet, major de l'Ecole du Service de santé mil. de Lyon, décédé à l'hôpital mixte de Clermont-Ferrand. — Dr Dumas, décédé à l'âge de 51 ans. —Dr Célestin Soret, décédé à Nice, où il s'était retiré il y a quelques années après avoir subi de nombreuses interventions chirurgicales nécessitées par l'évolution de ses lésions de radiodermite maligne. Ancien professeur de sciences physiques au Havre, il avait été un des premiers à se mettre en rapport avec le Dr Rœntgen. — Dr André Veillon, de Paris, 60, boulevard Malesherbes, médecin de l'hôpital de l'Institut Pasteur.

REVUE DES THÈSES

La paramétrite douloureuse d'origine cervicale, par le Dr Charles J. Bernard. (*Travail de la clinique gynécologique de la Faculté de médecine de Lyon. Prof. E. Villard.*) 104 p., Mars 1931. Bosc et Riou imprimeurs.

L'auteur conclut :

1° Sous le nom de paramétrite il faut comprendre l'inflammation du tissu cellulaire sous-péritonéal du paramètre.

Cette lésion doit être différenciée de la périmétrite et de la Douglassite, inflammation du péritoine péri-utérin et du cul-de-sac péritonéal postérieur.

II. — Certaines formes de paramétrite reconnaissent pour causes la métrite du col et plus spécialement la métrite érosive, constituant la paramétrite douloureuse d'origine cervicale.

III. — La paramétrite d'origine cervicale n'est pas différente dans sa pathogénie et ses caractéristiques anatomo-pathologiques des lésions du tissu cellulaire au voisinage des foyers infectieux.

IV. — Au point de vue symptomatique, elle se caractérise subjectivement par de la douleur pelvienne, lombo-sacrée et de la gêne fonctionnelle ; objectivement par la tension douloureuse des ligaments larges et des ligaments utéro-sacrés avec infiltration et perte de souplesse des culs-de-sac.

V. — Elle doit être différenciée des autres causes d'algies pelviennes annexielles ou péritonéales.

VI. — Le traitement sera surtout causal, et par conséquent sera en premier celui de la cervicite chronique ; la disparition de celle-ci entrainera la guérison du paramètre.

Dans les formes résiduelles avec algies persistantes, la diathermie, la kinésithérapie pourraient être indiquées.

BIBLIOGRAPHIE

La culture des tissus en biologie expérimentale, par Emile C. Craciun. Préface du Professeur G. Roussy. Un volume de 442 pages avec 72 figures : 55 fr.

L'emploi des cultures de tissus devient de plus en plus fréquent mais la technique de cette méthode en éloigne beaucoup de travailleurs, parce qu'elle est réputée difficile

Le Dr Craciun montre qu'elle est facilement réalisable, même avec les installations courantes de laboratoire et qu'elle est appelée à devenir une méthode courante de laboratoire. C'est la première étude d'ensemble écrite en langue française sur la question ; elle est appelée à rendre de grands services : elle contient en plus des indications très complètes sur les principaux travaux parus sur la question.

Physiopathologie de la thyroïde, diagnostic et traitement des goitres, par Lucien Dautrebande. Un volume de 326 pages avec 36 figures : 40 fr. Masson éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Dans chacun de ces chapitres, l'auteur apporte des vues originales neuves ou combat, avec des arguments basés sur les dernières acquisitions de la physiologie, les conceptions anciennes concernant l'hyperthyroïdie. C'est ainsi qu'il met en doute l'antagonisme supposé de la thyroïde du pancréas. De la même manière, par l'étude de ce qu'il a appelé le coefficient métabolique des protéines, il montre que les conditions dans lesquelles un hyperthyroïdien peut faire du déséquilibre azoté n'ont rien de spécifique. Enfin, dans un chapitre consacré à la circulation, il observe le retentissement que peut avoir sur le débit cardiaque et le travail du cœur l'hyperthyroïdie.

Chacun de ces sujets est passé au crible de la critique et cette première partie constitue un tout vivant et rigoureusement ordonné.

Dans une seconde partie consacrée à la clinique, l'auteur développe sa classification physiopathologique des goitres et étudie successivement l'hyperthyroïdie, le goitre endémique, le goitre simple, les adénomes simples

et toxiques, les kystes thyroïdiens et enfin la maladie de Basedow. Son exposé méthodique et simple encore que chargé de faits, constitue un plaidoyer motivé en faveur d'une classification nouvelle des états hyperthyroïdiens.

Du point de vue thérapeutique, l'auteur après avoir critiqué au moyen de documents personnels les différents modes de traitement des goitres, apporte ici la synthèse de ses travaux bien connus sur le traitement iodé prolongé de l'hyperthyroïdie qu'il a été le premier à codifier.

Une abondante bibliographie termine l'ouvrage.

Maladies de l'intestin, par Bensaude, Série I, exploration, constipation, diarrhée, syphilis gastro intestinale, traitement hydrominéral, avec la collaboration de L. Rivet et A. Cain, médecins des hôpitaux, Baraduc, Godard, Guénaux, Lièvre, Oury, Stieffel, Terrial, Vasselle et Gilbert-Dreyfus, Un volume de 346 pages avec 97 figures : 55 fr. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Cet ouvrage est le premier d'une série de trois qui paraîtront successivement : il a comme base l'Enseignement des maladies de l'intestin et surtout de la proctologie tel qu'il a été organisé à l'hôpital Saint-Antoine par le Dr Bensaude.

On trouvera dans cette publication et dans celles qui suivront, à côté des travaux originaux, des questions de pratique journalière et des revues générales d'actualiié. Ce n'est pas un Traité des maladies de l'intestin au sens propre du mot, mais une série de travaux ayant trait aux questions les plus intéressantes de l'entéroproctologie. N'étant pas destinés à figurer dans le cadre nécessairement limité des grands traités, ces travaux seront exposés dans toute leur ampleur avec les développements jugés indispensables par les auteurs.

Dans ces recueils de travaux sur les maladies de l'intestin, tous les sujets essentiels de ce chapitre important de la pathologie digestive seront traités et principalement ceux qui nécessitent de fréquentes mises au point en raison de l'application des nouveaux procédés d'exploration et de traitement. On y trouvera, entre autres, un exposé complet et pratique des techniques rectoscopiques avec lesquelles tout médecin s'occupant tant soit peu des affections du tube digestif doit être familiarisé aujourd'hui.

Cet ouvrage s'adresse autant aux médecins qu'aux chirurgiens appelés à traiter en commun les affections recto sigmoïdiennes et à collaborer quotidiennement dans les services de proctologie des grands hôpitaux.

Considérations cliniques et thérapeutique sur la blennorragie chez l'homme et chez la femme, par le Dr L. Boulanger. Tome I, 1931. Un volume in-8° de 380 pages : 40 fr. Legrand, éditeur, 93, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

L'ouvrage dont le Dr Boulanger vient de faire paraitre le premier volume à la Librairie Amédée Legrand est, ainsi que son titre l'indique, conçu dans un but essentiellement pratique. Ce n'est pas une œuvre didactique, mais l'étude détaillée des nombreux cas que présente cette maladie protéiforme et leur solution pratique. On pourra en juger par l'indication des principaux chapitres du Premier volume : Interrogatoire et examen clinique d'un malade atteint d'urétrite. Diagnostic des infections gonococciques anciennes chez l'homme. Avenir des blennorragies non soignées et des blennorragies mal soignées. Peut-on, sans examen microscopique de la sécrétion urétrale, faire le diagnostic exact et complet d'une urétrite ? Le gonocoque. Rôle du laboratoire dans le diagnostic des urétrites. Pourquoi, quand et comment faut-il explorer l'urètre au cours d'une gonococcie ? Y a-t-il une médication spécifique de la blennorragie à gonocoques chez l'homme. Quand doit-on commencer le traitement endo-urétral d'une urétrite ? Des conditions fondamentales du traitement local des urétrites. Des conditions générales du traitement local des urétrites. Remarques au sujet de la technique des grands lavages urétro-vésicaux. Les urétrites à gonocoques qui semblent réfractaires à l'action du permanganate de potasse. Considérations cliniques et thérapeutiques sur les prostatites et vésiculites blennorragiques. Diagnostic de la désinfection gonococcique chez l'homme. Les urétrites non gonococciques.

A travers l'histoire de France. Episodes et récits tirés de l'histoire de France de Jules Michelet. Illustrations de Jack Abeillé. Bibliothèque Juventa (série rouge). Un vol. (12 × 18,5) couverture couleurs : 4 fr. 50. Relié toile pleine, rouge : 8 fr. 50. Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris (Ve).

Les éditeurs de la Bibliothèque Javenta, déjà si riche en ouvrages captivants, ont enfin réalisé le vœu des parents et des maîtres, en publiant trente récits tirés de l'histoire de Jules Michelet.

L'auteur de ce choix a su réunir les épisodes et les tableaux les plus vivants et les plus pathétiques et constituant une sorte de voyage rapide à travers l'histoire de France.

TRAVAUX ORIGINAUX

Anaphylaxie et floculation

Par Auguste LUMIÈRE
Correspondant de l'Institut et de l'Académie de médecine

Depuis plus de dix ans, nous avons montré que les accidents aigus de l'anaphylaxie doivent être attribués à la formation, dans le torrent circulatoire, de précipités floculés résultant de la réaction de l'antigène sur le plasma du sujet sensibilisé. Cette floculation est d'ailleurs le seul indice véritable d'une destruction colloïdale : l'état colloïdal n'est détruit que par précipitation.

Les modifications sanguines que l'on observe à la suite des chocs, telles que les variations globulaires et leucocytaires, les perturbations dans l'indice réfractométrique ou les constantes du sérum, modifications désignées par erreur sous le nom de *colloïdoclasie*, n'ont absolument rien de commun avec une clase colloïdale ; ces changements ne sont en aucune façon la cause des chocs, mais bien leur conséquence. Il n'y a qu'une colloïdoclasie vraie, c'est la floculation. Les précipités formés dans le sang déclenchent le cataclysme pathologique en excitant brusquement les terminaisons du sympathique aboutissant dans l'endothélium des vaisseaux.

Parmi les preuves que nous avons données de ce mécanisme, il en est une, capitale, tirée du fait que l'introduction, dans la circulation, de précipités chimiquement inertes, provoque des troubles qui sont non seulement rigoureusement identiques à ceux de l'anaphylaxie, mais qui présentent comme eux, des caractères fort singuliers qu'on ne retrouve dans aucune autre manifestation pathologique, quelle qu'elle soit.

Etant donné que tous les arguments que nous avons produits antérieurement, à l'appui de notre théorie de l'anaphylaxie, ne sont pas encore parvenus à triompher des errements routiniers dans lesquels l'Ecole classique demeure confinée, nous croyons utile de revenir sur l'un des points principaux de notre thèse, en le traitant avec tous les développements nécessaires et en complétant son étude par quelques considérations et quelques constatations nouvelles.

1° Identité des symptômes anaphylactiques et anaphylactoïdes

Dans son ouvrage mémorable sur l'anaphylaxie, Ch. Richet a tracé un tableau saisissant de la crise provoquée par l'injection intra-vasculaire de l'antigène déchaînant, chez le chien sensibilisé, et nous ne saurions mieux faire que de rappeler la description qu'il en a donnée.

« On peut distinguer l'anaphylaxie légère et l'anaphylaxie grave, encore que toutes les transitions s'observent entre les formes les plus légères, à peine appréciables, et les formes les plus graves qui tuent en quelques minutes.

« Dans la forme la plus légère les seuls symptômes sont le prurit, une accélération des mouvements respiratoires, un abaissement de la pression artérielle, fréquence augmentée de la pression du cœur, diarrhée et ténesme rectal.

« Bien entendu, même quelques symptômes peuvent manquer. Le prurit ne s'observe que dans les cas d'anaphylaxie assez faible, car, dès que le système nerveux est profondément atteint, il n'y a plus de prurit.

« Pour observer le prurit, il faut détacher le chien, le laisser en liberté, alors on le voit d'abord s'ébrouer, secouer la tête à plusieurs reprises, comme s'il avait dans les oreilles quelque objet incommode ; puis il se gratte la tête, les flancs, à plusieurs reprises, parfois avec frénésie ; quelquefois même il se frotte le museau contre le sol et se roule par terre.

« Un phénomène plus constant que le prurit, c'est l'accélération de la respiration, qui, sans être asphyxique ou dyspnéique, comme dans les formes graves, témoigne toujours par changement dans le rythme et dans l'amplitude, que le poison (?) a porté son action sur le système bulbaire.

« En même temps, la pression artérielle baisse beaucoup (plus ou moins suivant l'intensité générale de la réaction anaphylactique). En même temps aussi, il y a une congestion intestinale.

. . . .

« Tous ces symptômes disparaissent vite dans le cas de l'anaphylaxie légère, mais, si l'anaphylaxie est grave, ils prennent un aspect tout différent.

« D'abord il n'y a plus de prurit. Le premier effet, c'est le vomissement, premier symptôme tellement rapide, tellement dominateur que, dans nombre de cas, le vomissement survient au bout de dix secondes à peine après l'injection même d'une faible dose. Le vomissement est si caractéristique que je l'ai pris comme critérium (plus facile à constater que l'abaissement de la pression).

« On peut dire qu'il ne fait jamais défaut, sauf dans quelques cas tout à fait rares d'anaphylaxie extraordinairement intense. Alors l'animal est tout de suite dans un tel état de prostration qu'il n'a plus la force de vomir.

« Les vomissements sont spumeux, avec mélange de bile, quelquefois ils sont fécaloïdes, quelquefois, dans des cas très graves, mêlés de sang, car il y a, dès le début, une congestion gastro-intestinale intense.

« Presque aussitôt après, l'animal étant détaché, il est pris de ténesme rectal, avec diarrhée liquide, mêlée à du sang.

« Parfois, il y a écoulement, par le rectum, de sang presque pur. En même temps, des coliques violentes.

« Mais souvent, le déchaînement des accidents nerveux est si soudain et si violent que les coliques et la diarrhée ne peuvent s'établir. Tout de suite, il y a ataxie : l'animal chancelle comme s'il était ivre, il a de la paraplégie, laisse traîner le train de derrière, ne relève plus les orteils des pattes de devant (ainsi que le font les animaux dont les circonvolutions rolandiques ont été détruites) ; la pupille se dilate ; les yeux deviennent hagards et après quelques cris lamentables, l'animal tombe par terre, urinant et déféquant sous lui, épuisé, insensible, ne réagissant plus aux excitations douloureuses, même les plus intenses, avec cécité psychique absolue. La respiration est accélérée, dyspnéique, la pression artérielle est très basse (4 à 5 centimètres de mercure à peine). Le cœur précipite ses battements qui sont faibles, si faibles quelquefois qu'on a peine à les compter.

Les matières fécales, liquides, diarrhéiques, sanguinolentes, s'écoulent par le rectum sans que l'animal semble s'en apercevoir. La respiration, bientôt, devient tellement gênée qu'on peut craindre de voir l'animal mourir d'asphyxie. Bref, l'état général est assez grave pour qu'on soit tenté de croire à la mort imminente. En réalité, la mort en moins de deux heures est extrêmement rare chez le chien.

Le plus souvent, si la dose seconde, injectée, n'a pas été trop forte, le chien se remet assez vite. Au bout de vingt, quarante minutes, rarement davantage, soudain il se redresse, marche, fait quelques pas en titubant un peu, reprend la conscience et la sensibilité et, quoique ayant toujours de la diarrhée et du ténesme rectal, paraît à peu près rétabli.

« Mais dans quelques cas, il ne peut se relever et il meurt au bout de trois, quatre, cinq, six heures (presque jamais en une heure ou deux) sans avoir pu se relever de l'en-

◆◆

droit où il s'était affaissé, avec une diarrhée hémorragique intense.

« Dans ces cas très exceptionnels, il y a des contractions et des convulsions.

Même quand le chien a pu se relever du choc anaphylactique et, tant bien que mal, regagner sa niche, il va parfois mourir dans la nuit par le progrès de l'hémorragie intestinale et par l'affaiblissement général de son système nerveux. »

Si, à l'antigène déchaînant ainsi administré à un chien anaphylactisé, nous substituons une suspension de sulfate de baryte dans le sérum physiologique et si nous injectons, à dose faible, par voie intra-vasculaire, cette préparation à un chien neuf, nous observerons les troubles caractéristiques de l'anaphylaxie légère : prurit, accélération de la respiration et du pouls, chute de la pression artérielle, diarrhée et ténesme rectal avec congestion intestinale violente.

Ces accidents disparaissent d'ailleurs très promptement, exactement comme dans l'anaphylaxie véritable. Si la dose de l'émulsion barytique est augmentée, la nature et l'allure des troubles subissent rigoureusement les mêmes changements que dans l'anaphylaxie.

Le prurit n'a plus le temps de se manifester et d'emblée c'est le vomissement typique qui se produit au bout de quelques secondes ; il ne fait défaut, comme pour l'anaphylaxie, que dans les cas foudroyants où des quantités massives sont introduites brusquement dans le torrent circulatoire et où l'animal, prostré à l'extrême, n'a plus la force de vomir.

Suivant l'intensité de la crise, les vomissements présentent les caractères mentionnés plus haut : ils sont spumeux, mélangés de bile, quelquefois de matières fécales et de sang dans les cas aigus. Le ténesme rectal et la congestion intestinale intense se traduisent par des évacuations liquides, puis sanglantes. L'animal est chancelant, paraplégique, tombe bientôt, insensible et épuisé ; la pression sanguine est très basse, la respiration superficielle est dyspnéique, le pouls d'une fréquence si grande qu'il devient souvent incomptable : mydriase, incontinence sphinctérienne, cécité psychique, rien ne manque au tableau déjà tracé du choc anaphylactique suraigu chez le chien.

En poursuivant des investigations parallèles chez le cobaye, nous constatons que la symptomatologie du cataclysme anaphylactique, engendré par l'injection seconde intra-vasculaire ou intra cardiaque de l'antigène protéique, ayant servi à sensibiliser l'animal, est encore rigoureusement la même que celle provoquée par l'injection pratiquée dans les mêmes conditions, d'un précipité inerte de forme convenable.

Dans l'un comme dans l'autre cas, à peine l'injection est-elle terminée que l'animal se gratte le museau, il s'agite, tourne sur lui-même, présente ensuite des mouvements convulsifs de plus en plus violents ; puis son train postérieur se paralyse ; il paraît exténué, se couche sur le côté et il y a alors relâchement des sphincters, avec émission d'urine et de matières fécales : la paralysie s'accentue, l'abolition des réflexes survient en même temps que la respiration, d'abord exagérée, se ralentit et l'animal meurt par asphyxie, habituellement en quelques minutes. La survie est d'ailleurs variable, tantôt elle est réduite à 1, 2 ou 3 minutes, tantôt la mort n'arrive qu'au bout de 10, 15 minutes ou même plus.

Quelle que soit l'espèce animale sur laquelle on opère, la symptomatologie des accidents et leur allure sont identiques, qu'il s'agisse de chocs anaphylactiques ou anaphylactoïdes.

2° Caractères comparés des troubles anaphylactiques et anaphylactoïdes

Dans les deux cas, les accidents pathologiques surgissent en quelque sorte instantanément, le produit déchaînant n'a pas plutôt pénétré dans le torrent circulatoire que les troubles se manifestent : d'autre part, qu'il s'agisse d'antigène protéique ou de précipité inerte, l'intensité du choc est essentiellement liée à la rapidité avec laquelle l'agent pathogène est introduit dans la circulation ; telle dose de substance choquante, antigène ou précipité, qui brusquement injectée dans la circulation d'un animal, le fera succomber en quelques instants, devient absolument inoffensive si elle est administrée par la même voie avec une grande lenteur, et on pourra même doubler, tripler, décupler cette dose, sans provoquer le moindre désordre, si l'injection est suffisamment lente.

Dans un cas comme dans l'autre, il n'y a donc aucune proportionnalité entre les effets et les doses, tout dépend de la soudaineté avec laquelle l'endothélium des vaisseaux est excité par la substance déchaînante, ce qui prouve qu'il ne s'agit pas ici d'action chimique, mais d'une action purement mécanique sur le tissu nerveux endothélial.

Quand l'attaque par l'antigène ou le précipité n'a pas dépassé certaines limites, on peut voir les accidents cesser tout à coup sans laisser de trace, ce qui ne s'observe avec aucun poison chimique.

Il est un autre fait qui n'appartient également qu'aux phénomènes de choc, aussi bien anaphylactiques qu'anaphylactoïdes : c'est la préservation d'un choc par un autre choc préalable. Si l'on commence par injecter dans le sang une certaine quantité d'antigène et qu'au bout de quelques minutes ou de quelques heures on administre la dose qui eut été mortelle d'emblée, cette dernière est inopérante, l'animal est protégé ; il en est exactement de même pour les précipités inertes, mais, fait plus singulier encore : on peut vacciner contre le choc anaphylactique par un choc préalable au moyen d'un précipité et, inversement, il est facile de protéger contre un choc par un précipité au moyen d'un choc anaphylactique pratiqué auparavant. A lui seul, ce fait prouve l'identité du mécanisme des deux types de chocs anaphylactique et anaphylactoïde.

Il est encore d'autres phénomènes, concernant ces deux types de choc, qui leur sont pathognomoniques et ne se retrouvent dans aucune intoxication chimique quelle qu'elle soit : nous voulons parler de ceux qui sont relatifs à la voie par laquelle le produit nocif pénètre dans l'organisme.

Quand on fait pénétrer dans le milieu intérieur d'un animal un poison agissant chimiquement, tel qu'un alcaloïde ou un autre agent toxique soluble, ne précipitant pas immédiatement les liquides humoraux ou les matières albuminoïdes cellulaires, l'intoxication se manifeste avec les mêmes symptômes, quel que soit le mode d'administration ; que le poison soit ingéré, qu'il soit injecté sous la peau, dans les muscles ou dans le sang, les effets sont les mêmes, tout au plus relève-t-on quelques petites différences dans la rapidité ou l'intensité de leur manifestation.

Dans les chocs par les protéines ou les précipités, bien au contraire, la dose qui tue en quelques instants, quand elle pénètre dans la circulation, ne produit plus aucun accident lorsqu'elle est introduite sous la peau dans les muscles ou dans le tube digestif.

Il existe, il est vrai, quelques antigènes solubles qui ne provoquent pas une floculation instantanée avec les liquides organiques : ces antigènes sont alors parfois capables de déclencher certains troubles, chez les sujets sensibilisés, mais ces troubles sont très différents de ceux des chocs.

Quoi qu'il en soit, soudaineté de la crise, cessation brusque des accidents sans laisser de traces, non proportionnalité des effets aux doses, influence de la rapidité de l'imprégnation et de la voie d'introduction du corps déchaînant, vaccination par une dose préalable, tous ces caractères très singuliers et très particuliers appartiennent aussi bien aux chocs anaphylactiques qu'aux chocs anaphylactoïdes et ne se rencontrent dans aucune autre intoxication d'ordre chimique.

3° Comparaison des lésions dans les chocs anaphylactiques et anaphylactoïdes

Ici encore, que l'animal succombe en quelques instants, en quelques heures ou en quelques jours à la crise, ou qu'à la suite de chocs répétés, il présente quelques altérations scléreuses de certains parenchymes viscéraux, les lésions sont absolument superposables, que le cataclysme pathologique soit d'essence anaphylactique vraie ou qu'il soit la conséquence de l'injection intravasculaire d'un floculat inerte.

Ces lésions consistent principalement en hémorragies : une énorme dilatation du réseau vasculaire des organes splanchniques est la première et la plus importante des modifications viscérales qui surgit dans les chocs par les antigènes ou les précipités. Cette vaso-dilatation qui occasionne une chute considérable de la pression sanguine, porte non seulement sur les gros vaisseaux, mais aussi sur les capillaires qui, en certains points, ne restent plus continents et laissent échapper le sang dans les parenchymes dont ils assurent normalement l'irrigation.

C'est d'abord au niveau des reins et du tube digestif que les suffusions sanguines paraissent se produire de préférence. Dans le rein, les hémorragies apparaissent principalement dans la région des tubuli, puis dans la zone glomérulaire.

Au niveau du tube digestif ce sont les hémorragies intra-épithéliales qui semblent dominer ; elles forment aussi des lacs sous-muqueux et sous-séreux.

L'hyperhémie cérébrale est constante, les cavités habituellement virtuelles des capillaires deviennent très apparentes, dilatées, gorgées de sang et dans les chocs graves on peut constater des hémorragies intraparenchymateuses et ventriculaires plus ou moins abondantes.

Le poumon présente un état congestif constant avec tantôt de l'hépatisation rouge dans certaines zones alors que d'autres sont atélectasiques.

C'est au niveau du foie que l'on observe le minimum d'altérations hémorragiques.

Quel que soit l'organe considéré, quelle que soit l'intensité du choc et ses rapports avec les modifications lésionnelles, le parallélisme entre les lésions, dans le choc anaphylactique véritable et dans le choc par les précipités, est tout à fait rigoureux.

4° Comparaison de l'efficacité des antichocs dans les crises anaphylactiques et anaphylactoïdes

La plupart des méthodes qui permettent de combattre les accidents de l'anaphylaxie sont applicables contre les troubles engendrés par l'injection des précipités inertes, et leur degré d'efficacité est comparable dans les deux cas.

On sait qu'on évite, dans une certaine mesure, les accidents aigus, consécutifs à l'imprégnation sanguine seconde par la protéine antigénique en injectant dans les vaisseaux une quantité importante de sérum physiologique, ce qui a pour effet de remédier à la chute de la pression artérielle, en corrigeant tout au moins partiellement le déséquilibre entre la masse du sang et le volume de l'arbre circulatoire dilaté. Or, ce moyen réussit dans la même mesure quand on a affaire aux injections de précipités.

L'anesthésie générale, qui empêche le choc anaphylactique en abolissant la sensibilité des terminaisons nerveuses de l'endothélium vasculaire agit de la même manière à l'encontre du choc anaphylactoïde. L'action inhibitrice locale antichoc qui résulte de l'introduction dans le sang d'un anesthésique ou analgésique, tel que l'allocaïne ou hyposulfite de magnésium, s'exerce dans les deux cas, de la même façon. Les vaso-constricteurs, comme l'adrénaline, qui s'opposent à la vaso-dilatation caractéristique des chocs, quels qu'ils soient, sont opérants aussi bien vis-à-vis de la crise anaphylactique vraie que vis-à-vis des désordres d'origine anaphylactoïde.

Nous avons récemment découvert la curieuse propriété que possède le cholestérol d'empêcher les accidents aigus de l'anaphylaxie et cette propriété s'applique également aux accidents causés par l'injection intra-vasculaire de précipités (1).

Il y a cependant une exception dans cette communauté d'actions contre les deux types de choc, mais cette exception ne fait que confirmer les processus auxquels nous nous référons.

Si le choc est bien invariablement occasionné par la présence soudaine dans les vaisseaux d'éléments solides qui viennent irriter l'endothélium de ces canaux, il est évident que nous trouverons un procédé capable d'obvier aux désordres qui surviennent dans ces conditions en dissolvant les particules incriminées. Nous supprimerons ainsi le corps du délit. Or, on conçoit que les dissolvants du floculat qui résulte de la réaction de l'antigène sur les humeurs du sujet sensibilisé, floculat qui est de nature protéique, soient incapables de dissoudre certains précipités tels que le sulfate de baryte.

C'est ainsi que le carbonate de soude, les hyposulfites alcalins et alcalino-terreux, et aussi les acides, qui dissolvent la protéine floculée, sont des antichocs effectifs dans l'anaphylaxie, alors qu'ils sont complètement inopérants à l'égard du choc barytique puisqu'ils ne peuvent dissoudre le précipité minéral de sulfate de baryte.

Il n'en est pas moins vrai que toutes les autres méthodes que l'on peut opposer aux phénomènes de l'anaphylaxie aiguë proprement dite sont efficaces pour empêcher les troubles identiques résultant de l'introduction de substances insolubles de forme agressive convenable dans le torrent circulatoire.

***

Résumons : Que l'on introduise dans les vaisseaux une substance albuminoïde antigénique chez un animal anaphylactisé par cette substance ou bien un précipité insoluble, chimiquement inerte, les symptômes et les lésions qui surgiront dans l'un et l'autre cas seront rigoureusement superposables, si les conditions de l'opération sont les mêmes d'autre part ; de plus, les caractères singuliers de cette symptomatologie seront identiques et les moyens de la combattre entièrement semblables, et toutes ces considérations ne sont applicables à aucune intoxication chimique.

Nous sommes par conséquent conduit à admettre formellement que le mécanisme des chocs est le même dans les deux cas et que les *manifestations de l'anaphylaxie sont dues à la formation de particules floculées dans les vaisseaux.*

Pour que la preuve indiscutable soit faite du bien-fondé de cette affirmation, il nous reste à démontrer que la protéine antigénique, dans l'anaphylaxie, donne réellement lieu à une floculation quand elle réagit sur les humeurs du sujet sensibilisé.

5° Acquisition de la propriété précipitante

Si nous prélevons par ponction cardiaque, chez un lapin mâle, un échantillon de sang pour en séparer le sérum, après coagulation et rétraction du caillot, nous constatons que le sérum de cheval, que nous allons utiliser comme antigène, ne donne aucune précipitation

(1) Auguste LUMIÈRE et Mme GRANGE. — Action protectrice du cholestérol contre les chocs provoqués par les floculats : C. R., T. 191, 1930, p. 423.

Auguste LUMIÈRE et Mme GRANGE. — Protection contre le choc anaphylactique au moyen du cholestérol. C. R. Soc. de biol., T. 107, 1931, p. 159.

quand on en ajoute quelques gouttes à l'échantillon de sérum de lapin.

Après ce contrôle, injectons sous la peau du même animal à deux ou trois reprises et à huit jours d'intervalle, deux centimètres cubes du même sérum de cheval et, après un délai d'une quinzaine de jours, procédons à une nouvelle saignée de notre lapin ainsi préparé. Nous constaterons alors que l'antigène (sérum de cheval) donne un abondant précipité avec le sérum du lapin sensibilisé.

Avant la préparation du lapin, on pouvait lui injecter dans le cœur gauche ou dans les veines le même sérum de cheval sans que l'animal en soit aucunement incommodé mais, quand ses humeurs sont rendues précipitables par l'antigène, la même injection provoque un choc généralement mortel.

Toutes choses égales par ailleurs, plus la réaction de précipitation est accusée, plus le choc est sévère.

Si, au lieu d'opérer sur un lapin mâle, nous tentons de sensibiliser une femelle en gestation, nous constatons que le sérum antigénique dans le cas précédent, ne donne plus de précipité par son mélange avec le sérum de l'animal injecté et, en fait, la lapine n'est pas anaphylactisée ; on peut alors introduire brusquement dans ses vaisseaux le sérum de cheval avec lequel on l'a antérieurement inoculée sans qu'il se produise aucun symptôme de choc.

En répétant des expériences de ce genre avec d'autres animaux de même espèce, nous remarquerons qu'il existe un parallélisme impressionnant entre le pouvoir précipitant des sérums et l'intensité des accidents lors du traitement par la dose seconde de l'antigène préparant.

Si l'on s'adresse à d'autres espèces animales : au cobaye par exemple, on peut encore observer la floculation, mais pour la déceler il faut recourir à certains artifices, par exemple à la méthode d'Ascoli, ou bien étudier avec soin au néphélomètre les mélanges d'antigène et de sérum des sujets sensibilisés.

Il est cependant des cas où le floculat échappe complètement et voici pourquoi : les réactifs sériques mis en présence sont composés principalement de protéines solubles et le corps insoluble qui résulte de leur interaction est encore une protéine, mais son indice de réfraction peut être très voisin de celui des sérums et, ce corps insoluble pouvant être lui-même transparent, il en résulte qu'il demeure invisible.

Nous avons d'ailleurs démontré l'existence de floculats invisibles en étudiant le mécanisme de la toxicité du sérum gélosé. Bordet a constaté que le sérum de cobaye, mis en contact avec une solution de gélose devient toxique pour cet animal bien qu'il soit parfaitement limpide et ne paraisse renfermer aucun élément précipité en suspension, alors qu'en réalité des particules insolubles, mais invisibles, existent parfaitement dans ces préparations. Nous en avons donné la preuve en montrant qu'une centrifugation énergique et prolongée suffisait à rendre ce sérum complètement inoffensif, tandis qu'avant cette opération il déterminait un choc mortel quand on l'injectait dans la circulation.

La centrifugation élimine les particules invisibles grâce à leur légère différence de densité par rapport au milieu.

D'autre part, le sérum mis en contact avec l'amidon acquiert aussi la propriété choquante et possède tous les caractères particuliers des suspensions des précipités inertes. Cette préparation sérique est rendue de la même manière absolument inactive quand on la centrifuge pendant un temps assez long et à une vitesse suffisante.

Mais si l'on ajoute au sérum amidonné une quantité de sucre telle que sa densité arrive à 1,050, il devient impossible d'éliminer les particules nocives par centrifugation. Les éléments solides en suspension ont alors la même densité que le milieu et la force centrifuge n'a plus de prise sur eux, la préparation conservant toute sa toxicité.

L'anaphylaxie *in vitro* nous fournit encore une confirmation de ces phénomènes : on sait que si l'on injecte *in vitro*, au sérum d'un animal sensibilisé, l'antigène qui a été utilisé pour sa sensibilisation, le mélange, injecté dans le cœur gauche d'un animal neuf de même espèce, provoque un choc anaphylactique typique : or, ce mélange centrifugé énergiquement perd toute sa nocivité, mais il suffit d'augmenter la densité de la préparation par addition de sucre pour qu'il ne soit plus possible d'éliminer le floculat invisible, pour que le mélange conserve intégralement son pouvoir toxique caractéristique.

Aucun doute ne nous semble pouvoir subsister quant à la cause initiale du choc anaphylactique.

Les humeurs du sujet qui est tout d'abord imprégné par un antigène acquièrent la propriété de donner un précipité avec cet antigène quand il s'y trouve secondairement mélangé.

Cette propriété d'être précipitable par la protéine sensibilisante, acquise par les humeurs, ne peut être contestée ; elle est d'accord avec tous les faits d'expérience et d'observation et permet seule de comprendre la pathogénie des chocs.

D'autres auteurs avaient déjà remarqué le rapport qui existe entre les manifestations pathologiques d'ordre anaphylactique et les précipitations sériques, mais sans attribuer à ce fait sa véritable importance, sans y trouver la raison essentielle des accidents de l'anaphylaxie.

C'est ainsi que Lemaire, en 1908, à propos des injections antidiphtériques écrivait : « La précipitation est toujours absente chez les enfants qui ne font pas d'accidents sérothérapiques, et, inversement, les accidents que la clinique nous permet de rapporter exclusivement au sérum s'accompagnent quand ils sont intenses, de précipitations dans le sang ».

Knox, Moss et Brown, en 1910, ont fait des constatations analogues.

Par contre, le rôle de la floculation dans la genèse des troubles anaphylactiques et notamment dans le phénomène d'Arthus, a été contesté par Arthus lui-même dans le fort intéressant ouvrage « *De l'anaphylaxie à l'immunité* », dû à la plume de cet éminent physiologiste.

Voici d'ailleurs les expériences invoquées et présentées en opposition à une notion que nous considérons maintenant comme certaine.

a) Six cobayes reçoivent 3 cc. de sérum de lapin dans le péritoine, à six reprises, les 2, 9, 16, 24 février et les 5 et 15 mars : un cobaye est sacrifié le 19 mars : son sérum donne un précipité avec le sérum de lapin. On mélange alors un volume de sérum de lapin avec cinq volumes de sérum de cobaye sensibilisé et l'on injecte ce mélange à trois lapins sous la peau de l'oreille, dans la paroi abdominale et dans la veine marginale de l'oreille.

On ne constate aucune réaction immédiate ou tardive et Arthus en conclut que ce n'est pas le précipité qui intervient dans la symptomatologie du choc ou du phénomène qui porte son nom, puisque le sérum précipitant n'a produit aucun effet.

Ces résultats sont parfaitement exacts, mais l'auteur a introduit dans son expérience une condition nouvelle dont il a ignoré l'importance et même l'existence : c'est que le précipité est soluble dans un excès d'antigène, en l'espèce, dans un excès de sérum de lapin, en sorte qu'en réinjectant le mélange des sérums réciproquement précipitants au lapin, il a dissout le floculat et aucun effet choquant ne pouvait plus ainsi se produire. Il est généralement possible d'apporter dans une expérience des facteurs de perturbations tels que l'effet cherché ne se produise plus. C'est ce qui a eu lieu dans l'essai ci-dessus qui n'infirme en aucune façon notre thèse.

Il en est d'ailleurs de même pour un deuxième argument avancé par le même auteur.

b) Par saignée carotidienne, on prélève sur quatre lapins anaphylactisés, une certaine quantité de sang. Le sérum qu'on en sépare est injecté, à la dose de 20 cc. dans la veine marginale de l'oreille d'un lapin neuf. Puis, 30 minutes après, on administre 2 cc. de sérum de cheval

dans la circulation de cet animal et 2 cc. sous la peau. On constate qu'il ne se produit plus rien.

L'auteur a oublié d'examiner si le sérum du lapin ainsi traité précipitait bien par l'antigène au moment où cet antigène a été injecté dans sa circulation ou dans son tissu cellulaire sous-cutané Or, nous avons répété cette expérience, avec les mêmes résultats d'ailleurs, mais il ne se produit pas de précipitations *in vitro* dans de telles conditions

Cet argument n'est donc pas plus valable que le précédent.

c) Arthus mélange, *in vitro*, le sérum provenant d'un lapin sensibilisé avec le sérum antigénique : il laisse le précipité se former puis s'agglutiner au fond du tube : il le remet ensuite en suspension par agitation et l'injecte sous la peau et dans le sang d'un lapin neuf sans déterminer d'accident ; il en conclut que le corps du délit n'est pas le précipité.

Or, en laissant l'agglomération du floculat s'établir et en agitant ensuite le magma qui s'est ainsi constitué, on ne parvient à le diviser qu'en flocons grossiers et inoffensifs, qui n'ont aucun rapport avec la précipitation s'effectuant aussitôt que le mélange est opéré.

Nous avons maintes fois montré que c'est la forme du floculat qui a une importance ainsi que le nombre des particules.

Si, au lieu d'attendre le rassemblement des éléments extrêmement ténus et extrêmement nombreux à l'origine, on injecte sans tarder le même mélange des deux sérums dans la circulation, l'effet est foudroyant.

d) Enfin, le même expérimentateur prépare une émulsion de cire d'abeille dans l'eau et il injecte la liqueur opalescente qu'il obtient ainsi, dans le sang d'un lapin. En présence du plasma sanguin, l'émulsion de cire précipite sans qu'aucun choc survienne. Comme dans l'expérience précédente, il se fait ici un précipité grossier qui est inopérant.

On sait que l'on peut introduire dans la circulation de l'oxyde de fer gélatineux, en gros grumeaux, sans qu'aucun phénomène de choc survienne, mais si l'on prépare ce même oxyde de fer et qu'on l'injecte en même quantité, mais sous forme granuleuse extrêmement divisée, ses effets choquants deviennent sévères et mortels.

Dans toutes ces expériences négatives, ou bien il ne se fait pas de précipité ou bien les particules solides qui entrent en jeu sont des amas très gros et en nombre relativement petit de matière gélatineuse, cireuse, de consistance molle ou de forme arrondie qui ne peuvent produire l'effet irritatif des floculats ou précipités anguleux et dans un état de division suffisant.

Les preuves directes de la relation constante qui existe entre les floculations et les chocs abondent et nous ne voyons pas comment on pourrait s'y prendre pour démontrer que ces preuves n'existent pas.

Toute l'argumentation qui semble s'opposer à notre thèse est donc basée sur l'introduction dans les expériences, de facteurs qui empêchent les phénomènes de se produire, ce qui n'autorise en aucune façon à prétendre que ces phénomènes ne se produiront pas quand les conditions requises sont réalisées.

Aucun fait ne vient, en somme, infirmer ce principe que les accidents de l'anaphylaxie sont bien en relation avec la formation des floculations plasmatiques.

* * *

Conclusions

L'identité des manifestations pathologiques observées dans l'anaphylaxie avec celles qui sont consécutives à l'injection intra-vasculaire de précipités, l'identité des lésions dans les deux cas, la parfaite similitude des caractères très singuliers des chocs anaphylactiques et anaphylactoïdes et leur préservation réciproque, l'efficacité identique des moyens antichocs vis-à-vis des deux types de choc, la réalité de la formation constante de floculats plasmatiques dans l'anaphylaxie, forment en faveur de nos conceptions, un faisceau de preuves surabondantes contre lequel nous ne relevons aucune objection sérieuse.

Il en résulte que les théories classiques de l'anaphylaxie qui invoquent les anaphylatoxines, toxigénines, apotoxines ou qui considèrent les modifications sanguines appelées communément et inexactement colloïdoclasiques ne peuvent plus être soutenues que par routine, parti pris ou ignorance.

Prophylaxie et traitement de la peste dans les états barbaresques au XVIIe et au XVIIIe siècles

Par le Dr Raymond NEVEU

Au début du XVIe siècle, les grandes villes de l'Afrique du Nord étaient en pleine prospérité, malheureusement, cela ne dura pas longtemps, et pendant près de trois siècles nous verrons les guerres civiles et les épidémies se disputer le pays.

En 1547, sous le gouvernement du comte Alcandeste et Hassan agha, la ville d'Oran, est dévastée par une peste meurtrière qui frappe d'épouvante les habitants et les pousse à fuir la ville.

Haedo en parle en ces termes :

« En una pesta que dio en la ciudad de Oran, con que forzado que se salise la gente a vivir y labitan fuere en el campo, en sustiendas y pobellones (1).

Peu à peu l'épidémie s'étend à toute l'Afrique du Nord, et en 1556 la flotte turque reçoit l'ordre d'attendre à Bône que l'état sanitaire soit meilleur. C'est cette même année que le corsaire Salah Reis pacha d'Alger meurt en 24 heures, frappé par le fléau.

Après quelques années de calme relatif, la peste apparaît à nouveau à Tunis et à Alger en 1622.

Le consul Claude Servet écrit aux gouverneurs de Marseille le 27 mars :

« Par Messieurs Calvano et Brémond qui s'en vont à cause « de la peste qui est ici, vous serez informés de tout parti- « culièrement et comme à cause de la dicte peste je pense à « me retirer à Ta Barque (2). »

Le 23 avril, il écrit à nouveau : « Je feray ce que pourray « quand il sera temps, car à présent pour être la peste en la « maison du dit Baba Hassman ne peult parler... Le mal est « grand icy, je dis la contagion, n'étant journée qu'il ne meurt « 2.000 personnes. Les boutiques sont fermées. Pour me lever « d'ung si grand péril, je me retire demain à la campagne. »

Un peu plus tard, en 1644, la peste sévit encore à Tunis et dans cette seule année s'il faut en croire la *Gazette de France* (3) fait près de 30.000 victimes.

L'épidémie s'étend rapidement à toute l'Afrique du Nord C'est à cette époque, que Saint Vincent de Paul, sous la pressante sollicitation de la duchesse d'Aiguillon, nièce de Richelieu, fonde la mission d'Alger qui devait désormais rendre les admirables services que l'on sait.

Les missionnaires, tour à tour, meurent tous de la peste en prodiguant leurs soins aux malades, ce sont les Pères Lasage, Nocali et Dieppe, et bientôt le Père Barreau, consul de France,

(1) Voir H.-L. Frey. — Histoire d'Oran, page 89.
(2) E. Plantet. — Correspondance des Beys de Tunis et des Consuls de France avec la cour.
(3) *Gazette de France*, XXVIII, page 178.

ne tarde pas à les suivre dans la tombe. S'il faut en croire De Grammont (1) le nombre des victimes est si considérable que le tiers de la population d'Alger est enlevé en peu de temps et que la flotte ottomane perd tellement de monde qu'elle ne peut sortir du port.

En 1663, l'épidémie s'étend à tout le littoral méditerranéen. Charles Gratian, dans une lettre à Colbert datée de 1675 dit qu'en six mois, la peste emporta plus de 40.000 âmes en Tunisie.

En 1678, un navire chargé d'étoffes quittant le port d'Oran, porte l'épidémie à Malaga et dans toute l'Andalousie.

Le XVIIe siècle s'achève en pleine anarchie partout c'est la misère et c'est la ruine.

A l'aurore du XVIIIe siècle, la peste réapparaît à nouveau, elle ravage les troupes tunisiennes qui sont en guerre contre la Tripolitaine et le nombre des malades est si grand que celles-ci doivent bientôt rentrer à Tunis.

En 1742, après une certaine accalmie, le petit foyer de Tremessin rallume l'incendie et le 10 juillet, notre consul, M. de Joinville, écrit :

La peste continue toujours ses effets meurtriers et malgré l'enfermement que nous observons, une servante dans la maison en a été attaquée et est morte huit heures après. »

Maintenant que nous connaissons le mode de transmission de la peste, il n'y a pas lieu de s'étonner de cette contamination. En 1758 l'épidémie règne à Constantine, et en 1784 d'Esparron écrit au marquis de Castries :

Au commencement du mois de juin dernier s'est déclarée à Tunis une maladie violente qui sans être contagieuse ni meurtrière présentait néanmoins tous les symptômes de la peste. M. Desfontaines, docteur régent de la Faculté de médecine de Paris, qui a voulu voir lui-même plusieurs malades persiste à croire à de la peste », et, quinze jours plus tard il écrit à nouveau :

« La maladie qui règne à Tunis conserve la même intensité. Elle fait des ravages considérables dans l'intérieur du Royaume et principalement au Kef où elle a déjà emporté le tiers des habitants. On ne sait quel nom donner à cette maladie qui affecte tous les symptômes de la peste ».

Ainsi, malgré l'opinion des médecins et entre autres, le docteur Desfontaines, le consul d'Esparron, semble douter du diagnostic : à l'exemple de Taitbout, il ne paraît pas avoir grande confiance dans la science du corps médical de son temps.

En 1791 la ville d'Oran déjà si éprouvée par les tremblements de terre et par la famine est dévastée à nouveau par la peste importée par des pèlerins venus de la Mecque. L'épidémie est telle que les habitants et Mohammed-el-Kebir lui-même, désertent leurs maisons et vont camper dans la plaine de la Meleta.

Le XVIIIe siècle s'achève en pleine épidémie.

Et maintenant que nous avons très rapidement, trop rapidement même à notre gré, montré la marche des épidémies de peste au XVIIe et au XVIIIe siècles dans les Etats Barbaresques, voyons un peu quelles étaient les mesures prophylactiques que l'on appliquait à cette époque pour tâcher d'enrayer la marche du fléau.

Ne connaissant pas le mode de transmission de la maladie, les médecins indigènes et Européens en étaient réduits à conseiller des demi-mesures qui nous font sourire aujourd'hui et qui, le plus souvent, ne servaient à rien : quelques-unes de ces mesures cependant méritent de retenir notre attention, nous les étudierons en détail un peu plus loin.

La première chose que faisaient les habitants en temps d'épidémie c'était de s'isoler.

Les gens sains fuyaient la ville contaminée ou s'enfermaient pendant de longs mois dans leurs maisons.

La première nouvelle que j'appris avant de venir à terre, écrit Auger Sorhamde au marquis de Seignelay fut que la ville et le pays voisin étaient infectés de peste... Je me retirai dans la maison consulaire (1) et le peu de marchands français qui sont enfermés ici, ayant interdit toute sorte de communication du dehors à cause de la peste ».

Et le consul d'Alger, René Lemaire écrivait le 20 mai 1690 aux échevins de Marseille :

« Mr. Michel m'écrit qu'il y a un mois environ que la peste est à Tunis, ils se sont enfermés dans le fondouk ».

Quand on connaît les fondouks d'Orient, on n'est pas du tout étonné que ce mode d'isolement n'ait servi à rien, les rats devaient y pulluler et la sécurité devait y être bien illusoire !

Le R. P. Anselme des arcs, dans son histoire de la maison des Capucins, nous rapporte qu'on avait soin de mettre des barrières dans le vestibule du fondouk afin d'éviter tout contact... cette barrière n'empêchait point les rongeurs, réservoirs de virus, de passer, et, encore moins, l'agent transmetteur : la puce.

Et c'est pourquoi du reste, devant l'inefficacité de cette mesure sanitaire, on prescrivit de mettre une double barrière à l'entrée du Fondouk, ainsi qu'en témoigne une lettre du consul en date du 6 décembre 1784 :

« La peste continue, dit-il, avec plus de fureur, ses ravages à Tunis où la consternation est générale. Une double barrière a été établie aux portes du Fondouk de manière à interdire toute communication avec le dehors et, l'on n'y reçoit rien sans prendre les précautions ordinaires. »

Il est évident qu'il existait en Afrique du Nord des foyers endémiques de peste qui à intervalles irréguliers sous l'influence de circonstances diverses : pèlerinages, guerres civiles, famines, tremblement de terre se propageaient rapidement à tout le pays. Mais les médecins de l'évoque ignoraient tout cela et leur attention était surtout portée sur la contamination par des navires suspects. En lisant les lettres des consuls on assiste aux premiers tâtonnements des services sanitaires maritimes...

En 1721, le Conseil de la marine écrit à Bayle :

Les avis donnés au Bey de Tunis de la maladie contagieuse qui règne à Toulon ne sont que trop véritables et il a pu justement refuser à ses ports l'entrée des bâtiments qui en revenaient, mais comme la santé est rétablie à Marseille et est conservée à Antibes, la Ciotat et quelques autres ports de Provence, de même que dans ceux du Languedoc, et que le Roi a permis d'armer dans tous ces ports, pour continuer le commerce du Levant et de Barbarie, vous aurez soin d'en prévenir le Bey, afin que lorsqu'il s'en présentera quelques-uns dans les ports de ses états, avec *patentes nettes*, il donne ses ordres pour les faire recevoir ».

Ainsi donc la patente existe à cette époque. Dans une autre lettre nous assistons à l'ébauche de l'organisation des quarantaines.

Bayle écrit, en effet, le 9 mai 1722 :

Le Bey a enfin donné l'entrée aux bâtiments et aux marchandises venant directement de France sous deux conditions : la première, de faire *une quarantaine de 20 jours*, la seconde de faire transporter pour son compte des lois à Talarque ».

Ces deux lettres sont fort intéressantes et sont à retenir. En 1725 le Roi adresse aux Chambres de commerce et aux consuls une circulaire ainsi conçue :

Versailles, 4 avril 1725.

« Défense aux négociants de notre échelle de rien mettre dans leurs paquets qui soit susceptible d'apporter la peste dans le royaume, tel que le poil d'animal en bourre à titre d'échantillon, mousseline, drap, etc., sous peine de révocation pour les consuls et de rappel en France pour les marchands ».

Comme on le voit, la circulaire ne plaisantait pas et les sanctions, très justifiées d'ailleurs étaient fort rigoureuses. Il est évident que ces sortes de marchandises étaient de très bons gîtes à rats et pouvaient de ce fait propager la peste

(1) De Grammont. — Les relations de la France et de la Régence, [illegible]

(1) Le consul était J.-B. Michel.

BIBLIOGRAPHIE

Observations on the courses of different types of Bright's disease and on the resultant changes in renal anatomy (Observations cliniques et anatomiques des différents formes de mal de Bright), par DD. Van Slyke, Edgar Stillman, Eggert Moller, W. Ehrech, J.-F. Mc Intosh, L. Leiter, E.-M. Mackay, R.-R. Hannon, N.-S. Moore, Christopher Johnson, de l'Hôpital de l'Institut Rockfeller, de New-York. Un volume relié de 130 pages, 4 planches, 37 figures. Londres, Baillière, Tindall, et Cox, 8, Henrietta Street, 1930. Prix 13 sh. 6.

10 collaborateurs, 67 observations telle est la formule du 18e volume de la collection des *Monographies Médicales* consacré au mal de Bright.

C'est une formule moderne et vivante qui tire le maximum d'une équipe homogène et bien entraînée.

La clinique n'avance qu'en liaison étroite avec le laboratoire ; elle est contrôlée par l'anatomie pathologique.

Les auteurs ont des prétentions modestes : décrire les différents types de la maladie rénale (*renal disease*) et éviter les erreurs de diagnostic et de pronostic.

En réalité leur travail est autre chose et mieux qu'une monographie, qui ne représente trop souvent qu'une compilation limitée ; il est à la fois une mise au point et un recueil de documents ; il associe les idées ingénieuses aux constatations précises ; il est le résultat d'une belle technique servie par de bons cerveaux.

Il précise et éclaire le syndrome mal de Bright sous ses trois formes : hémorragique, artério-scléreuse et dégénérative.

Une bibliographie choisie et triée complète le volume.

J. Lafont.

Les écoles de demain, par John Dewey. Traduction par R. Duthil. Un volume in-18, Ernest Flammarion, éditeur à Paris, 1930.

En France on commence à se préoccuper du perfectionnement de notre système éducatif : fâcheusement les théories de nos éducateurs ont plus de poids que d'expérience et ceux qui veulent faire quelque chose paraissent insuffisamment documentés sur les efforts de l'étranger. Or, voici un ouvrage, traduit par M. Duthil, professeur à l'École normale de Nancy, qui éclaire singulièrement la question et est de nature à éviter les tâtonnements. Qu'on se souvienne que J. Dewey, professeur à l'Université de Columbia (New-York), est à juste titre considéré comme un des philosophes les plus pénétrants de l'éducation, voici quelques-unes des idées neuves et fécondes qu'il développe dans *Les écoles de demain* :

Éduquer, c'est aider l'enfant à développer ses aptitudes ; la nature propre de l'enfant, et non les exigences des adultes, voilà donc la base sur laquelle il faut réédifier l'enseignement.

Penser, c'est résoudre un problème et non ressasser le savoir d'autrui. Que sans cesse l'élève soit donc appelé à chercher la solution de questions qui l'intéressent et soient à la portée de son expérience : ainsi seront évités le surmenage et l'esprit superficiel.

Vivre d'une vie sociale, c'est la seule manière d'apprendre les droits et les devoirs d'un citoyen ; l'école sera donc une communauté dont les élèves seront à la fois, libres et responsables.

Réformer l'école, c'est en somme la réadapter à une société qui a subi une transformation à la fois scientifique et démocratique. Or, la Science demande des chercheurs, non des bavards. La Démocratie exige des hommes libre, non des sujets.

Ces vues loin d'être théoriques sont l'expression de la pratique scolaire telle qu'elle est comprise dans les écoles nouvelles. C'est donc en décrivant le fonctionnement des écoles nouvelles d'aujourd'hui que le professeur Dewey a voulu nous montrer ce que doivent être, ce que seront *les écoles de demain*.

Avec une semblable méthode l'écolier est préparé à la vie et l'éducation qu'il reçoit est exactement adaptée à ses possibilités.

Paul-Boncour.

Chirurgische diagnostic in Tabellenform *für Studierende und Aerzte* par le docteur Méd. A.-J. Gemach. Wien. Funfte und vermehrte Auflage mit, 105. Tabellen und 589 Abbildungen auf 131, schwarzen und farbigen Tafeln. J.-F. Lehmans Verlag. München 2 S. W. Paul-Heyse, Strasse, 26, 1931, cart. : 18 mks ; rel. : 20 mks 50.

L'ouvrage embrasse en neuf chapitres la chirurgie des régions (*crâne visage, mâchoire, palais, cou, colonne vertébrale, thorax, abdomen, extrémités, organes génitaux*, etc.

Un dixième chapitre est consacré à la *chirurgie générale*.

Il ne s'agit pas d'un traité de chirurgie.

En langue française, l'ouvrage serait intitulé : *Planches* (coloriées et non coloriées) et *textes* (sous forme de tableaux) *pour le diagnostic chirurgical différentiel*.

A chaque planche, en effet, se rapporte un texte généralement sous forme de tableau (tableau dont l'étendue nécessite souvent qu'il soit plié deux ou trois fois pour ne pas dépasser le format du livre lorsqu'on ferme celui-ci).

Les planches sont très belles, d'une remarquable venue. Certaines qui sont coloriées sont très saisissantes, j'allais écrire très vivantes.

Les textes indiquent avec beaucoup de méthode et avec une extrême conscience tout ce qui peut servir à établir le diagnostic de l'affection représentée et tout ce qui la peut rapprocher ou distinguer des affections avec lesquelles elle pourrait être confondue.

En face du nom de l'affection étudiée et de ceux de chacune des affections avec lesquelles une confusion serait possible, le tableau indique les anamnésiques, les résultats de l'examen (vue, palpation percussion, exploration instrumentale...), les symptômes (subjectifs, généraux, locaux, occasionnels), les aggravations, les complications possibles, les éléments particuliers du diagnostic, l'évolution, etc., etc., etc., bref tout ce qui peut entrer en ligne de compte pour la reconnaissance, la différenciation, la compréhension et l'interprétation du cas.

L'auteur s'est proposé :

— De venir en aide à la mémoire,

— de faciliter l'association des souvenirs de façon à rendre plus aisé le choix du diagnostic *légitime* entre les différents diagnostics *possibles*.

Le Dr A.-J. Gemach me paraît avoir réalisé très honorablement son dessein. Son ouvrage sera d'un secours efficace au praticien et, de plus, en France (et sans doute aussi en Allemagne) il sera précieux *au candidat* qui, à propos d'un cas, non seulement doit être en état d'en faire rapidement et

solidement le diagnostic mais encore de discourir brillamment sur tous les cas différents qui, de près ou de loin, pourraient lui ressembler ou constituer quelque menace d'erreur. (*Reproduction autorisé*).

Dr ESPÉ DE METZ.

Problèmes de l'instinct et de l'intelligence chez les insectes (Insectes des tropiques), par R. W. G. HINGSTON. Traduit de l'anglais par le Dr S. JANKÉLÉVITCH. Préface de M. E. L. BOUVIER. Un vol. in-8 de la Bibliothèque Scientifique avec 37 figures : 25 fr. Payot, 106, Boulevard Saint-Germain, Paris.

Le major Hingston a passé 17 ans dans la jungle tropicale, où la faune est d'une variété et d'une richesse extraordinaires, dans le but de réunir des faits sur le comportement animal. On a appelé le major Hingston « le Fabre des Tropiques ». C'est un génial observateur de plein air.

Ayant une juste horreur pour les racontars et les à peu près qui discréditent trop d'ouvrages de psychologie zoologique, M. Hingston n'a mis à contribution que les « autorités indiscutables » : il utilise surtout ses propres observations qui s'étendent sur un grand nombre d'années. C'est là, peut-être, le plus haut mérite de son ouvrage. M. Hingston, en effet, compte parmi les rares biologistes qui ont parcouru le monde, pour s'y livrer à de recherches précises sur les habitudes des animaux : médecin et naturaliste, il fit partie, à ce double titre de la fameuse campagne britannique organisée il, y a quelques années, pour l'exploration du Mont Everest, et effectua, au cours de cette campagne, d'intéressantes recherches sur la vie aux altitudes les plus hautes ; avant et depuis, durant ses longs séjours en Extrême-Orient, il a donné libre carrière à ses goûts entomologiques en collectionnant et en observant les insectes. Ainsi a-t-il pu réunir, sur le psychisme de ces animaux, une documentation absolument neuve qui représente le fond original de son ouvrage, en soutient l'armature et lui donne une valeur scientifique de premier ordre

Le Crapouillot (1er Juin) n° spécial : Le « Crapouillot », encouragé par le formidable succès de la « Guerre Inconnue », publie un nouveau numéro exceptionnel qui nous paraît nettement supérieur au premier : C'est tout l'[illegible] de la grande tourmente qui nous est révélé aujourd'hui, avec des documents d'un palpitant intérêt sur les Services de l'Espionnage anglais, la Mort tragique de Lord Kitchener, les Fusillés par Erreur, les [illegible] le Non-bombardement de Briey, l'Espionne Mata-Hari, le [illegible] Raspoutine — véritable tzar de Russie — le Commerce avec l'Ennemi, le Secret [illegible] chiffre, et la Mort mystérieuse du Pape Pie X en 1914... (le numéro : 12 fr.)

Encyclopédie par l'image : Madagascar. Avec 105 illustrations. Un vol. in-8°, sur papier de luxe, couverture en 4 couleurs, broché : 5 francs. Librairie Hachette.

La plus vaste du monde après Bornéo et la Nouvelle-Guinée, la « grande Ile », Madagascar couvre une superficie sensiblement supérieure à celle de la France et cependant l'ensemble de sa population — indigènes et Européens — ne forme pas 4 millions d'habitants. Par suite, ses richesses agricoles, ses immenses troupeaux de zébus, sa belle exploitation forestière en font une terres privilégiée qui peut tenter un Européen candidat à la colonisation.

Le nouveau fascicule de l' « Encyclopédie par l'Image » intéressera donc tant particulièrement, à cette heure surtout où l'Exposition Coloniale met nos colonies au premeir plan de l'actualité.

Le théâtre de Strindberg, par A. JOLIVET. Un volume en-16 Jésus de 356 pages : 20 fr. Boivin et Cie, Editeurs, 5, rue Palatine, Paris-6e Bibliothèque de la Revue des Cours et Conférences.

Dans ce livre, M. Jolivet s'est proposé de donner une description d'ensemble de l'œuvre théâtrale de Strindberg, d'en fixer les principaux aspects et d'expliquer sous le choc de quels événement et de quelles émotions chacun de ces aspects s'est développé.

On ne connaît guère en France que ses drames naturalistes. Tous ces drames ont un thème commun : la lutte des sexes. Les rattachant à une même ensemble de faits (l'histoire du premier mariage de Strindberg) M. Jolivet s'efforce de montrer comment Strindberg, sans s'en rendre compte a profondément modifié cette histoire et de déterminer quelques-uns des éléments étrangers qui ont concouru à former son hallucination.

Après une crise d'ordre mystique qui le pousse au bord de la folie, Strindberg pour d'autres raisons mène encore une vie d'halluciné ; sous les événements réels il perçoit une série de correspondances d'ordre occulte. M Jolivet montre comment cette disposition d'esprit engendre une nouvelle formule dramatique. Strindberg met sur la scène cet aspect occulte, cette signification cachée des événement : l'action se déroule au cours d'une durée et dans un espace subjectifs ; elle emprunte souvent les formes du rêve.

Cette projection au dehors du contenu de la conscience est ce qu'on appelle *expressionnisme*. Elle a été le procédé favori de toute une école de dramaturges allemands qui ont certainement subi l'influence de Strindberg.

M. Jolivet décrit ces drames assez peu connus chez nous et cherche à montrer par quels liens ils se rattachent à l'occultisme parisien — où Strindberg faisait rentrer certains romans de Balzac, tout Maeterlinck et tout Péladan.

d'un port à un autre. Nous n'en sommes pas encore au navire rat-proof, mais il y a là cependant une ordonnance fort intéressante pour les hygiénistes.

Quand on soupçonnait une cargaison contaminée que faisait-on ? D'abord, on refusait l'entrée du port pendant un certain temps, puis on reposait le tout au soleil afin de pratiquer la désinfection.

Dans une lettre du citoyen Devogé à Bachot en date du 8 thermidor an II, nous lisons ceci :

« Le nouveau pavillon est composé de cinq pièces de laine achetées dans les bazars publics en temps de peste, nous avons jugé à propos de le laisser encore pendant quelques jours au grand air pour ne pas nous exposer au danger évident d'être infecté. »

Un autre moyen de désinfection bien connu de tous était le vinaigre. C'est ainsi par exemple que toutes les lettres envoyées de Tunis vers 1784, c'est-à-dire au moment où l'épidémie sévissait avec intensité sont toutes maculées de vinaigre.

Notre regretté collègue et ami, le Dr J. W. S. Johnsson, de Copenhague, rapporte que lors de la grande épidémie de peste de Busto Arsizio, les debits de vin, les lieux de distribution et les pharmacies étaient ouverts l'après-midi jusqu'au coucher du soleil, mais on ne pouvait y entrer. Tout le commerce se faisait à la porte qui était close d'une grille à laquelle pendaient de petits bassins remplis de vinaigre, dans lesquels on jetait la monnaie » (1).

Comme on le voit le vinaigre jouissait alors d'une réputation de désinfectant de premier ordre, nous sommes loin du formol, du gaz sulfureux et de l'acide cyanhydrique.

Comme prophylaxie individuelle on recommandait naturellement d'éviter d'entrer en contact avec les malades lorsqu'on était obligé de les approcher on devait porter des vêtements de toile cirée, des chaussures de bois et surtout précaution indispensable, éviter avec soin le souffle des pestiférés.

Il est évident que cette dernière recommandation n'était pas inutile, car bien souvent à la peste bubonique vinrent s'ajouter de nombreux cas de peste pneumonique qui expliquent d'ailleurs les hécatombes formidables de cette époque. Une autre recommandation nous paraît également fort intéressante. Le docteur Louis Franck qui fut médecin du Bey, du pacha de Janina et de l'armée d'Egypte, nous rapporte qu'on pratiquait couramment les frictions d'huile d'olive tiède sur tout le corps comme moyen préventif et aussi comme moyen curatif.

Les indigènes avaient en effet remarqué que les porteurs d'huile dont les épaules nues sont constamment en contact avec des outres fortement imprégnées d'huile contractaient rarement la peste, mais que dès qu'ils quittaient leurs habits huileux et qu'ils prenaient un bain, ils étaient aussi facilement contaminés que les autres.

Desgenettes (2), médecin en chef de l'armée d'Egypte eut l'occasion maintes fois, lui aussi de faire cette constatation.

Cela ne nous étonne nullement du reste, car nous savons que la Peste cheopis n'aime point les odeurs huileuses ni certaines essences aromatiques comme l'essence de verveine, par exemple.

Ce qui nous étonne c'est de ne pas voir ce procédé cité par Shaw dans son « Voyage dans la régence d'Alger ». Shaw était un voyageur consciencieux qui notait tout avec soin, et cependant, il est peu vraisemblable que ce moyen prophylactique n'ait pas été connu des habitants de l'Algérie alors qu'il était très usité en Egypte, en Tripolitaine et en Tunisie.

Enfin, en temps d'épidémie, on recommandait de prendre tous les matins une ou deux pilules composées selon la formule suivante :

Mirrhe, deux parties sirop de graines myrte, quantité suffisante. Cette formule était due au marabout Sidi Mohammed Zeröke qui disait à ce sujet : « La vie de tous les hommes est en la main de Dieu, et lorsque l'heure de chacun d'eux est venue, il faut mourir. Cependant il a plu à la providence de préserver différentes personnes en prenant tous les matins une ou deux de ces pilules (1).

Les traitements curatifs étaient peu nombreux et fort simples.

Sur les bubons pesteux on appliquait des cataplasmes émollients pour amener la suppuration. On employait principalement les feuilles d'opmtia torréfiées pendant un quart d'heure dans la cendre. Il fallait appliquer ces cataplasmes aussi chauds que possible.

Ce procédé d'ailleurs n'est pas dénué d'intérêt puisque l'on sait que lorsqu'un bubon suppure le pronostic est favorable.

Le principal traitement était, tout au moins en Tunisie, la friction huileuse dont nous avons parlé tout à l'heure comme moyen préventif.

D'après Franck, il ne suffisait pas d'oindre le corps entier, mais il fallait frotter fortement.

Cette friction devait se faire très rapidement, en trois minutes environ avec une éponge.

Si les sueurs n'étaient pas abondantes, il fallait recommencer et on ne changeait le linge que lorsque la transpiration avait cessé.

Cette opération devait avoir lieu dans une chambre bien fermée et dans laquelle on tenait un brasier sur lequel on jetait de temps en temps du sucre ou mieux des baies de genièvre.

On pouvait répéter ces frictions plusieurs jours de suite. L'huile la plus fraîche et la plus pure était toujours préférable et il fallait qu'elle soit tiède. On recommandait si le malade avait des bubons de les frotter également, mais plus légèrement.

Pour faciliter les sueurs on prescrivait des infusions de fleurs de sureau, sans sucre.

Pendant les premiers jours de la maladie on ne donnait au malade que des potages légers à l'eau et au sel, puis peu à peu on permettait des confitures de cerises à condition, toutefois, qu'elles fussent faites avec du sucre et non du miel afin d'éviter la diarrhée « qui est regardée comme un symptôme mortel ».

Au début de la convalescence on pouvait permettre du riz, des raisins secs, un peu de pain, et quelques courges bien mûres assaisonnées d'huile d'amande douce (Zeyt louz).

Au bout d'un mois seulement on donnait du bouillon de poulet ou de mouton et au bout de deux mois on permettait l'usage de la viande. Le régime occupait donc une place beaucoup plus importante que le traitement dans l'arsenal thérapeutique des médecins de l'époque.

***

Nous avons esquissé très rapidement les grandes épidémies de peste qui ravagèrent l'Afrique du Nord au XVIIe et au XVIIIe siècles et semèrent partout la ruine et la mort. En lisant les récits des voyageurs de l'époque et surtout les lettres de consuls, nous avons assisté aux premiers tâtonnements des mesures sanitaires. Il est certain que quelques-unes de ces mesures nous font sourire aujourd'hui et ne sont à retenir que comme document historique, mais il en est cependant qui méritent notre attention. Un règlement sanitaire ne se fait pas en un jour, il est la résultante de plusieurs siècles de tâtonnements et d'observations. Pour qu'il soit vraiment efficace il faut qu'il soit basé uniquement sur la connaissance de l'étiologie de la maladie. C'est grâce à la découverte de l'hématozoaire et du mode de transmission du paludisme qu'on a pu assainir les pays impaludés.

C'est grâce à la connaissance du mode de transmission de la fièvre jaune qu'on a pu assainir la Havane. Il en est de même pour la peste. Ce n'est qu'après les admirables travaux des savants coloniaux qu'on a pu d'une façon certaine établir le rôle néfaste de la cheopis et des rongeurs réservoirs de virus. Or, les anciens en ignoraient le premier mot. Ils semblaient croire à l'influence miasmatique et c'est pourquoi ils fuyaient les villes contaminées afin d'échapper à ces miasmes. Lorsqu'ils

(1) Storia della Pesta Avenuta nel Borgo di Busto Arsizio 1630, ... original publié par J. W. S. Johnsson, Copenhague, 1924.
(2) Voir Décade Egyptienne, page 150.

(1) Shaw. — *Op. cital.*, pages 82 à 87.

mettaient des barrières aux fondouks ils ne se doutaient pas que les rats passaient quand même et transmettaient la maladie. Mais à côté de ces erreurs, ils avaient su observer que certains navires apportaient la peste et c'est pourquoi ils n'avaient pas hésité à instituer les quarantaines, ils avaient eu l'intuition que la peste bubonique s'attrapait par la peau et c'est pourquoi ils préconisaient les onctions huileuses qui les mettaient à l'abri des piqûres de puces. Enfin ils avaient remarqué que la peste pneumonique si contagieuse s'attrapait par les voies respiratoires et c'est pourquoi ils recommandaient d'éviter « le souffle des pestiférés » et de porter un masque et des vêtements de toile cirée...

C'est ce qu'on faisait hier lors de la grande épidémie de Mandchourie, c'est ce qu'on recommande aujourd'hui encore comme moyen prophylactique individuel.

On peut donc dire que les anciens médecins des Etats Barbaresques, tout en ignorant le mode de transmission de la peste avaient eu, à côté d'erreurs inévitables des intuitions vraiment heureuses qu'il convenait de rappeler ici.

VARIÉTÉS

Un livre de fond

« La Vie du Médecin », par Paul Le Gendre [1]

III [2]

L'ouvrage est divisé en trois parties.

Première partie : *l'apprentissage et ses débuts.*

Ce n'est pas tout que de vouloir être médecin. Il faut savoir pourquoi on le veut, quelles sortes de satisfactions on attend de la carrière.

Il faut savoir surtout si l'on a les aptitudes morales, physiques et intellectuelles nécessaires pour la pratiquer convenablement, dignement.

La *vocation* n'est pas un mythe.

Pour exercer une profession qui exige tant de renoncements, cette vocation doit être véritable, sincère.

Que de jeunes gens « *renonceraient* » — fort heureusement pour les patients et pour eux, si le début des études nécessitait comme le demande Paul Le Gendre avec notre confrère Paul Rabier, un stage prolongé dans les fonctions d'*infirmier*.

Idée excellente. Les bons chefs sont ceux qui s'étant pliés à être d'abord simples soldats, peuvent par la suite « en remontrer » *pratiquement* aux simples soldats.

Vaquer aux occupations les plus ingrates de l'infirmier serait la meilleure introduction aux fonctions du médecin. Exercer intensivement l'*habileté manuelle*, s'entraîner *à la plus extrême patience* le réclame-t-on suffisamment des étudiants ?

Je serais moins indulgent que l'auteur aux enseignements de la physique, de la chimie et de l'histoire naturelle.

Que de temps perdu en cours inécoutés !

Des directives non au seuil mais au cours des études, de la pratique quant aux spécialités qui nécessitent une instrumentation due aux sciences physiques et chimiques voilà qui me paraît suffire.

Et je ne m'embarrasserais pas non plus d'imposer aux futurs médecins l'enseignement des bribes de latin qui leur sont plus ou moins sérieusement inculquées.

Le grand maître, c'est *le malade.*

Le lieu professionnel, c'est *l'hôpital.*

Paul Le Gendre le démontre d'aveuglante façon.

Et l'on ne peut qu'applaudir à sa conception de l'hôpital, centre d'études *pratiques*, muni de tous les *laboratoires* et de toutes les *chaires* nécessaires, alors qu'aux recherches scientifiques proprement dites, — celles qui sont entreprises pour contribuer au progrès, — serait réservé un établissement que l'auteur appelle : *Institut des hautes études médicales.*

Faire, dès le début, du futur médecin un homme adroit de ses mains, rompu à la besogne professionnelle la plus humble, en même temps qu'un homme extrêmement patient voilà l'idéal, si toutefois on y joint, dérivant de quelque foi, croyance, sentiment que ce soit, — ce culte de l'altruisme, cette bonté, cette aptitude au dévouement, au renoncement à ses aises personnelles sans lesquels, si habile technicien soit-il, un praticien ne sera jamais qu'un *pseudo* et non le vrai médecin, bienfaisant aux populations, méritant d'être aimé et vénéré par elles.

Toute cette partie de l'ouvrage est à lire et à méditer par les jeunes gens qui se destinent à la médecine ; car la profession médicale n'est pas de celles qui se puissent exercer impunément par qui n'y est pas attiré par des inclinations pressantes. En dépit des apparences, elle ne vaudra à qui s'y engage inconsidérément que les pires mécomptes, que le poids d'intolérables obligations.

En même temps que l'ouvrage de Paul Le Gendre donne aux étudiants les conseils les plus précieux qui soient, il leur fournit, intégralement reproduits, les textes officiels réglementant l'organisation des études médicales en France : enseignement à Paris et en province ; Facultés et Ecoles ; moyens d'acquérir le diplôme ; inscriptions, droits équivalences, examens, diplôme de chirurgien-dentiste, assistants étrangers — Instituts (médecine coloniale, hygiène, médecine légale, psychiatrie...) ; Ecole de puériculture de malariologie, de sérologie ; radiologie et électrologie ; Institut du cancer, etc., etc. — Etablissements indépendants de la Faculté, Collège de France, Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, Institut Pasteur, etc., etc.

Le chapitre VII est réservé à *l'hôpital*.

« *Le moyen unique de faire des progrès rapides,* écrit Paul Le Gendre *est de développer parallèlement l'éducation des sens, la manière d'interroger et l'aptitude à classer les renseignements* ».

Ce chapitre est une mine de renseignements et d'enseignements pour le stagiaire, pour l'externe, pour l'interne.

A recommander particulièrement la lecture des sous-chapitres : *méthode d'initiation à la clinique, les moniteurs, association du livre à la clinique, abus de la spécialisation précoce.*

Quelques pages sont consacrées à la Femme-étudiante dont la présence a contribué à modifier la physionomie des salles de garde.

L'auteur du *Quartier latin à l'Académie* n'est pas sans regretter un peu la joyeuse exubérance d'antan, regret qui ne l'empêche pas d'ailleurs d'accorder à nos confrères femmes les éloges qu'elles méritent.

Le chapitre IX est à lire en entier : *la thérapeutique théorique et appliquée, — la pathologie générale, — l'éducation manuelle par la dissection et la médecine opératoire, — l'enseignement pratique de la chirurgie, — l'enseignement de la clinique; — obstétrique, puériculture, — hygiène, — spécialités.*

En ce qui a trait à la *thèse* il m'a semblé que Paul Le Gendre penchait vers la juste suppression de « *l'obligation* » de cette inutile formalité.

Ne pourrait-on la remplacer par quelque cérémonie un peu pompeuse et congratulatoire — mais non coûteuse — au cours de laquelle serait solennellement intronisé le nouveau Docteur ?

Combien juste l'avis de Paul Le Gendre au sujet des résumés des cours des professeurs (page 138) !

(1) Dr Paul Le Gendre de l'Académie de médecine. — *La Vie du Médecin*, guide de l'étudiant et du praticien ; déontologie et technique professionnelle ; formation ; pratique ; rôle social ; entr'aide et protection, 2e édition, Tome I du *Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée* publié sous la direction d'Emile Sergent, L. Ribadeau-Dumas et L. Babonneix. Un vol. 600 p. Paris. Maloine, 1931.

(2) Voir *Progrès Médical*, nos 16 du 18 avril (pages 718 et suivantes) et 21 du 23 mai 1931 (pages 956 et suiv.) A PROPOS DE L'OUVRAGE DU Dr PAUL LE GENDRE. *Duretés et tristesses de la profession médicale. Supériorités morale et intellectuelle du médecin.*

L'Auvergne, ses sites et ses villes d'eaux en autocars P. L. M.

Les services automobiles P. L. M., au départ de Vichy et de Châtel-Guyon, permettent aux touristes d'admirer les sites et curiosités de l'Auvergne.

Du 1er juin au 20 septembre, des circuits de la journée ou de l'après-midi peuvent être effectués autour de Vichy : Châtel-Guyon-Royat ; sommet du Puy de Dôme ; Monts de la Madeleine ; Thiers par la Montagne ; Viaduc des Fades ; Vallée de la Sioule ; la Chaise Dieu. Se renseigner sur les jours de fonctionnement de ces excursions au bureau des autocars de Vichy-Parc.

De Vichy partent également, tous les jours du 15 juin au 10 septembre, les autocars de la Route thermale d'Auvergne qui, à travers des sites charmants, conduisent à Riom, Clermont-Ferrand, Royat, le Mont-Dore, La Bourboule, Saint-Nectaire, avec retour à Vichy le soir même.

Des circuits très intéressants peuvent être également effectués autour de Châtel-Guyon du 21 juin au 15 septembre : Châtel-Guyon-La Bourboule-Châtel-Guyon ; sommet du Puy de Dôme ; Vichy ; Thiers et Vallée de la Dore ; Besse-Lac-Pavin. Se renseigner sur le jour de fonctionnement au bureau des autocars P. L. M., Librairie Desparain, avenue Baraduc, à Châtel-Guyon.

Un cours, à mon avis, ne devrait être fait qu'à des étudiants munis chacun d'un imprimé portant très nettement le résumé succint et le plan du cours, imprimé muni de marges colossales où l'auditeur noterait, quand besoin serait, les développements de l'orateur.

Je ne puis pas songer à rendre compte des questions traitées de la page 142 à la page 184.

C'est de tout l'enseignement et du choix des Maîtres qu'elles traitent: *rapports du maître et de l'élève — concours des hôpitaux — agrégations.*

Si je comprends bien le Dr Paul Le Gendre, si je ne m'abuse pas sur la signification profonde de sa parole toujours sage, courtoise, pondérée, nous nous trouverions ici en présence d'une véritable tare, tare dont il ne laisse pas que de s'inquiéter puisqu'il passe en revue les critiques faites de l'état de choses actuel, les palliatifs préposés.

Cette tare ?

Qu'on me permette de m'exprimer nettement : *un manque d'impartialité dérivant d'un manque d'éducation morale.* Pour trop de Pontifes il n'est pas de justice ou d'injustice ; seule compte la nécessité de servir les poulains de leur écurie. Victimes d'un orgueil *coupable*, trop de professeurs encouragent la servilité à la fois parce qu'elle sert leur intérêt ou flotte une grossière vanité ou parce qu'ayant sacrifié eux-mêmes à la bassesse au début de leur carrière, la bassesse leur apparaît comme chose naturelle, inéluctable, normale...

Certes les sphères élevées du Corps médical n'ont pas le monopole de cette vilenie ; elles ne sont pas toutes frappées, je pense. Contentons-nous — modestement — de dire que la plaie est très apparente.

Les confrères qui me font la grâce de me lire savent ce que je pense des mérites du Médecin, de son écrasante supériorité sur les autres hommes. Je renvoie au parallélisme tracé entre le Médecin et l'Officier (*Progrès Médical* du 23 mai, p. 956).

Mais à ce point de vue !

Que de fois j'ai admiré l'indépendance, le *quant à soi*, la dignité, la défense d'officiers (alors qu'on les dit ployés sous le joug) vis-à-vis de supérieurs proclamés ultra-éminents par la nation entière, supérieurs disposant d'une autorité exorbitante, pouvant d'un mot briser leurs subordonnés... Que de fois j'ai déploré l'adulation de jeunes gens, libres comme le sont les étudiants, envers des Pontifes dont certains, loin d'être des *surmédecins* ne sont que des outres gonflées de vide !

Malgré la putréfaction que dégagea la confection de tel tableau d'avancement du Corps de Santé militaire, tableau né de la possession contre nature d'une larve par des mannequins politiques du Cabinet, la vertu de l'Armée, son sens de la Justice me paraissent cristallins au regard de l'immonde partialité par quoi se caractérisent des échelons élevés du Corps médical.

Combien le Docteur Paul Le Gendre a raison de réclamer la création d'une chaire de déontologie !

Mais n'attendons pas que l'enseignement de la déontologie ait commencé de porter ses fruits.

Ce que nous devons sans tarder réclamer des praticiens honnêtes, bien intentionnés (c'est-à-dire de l'immense majorité du Corps médical), c'est qu'ils refusent leur approbation à la jeunesse lorsqu'elle s'abaisse, à la vieillesse, repue d'honneurs et d'argent, lorsqu'elle se refuse à l'impartialité.

C'est en chacun de nous qu'est le remède : *dire son mépris à qui le mérite.*

Ceux qui, les premiers, auront le courage d'user de cette médication « héroïque » non seulement en constateront bien vite les incroyables succès, mais encore recueilleront, pour eux-mêmes, plus d'éloges que n'en distribuent inlassablement les bouches menteuses qui, en échange d'une soumission intellectuelle et morale dégradante, obtiennent de triompher de leurs émules.

Qu'on me permette avant de clore ce passage consacré à l'enseignement de reproduire quelques lignes écrites avant la guerre et insérées dans un de mes ouvrages, consacré à la politique coloniale, publié en 1918 (1) :

> La jeunesse perd au contact de l'injustice ; celle-ci peut occasionner une détérioration morale qui, parfois, retentit sur la vie entière, car, ayant dégradé le caractère, l'accoutumance à subir l'injuste ne cesse pas à son tour de provoquer des injustices et de susciter des émulations d'égoïsme. Trop d'orgueil chez trop de Maîtres d'où faiblesse envers les flatteurs, indifférence ou hostilité envers les autres, docilité aux influences, culte des relations et culture contagieuse des outrances de l'égotisme : d'où encore manque de l'esprit d'élémentaire impartialité dans les *concours*. Le sujet prêterait à de longs développements...
>
> D'autre part, c'est une erreur de croire que *valeur scientifique* et *aptitude à enseigner* vont inévitablement de pair. Trop de cours dans les Facultés de médecine et surtout trop de cours sacrifiant l'intérêt de l'élève au profit des études originales du chercheur. Il faudrait que n'enseignassent que ceux, savants ou non, qui savent enseigner et que le but de l'enseignement soit avant tout autre, d'augmenter les connaissances *pratiques* du *candidat-praticien*. Il serait bon que les jurys fussent composés d'examinateurs de carrière, recrutés dans toute la France et dont le rôle serait d'aller de Faculté en Faculté pour interroger les candidats aux différents degrés du doctorat en médecine. Tout au moins conviendrait-il que des professeurs ou des agrégés fussent spécialisés pendant plusieurs années dans les fonctions d'examinateur, qu'ils n'en exerçassent pas d'autres pendant la durée de cette spécialisation et qu'ils les exerçassent dans différentes Facultés ou Ecoles.

Un excellent chapitre consacré aux *débouchés du doctorat*, aux *distractions*, aux *voyages* clot la première partie de *la Vie du Médecin.*

Voici la dernière phrase de l'avant-propos de la deuxième partie : « *la pratique de la médecine* » de l'œuvre de Paul Le Gendre : « *Depuis dix ans les conditions de la pratique ne sont certainement pas devenues plus faciles. La société française est en voie de profonde transformation économique et morale. La moralité professionnelle est exposée à des tentations de plus en plus dangereuses. Les lois sociales, qui ne peuvent être assurées sans le concours du médecin, compliquent de plus en plus son existence sans l'améliorer, mais sèment sous ses pas d'incessantes embûches. Les débutants ont de plus en plus besoin de poteaux indicateurs : Attention ! Tournant dangereux ; descente rapide !*

Malgré toute ma bonne volonté, il m'est tout à fait impossible de rendre compte de façon un tant soit peu détaillée de cette partie de l'ouvrage.

En vérité, c'est non pas seulement toute la vie professionnelle, mais bien *toute la vie* du médecin qui est passée en revue par un homme qui « *a vécu quarante-cinq ans dans les hôpitaux à travers toutes les étapes de la hiérarchie et les services les plus variés, qui a exercé sa profession dans tous les milieux depuis la chaumière et les taudis jusqu'aux plus opulents hôtels.* »

Et cet homme nous livre les fruits d'une expérience servie par une psychologie *vraie* qui — heureusement — n'est pas celle des psycholaboratoires mais qui est faite d'observation, de bon sens et de tact.

Je ne crois pouvoir mieux faire que de donner la liste des principaux points traités par l'auteur :

Conditions de la réussite professionnelle ; — le bon et le mauvais savoir-faire. — *Orientation professionnelle* ; *médecine générale ou spécialité* : — choix d'un poste, d'une résidence (Paris, ville, campagne, colonies étranger) ; danger des déplacements fréquents ; cession de clientèle. — *Installation* ; extinction des dettes ; le mariage ; impôts ; la patente ; la déclaration des revenus professionnels ; appartement ; moyens de transport ; *établissement du budget* (les jeunes médecins et même beaucoup de moins jeunes auront grand intérêt à étudier les devis détaillés présentés — pages 240-258 — par Paul Le Gendre). — *L'attente des clients* ; emploi des heures d'attente. Le formulaire personnel ; la rédaction

(1) Dr G. Saint-Paul. — *Le rôle mondial du médecin militaire*, précédé d'une étude sur le G. B. D. La compartimentisation, page 185 note 1, Paris, Alcan.

et l'organisation des fiches cliniques ; les premiers visiteurs et pseudo-clients ; définition du client ; valeur du client gratuit ; les premiers appels — servitude et grandeur médicales ; — comment on aborde le client et l'entourage ; les minuties de l'interrogatoire et de l'examen physique ; la prescription ; durée, fréquence, horaire des visites, l'exactitude ; la question de confiance ; — *La parole du Médecin* : ni trop peu ni trop, mais à propos. — *La psychologie du malade et du médecin* ; — comment étudier la psychologie du malade ; — les dysharmonies entre médecin et malade — comment on peut y remédier ; particularités psychologiques inhérentes aux conditions d'âge, de sexe, de profession, de caractère. — *Du diagnostic* ; — principes généraux à observer ; taylorisme médical ; importance de l'organisation et de l'outillage ; contrôle des méthodes de laboratoire par la clinique et réciproquement ; — organisation de praticiens en équipes ; valeur des notions relatives à l'évolution individuelle ; — *Le pronostic* ; optimisme et pessimisme ; éléments du pronostic ; principales causes d'embarras ; manière d'exposer le pronostic ; — *La thérapeutique* ; l'art de formules ; appréciation des indications, polypharmacie, médicaments nouveaux ; posologie ; maniement des toxiques ; prééminence de l'hygiène, de la diététique et de la physiothérapie, remèdes secrets ; spécialités pharmaceutiques ; responsabilité légale et morale ; obligation, interdiction et liberté de prescrire ; compérage médical et pharmaceutique ; définitions et distinctions — la thérapeutique de contrainte médicale et chirurgicale ; le médecin devant le *suicide*. — *Le médecin, confident* ; — du secret médical ; définitions, dérogations et distinctions ; état civil ; épidémies, attentats : — publicité ; — sanctions pénales et civiles — honoraires — témoignages — mineurs — domestiques — le secret médical dans les *guerres civiles*, dans les *hôpitaux* ; l'intention de nuire — *Syphilis et déontologie* (p. 334-344 : enfants, adolescents, fiancés, époux, nourrices et nourrissons) — secret absolu ; secret relatif ; secret et exigences spéciales (p. 344-352) — *Le Médecin, conseiller* ; inconvénients et limites du rôle ; conseils relatifs à la retraite, au choix d'une profession, au changement de profession, au mariage, à l'éducation des enfants, à l'hygiène. — *Le Médecin et la mort* — le médecin auprès des mourants ; — le testament, — les bulletins de santé — les derniers soins — critérium de la mort réelle — autopsie — euthanasie — la mort du médecin. — *Les honoraires* ; — gravité de la crise matérielle et morale ; bénéfices secrets ; — socialisation de la médecine — fixation des honoraires — projets de codification — tarifs de divers syndicats. *La consultation* — comment l'organiser ? — choix du consultant — cas de récusation — protocole ; — honoraires. — *La collaboration médico-chirurgicale* ; son importance croissante ; choix du chirurgien, assistance à l'opération ; — honoraires de la note globale. — *Rapports du médecin avec* ses confrères, avec ses confrères spécialistes, avec les confrères militaires, avec les pharmaciens — avec les sages-femmes ; — les *propharmaciens*. — *Réflexions sur l'exercice de quelques spécialités* ; chirurgie ; médecine thermale ; sanatoria ; service et dispensaire de vénéréologie — compagnies de chemins de fer — le médecin et les duellistes. — *Les incidents de la vie professionnelle* — fatigue et repos ; vacances — dangers — courage professionnel, dévouement — responsabilité morale, civile et pénale du médecin — l'exercice illégal de la médecine — médecine et politique — médecine et presse.

On conçoit qu'il est impossible d'analyser cet admirable traité de Déontologie, le seul complet qui, à ma connaissance, ait été publié, traité dont chaque page farcie de documentations, fourmille d'observations vécues et d'enseignements.

Je lis à propos des honoraires :

« *Le droit du médecin de vivre de sa profession est incontestable et a pour corollaire la nécessité d'élever le taux de ses honoraires proportionnellement au renchérissement de la vie.*

Constatation aveuglante de vérité, constatation qui eût pu trouver place dans l'encyclique *Quadragenta annis* et qu'il convient, qu'il est indispensable d'enseigner inlassablement aux populations.

Quant à la *dichotomie* que le Dr Paul Le Gendre me permette de lui dire très respectueusement que je ne suis pas de son avis.

« La pratique de la dichotomie *clandestine*, écrit-il, est inacceptable ».

Secrète ou non, la dichotomie est à mes yeux un droit formel du praticien, droit dont il aurait bien tort de se dessaisir ou de s'excuser.

Ce n'est pas là qu'est le mal, ce n'est pas là qu'est la tare.

Je compte exposer mon opinion dans le *Lien Médical* au cours d'un article qui sera intitulé : *Pourquoi je suis dichotomiste.*

La troisième et dernière partie de l'ouvrage du Dr Paul Le Gendre traite des *relations du Médecin avec l'Etat* (état civil ; réquisition du médecin ; médecin expert ; expertises relatives à l'état mental ; certificats..... le médecin et l'hygiène publique ; vaccination ; péril vénérien protection de l'enfance ; le médecin et l'école ; l'assistance publique, etc.) — *des relations du médecin avec les collectivités privées* (sociétés de secours mutuels ; compagnies d'assurance sur la vie ; d'assurance contre les accidents du travail ; — assurances sociales, etc.).

Enfin née de l'effort d'Auguste Cezilly et de son journal *Le Concours Médical*, l'« Association générale des Médecins de France » et celles qui en dérivèrent sont signalées et étudiées par le Dr Paul Le Gendre qui classe ces œuvres en associations de *bienfaisance* — associations de *prévoyance* (ex. association de prévoyance et de secours des médecins du Rhône — la *Maison du Médecin*.... les assurances sur la vie. — et *associations de défense professionnelle* (Cézilly, Jeanne, J. Noir) — caisses de prévoyance pour les assurés sur la vie — caisses des pensions de retraite du Corps médical français ; caisses des victimes du devoir médical ; association amicale des médecins français pour l'indemnité de maladie ; le « *Sou Médical* »....

Puis viennent l'historique et l'étude des syndicats médicaux, la question de la création d'un *Ordre des Médecins*, au sujet duquel est reproduit le rapport Le Gendre et G. Brouardel à l'Académie, *rapport insistant sur la nécessité d'édicter un code de déontologie* ou, tout au moins, une déclaration de principes déontologiques.

Toute cette partie avec l'étude critique du projet d'organisation de « *Chambres Médicales* » et de celui de la recorporation est d'une extrême importance.

Inutile de signaler que les futurs auteurs du Code de Déontologie et les futurs Professeurs de Déontologie dans les Facultés et Ecoles de médecine trouveront leur besogne toute faite dans le livre de Paul Le Gendre.

Que celui-ci veuille bien pardonner l'indignité de mon compte rendu.

Il est des œuvres dont la richesse et l'importance défient toute analyse.

Puissent tous nos confrères ne pas rester sourds aux appels de Le Gendre vers la solidarité — cette solidarité dont, à propos du Corps de santé militaire, je signalais récemment l'impérieuse nécessité (*Progrès Médical* du 23 mai) ; puissent-ils répondre aux vœux de Paul Le Gendre « que tous les médecins sans distinction de titres, de clientèles et de ressources entrent dans le mouvement d'association caractéristique de notre époque ; que tout praticien se hâte *dès ses débuts* de s'affilier selon ses moyens au plus grands nombre possible d'œuvres d'assistance, de prévoyance et de défense professionnelle.....

Puissent tous les docteurs en médecine avoir dans leur bibliothèque, à portée de la main, le livre de Paul Le Gendre, *la Vie du Médecin* et en relire de temps à autre quelques pages.

C'est une œuvre fondamentale.

Et le plus bel éloge qu'on en puisse faire, c'est qu'elle rend plus fort et qu'elle rend meilleur.

Docteur G. SAINT-PAUL (G. Espé de Metz)
Médecin général

P. S. — Une coquille : *Progrès Médical*, n° 21, du 23 mai 1931, page 960, lire :.... peut-être un héros *déifié* par la crédulité stupide de Démos... *et non* : peut-être un héros *édifié*.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 juin 1931

Quand pratiquer la splénectomie au cours des purpuras hémorragiques récidivants ? — *MM. Abrami, Darré, Mme Bertrand-Fontaine, MM. Lichtwitz* et *Fouquet* rapportent l'observation d'un homme de 40 ans, hémogénique depuis l'enfance, chez lequel une première grande hématémèse au début de 1930 avait marqué le début d'un purpura ecchymotique. Une deuxième grande hématémèse en décembre 1930, précède immédiatement un syndrome hémorragique grave, avec nouvelles hématémèses, épistaxis, gingivorragies, accompagné d'anémie progressive et de fièvre. Les hémorragies ne cèdent qu'à la splénectomie, mais le malade succombe quelques jours après l'opération, des suites d'une infection broncho-pulmonaire et péritonéale. Les auteurs insistent sur l'absence de tout élément clinique de pronostic dans ces états de purpuras hémorragiques ; ni l'étude du temps de saignement, qui est très variable, ni les modifications sanguines ne permettent de prévoir la gravité de l'évolution, l'allure progressive de l'anémie. Dans ces conditions, la temporisation et l'essai de toutes les méthodes thérapeutiques usuelles a conduit à un désastre, qui aurait pu être évité si la splénectomie avait été pratiquée dès le début de la période hémorragique de ce purpura chronique.

M. P.-E. Weill croit que dans ces cas de purpuras chroniques, la splénectomie est presque toujours suivie de guérison.

Hémiplégie pleurale. — *MM. Pruvost, André Meyer* et *Stanislas de Sèze* rapportent un cas d'hémiplégie dite « pleurale » survenue chez une jeune fille de 17 ans à l'occasion d'une tentative de pneumothorax artificiel (deuxième insufflation). Il s'agissait d'un pneumothorax difficile en plèvre cloisonnée. Les auteurs insistent : 1° Sur la symptomatologie de ces accidents nerveux où l'on trouve, en plus d'une hémiplégie, des phénomènes de contracture, des phénomènes convulsifs et des signes d'irritation pyramidale des deux côtés, symptomatologie traduisant une irritation corticale diffuse à prédominance unilatérale.

2° Sur le fait que la blessure du poumon fut, dans ce cas, certaine, attestée par l'apparition immédiate de quelques crachats sanglants.

Cette même symptomatologie et cette même circonstance étiologique qui se retrouvent dans la plupart des cas d'hémiplégie dite pleurale constituent deux arguments de grosse valeur en faveur de l'origine embolique (embolie gazeuse) de l'hemiplégie « *pleurale* » ainsi que des accidents convulsifs décrits sous le nom d'« épilepsie pleurale ». Ils viennent s'ajouter d'ailleurs à d'autre arguments tirés de la clinique, de l'anatomie-pathologique et de l'expérimentation.

Dans ce cas qui évolua vers la guérison, les auteurs avaient mis en œuvre une thérapeutique vaso-dilatatrice précoce et énergique : injection sous-cutanée de 1 gr. 20 d'acétylcholine en l'espace de quelques heures.

Hépatonéphrite aiguë grave. Urée, chlore, réserve alcaline. Guérison. — *MM. Merklen, Bicart* et *Adnot* publient une observation d'hépatonéphrite aiguë grave qui, contre toute attente s'est terminée par la guérison. Début presque subit par ses troubles digestifs et des douleurs dans la region hépatique ; subictère ; vomissements réitérés. Aggravation progressive de l'état général avec forte albuminurie, cylindrurie, azotémie, hypothermie. Les phénomènes hépathiques ont cédé les premiers ; la situation est cependant restée alarmante encore pendant plusieurs jours ; l'albuminurie a disparu très rapidement ; l'azotémie, après être montée à 4,64 est tombée en un jour de 4,36 à 2,88.

Deux éléments ont contre-balancé les effets de la rétention de l'urée : une diurèse qui a atteint 3 l. 500 en pleine poussée d'azotémie, une augmentation soutenue de la concentration uréique urinaire. Forte azoturie comme dans bien des cas des hépatonéphrites. Crise chlorurée contemporaine de la crise de diurèse et d'urée.

Hypochlorémie plasmatique avec hypochlorémie globulaire passagère. Réserve alcaline basse à 18 et 19, la malade a reçu environ quatorze litres de sérum chloruré et quatre litres de sérum glucosé.

Les auteurs insistent sur l'absence d'effets de la rechloruration vis-à-vis du taux de l'urée sanguine et de l'état général, comme il est de règle dans les azotémies vraiment rénales. Ils croient par contre à l'action de l'hydratation ; ils estiment qu'elle a sauvé la malade, qui a eu la chance que ses tissus ne retiennent pas l'eau et que ses reins se soient montrés perméables à cette dernière.

Ils distinguent les vomissements qui commandent la chloropénie, source d'azotémie, et ceux des azotemies rénales qui provoquent de l'hypochlorémie plasmatique, voire quelquefois globulaire, mais sans que rien permette de conclure à de la chloropénie tissulaire, la réserve alcaline, haute dans le premier cas, assez souvent basse dans le second, a un gros intérêt diagnostique.

Ils soulignent enfin à leur tour le syndrome constitué par l'azotémie, la réserve alcaline basse et l'hypochlorémie totale, individualisé par Rathery et Sigwald à la période terminale des néphrites chroniques. Ils indiquent qu'on le rencontre aussi dans les néphrites aiguës, témoin leur cas, où il n'empêche pas la guérison consécutive.

M. Rivet relate à ce propos un cas d'hépatonéphrite aiguë spirochetosique, dans lequel la diurèse, obtenue à l'aide d'instillations rectales de sérum glucosé, n'empêcha pas l'azotémie de s'élever progressivement à 5 gr. 63 et la mort de survenir avec des phénomènes hémorragiques.

Au sujet du début des lésions d'hépatite et de cholécystite au cours d'une infection générale. — *MM. Guy Albot, F. Thiébaut* et *M. de Costa* rapportent l'observation d'une malade dont l'histoire se déroula en trois phases successives : première phase d'entérocolite, seconde phase d'infection générale avec éléments éruptifs d'allure cyclique, troisième phase d'hepato-cholécystite. Une cholécystectomie et une biopsie du foie (technique mitochondriale) ont permis d'observer le stade tout initial d'une cholécystite catarrhale et d'une hépatite diffuse d'apparition simultanée dont les auteurs décrivent les caractères en rappelant le travail antérieur de G. Albot et J. Caroli. L'intérêt de cette observation réside dans ce fait, que le hasard des circonstances a permis de surprendre la phase de début de l'hépatocholécystite au cours d'un infection générale à point de départ intestinal.

Ostéomalacie traitée par l'ergostérol irradiée. — *MM. P. Harvier* et *A. Lafitte* presentent une malade atteinte d'ostéomalacie se manifestant par des douleurs osseuses, un tassement du thorax dans le bassin, des fractures spontanées multiples, une raréfaction osseuse radiologique. L'examen du sang a décélé une hypocalcémie totale avec hypophosphatémie. Trois ans auparavant, cette malade avait été soignée pour une crise de tétanie. A l'âge de 28 ans, elle avait subi une ovariotomie et depuis de longues années, elle était soumise à un régime carencé, tant au point de vue qualitatif que quantitatif.

Cette malade fut soumise au traitement par l'ergostérol irradié, d'abord à la dose d'un centigramme par jour, sans autre résultat qu'une diminution des douleurs, puis à la dose quotidienne de quatre centigrammes. Or, dix jours après l'ingestion de cette dernière dose, l'amélioration devint véritablement surprenante, au point que la malade, qui, jusque-là ne pouvait marcher que péniblement appuyée sur deux cannes, put marcher seule, sans appui, monter et descendre les escaliers, et mobiliser tous ses membres sans efforts et sans douleur. Parallèlement, on constata un relèvement du taux du calcium et du phosphore dans le sang, et la radiographie montra un début de recalcification des os et une consolidation osseuse des fractures. La malade a parfaitement toléré ces fortes doses d'ergostérine, qui ont été prolongées pendant plus de trois mois.

M. Léon Bernard se rappelle avoir observé un cas d'ostéomalacie traité par l'adrénaline. La guérison fut obtenue mais demanda des années. Il pense que les facteurs pathogéniques qui expliquent l'ostéomalacie sont encore très mal connus et vraisemblablement très éloignés les uns des autres ; il est certain que l'ovariotomie, proposée comme traitement de cette affection, a été suivie d'échecs mais aussi de succès non contestables.

M. M. Labbé pense que le régime de misère auquel a été longtemps soumise la malade de M. Harvier (régime non carencé en calcium) joue un rôle étiologique bien peu important dans la genèse des accidents ; il croit par contre qu'il faut incriminer dans ce cas un trouble de fonctionnement des parathyroïdes, bien que ce soit surtout des signes d'hyper-parathyroïdie que l'on constate dans l'ostéomalacie.

M. Armand Delille rappelle à ce propos que chez les rachitiques, le traitement calcique ne donne aucun résultat ; il faut pour obtenir la guérison associer au calcium l'ergostérol, la vitamine D ayant seule un pouvoir thérapeutique.

Hémothorax traumatique enkysté dans l'interlobe. — *M. A. Gendron* (de Nantes) rapporte l'observation d'un homme qui, à la suite d'un coup de couteau au niveau du mamelon droit, présenta des signes d'épanchement suspendu. L'examen radiologique pratiqué sept semaines après la blessure montra, en position frontale, une opacité ovoïde volumineuse à contours nets occupant tout l'hémithorax droit, hormis le sommet et les deux culs-de-sac diaphragmatiques. De profil, l'ombre apparaissait « en écharpe » oblique de haut en bas et d'arrière en avant revêtant l'aspect caractéristique des collections interlobaires.

Trois ponctions évacuèrent 400 cc. de sang représentant approximativement le tiers de l'épanchement. Le sang retiré était incoagulable ; sa culture donna du staphylocoque blanc. Au cours du troisième mois de la maladie, se produisit une effraction temporaire de la collection dans les bronches, se traduisant par une expectoration hémoptoïque intermittente. L'amélioration fonctionnelle et générale fut rapide et régulière, mais l'ombre pathologique en raison de son volume considérable ne disparut totalement qu'au bout de six mois.

Cette observation est exceptionnelle du fait de l'enkystement d'un hémothorax traumatique volumineux dans une scissure.

Le rôle antitoxique illusoire de la saignée. — *MM. A. Tzanck* et *J. Charrier*. — On admet communément que la saignée est susceptible de jouer un rôle antitoxique. Ce rôle est en réalité négligeable car les substances nocives sont réparties dans toutes les humeurs de l'organisme et la quantité supprimée par saignée la est minime en rapport des éléments nobles du sang qui sont prélevés avec elle. Lemierre et Bernard avaient déjà montré chez l'homme, dans onze cas, que les saignées massives n'influaient guère sur l'azotémie. Expérimentalement, sur le chien, Tzanck et Charrier montrent en réalisant la ligature des deux uretères que si l'azotémie atteint 5 gr. par litre, une saignée pourtant égale à la moitié de la masse sanguine, suivie de réinjection d'une quantité égale de sang frais ne fait pas baisser l'azotémie de façon appréciable, et la mort n'est pas retardée par cette intervention.

Ce n'est donc pas à ses propriétés d'élimination de substances toxiques que la saignée doit son efficacité.

M. Et. Bernard est arrivé aux mêmes conclusions en restant sur le terrain clinique. Il rappelle l'observation d'une femme dont l'urée sanguine était de 3 grammes par litre. Après un avortement qui entraîna une perte de sang d'un litre et demi, le taux de l'urée monta à 4 gr. 25.

Il pense que la saignée est plus nuisible qu'utile dans les néphrites chroniques où les malades sont déjà anémiés, et dans les néphrites aiguës où elle diminue la diurèse.

M. Rathery ne pense pas que l'urée sanguine puisse à elle seule servir de test en ce qui concerne le degré de toxicité du sang et des humeurs dans le syndrome de l'urémie. Aussi les expériences de MM. Tzanck et Charrier lui paraissent-elles incomplètes et entachées d'erreurs.

M. M. Labbé, laissant de côté la question pathogénie qui lui paraît obscure, affirme que la saignée agit favorablement chez les urémiques.

M. Léon Bernard, n'est pas très convaincu par les expériences de M. Tzanck et Charrier, l'urée lui paraissant n'être qu'un témoin infidèle de l'intoxication ; il croit qu'il y aurait quelque danger à laisser s'accréditer cette opinion que la saignée n'a pas de valeur thérapeutique.

M. Pagniez, d'accord avec M. Labbé et L. Bernard, ne doute pas de l'action efficace de la saignée qui agit sans doute plus par un facteur mécanique que par un facteur antitoxique.

M. Dufour propose de compléter les expériences précédentes : il faudrait créer chez le chien une lésion des centres nerveux et, après réparation voir, si l'augmentation de l'urée sanguine par ligature des uretères réveille la lésion.

Syndrome infectieux à poussées graves chez un prématuré. Heureuse influence du savon d'acridine. — *M. Maurice Renaud*, commente l'observation d'un nourrisson, prématuré né à sept mois d'une mère tuberculeuse cachectique.

Première phase. — Ne pesant à la naissance, le 7 septembre, que 1.700 gr., l'enfant présenta dès le troisième jour un état infectieux grave, avec érythème et ictère. La température descendit à 35° et le poids tomba à 1.450 gr. Faite au quinzième jour, alors que la situation paraissait désespérée, une injection de savon d'acridine (par la fontanelle) a rétabli immédiatement la situation.

Deuxième phase. — La santé de l'enfant fut parfaite jusqu'en janvier. La croissance fut particulièrement rapide et régulière, l'enfant étant nourrie de lait floculé corsé de protéines viscérales et le poids atteignit en janvier 4.400 gr

Troisième phase. — En janvier la situation s'altère. Petits épisodes infectieux. Le 25 de ce mois une double parasynthèse draine une double otite suppurée.

Quatrième phase. — L'intervention est suivie d'une période heureuse. Le poids atteint en mars 5.400 gr.

Cinquième phase. — Dès le début de mars, l'état s'altère l'enfant dépérit. Aucune symptomatologie nette. Le poids reste absolument stationnaire jusqu'au début de juin.

Après quelques petits épisodes témoignant que l'infection est toujours latente, survient le 7 juin un épisode infectieux des plus dramatiques avec température en plateau à 40°. Le 11, l'enfant est dans la torpeur et ne boit plus, la situation paraît irrévocablement désespérée. Deux injections de savon d'acridine sont suivies de la sédation presque immédiate de tous les symptômes.

Sixième phase. — Depuis cet incident l'enfant est en parfaite santé et se développe admirablement.

Cette observation, d'après M. Renaud, illustre de façon singulière quelques-uns des principes qu'il tient pour fondamentaux de la pathologie du nourrisson.

A savoir : 1° Rôle primordial de l'infection ;

2° Importance des otites occultes et suppuration du rocher ;

3° Excellence des régimes mixtes précocement donnés.

Elle donne enfin une preuve remarquable de l'innocuité et de l'efficacité du savon d'acridine dans les états infectieux dont on doit attendre beaucoup, même dans la première enfance, où l'on était jusqu'à maintenant complètement désarmé.

Michelle VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 juin 1931

A propos du traitement du bec-de-lièvre. — *M. Moure* a pu améliorer certains résultats défectueux du bec-de-lièvre en abaissant un lambeau du cuir chevelu destiné à étoffer la lèvre supérieure et à fournir, chez l'homme, une moustache.

A propos des péritonites à pneumocoques. — *M. Bréchot* juge que l'on doit opérer toute peritonite aiguë chez l'enfant. L'abstention opératoire systématique dans les cas douteux tuerait plus de malades que l'intervention, étant donné la fréquence beaucoup plus grande des péritonites appendiculaires.

La résection précoce dans l'ostéomyélite aiguë. — *M. Leveuf* rapporte huit cas, communiqués par *M. Carajannopoulos* (d'Athènes). L'auteur insiste sur la nécessité de l'intervention faite précocement (avant le 3e ou 4e mois) et sur les bénéfices que l'on retire de la résection : guérison locale très rapide, et amélioration immédiate de l'état général.

L'os se reconstitue toujours lorsque l'intervention a été faite à chaud, et lorsque la résection passe franchement en tissu sain, du côté diaphysaire, au contact du cartilage du côté épiphysaire. Il ne faut d'autre part jamais utiliser aucun antiseptique. Mais la résection primitive ne vise que des ostéomyélites graves avec état général critique.

Traitement des arthrites suppurées par le bactériophage. — *M. Wiart* estime que c'est là une méthode à utiliser tant que ni la fonction, ni la vie du malade ne sont en cause.

Appendicite aiguë. — *M. P. Duval* rappelle que tous les chirurgiens sont formellement d'avis qu'il faut opérer immédiatement dans les 24 premières heures. Il fait remarquer qu'à ce point de vue les plus belles statistiques sont celles des chirurgiens provinciaux, plus étroitement en relation avec les médecins.

Traitement du cancer du col utérin. — *M. Dujarier* est convaincu de la nécessité d'un large drainage. Il a opéré en

10 ans, 29 cancers du col utérin, avec 4 morts, soit 13 %. Il a 16 fois utilisé le Mikulicz ; il opère sur rachi-anesthésie et fait toujours mettre des sondes urétérales.

M. Proust pense qu'il faut enlever largement la nappe cellulo-ganglionnaire et qu'il y a intérêt à commencer par la dissection de la veine. G. MENEGAUX.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 5 juin 1931

A propos de la protéinothérapie spécifique des cancers. — *M. Laurence* complète sur certains points les observations des trois malades de son service d'hôpital qui ont été présentées par M. Rubens-Duval à la précédente séance. Ces malades, longuement suivis, montrent que la protéinothérapie spécifique des cancers est capable de donner des résultats très remarquables et mérite de retenir dès à présent l'attention de tous les chirurgiens.

M. J. Lanos communique deux observations : celle d'un cancer du corps thyroïde et celle d'un kyste végétant des deux ovaires qui, la première depuis 1920, la seconde depuis 1925, sont actuellement en excellent état à la suite de la protéinothérapie.

M. R. Bonneau communique l'examen histologique des nodules enlevés récemment par lui à la malade qu'il avait opérée auparavant d'un cancer du sein, réopérée cinq fois et signalée par M. Rubens-Duval dans sa récente communication. Il affirme qu'il a vu la protéinothérapie spécifique avoir une action générale remarquable sur les cancéreux et une action locale qui, s'ajoutant à la chirurgie, peut, dans certains cas particuliers, réduire l'acte chirurgical à une moindre étendue.

Grand diverticule de la vessie avec calcul diverticulaire. Marsupialisation. Prostatectomie secondaire. Guérison. — *M. Nora* fait un rapport sur un travail de *M. Marc Papin* (de la Rochelle). Il insiste particulièrement sur les points suivants : la latence de ces grands diverticules vesicaux et leur symptomatologie d'emprunt : l'association de diverticule et de lithiase ; la coexistence des diverticules et les lésions du col ; le traitement.

Opérations conservatrices dans le traitement des salpingites bilatérales. — *M. Haller* fait un rapport sur un travail de *M. R. Jacquemaire* (de Paris). L'auteur envisage successivement : 1° les opérations qui conservent la menstruation et la fécondation ; celle qui conservent uniquement la menstruation. Il accompagne son travail de dix-neuf observations résumées où l'hystérectomie fundique a été pratiquée et il donne les résultats éloignés de treize de ces cas.

Traitement des abcès de l'anus. — *M. Thévenard* fait un rapport sur un travail de *M. R. Jacquemaire* (de Paris) concernant le traitement par la bactériophagie des abcès de la marge de l'anus. L'auteur apporte un certain nombre de faits à ajouter à ceux déjà connus, où en contradiction avec le laboratoire, on a obtenu avec un bactériophage non spécifique des bactéries pathogènes, une guérison rapide d'une infection chirurgicale. Le rapporteur conclut, d'une rapide revue générale de la question que si, au point de vue théorique, quelques points sont encore d'une interprétation difficile, les faits cliniques très encourageants prouvent que la bactériophagothérapie est une arme précieuse dont on ne doit pas négliger l'emploi.

Septicémie à staphylocoques guérie par une inoculation intra-veineuse de bactériophage. — *M. Hautefort* fait un rapport sur un travail de *M. Raiga* (de Paris). Il insiste avec l'auteur sur les conditions de succès ou d'insuccès de la phagothérapie. Il souligne l'importance des antiphages qui peuvent être combattus avec succès par l'auto-hemothérapie. Il exprime sa confiance dans l'avenir de cette methode.

Le traitement chirurgical précoce du pied bot congénital après l'échec des manœuvres modelantes. —

M. Massart. — Le pied bot congénital doit être soigné dès la naissance et on ne doit pas attendre que l'enfant ait des dents ou soit sevré pour entreprendre le traitement. Les cas dans lesquels le traitement est commencé tardivement donnent un important pourcentage d'échecs. L'auteur, se basant sur des observations personnelles, montre qu'une intervention précoce rend au pied sa forme et sa fonction. Il insiste sur la nécessité que le traitement soit terminé avant que l'enfant commence à marcher pour ne pas surajouter aux déformations congénitales les déformations causées par l'appui. L'auteur, reprenant l'étude anatomique et radiographique du pied bot du nouveau-né, montre que le maximum des lésions est au calcanéum. Il s'agit vraisemblablement d'une ostéite fœtale du noyau, retentissant sur les muscles et les ligaments insérés à l'os, aboutissant à des processus de sclérose qui amènent la rétraction des muscles et des ligaments et constituent le pied bot congénital. Des constatations histologiques et radiographiques apportées par l'auteur viennent confirmer cette hypothèse pathogénique.

Double pied bot congénital invétéré chez un garçon de six ans. Réduction possible après section complète des ligaments latéraux de l'articulation tibio-tarsienne. — *M. Judet* communique cette observation dans laquelle il a pu obtenir un bon résultat pour des pieds bots âgés en agissant sur les ligaments latéraux de l'articulation tibio-tarsienne tout en conservant l'astragal intact.

Deux cas d'appendicite aiguë apyrétiques. — *M. Peugniez* communique les observations de deux malades opérés sans fièvre avec une intégrité parfaite de l'état général et qui présentaient au bout de quelques jours dans un cas, et de quelques heures seulement dans l'autre cas, après le début des premiers symptômes des lésions gangréneuses de l'appendice. Guérison dans les deux cas.

Appendicites graves à symptômes bénins. — *M. Victor Planson* en communique trois observations avec opération et guérison.

Sur le Congrès de chirurgie de Berlin. — *M. Victor Pauchet* rapporte quelques-uns des faits qu'il a observés et en particulier des détails sur la technique opératoire de quelques chirurgiens allemands et des modes d'anesthésie qu'ils emploient.

Corset pour scoliose. — *M. Rœderer* présente un corset à leviers permettant la flexion antérieure et postérieure et les flexions latérales. Le sujet n'a plus l'aspect en bois des porteurs d'appareils rigides ; le jeu respiratoire et musculaire se fait mieux ; l'atrophie n'est plus à craindre. De plus, une certaine gymnastique correctrice reste possible avec l'appareil.

Instrumentation pour l'électrolyse circulaire dans les sténoses cicatricielles graves de l'œsophage. — *M. Guisez* présente une série d'instruments qui permet de dilater sous endoscopie les rétrécissements dits autrefois infranchissables et indilatables. L'instrumentation se compose essentiellement d'olives graduées conduites par une filiforme que l'ont introduit de *visu* exactement au centre de la sténose et dans lesquelles on fait passer un courant n'utilisant que les propriétés résolutives et dissolvantes de l'électrolyse vis-à-vis du tissu cicatriciel.

« ..... Il ne faut pas oublier que derrière les Facultés, il y a maintenant un pouvoir qui monte, et qui, par la suite, fera entendre sa voix, qui pourra même se montrer exigeant, parce qu'il est le nombre, parce qu'il distingue, fort bien ces *nécessités*, en dehors desquelles les Facultés ne vivent que trop idéalement, Ce pouvoir, ce sont les Syndicats médicaux, c'est la Confédération des Syndicats. Les Syndicats médicaux sont constitués par des gens QUI VIVENT. Désirant ardemment que l'enseignement médical soit donné en vue du perfectionnement de la profession, de son expansion plus large, les membres de cette Confédération parviendront probablement à faire entendre leurs réclamations ; on peut prévoir le temps ou les Ministres compétents seront conduits à écouter les vœux qui leur seront ainsi présentés..... (Paul CHAVIGNY. — *In* : Psychologie des études médicales et des aptitudes médicales.)

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car'je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Augagneur journaliste médical et politique. — « *Comme médecin, Augagneur était le doyen des chirurgiens des hôpitaux de Lyon, comme homme politique, il était député du Rhône. Cette vie si remplie, si ardente — disent MM. les Professeurs Victor Rochet et M. Durand dans le* Bulletin du Lyon Médical *(31 mai 1931) — fait que sa biographie doit étudier Augagneur médecin, Augagneur homme politique ; elle serait incomplète si elle laissait dans l'ombre Augagneur journaliste médical et politique, car, disent MM. Rochet et Durand, il fut journaliste de grande classe*

..... Le caractère d'Augagneur se manifeste de manière particulièrement évidente dans les très nombreux bulletins qu'il publiait dans la *Province Médicale*. Ses opinions étaient presque toujours nettes et tranchées, il les soutenait sans faiblesse. Sûr de sa plume, il ne craignait pas d'attaquer l'adversaire et de pousser à fond son attaque.

Lors d'une visite du Pré ident Carnot, l'Administration des Hospices avait relégué le Corps médical parmi les employés de bureau ; un article virulent d'Augagneur remit les choses en place. Debierre, agrégé d'anatomie à Lyon, est nommé professeur à Lille, par décret du ministre de l'Instruction publique ; il était en même temps médecin militaire ; un décret du ministre de la guerre le nomme dans un régiment et l'envoie dans une lointaine garnison ; Augagneur relève immédiatement cette malveillance du Service de santé militaire. Le Professeur Bouchard, de Bordeaux, se croit touché par je ne sais quelle idée générale émise à propos des Facultés de province : Augagneur montre qu'il est dangereux de vouloir lui donner des leçons et qu'il n'est pas d'humeur à les supporter.

Sa polémique avec Sarcey, enfin, représente le plus brillant de ses duels.

L'Association des Médecins du Rhône avait exclu, comme indigne, un médecin qui, tardivement s'était mis à pratiquer l'homéopathie.

Sarcey, on ne sait trop pourquoi, prit le parti de l'homéopathe et taxa d'intolérance cette exclusion. Augagneur défendit la décision de l'Association et Sarcey ignorant les qualités de l'adversaire qu'il provoquait, attaqua Augagneur.

La riposte vint de suite foudroyante, et dans ce duel de presse, le journaliste professionnel, qu'on appelait « notre oncle » eut très nettement le dessous.

Il est facile d'imaginer ce que devenait un pareil talent, un pareil esprit de répartie, quand Augagneur l'utilisait sur le terrain politique. Il collabora pendant de très longues années à l'un des quotidiens de notre ville. Parcourir les numéros de ce journal, où figurait souvent son pseudonyme *Bellièvre*, serait un moyen intéressant de revivre les principaux faits de la politique locale et des querelles administratives de cette époque. Il garda jusqu'à ses dernières années ces précieuses qualités de polémiste et ses adversaires s'en aperçurent à l'élection législative de 1928. Un auteur anonyme, évidemment très documenté, a tracé de V. Augagneur, dans la *Revue Universelle*, du 15 avril 1928, un portrait remarquable, fidele quoique assez peu bienveillant. Nous croyons devoir lui emprunter, disent MM. Victor Rochet et Durand, ces phrases caractéristiques :

« M. Augagneur rentre au Parlement trop tard, ayant perdu l'habitude des couloirs et n'ayant jamais eu le sens des intrigues.

« Il a le goût de l'autorité et du commandement, plus que de la popularité. Malhabile à manœuvrer dans un milieu qu'il connait mal, il est regrettable qu'il n'en soit pas, en retour, mieux connu. Combien sauront qu'il fut un orateur remarquable et craint, et qu'il fut aussi un causeur charmant, plein de verve, d'ironie et de clarté ?

« Nul homme, pourtant, ne fut naguère plus attaqué. Son indépendance hautaine, la sécheresse impérieuse de ses manières lui firent beaucoup d'ennemis. Les intérêts qu'il froissa, les ambitions qu'il déçut, les mystiques qu'il méprisa durement, se liguèrent furieusement contre lui. Jamais cependant M. Augagneur n'abandonna la partie. Il aime à lutter seul et sa joie est

de vaincre, contre tous. C'est par là que sa carrière est intéressante, exemple constant et admirable d'indépendance et d'énergie. Il se présenta à Lyon (aux élections législatives de 1928) dans son III[e] arrondissement, après dix ans d'absence. Son énergie allait vaincre tous les obstacles. Seul, sans journal, encerclé dans une redoutable conspiration du silence, il mena la bataille avec sa rude vigueur, et triompha... N'était-il pas intéressant de signaler ce bel exemple de ténacité, de vigueur et d'indépendance ?

« Et ne peut-il être beaucoup pardonné à un adversaire souvent impitoyable et brutal, mais dont le caractère a toujours ignoré la servitude des mots d'ordre hypocrites et de la basse popularité ? »

V. Augagneur apparaît ainsi, dans le corps hospitalier lyonnais, comme une exception, disent MM. Victor Rochet et M. Durand. Augagneur fut entraîné par son ardeur et la combattivité ; ses qualités d'homme politique et d'orateur le menèrent au Parlement, puis aux Ministères. Elles le conduisirent plus loin, jusqu'aux gouvernements de nos grandes colonies africaines.

On doit regretter cet éloignement car, tel qu'il était, tel que le connaissaient ses amis et ses admirateurs, tel qu'il se montrait à ses adversaires, il possédait à un haut degré les qualités d'un homme d'Etat et, restée en France, il eût été sans aucun doute, un des plus utiles et des plus grands serviteurs du pays.

A propos du nudisme. — *Du Dr Toulouse dans* l'Œuvre (6 juin 1931).

« .... Le nudisme est une forme d'un mouvement ancien qu'on peut appeler le « naturisme », réaction générale contre les excès de la civilisation. Mais tout ce qui est naturel n'est pas forcément meilleur. Et la médecine prolonge la vie humaine par des moyens qui s'opposent souvent à des processus naturels.

Enfin le vêtement est le voile des disgrâces qui diminuent le prestige social de l'individu. Et cela seul empêcherait la généralisation du nudisme dans la vie pratique. Or, la masse des hommes apparaissent au médecin comme défavorisés — scoliotiques et bossus, pieds bots, cagneux, coxalgiques, hernieux, obèses écroulés, ptosiques de l'abdomen et des seins, hirsutes, porteurs de nævi et de cicatrices, et l'immense clientèle des dermatologistes, dont la gamme s'étend de l'acné juvénile à l'ichtyose.

Les nudistes oublient aussi un besoin primaire, puissant chez l'homme à toutes les étapes de l'évolution de l'instinct esthétique, qui le conduit à donner des formes conventionnelles à tout ce dont il use, souvent même au détriment de l'utilité. C'est pourquoi l'homme s'est paré de bijoux et de vêtements pour s'orner et plaire aux autres. Et l'on ne voit pas pourquoi cet effort de décoration, qui embellit toutes les choses de la vie, n'aurait qu'une exception, l'objet même qui est le plus précieux pour l'homme, le corps de la femme.... »

Le crépuscule de l'intelligence. — *C'est le titre d'un article de M. Paul Gsell, paru dans la* Grande Revue (*mai* 1931). *En voici un extrait :*

« ... L'intelligence a décliné partout depuis la guerre. C'est un fait qu'on ne peut nier... Enhardi par l'abdication du penseur, l'Argent dirige maintenant la société à sa fantaisie. Il s'est emparé des grands journaux pour en faire des organes de publicité en faveur de ses affaires. Et il y a réduit au minimum la liberté d'y protester contre les laideurs de l'époque où il triomphe. En librairie, nous l'avons vu, le souci d'argent a tout vicié. Au théâtre, règnent presque exclusivement les « combines » qui donnent le pas à la finance sur le talent. Au cinéma, la banque est souveraine maîtresse. Partout l'argent est funeste à l'esprit. La société, telle que l'a faite la prépondérance de l'Argent, n'admet même plus le recrutement de l'élite savante. Elle regarde d'un œil amusé les étudiants pauvres contraints de se transformer en déménageurs et en « ouvreuses de théâtre ». Elle semble approuver ce scandale comme si la fatigue physique n'interdisait à ceux qui subissent les efforts cérébraux que nécessitent leurs études ! Comme si l'intérêt de la collectivité n'exigeait pas que des bourses fussent très généreusement accordées aux jeunes gens qui, s'adonnant à des travaux scientifiques désintéressés, seront plus tard l'honneur de leur pays ! Mais pourquoi notre société, où l'Argent est roi, s'occuperait-elle d'assurer l'avenir de la science, quand elle néglige de la protéger dans le présent ? Qui ne sait que nos plus grands savants attendent depuis des années des laboratoires dignes d'eux ?

La société d'aujourd'hui n'a de sourires que pour les sportifs. Elle est hantée par ce piètre idéal de former des générations pourvues de gros biceps et de forts jarrets. Le sport, dit-on

prépare à l'action. En attendant, l'on voit partout des athlètes à front bas, qui sous la fallacieux prétexte de se faire des muscles pour rendre leur vie plus agréable et plus utile, gâchent toute leur vie à se faire des muscles.

La société d'aujourd'hui engage les jeunes gens à se détourner du travail de l'esprit pour s'occuper d'affaires, de commission de marchandises, d'achat et de vente de voitures : c'est ce qu'on nomme « l'action ». Le métier le plus distingué pour la jeunesse contemporaine consiste à prélever une redevance sur le labeur d'autrui. Il faut reconnaître que c'est la profession la plus lucrative. M. Marcel Prévost, voulant évoquer un héros irrésistible dans *Voici ton maître* a décrit un champion de tennis qui revend des tableaux et qui conduit très vite une douze cylindres. *L'apothéose du crétin*, c'est ainsi qu'on pourrait baptiser l'ère qui a commencé la paix. Les chefs de notre époque, financiers, industriels, grands commerçants semblent avoir la haine de l'intelligence. Et réellement, ils lui font dans leur propre activité la part la plus restreinte. Comment comprendre autrement qu'ils se soient si lourdement trompés dans tout ce qu'ils ont entrepris. Depuis qu'ils président à nos destinées, on dirait qu'ils se sont refusés à réfléchir..... »

Eruption à la suite de l'application d'un emplâtre d'encens mâle. — MM. Bonnamour, A. Chapuy et Mlle Thorens, viennent de rapporter (*Sociét. n. de M. et des S. m. de Lyon*, 21 janvier 1931) l'observation d'un malade qui a présenté, à la suite de l'application d'un emplâtre d'encens mâle — à l'exclusion de toute autre médication — une éruption à peu près généralisée. Homme de 65 ans, ayant eu 15 jours avant son entrée à l'hôpital, une poussée de bronchite avec température. Application au niveau de la région thoracique antérieure d'un emplâtre d'encens mâle qui est laissé en place 3 jours. Brûlure assez étendue au niveau du point d'application. En même temps, apparition sur l'abdomen, le cou et les cuisses d'une éruption dont on ne voit que les cicatrices lors de l'entrée du malade à l'hôpital — cicatrices qui se présentent sous forme d'aréoles rugeâtres, à contours arrondis, desquamation de la peau, prurit léger, mais qui aurait été très marqué au début. Au moment de l'entrée du malade quelques taches d'apparition récente au niveau de la cuisse et de la région périanale — taches rouges, violacées, cycliques, recouvertes d'une grosse croûte noirâtre. Aucune trace d'éruption dans le dos. — Dans le passé du malade poussée de psoriasis à plusieurs reprises. Cuti-réaction très positive à l'encens mâle, Wassermann négatif. Pas de signes d'insuffisance hépatique.

On ne trouve pas, disent les A., d'accidents signalés avec l'emploi de l'encens mâle, ni dans le traité de toxicologie de Cauvet, ni dans l'article « encens » du Dictionnaire Dechambre.

L'emploi de l'encens mâle est cependant relativement fréquent, surtout en médecine populaire où il est couramment utilisé comme vermifuge chez les enfants, sous forme de cataplasmes appliqués sur la région abdominale, et fréquemment employé contre les maux de dents. On lui attribue une certaine efficacité contre les affections charbonneuses. Il entre dans certaines préparations du Codex, comme la teinture balsamique et l'emplâtre mercuriel du Codex. Il semble malgré tout que ces incidents ne soient pas exceptionnels, et un pharmacien nous a dit, disent les A., en avoir observé plusieurs fois. Mais on voit rarement ces malades à l'hôpital. Pour M. Bonnet les éruptions toxiques générales, après application d'encens mâle sont très rares.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie. — R. C. C. 4264 *Le Gérant :* A. ROUZAUD

FONDÉ EN 1873. — N° 28 LE NUMÉRO : 50 Centimes 11 JUILLET 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (Ve)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

DIRECTION SCIENTIFIQUE

H. BOURGEOIS, Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital Laënnec
A. BRÉCHOT, Chirurgien de l'Hôpital Broussais
M. CHIFOLIAU, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis
A. CLERC, Professeur de Pathologie interne, Médecin de l'Hôpital Lariboisière
H. CODET, Ancien Chef de Clinique psychiatrique
C. JEANNIN, Professeur de Clinique obstétricale, Accoucheur de la Pitié
Ch. LENORMANT, Professeur de Pathologie chirurgicale, Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié
L. LORTAT-JACOB, Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
G. PAUL-BONCOUR, Professeur à l'École d'Anthropologie
A. PHILIBERT, Professeur agrégé à la Faculté
Félix RAMOND, Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
Henri VIGNES, Professeur agrégé, Accoucheur des Hôpitaux

RÉDACTION

RÉDACTEUR EN CHEF :
Maurice LOEPER
Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine
Médecin de la Pitié

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION :
Maurice GENTY

Les Bureaux de Rédaction sont ouverts le Vendredi, de 5 h. 1/2 à 6 h.

SOMMAIRE

NÉCROLOGIE

LORTAT-JACOB

Par H. CODET

La mort vient de ravir au *Progrès Médical* un de ses collaborateurs les plus anciens, les plus fidèles, les plus affectionnés. Par cette disparition prématurée, elle prive la médecine française de l'un des meilleurs ; ce qu'il lui avait déjà donné permettait d'en attendre beaucoup encore.

Petit-fils et fils de médecins, Lortat-Jacob incarnait les belles traditions de la carrière, devant lesquelles chacun éprouvait respect et sympathie. Dans son atavisme, le grand ébéniste Jacob et, dans sa parenté, un musicien célèbre nous expliquent le côté compréhensif et la sensibilité artiste de son esprit.

Esprit clair, attaché au bon sens et à la raison, il fut, à la fois, prudent et réservé à l'égard des innovations intempestives comme des succès prématurés, mais chercheur à l'affût des progrès sérieux et durables. Il était toujours soucieux d'une observation clinique, lucide et sans parti-pris.

Son enseignement hospitalier, comme ses interventions à la Société médicale des hôpitaux, à la Société de dermatologie, reflétaient la même sagacité dans l'examen sincère des faits, dans la critique raisonnable des systèmes, dans l'application prudente des procédés. Sa tenue morale, appuyée sur des convictions profondes, lui faisaient interdire toute intervention inutile ou téméraire.

Lortat-Jacob avait une formation médicale et une culture scientifique étendues et éclectiques, dont témoignent déjà ses années d'internat avec Landouzy, Déjerine, Tennesson et Jeanselme. Ceci explique comment il fut à la hauteur de sa tâche, aussi bien dans un service de typhiques qu'il assura avec tant de dévouement au début de la guerre, que dans un centre de Neurologie, par la suite, ou auprès des tuberculeux du Sanatorium G. Clemenceau, après la guerre.

Mais son activité scientifique s'étendit, avec succès, plus particulièrement dans deux directions spéciales. Dans une première période, il s'intéressa surtout à la Neurologie ; de là résultent, entre autres, ses travaux sur le diagnostic des sciatiques (radiculites et névrites tronculaires), sur les troubles de la sensibilité objective dans le tabès. Ultérieurement même, il montrait le rôle de l'intoxication arsenicale dans la sédation des douleurs tabétiques. Dans son enseignement, neurologue avisé, il insistait sur la nécessité d'un examen clinique méthodique et minutieux, avant toute intervention, toute décision thérapeutique, en combattant l'attitude d'esprit, un peu simpliste et paresseuse, qui s'en remettrait, avant tout et pour tout, à un résultat chiffré fourni par le laboratoire.

Depuis neuf ans, chef de service à St-Louis, il a appliqué la même discipline, méthodique et sensée, dans le domaine de la Dermatologie. Parmi de nombreuses communications et publications, dont beaucoup ont paru ici-même, on peut citer : sa revue, avec Solente, des éruptions cutanées dans la grippe ; son important travail sur les dermatoses thérapeutiques et alimentaires ; l'étude des ictères chez les syphilitiques traités et sa conclusion pratique, à la Société de Dermatologie ; son rapport, en 1929, au Congrès des Dermatologistes de langue française, sur les Érythèmes polymorphes ; ses recherches sur les applications du bismuth dans la syphilis, etc.

Mais c'est dans l'emploi médical de la réfrigération que ses efforts s'étaient le plus étendus ; en liaison avec des physiciens tels que d'Arsonval et G. Claude, il faisait partie de la Société française du Froid et ne négligeait aucune de ses applications hygiéniques ou sociales ; il avait publié un travail général sur la cryologie.

Plus particulièrement, il en avait précisé les indications et la technique en thérapeutique, dans une série d'études très remarquées, dont la première (avec G. Vitry) parut dans le *Progrès Médical* (1). L'an dernier, avec son assistant G. Solente, il publiait un ouvrage d'ensemble : « La Cryothérapie » où, sous une forme sobre et élégante, il expose les connaissances actuelles sur ce que l'on peut en attendre en indiquant, toujours, avec une belle probité scientifique, ce qu'il ne faut pas lui demander.

Il avait, du reste, conçu et mis lui-même au point, un appareil des plus ingénieux pour l'application pratique de la neige carbonique.

A côté de cette œuvre scientifique, Lortat Jacob laisse à ceux qui l'ont connu quelque chose de plus précieux encore. C'est le souvenir de sa personnalité même, d'une humeur toujours égale, malgré les inquiétudes pour les siens et les tourments de sa santé, il faisait preuve de la plus charmante courtoisie. Traitant ses malades d'hôpital avec autant de patience que de bienveillance, il se montrait, à l'égard de ses élèves, aussi paternel que fervent pour les guider dans la médecine et dans la vie.

Aussi bien est-ce de cœur avec sa famille que se trouvent en deuil tous ceux qu'il a soignés, guidés, instruits ou honorés de son amitié et tout particulièrement ses collaborateurs à la rédaction du *Progrès Médical*.

(1) L. LORTAT-JACOB et G. VITRY. — Emploi du froid dans la thérapeutique des dermatoses. *Progrès Médical*, 31 mai et 7 juin 1919.

Victor FRÉMONT

Un des plus estimés parmi les internes des hôpitaux de Paris de ma génération vient de disparaître, laissant d'unanimes regrets. Victor FRÉMONT a parcouru une longue, utile et brillante carrière de médecin-consultant à Vichy, où il fut médecin de l'Hôpital Thermal ; Chevalier de la Légion d'honneur. Praticien aussi dévoué qu'instruit, clinicien minutieux, il avait conquis une vaste clientèle française et cosmopolite. Sa haute compétence dans les affections du foie et de l'estomac comme dans les maladies de la nutrition légitimait ses succès. Il avait publié d'importantes études au sujet des fonctions hépatiques et de l'influence des sources de Vichy sur leurs troubles.

Mais la partie remarquablement originale de ses travaux, ce qui lui assure une place historique dans la physiologie expérimentale et l'opothérapie, c'est sa démonstration de la possibilité d'ajouter à l'arsenal thérapeutique le *suc gastrique canin*, obtenu dans un état de pureté par l'isolement de l'estomac. En suivant la méthode de Pawlow (anastomose œsophago-intestinale), mais en la perfectionnant, il a pu obtenir chez le chien, choisi comme animal d'une puissance digestive bien connue pour la viande, un estomac dont les vaisseaux et les nerfs étaient rigoureusement respectés, mais dans lequel ne pouvaient pénétrer ni aliments, ni corps étrangers, puisqu'il ne communiquait qu'avec l'extérieur par la fistule cutanée servant à recueillir à l'état de pureté la sécrétion des glandes gastriques. — Frémont présenta au public médical ce suc gastrique canin aussi pur que possible sous le nom de *gastérine* et fit connaître les résultats thérapeutiques remarquables qu'il avait obtenus dans les cas d'hypopepsie et d'apepsie, résultats bien supérieurs à ceux que donnait jusqu'alors l'association de la pepsine, des extraits de muqueuse et des solutions chlorhydriques. — Albert Mathieu et moi, après avoir contrôlé ces résultats dans notre pratique, nous avons pu dire à la Société médicale des hôpitaux que le suc gastrique canin ainsi récolté pouvait produire dans nombre de cas des effets aussi puissants contre l'insuffisance peptique que la digitale dans l'insuffisance cardiaque.

Il n'était pas dans les vues de Frémont d'abandonner son invention à une firme industrielle. Aussi ne recula-t-il pas devant les énormes difficultés matérielles et les sacrifices pécuniaires pour conserver bien portants ses réservoirs vivants de suc gastrique, les transportant tour à tour à Vichy l'été, à Nice l'hiver. Dans cette ville il dut même, pour mettre fin aux protestations de ses voisins, acquérir une propriété en banlieue et y installer son chenil-laboratoire. Tous ses plans furent malheureusement contrariés par les événements de 1914-18. Après la guerre Frémont abandonna temporairement son entreprise, laissant à son fils Jacques, qui lui a succédé dans sa clientèle thermale, la tâche de reprendre et de poursuivre beaucoup d'importantes recherches sur le suc gastrique animal.

La technique indispensable à la réalisation de *l'estomac isolé* supposait une dextérité manuelle vraiment chirurgicale. Aussi ne suis-je pas étonné que Victor Frémont ait eu tout d'abord le goût de la chirurgie. S'il ne s'est pas orienté dans ce sens dès son internat, c'est que, d'une part, il ne put s'assurer les chefs des services de chirurgie qu'il souhaitait et, d'autre part, que sa famille, tout entière à Vichy où elle jouissait de la considération générale, insistait pour qu'il revînt s'y établir et y exercer la médecine. Ainsi fit-il et il n'eut qu'à s'en louer.

Aux dons intellectuels et aux aptitudes professionnelles de Frémont s'ajoutaient des qualités morales que cinquante ans d'amitié me permettent d'attester. Confrère loyal, conseiller sûr pour ses clients, c'était l'ami le plus dévoué et le plus délicat. Quand nous étions internes, il m'avait prêté un concours précieux pour la direction d'une Conférence d'internat ; depuis cette époque lointaine nos liens s'étaient resserrés de plus en plus étroitement.

Victor Frémont estimait que rien n'est plus beau que la médecine, sinon la physiologie expérimentale et la chirurgie. Aussi sa satisfaction était-elle grande de voir son fils continuer la double carrière où il avait lui-même si bien réussi, grande aussi d'avoir marié une de ses filles au professeur agrégé et chirurgien des hôpitaux Jean Quénu, continuateur de la si belle tradition paternelle.

Une femme d'une bonté rare et qui savait le comprendre, une autre fille artiste, des petits-enfants charmants lui assuraient une vieillesse heureuse sans le coup imprévu et fatal qui vient de le ravir à ses proches et à ses amis.

Paul LE GENDRE.

Dr Gustave AUMAITRE, de Nantes. — Dr Hector DEWINGLE, de Haussy (Nord). — Dr LACOMBE, d'Ussel (Corrèze). — Dr LAURIAT, de Noyelles. — GODAULT (Pas-de-Calais). — Dr John FOOTE, doyen de l'École de médecine de Georgetown (États-Unis), professeur de pédiatrie. — Dr PARROZZANI, de Tivoli (Italie), tué par un de ses malades.

« Landouzy disait : « Quiconque n'est pas un va-nu-pieds à son nom dans la nosographie. » (Paul CHAVIGNY. Psychologie des études médicales et des aptitudes médicales. »

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 6 juillet. Thèse vétérinaire. — M. Boyer. Typhocurémie infectieuse des équidés.

7 juillet. — M. Jollès. Réaction de remplissage. Etude d'une réaction thermique spéciale de réinsufflation au cours du pneumothorax artificiel. — M. Durieux. Etude du poumon d'origine traumatique.

9 juillet. — M. Leroy. A propos de deux cas de pylorectomie pour ulcère perforant en péritoine libre. — M. Bismuth. Les formes occlusives de l'appendicite aiguë chez le vieillard. — M. Robert. Etude des labyrinthites aiguës au cours des otites aiguës. — M. Guerche. Para-spasme facial bilatéral. — M. Dumans. A propos d'un cas d'intoxication aiguë par le chlorate de potasse. — M. Giami. Traitement de l'asthme par l'anesthésie générale. — M. Tholosé. Etude du terrain dysendocrinien de la pelade. — M. Desvaux. La leucocytoréaction dans la syphilis héréditaire. — M. Pérès. Traitement de la radiothérapie fonctionnelle sympathique des dysménorrhées et troubles associés. — M. Thévenard. Des blennorragies prolongées de l'urètre antérieur. — M. Barré. Essai psychopathologique sur Danton. — M. Massoulier. Etude de l'action de la vagotomie sur la pneumogastrique. — M. Srunza. De la régénération sanguine dans l'anémie prolongée expérimentale. — M. Facatsellis. Les fractures spontanées multiples des nourrissons rachitiques. — M. Fogel. A propos d'un cas de maladie de Barlow. La fièvre scorbutique. — M. Maurel. Le scoutisme et l'hygiène de l'adolescent. — M. Tsakinakis. Le kala-azar infantile à Paris. — M. Jaulerry. Un traitement des réactions de Wassermann irréductibles, l'hyposulfite de soude.

Thèses vétérinaires. — M. Charif. Etude étiologique de l'habronémose cutanée. — M. Moine. Le rachitisme chez les carnivores.

10 juillet. — M. Montagne. Etude des causes et de la thérapeutique prophylactique des accouchements prématurés. — M. Castaignet. Le Gelsemium sempervirens, études pharmacologique et thérapeutique. — M. Mazataud. Etude de l'exploration fonctionnelle du foie. — M. Vige. L'urétrographie, étude radiologique de l'urêtre par injection de substance opaque. — M. Amiot. Etude électrophysiologique du mode d'action de la diathermie. — M. Rousseau. Dangers de la décalcification et de la surcharge calcique au cours de la grossesse.

11 juillet. — M. Cornéjo. Diagnostic des sténoses cervicales et de leur traitement par le tube d'Iribarne dans la stérilité féminine. — Mlle Densmore. Radiodiagnostic des grossesses ectopiques. — M. Selbonne. Contribution à l'étude de la féligonie. — Mme Bronstein. Rétention d'œuf mort dans les premiers mois de la grossesse utérine. — M. Mathis. Etude critique de l'ozone, dans ses applications thérapeutiques en chirurgie générale. — M. Roy. La forme endocervicale du cancer du col de l'utérus. — M. Luzuy. L'hystérectomie vaginale (étude critique des indications et des techniques). — M. Croisier. La télestério-radiographie des ulcus gastriques (les avantages de cette méthode dans la localisation et le diagnostic des vraies et des fausses niches). — M. Pellet. Le problème du vertige digestif. — Mme Champdemerle. Contribution à l'étude des facteurs de la croissance. — M. Brulin. Etude du mécanisme de la contagion par l'air et l'eau. — M. Chabellard. Etude de la lutte contre les insectes nuisibles de nos habitations. — M. Chaussidière. La lutte sociale contre la tuberculose. — M. Chrysafis. Dystrophie cruro-vésico-fessière par agénésie sacro-coccygienne. — M. Poulin. L'anesthésie avant l'emploi du chloroforme et de l'éther. — M. Rousseau. Considérations sur l'extension éventuelle de la fièvre jaune. — MM. Stéphan. Humidification de l'atmosphère dans les habitations. M. de Montauzan. La vérification clinique des novarsénobenzènes. — M. Hermabessière. La syncope. Etude pathogénique. Rôle de la circulation de retour. — M. Lapeyre. La pression artérielle, moyenne, et les courbes oscillométriques dans la démence précoce nébéphrénique.

Guerre. (Active.) — Sont promus :

Au grade de médecin colonel. — MM. Carayon (ministère) Fadeuilhe (Montpellier), Schnaebelé (Maroc) et Talabère (Alger).

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. Grenier (Le Bourget), Dizac (Tarbes), Jacquemart, (section technique), Anglade (Versailles), Augé (Montpellier), Izard (Toulouse), Junquet (Bégin), Lambert des Cilleuls (Belfort).


PANTERIC
PANCREATIN
PARKE DAVIS & CO.
LONDON

TRAVAUX ORIGINAUX

Insuline et oxalémie

Par M. LOEPER, P. SOULIÉ et J. TONNET

L'origine de l'acide oxalique dans l'organisme humain reste encore assez discutée, puisque certains auteurs ont cru successivement la reconnaître dans les substances protéiques, nucléo-protéiques, et même dans l'acide urique. Il semble bien pourtant que la chimie, la biologie animale, la biologie végétale s'accordent pour affirmer la filiation hydrocarbonée.

Il est constant que, dans les laboratoires de chimie, on prépare l'acide oxalique avec du sucre. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'on l'a désigné sous le nom d'acide saccharin. Dans les expériences de Calmette, de Raulin, de Molliard avec le muco Rouxii ou avec le sterygmatocystis, nigra, dans celles de Sandro avec certains bacilles oxalatigènes, on voit naître l'acide oxalique plus spécialement des milieux de culture, sous l'action des éléments parasitaires.

Dans nos recherches récentes, enfin, nous avons constaté la formation d'acide oxalique par l'autolyse même du tissu du tænia et aussi du foie de lapin et du faisceau de His du veau, alors que nous n'avons obtenu avec la graisse des matières cérébrales, par exemple, que des résultats négatifs.

La relation entre la transformation des glucides et la formation de l'acide oxalique apparaît donc certaine mais il faut encore faire intervenir un autre facteur : la vie ralentie des éléments cellulaires ou, si l'on préfère, la combustion du sucre à l'étouffé (Lambling).

Ce n'est point là une vue de l'esprit, mais un fait que confirment encore certaines constatations biologiques :

D'une part l'apparition de l'acide oxalique dans la vie nocturne des plantes, son apparition aussi dans les mousses trop violemment exposées aux rayons U. V. et sa localisation dans les couches les plus externes des graines qui sont aussi les plus torpides.

Aussi avons-nous eu l'idée de rechercher si l'insuline qui est un médicament régulateur des hydrates de carbone pouvait avoir une action sur l'oxalémie. Viale, à Gênes, avait d'ailleurs étudié l'action de l'insuline sur l'oxalémie du lapin.

Nous avons donc pris des oxalémiques, diabétiques ou non, et nous avons dosé l'acide oxalique du sang avant et après une cure d'injections de 20 unités d'insuline.

Voici ce que nous avons obtenu :

		Glucose	*Acide oxalique*
N.	**avant insuline**	2,42	0,021
	après	1,58	0,0027
G.	**avant insuline**	3,13	0,12
	après	3,13	0,10
D. K.	**avant insuline**	3,13	0,27
	après	3,13	0,13
D.	**avant insuline**	3,13	0,027
	après	3,13	0,011

Ainsi qu'on peut le voir dans 3 cas sur 4, le taux de l'acide oxalique du sang s'abaisse manifestement et redevient même normal, et cet abaissement chez les hyperglycémiques ou diabétiques est contemporain de la réduction du sucre sanguin.

Dans notre seul cas négatif, l'insuline échoue aussi bien sur le sucre que sur l'acide oxalique.

Nous concluons donc :

1° Que la formation de l'acide oxalique dans l'organisme humain est, comme dans l'organisme animal, ou végétal, la transformation des glucides au ralenti.

2° Que les injections d'insuline peuvent être considérées comme une médication de l'oxalémie.

La carence en vitamine A et la formation des calculs du rein chez le rat

Par le Professeur VAN LEERSUM (d'Amsterdam)

Nous ne saurions nous étonner de ce qu'une affection aussi gênante et douloureuse que la gravelle ait été depuis l'époque la plus reculée une sorte de casse-tête pour les médecins qui ont cherché à résoudre l'énigme de la formation des calculs. Ils ont bien choisi la bonne direction en en cherchant la cause du côté de l'alimentation ; mais cette route était longue et fort mal éclairée, de sorte qu'il y a peu de temps encore, on n'était guère plus loin que la vieille école d'Hippocrate, qui émettait la supposition d'un rapport causal avec une alimentation dite terreuse.

La théorie alimentaire n'est nullement en contradiction avec la localisation géographique de l'affection. En Europe occidentale, et du moins en Hollande, la gravelle est beaucoup moins fréquente qu'autrefois, alors que les lithotomistes circulaient de toutes parts et que les lithotomies étaient à l'ordre du jour. Le Professeur Johan Jacob Rau qui enseignait la médecine à l'Université de Leyde au début du XVIIIe siècle pouvait se vanter d'avoir exécuté 1.500 lithotomies, et d'après le célèbre anatomiste Petrus Camper, la lithiase était très fréquente aux environs de Rotterdam, il y a un siècle et demi. Il n'en est plus ainsi à l'heure actuelle et les opérations de calculs de phosphate sont devenues assez rares.

Par contre, d'après Pousson et Desnos (Encyclopédie française d'urologie, T. II) la lithiase est fréquente en Asie mineure et en Arabie. Schneider (*Zeitschrift f. Urologie*, 16, 1922, 473) communique qu'au Siam, la maladie est endémique, surtout parmi la population nécessiteuse. A Java, les calculs de la vessie sont si fréquents qu'un chirurgien, le médecin des missions Duymaer Van Twist, compte à lui tout seul une statistique de 411 opérations de calculs (Janus, *Arch. intern. pour l'Histoire de la médecine et la Géographie médicale*, 1911).

Cette fréquence est en apparente contradiction avec la sobriété proverbiale des Orientaux. La gourmandise, marchant de pair avec une vie de paresse, passe suivant l'opinion publique pour être une cause avérée de la gravelle. Il est vraisemblable toutefois que ce ne sont là que facteurs secondaires, et, de même que dans les autres troubles du métabolisme, la disposition héréditaire doit ici jouer un rôle. Quoi qu'il en soit, les pierres que la bonne chère aurait sur sa conscience sont principalement des pierres d'urate et d'oxalate, tandis que chez les Orientaux ce sont les calculs de phosphate qui forment le plus grand contingent. Cette différence saillante suggère la question de savoir qu'il n'y a pas dans l'alimentation si simple des Orientaux quelque chose de défectueux, et c'est à cette question que je voudrais essayer de donner une réponse, à la lumière des théories modernes de la nutrition.

Il y a maintenant une quinzaine d'années qu'Osborne et Mendel, de New-Haven, dans le Connecticut, ont fixé l'attention sur le fait remarquable que les calculs de phosphate se rencontrent *souvent chez les rats qui sont privés de la vitamine A*. Mac-Collum, de Baltimore, a rejeté le rapport entre le manque de vitamine A et la formation de phosphate et attribué cette dernière à la débilité qui est l'un des résultats d'une alimentation défectueuse ; par contre, toutefois, le japonais Fujimaki (Progress of the Science of Nutrition in Japan. League of Nations Health Organisation. Genève 1926) a acquis la même expérience que les premiers auteurs.

Cette contradiction nous a conduit à établir personnellement une statistique de tous les rats que nous avons

examinés jusqu'en 1927 sous le rapport des calculs de la vessie et des reins. Leur nombre était alors de 886, parmi lesquels 241 n'avaient sûrement pas souffert de privation de la vitamine A. *Nous n'avons trouvé de calculs chez aucun de ces derniers* : 108 mâles et 133 femelles. Par contre, *chez les autres* au nombre de 645, on comptait 197 *cas de calculose* et cela chez 130 mâles et 67 femelles. Le nombre de cas inférieur chez les femelles concorde avec l'expérience de l'auteur du célèbre écrit « des airs, des eaux et des lieux », à savoir : que la femme est moins souvent que l'homme torturée par les pierres de la vessie, grâce à la conformation anatomique de son uretère qui est plus favorable à l'évacuation des concrétions.

Ces 645 rats présentaient aussi les autres symptômes de manque de vitamine A. Ils ne croissaient pas, étaient très sensibles aux infections, et mouraient de misère après un temps plus ou moins long. Le cycle oestrique était troublé chez les animaux que nous avons examinés. Beaucoup d'entre eux souffraient de xérophtalmie et de kératomalacie, et ils en auraient sans aucun doute encore plus souffert si la mort n'était survenue.



FIG. 1. — Calculs trouvés dans diverses vessies de rats carencés en vitamine A.

Nous avons souvent observé de l'hématurie, mais sans qu'elle soit toujours unie à une calculose, ce qui peut vouloir dire qu'elle n'est pas secondaire et que les deux affections ont une cause commune. Le fait qu'il n'y avait de cystite que dans peu de cas, indique que cette cause doit être cherchée dans une autre direction.

La plupart des pierres consistaient en *phosphate de chaux* ou en acide phosphorique-ammoniaque-magnésie, mélangé quelquefois avec un peu d'oxalate de chaux. Nous avons trouvé des calculs d'oxalate de chaux surtout chez les animaux qui végétaient au régime de rachitisme de Mac-Collum.

La grosseur et le nombre des calculs étaient très variables. Nous trouvions dans un cas un ou plusieurs gros calculs, dans l'autre un grand nombre de petits calculs, ou bien encore du gravier seulement.

Nous avons pu au moyen des rayons X diagnostiquer la calculose chez beaucoup d'animaux pendant leur vie. Fujimaki et nous, avons employé le même procédé pour observer l'influence d'un complément rationnel du régime sur les calculs.

* *

En ce qui concerne les reins, nous y avons constaté plusieurs fois des abcès, et, de même que c'est le cas avec l'hématurie, ces derniers étaient associés ou non à la gravelle.

L'urine examinée régulièrement nous a procuré la clé du mystère de la source des pierres. Nous y avons trouvé à maintes reprises des formations ressemblant à des cylindres par leurs dimensions et leur forme, mais s'en différenciant au point de vue de la matière. Ces formations consistaient surtout en substance cristalline, chaux avec soit l'acide phosphorique, soit l'acide oxalique, et, à en juger par leur forme, il était évident qu'ils provenaient des petits tubes rénaux. Cette découverte nous incita à examiner aussi les reins au microscope et pour pouvoir reconnaître sans difficulté des concrétions calcaires éventuelles, nous avons employé à cette intention une solution de nitrate d'argent. Ces recherches nous ont appris que les dépôts calcaires dans les petits tubes rénaux des animaux privés de la vitamine A étaient très fréquents. Nous les avons constatés chez 158 rats sur 178 de cette catégorie, soit 87.9 %, contre une fréquence de calculs de la vessie de 35.4 %. Nous n'avons constaté chez 54 rats nourris rationnellement que 9 cas de pareils cylindres calcaires.



FIG. 2. — Dans le fond de chaque tube on voit une vessie de rat remplie de calculs.

Pour acquérir plus de certitude encore au sujet du rapport existant entre le manque de vitamine A et la formation de ces cylindres, nous avons extirpé un rein chez ces animaux, avant de leur retenir la vitamine. Tout comme l'on pouvait s'y attendre, il n'y avait dans le rein extirpé aucun dépôt calcaire ; bien qu'il y en eut dans l'autre rein après que les animaux eussent été privés pendant quelque temps de la vitamine A.

La continuation de l'examen microscopique révéla quelques autres particularités intéressantes. Nous avons remarqué que ces cylindres calcaires n'étaient pas massifs, mais creux, ce qu'on voyait surtout dans les coupes préparées au nitrate d'argent. La coloration des coupes par un moyen moins intense, l'hématoxyline, nous permit de reconnaître encore plus de particularités, surtout dans les coupes transversales des petits tubes. En plusieurs endroits, en effet, les cellules épithéliales du tégument interne étaient dégénérées. Elles étaient fortement gonflées et leur noyau n'était ou plus visible du tout, ou seulement à peine. Grâce à leur pouvoir plus fort de briser la lumière, les endroits calcifiés étaient d'ailleurs bien faciles à discerner même dans les préparations non colorées.

Ceci, est le résultat de nos recherches qu'il faut remarquer, et nous en avons, à de fréquentes reprises, pu constater la justesse, de sorte qu'à notre avis il n'y a point à douter de ce que les *calculs de phosphate de chaux chez le rat, sont la suite d'un manque de vitamine A* et qu'ils trouvent leur

source dans une dégénération et une *calcification* consécutive des cellules épithéliales des petits tubes. Si ces parcelles de tissu calcifié se détachent et aboutissent dans la vessie avec l'urine, elles s'y comportent en tant que corps étrangers sur lesquels se déposent volontiers les sels de l'urine. Ceci est favorisé, pour ce qui regarde les concrétions de phosphate, par une réaction alcaline de l'urine, et il est à remarquer ainsi que l'a observé Fujimaki et qu'il a été démontré potentiométriquement dans notre laboratoire, que l'urine acide à son origine devient réellement alcaline quand il y a défaut de vitamine A.

* * *

Nous sommes autorisés il me semble à nous servir des résultats de ces recherches pour expliquer la fréquence de la gravelle de phosphate de chaux chez les Orientaux.

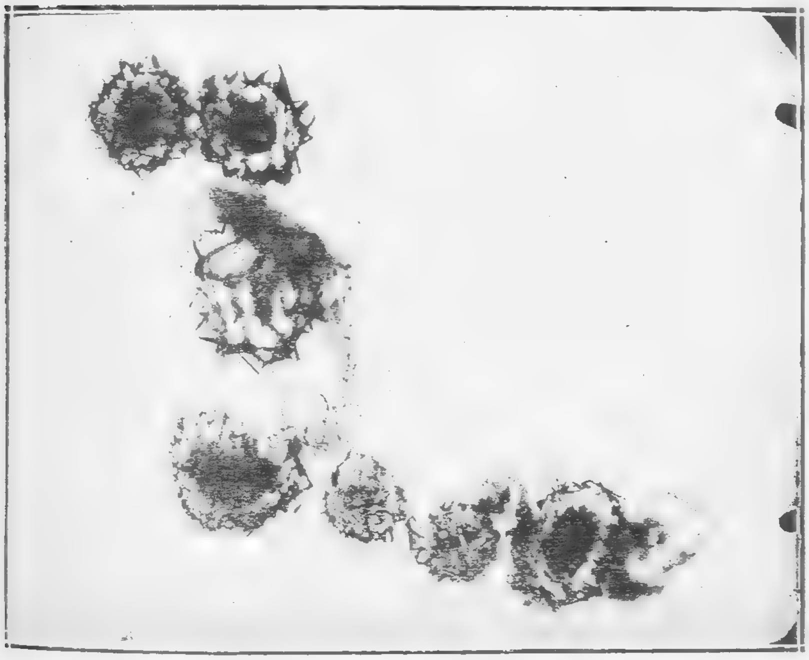


Fig. 3. — Petits calculs de l'urine des rats carencés en vitamine A

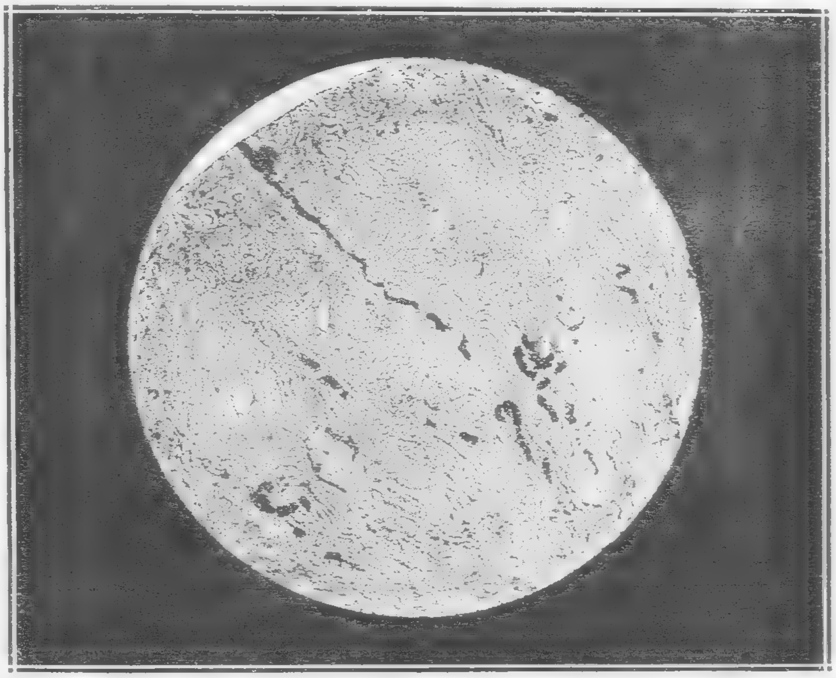


Fig. 4. — Calculs vus au microscope dans le rein du rat carencé en vitamine A.

Mendel s'est déjà exprimé dans ce sens : « Si l'on pense, écrit-il, que l'on trouve fréquemment les calculs de phosphate déposés dans une urine neutre ou alcaline qui, à son tour, doit sa réaction à une décomposition bactérielle chez les peuples qui vivent dans les Tropes et dans le Far-East, par exemple, et ont une alimentation tout à fait autre que le régime mixte de la plupart des Américains ou Européens, l'idée se présente immédiatement que le régime est un facteur possible pour la formation des calculs ».

Il y a en effet quelque chose de défectueux dans la sobriété de l'Oriental, en ce sens qu'il la pousse trop loin. Son menu quotidien est monotone et devient facilement exclusif, ce qui favorise l'apparition d'un groupe de misères que nous réunissons actuellement sous la dénomination de maladies déficientes. La variété dans le régime est dans ce cas un remède efficace. « *Variato non tantan delectat sed et necessaria est* ». L'Oriental est absolument ignorant de cette règle d'or. Il absorbe peu de lait, beurre et fromage, aliments si riches justement de vitamine A, et son ignorance lui cause de la xérophalmie, de l'héméralopie, une sensibilité surélevée pour les infections de la gravelle phosphatique, et bien d'autres affections encore. Le manque de vitamine A est en effet semblable à une hydre l'action malfaisante s'en exerce spécialement sur le tissu épithélial et il découle de l'étendue de cette action dans l'organisme que les symptômes sont nombreux et divers.

* * *

Les calculs de phosphate expérimentaux se développent assez rapidement, nous en avons trouvé dès les quatre premières semaines. Par contre, leur solution qui, d'après Fujimaki et nos propres expériences, peut être estimée possible, est longue essentiellement. Et cela parce que nous avons affaire ici avec l'action de la pierre une fois formée, corps étranger qui, pour ainsi dire, attire et retient les sels. Une réaction acide de l'urine influence favorablement la solution du calcul, et ainsi que le démontrent nos expériences et celles de l'auteur japonais, cette réaction s'obtient en effet par l'absorption de la vitamine A.

La première mesure à prendre pour combattre la gravelle phosphatique doit être, sans parler du traitement opératoire, une alimentation adéquate et il faut insister surtout sur l'administration suffisante de la vitamine A que l'on trouve dans le beurre, le lait pur, les végétaux tels que les épinards et les carottes, et surtout dans l'huile de foie de morue. Par ailleurs, on peut appliquer ici toutes mesures diététiques qui favorisent une réaction acide de l'urine. Il ne faut pas oublier enfin le lavage abondant des reins et de la vessie par les eaux minérales, et en particulier l'eau de Vittel qui est, d'après une longue expérience, un excellent lithontriptique.

« La robe professorale dont je suis si fier ne me gêne pas aux entournures ; passée la porte de la Faculté ou de l'hôpital, je revendique toute ma liberté pour défendre l'ordre, la patrie, la famille. » (Professeur Pierre Mauriac. Lettre à l'*Action Française* au sujet du banquet médical d'A. F.).

« ..... On voit chez les diabétiques trois types de gangrène : artérielle, nerveuse et infectieuse. Une analyse minutieuse des symptômes permet de les distinguer. Il est rare que ces types restent purs : le plus souvent, ils se mélangent, s'associent, constituant cette forme de gangrène, de pathogénie complexe, sur laquelle on avait tant discuté autrefois. S'il est important pour le pronostic et la thérapeutique de séparer les trois formes de gangrène chez les diabétiques, il faut cependant reconnaître qu'elles prennent généralement en s'associant, une allure complexe qui justifie ainsi le titre de gangrène diabétique que leur avaient donné les anciens auteurs. » (Marcel Labbé. Les gangrènes diabétiques. *La Presse médicale*, 10 juin 1931.)

La lithiase urinaire simulée [1]

Par le Docteur **Maurice PERRIN**,
Professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

Simuler une maladie capable de procurer une saison à Vittel, à Contrexéville, ou dans une station analogue, est une idée fort ingénieuse. Nonobstant qu'il soit devenu vraiment goutteux après avoir voulu simplement le paraître, on ne peut manquer de trouver très habile le romain Cœlius, dont Martial a versifié la plaisante histoire.

Maintes affections justiciables des cures vosgiennes ont été simulées ou alléguées ; et chacun sait notamment que Talleyrand s'en fut diplomatiquement soigner son foie dans une ville d'eaux du même genre, mais plus lointaine, pour voir venir les événements lors du retour de Napoléon aux Cent-jours.

Je ne m'arrêterai pas aujourd'hui aux simulations d'albuminuries, d'hématuries, de cystites, de troubles rénaux ou vésicaux divers ; et je me bornerai à attirer l'attention, en ce Congrès de la lithiase urinaire, sur la lithiase urinaire simulée.

J'en ai observé personnellement deux cas, dont voici la narration succincte :

I. — Le premier cas que j'ai vu, à la fin de 1915, concernait une demoiselle de 27 ans, cultivatrice. J'ai déjà signalé ce cas à propos des pseudo-entérolithes expulsés par la malade (*Bulletin général de Thérapeutique*, novembre 1928). Cette jeune femme que me fit voir le Dr Faitout, de Troyes, était soignée par lui depuis sept ans pour une anorexie prétendue rebelle, sans dépérissement notable, des crises d'entérocolite muco-membraneuse, des accès convulsifs dramatiques pseudo-comitiaux, et des manifestations lithiasiques fort suspectes. A noter que cette personne, n'ayant eu qu'une rougeole dans l'enfance, était d'une famille où dix grossesses avaient donné trois enfants vivants et sept fausses couches.

La malade eut devant nous une crise qui rappelait les belles convulsions hystériques de la Salpêtrière au temps de Charcot, et que calmèrent instantanément une pression sur la région ovarienne et des affirmations à la Bernheim. Elle prétendait rendre un grand nombre de calculs urinaires et intestinaux ; en fait elle se bornait à récolter dans la cour de la ferme de ses parents et à l'insu de ceux-ci, des petits cailloux de diverses tailles et du sable ; elle présentait tout cela en deux lots, comme ayant été recueillis les plus gros dans ses selles, les plus petits (gravier et sable) dans ses urines où elle nous en montra d'immergés. Un simple coup d'œil sur ces pierres et ce sable faisait soupçonner la simulation, car la forme et la couleur de tous ces « calculs » ne ressemblaient à aucun type de précipitation lithiasique vraie ; je confirmai cette opinion de mon distingué confrère : « les calculs » et graviers étaient identiques aux petits cailloux du terrain calcaire qui entourait la maison et, le sable (que voulut bien examiner le Dr Ribot, au laboratoire de la 4e armée) fut reconnu de même nature (phosphate de calcium), avec association de débris végétaux amorphes et présence de très rares cristaux d'urate d'ammoniaque.

Il nous fut impossible de savoir si cette lithiase simulée avait été imaginée de toutes pièces ou greffée, en ce qui concerne les pseudo-concrétions urinaires, sur une vraie colique néphrétique dont la malade aurait jugé bon de continuer les émissions par des emprunts au sol champenois.

Conséquence imprévue et regrettable de notre diagnostic : les parents de la malade ne voulurent pas se laisser convaincre, ils abandonnèrent le confrère clairvoyant, et nous n'eûmes plus de nouvelles de leur fille.

II. — Ma deuxième malade était une lingère d'hôpital, âgée de 31 ans, que je reçus dans mon service le 4 juin 1919. Elle avait eu une pleurésie, une fièvre typhoïde avec rechute (six mois d'hôpital) de nombreuses crises aiguës d'entérite, des règles irrégulières, des palpitations, plusieurs angines, une appendicite qui fut opérée à l'hôpital Necker où elle séjourna trois mois, à l'âge de 21 ans, et où on lui enleva également ses amygdales (elle eut cependant une angine phlegmoneuse en janvier 1919).

Elle avait eu une première crise de coliques néphrétiques en mars 1918, avec hématurie, graviers en abondance, et oligurie pendant une huitaine de jours.

On nous l'amena le 4 juin 1919, avec des urines sanglantes, d'abondance normale. Ses plaintes de la nuit avaient motivé une piqûre de morphine. Apyrexie, pas de lésions viscérales, malade calme.

Elle se plaignit beaucoup également les nuits suivantes et reçut encore des piqûres. La teinte hématique des urines persistait ; le 9, jour où elles furent rares et boueuses, on m'assura y avoir vu des graviers.

Le 10, les crises devinrent moins intenses, la malade cessa de se plaindre ; dans la nuit du 11 au 12, elle accusa de nouveau des douleurs intenses et réclama instamment une piqûre qui lui fut donnée ; de même les jours suivants. Cette persistance me parut motiver l'examen plus minutieux des urines. Je prescrivis de conserver toutes les émissions et de me présenter l'urine pour que j'y voie éventuellement les calculs. Le 18, après une nuit de plaintes, ayant motivé une piqûre, comme toutes les nuits précédentes, on me présenta un bocal d'urines au fond duquel se trouvaient de petites pierres. J'en ai conservé 27, c'est à dire la presque totalité ; elles s'échelonnent entre la taille d'un grain de semoule et celle d'une tête d'épingle de verre, et pèsent ensemble près de 1 gr. Leur aspect n'est pas celui de calculs rénaux, mais de petites pierres siliceuses, en général à arêtes vives, et à reflet de quartz cristallisé, ainsi qu'on peut en juger à l'Exposition du Congrès.

Le professeur Robert confirma mon diagnostic ; il constata l'existence, à côté de ces pierres, d'un dépôt de phosphate ammoniaco-magnésien ; et il nota que l'urine (1.300 cc.) contenait, pour 24 heures, 16 gr. 20 d'urée, 0 gr. 70 d'acide urique, et ne présentait pas d'oxalates en excès.

Sans attendre ce résultat d'analyse, j'avais, devant mes assistants, accusé cette malade de se moquer de nous, de nous présenter de petites pierres recueillies dans les pots de fleurs de la salle et de simuler une récidive de ses coliques néphrétiques pour rester hospitalisée et obtenir de la morphine ; elle s'était mise à pleurer, était retournée à sa lingerie et avait repris ses occupations normales sans rien dire. Elle s'acquitta toujours fort bien de son service et se maria deux ans plus tard ; c'est une excellente mère de famille (1).

A l'occasion de ces deux cas, je fis quelques recherches bibliographiques dont il sera fait mention plus loin, et je trouvai notamment dans une notice nécrologique consacrée par le Dr Liégeois (*Bulletin médical des Vosges*, 1887) au Dr Brongniart, de Contrexéville, décédé en décembre 1886, l'indication que celui-ci avait publié en 1884 une « Etude sur la gravelle urinaire simulée et ses rapports chez la femme avec l'hystérie ». Je n'ai malheureusement pas pu retrouver ce mémoire.

A la première session de la Société d'*Hydrologie et Climatologie de Nancy et de l'Est*, en 1923, le Dr A. Boursier, de Contrexéville, a rapporté les deux intéressantes observations que voici :

I. — En 1888, M. X... m'amène son fils, âgé de 13 ans, paraissant jouir d'une bonne santé, assez bien développé, et qui aurait de la gravelle. Depuis un an il aurait expulsé près de 250 grammes de petits calculs, accusait fréquemment des douleurs dans la verge, par suite de l'arrêt de ses calculs dans le canal. Pour faciliter l'expulsion, on avait été obligé, à maintes reprises, de recourir à des injections d'huile. Il se plaignait en même temps de douleurs dans la région des reins.

Cette histoire me parut assez bizarre. Je demandai à voir un échantillon des calculs ; c'étaient de petites pierres blanchâtres, grisâtres, irrégulières, ayant la dimension d'un petit pois. Une de ces pierres avait l'aspect d'une pierre à fusil et était noirâtre. Les urines étaient d'une coloration normale, très claires et ne laissant par le repos et le refroidissement qu'un très léger nuage constitué par les granulations amorphes d'urate de soude, sans pus ni sang, ni cellules épithéliales, ni albumine, ni sucre. Je fis faire par un chimiste l'examen des prétendus calculs qui n'étaient que des débris de pierre de taille.

Un jour je fus appelé pour une prétendue colique néphrétique.

(1) Communication au Congrès de la lithiase urinaire, Vittel, 24-25 mai 1930.

(1) Cette observation présente de grandes analogies aux points de vue étiologique et pathogénique avec le cas que j'ai relaté autrefois avec mon collègue Georges Thiry à la Société de médecine de Nancy : « Un cas de pseudo-parasitisme (lombric terrestre) ». *Revue médicale de l'Est*, 15 juillet 1912, page 410.


GRANULÉ
FLUOBYL
FLUIDIFIANT ET EXCITANT DE LA SÉCRÉTION BILIAIRE
LACTOSÉRUM
CITRATE DE MAGNÉSIE
PEPTONE
LICARDY
Bourdon Neuilly

mais ce n'était qu'une simulation. Après plusieurs jours d'observation, je fus intimement convaincu qu'il ne s'agissait nullement de lithiase urinaire et que j'avais affaire à un simulateur, un paresseux, qui ne voulait pas travailler et se servait de ce prétexte pour ne pas aller à l'école. Je prévins le père de la simulation de son fils ; il protesta énergiquement et m'affirma que son fils était incapable de le tromper, qu'il avait vu l'expulsion de ces pierres et que cette expulsion avait été favorisée par une certaine médication charlatanesque. Je me demande même si le père n'était pas complice de cette supercherie et ne voulait pas s'en servir comme d'un moyen de réclame pour ce médicament. En tous cas, il partit furieux de ce que je ne voulais pas reconnaître malade son digne rejeton.

II. — La deuxième observation est celle d'une jeune fille de 24 ans, minus habens, ayant eu des convulsions dans son enfance, puis des crises nerveuses, probablement hystériques, 3 ou 4 fois, il y a six ans et atteinte de surdité presque complète. Elle accusait des douleurs rénales et expulsait du sable en assez grande quantité.

Au premier examen de ses urines, je constatai un dépôt assez prononcé de sable grisâtre, que je n'eus pas de peine à reconnaître comme étant du sable de jardin.

Au deuxième examen, même constatation. Je priai la mère de me procurer de ses urines sans prévenir sa fille. Celles-ci ne contenaient pas de sable : elles étaient claires, limpides, avaient une densité assez élevée : 1.028, laissaient un dépôt floconneux mamelonné, constitué par des cristaux octaédriques d'oxalate de chaux de grande dimension, sans pus ni sang, ni cellules épithéliales, ni albumine ni sucre. Jamais elle n'avait accusé de véritable colique néphrétique.

La mère voulut bien admettre la simulation de sa fille et je lui conseillai une cure hydro-minérale pour combattre son oxalurie, en même temps qu'un traitement hydrothérapique contre ses accidents névropathiques.

Il existe dans la littérature d'autres exemples de lithiase urinaire simulée, et je ne doute pas que beaucoup d'urologistes et de médecins des stations diurétiques seraient à même d'en signaler aussi.

Le traité *Des maladies simulées* publié en 1870 par Edm. Boisseau, professeur au Val-de-Grâce, rappelle que des observations ont été publiées par Bartholin, Th. Bonet, Morand, Kopp, Alberti ; Garnery, Beau et Mérendol ; Dehaussy, Robécourt, Pyl, Hutchinson et Nélaton (page 377).

L'observation publiée par ce dernier dans la *Gazette des hôpitaux* en 1860, est tout à fait typique ; en voici le résumé : il s'agit d'un jeune homme de 11 ans, ayant toutes les apparences d'une parfaite santé, enjoué, alerte, qui se plaignait de douleurs vagues sans caractères bien définis. Son urine ayant été analysée fut reconnue riche en acide urique ; un traitement fut institué contre la diathèse urique. A partir de cette prescription l'enfant rendit chaque jour des « graviers » que sa mère recueillit et conserva en petits paquets ; ils étaient de tailles et de formes très variables, et constitués par des morceaux de mortier, de pierre à bâtir et de sable de rivière, certains avaient été retaillés au couteau : l'enfant s'en était introduit à plusieurs reprises dans le méat pour que sa mère les vit tomber dans le vase avec l'urine.

Plus récemment, en 1906, le professeur P. Chavigny, dans son *Diagnostic des maladies simulées* met en garde les experts civils ou militaires contre maintes supercheries parmi lesquelles figure la simulation des calculs urinaires (page 484). Aux deux cas mentionnés par Boisseau il ajoute les références relatives aux publications de Jawdinski et de H. Meige qui exhuma d'anciennes observations de François-Clément Morand, docteur régent de la Faculté de Paris.

L'une des malades de celui-ci, en 1746 et dans les années suivantes, rendit tant de pierres, soit en vomissant, soit en urinant, que les populations des environs de Langres en furent fort émues, et que l'évêque de cette ville fit ouvrir une enquête. Cette fille de Saint Géosmes continua à rendre des pierres après qu'on lui en eut extrait douze fois de la vessie : si bien qu'en 1753, on fit venir auprès d'elle Morand dont l'expertise, admirablement conduite, conclut à une affection hystérique.

Il serait facile de compléter cet aperçu historique en compulsant d'autres ouvrages et notamment certains traités étrangers ; mais d'ores et déjà nous pouvons remarquer que les cas de simulation de lithiase urinaire se subdivisent en diverses variétés, tant au point de vue anatomo-clinique qu'au point de vue pathogénique. Certains malades simulent la lithiase vésicale ou une lithiase urinaire à point de départ imprécis. C'était le cas de ma première malade, et des malades du Dr Boursier, quoique seulement temporairement pour l'un d'eux, qui évoqua par la suite deux localisations successives, en alléguant une crise de coliques néphrétiques et en mettant des pierres dans son canal.

Certains malades se disent atteints de lithiase vésicale, par exemple la malade de Morand, à qui on enleva douze fois des pierres de la vessie, et celle de Dehaussy-Robécourt qui s'introduisait également des pierres par l'urèthre et qui se fit « tailler » deux fois. Des sujets de sexe masculin se sont mis des pierres dans le méat ou dans le canal pour les expulser avec l'urine devant témoins (Hutchinson, Nélaton, Boursier, etc.). En général les malades se donnent moins de mal et mettent tout simplement les pseudo-calculs dans leurs vases, par un geste analogue à celui de la plupart des simulateurs d'albuminurie ou d'hématurie. Il en est qui se disent atteints de coliques néphrétiques et miment des crises douloureuses, telles ma deuxième malade (qui en avait eu précédemment) et dans certains épisodes une de celles de Boursier et la fille de Saint-Geosmes.

Il convient de remarquer que beaucoup de simulateurs sont franchement de grands hystériques, des névropathes avérés : la malade que m'a fait voir le Dr Faitout, les deux cas de Boursier, ceux de Morand, etc... Mais d'autres ont toutes les apparences de sujets calmes et équilibrés comme le jeune client de Nélaton et la lingère dont j'ai rapporté l'histoire. Cette distinction n'a d'ailleurs aucun parallélisme avec l'apparence intéressée ou désintéressée de la simulation.

J'ai dit plus haut que certains malades rééditent par simulation des symptômes vécus de coliques néphrétiques vraies ; il en est aussi qui, ayant rendu des concrétions, trouvent intéressant d'enrichir ensuite leurs urines de pierres, graviers ou sable recueillis autour d'eux. Dans la seconde période de son hospitalisation, ma lingère a d'abord simulé des coliques nocturnes sans montrer de calculs ; ceux-ci empruntés à la terre des pots de fleurs, n'ont paru que quand j'ai voulu voir moi-même les urines. C'est parfois après la constatation de dépôts uratiques (cas de Nélaton) ou oxaliques (deuxième cas de Boursier), que le malade brode et surenchérit, en ajoutant du sable ou des cailloux à ses urines. Voilà donc deux éventualités dans lesquelles Grasset eut parlé d'association hystéro-organique.

Si, partant de ce qui précède nous recherchons les causes psychiques de la simulation, nous sommes amenés à subdiviser les simulateurs en deux catégories distinctes réunies par des cas mixtes ou d'interprétation incertaine. Il y a des simulateurs par intérêt et des simulateurs qui semblent n'avoir aucun intérêt à simuler.

Simulateurs conscients et intéressés étaient le gamin « paresseux, qui ne voulait pas travailler et se servait de ce prétexte pour ne pas aller à l'école », et la lingère, qui, ayant goûté à la morphine lors de coliques néphrétiques réelles, mima de nouvelles coliques, avec pseudo-calculs à l'appui pour recevoir d'autres piqûres. Dévoilés, de tels sujets se comportent de deux façons différentes : l'enfant soutenu par ses parents, persévéra dans sa fabulation : la femme pleura, compris son tort et rentra dans le droit chemin.

Mais d'autres malades paraissent inconscients et désintéressés, à moins qu'on ne considère comme un motif intéressé le simple avantage d'intriguer les médecins et d'occuper l'attention de l'entourage. C'est là un piètre argument d'intérêt, alors que la pseudo-lithiase condamne le malade à des soins prolongés, les oblige souvent à des

◆◆◆

médications désagréables, les expose à des opérations pénibles, comme les deux tailles de la malade de Dehaussy-Robécourt et des douze extractions de celle de Morand, voire même, jadis, à de sévères répressions pénales : ce fut pour une lithiase urinaire simulée que Magdeleine Lapalud fut condamnée comme sorcière à la prison perpétuelle (Garnery, Beau et Mérandol).

De tels simulateurs n'ont pas une intelligence intacte, pas plus que le fameux pathomime de Dieulafoy qui, se faisant des eschares avec de la potasse, avait déjà subi par tronçons l'amputation d'un bras et s'apprêtait à laisser couper sa main droite, lorsqu'on obtint péniblement l'aveu de ses pratiques, et, par cet aveu, leur cessation. En présence des cas de lithiase urinaire simulée qui rentrent dans le cadre de la « pathomimie », ne devons-nous pas penser, avec E. Aubry (de Maréville) que le fait de simuler est bien souvent la signature d'un déséquilibre mental ?

VARIÉTÉS

Quelques souvenirs sur Littré [1]

par le Dr ARMAINGAUD

L'Académie a eu la bonne, l'excellente pensée d'évoquer à l'occasion de la cinquantième année de sa mort, le nom de l'illustre Littré. Il fut en effet, l'un des plus grands hommes, non seulement de la Médecine, mais du monde entier. Il fut l'homme le plus savant, et en même temps, le plus vertueux et le plus désintéressé de son temps, j'ai eu l'honneur de le voir de près, souvent pendant mes études médicales de 1861 à 1867. J'étais son disciple en philosophie et je n'oublierai jamais cet enseignement, car c'est à cette philosophie que je dois en grande partie, l'unité de ma vie et la méthode à laquelle je dois en même temps qu'à Montaigne, la longue et assez heureuse vie que j'ai parcourue, aussi suis-je très heureux d'avoir à rappeler en public quelque chose qui me fasse penser à lui et qui ne soit probablement connu de personne.

J'étais, non seulement son élève, mais un peu son secrétaire ; un peu seulement et non constamment, car il était trop consciencieux pour occuper tous les jours un étudiant soucieux de ses études ; son secrétaire habituel était en effet, sa propre fille. Je venais seulement pour cet objet quatre jours par mois, après l'hôpital du matin jusqu'à 7 heures du soir, pour l'aider à corriger des épreuves et à porter des manuscrits aux imprimeries en tout ce qui ne touchait pas son dictionnaire, muni de sa recommandation. L'Académie a entendu de lui il y a onze ans un très bel éloge, par M. de Fleury et tant au point de vue de l'exactitude qu'au point de vue de la forme, très digne d'un pareil sujet. Cet éloge, a laissé cependant dans le tableau de sa vie, une lacune qui mérite d'être réparée, car il s'agit d'une maladie assez rare et généralement grave qui ne l'a pas été chez lui, mais qui a cependant donné lieu une seule fois dans sa vie, à un accident qui a été sérieux, qui aurait pu être mortel et qui m'a d'autant plus intéressé que c'est moi qui en ait été l'occasion bien involontaire.

Il est bon que l'Académie sache que Littré avait le cœur syncopal, car cette maladie est rare, surtout sous la forme qu'elle prenait chez lui de temps à autre, irrégulièrement, mais jamais elle ne s'est manifestée plus de deux fois par an. L'incident n'arrivait quelquefois même qu'après trois ans. Tout d'un coup sans raisons provocantes, que ce fut dans la chambre ou dans la rue, mais plutôt à la campagne ou sur le bord de la mer, son cœur cessait de battre complètement en apparence du moins, sa figure et son corps devenait très pâles et la respiration était suspendue. Il s'arrêtait dans la position horizontale, on frottait énergiquement la région précordiale, assez vite le cœur reprenait ses mouvements, la vie revenait au cerveau et dans tout le corps et il recommençait en général facilement son travail, environ deux heures après, sans ressentir aucune faiblesse, aucun malaise. Cette syncope a continué à se manifester toute sa vie, soit à Paris, je le répète, soit à la campagne, à Mesnil-le-Roi où il habitait l'été, elle avait commencé je crois vers l'âge de 19 ans.

Or, un jour pendant que je remplissais auprès de lui les fonctions de secrétaire intermittent, M. Dupont-Wite, un économiste distingué qui était le père de celle qui devint plus tard Mme Sadi-Carnot, lequel partageait la plus grande partie de ses idées philosophiques, et avait la faveur extrême d'être reçu par Littré très brièvement, il est vrai, à ce moment où il était très pris par la confection de son dictionnaire. M. Dupont-Wite vint à la suite d'un important article de Littré paru, il y avait quelques jours dans la *Revue des Deux Mondes*, en même temps que lui apporter ses vives félicitations et son adhésion à cette nouvelle étude, en même temps lui demander un éclaircissement sur un point spécial de son travail. Littré qui avait eu mal à la gorge toute la nuit précédente, ne put le satisfaire et me pria, ayant une favorable opinion de moi, qui d'ailleurs avais lu très attentivement ce beau travail et en avais déjà longuement parlé avec lui. Littré me pria d'expliquer à M. Dupont-Wite le point qu'il trouvait obscur. Je fus assez heureux dans mon explication qui était d'ailleurs facile, après ce que m'avait dit Littré, pour le satisfaire complètement, et M. Dupont-Wite s'écria : « Est-il dommage que votre secrétaire ne puisse consacrer sa vie entière à parcourir les villes de France pour prêcher la croisade de l'Idéal positiviste. M. Armaingaud expose la doctrine en effet, non seulement avec clarté, mais aussi avec une chaleur toute particulière qui se communique facilement à l'auditeur, et sa figure même s'illumine un peu. Aucune doctrine n'aurait plus d'intérêt et ne mériterait plus que celle-là d'avoir un orateur attitré, un vrai prédicateur parcourant la France pendant des années. Je suis sûr que M. Armaingaud est de cet avis en ce qui concerne l'Intérêt de la Doctrine ».

Accablé par cet éloge auquel je ne m'attendais pas, je lui répondis qu'il me jugeait trop favorablement, comme orateur, mais que je pouvais lui affirmer, et que M. Littré le le savait bien, qu'en ce qui concerne l'apostolat dont il venait de parler, j'avais une telle foi dans la vérité et l'intérêt social de la doctrine, que j'éprouvais un tel plaisir quand l'occasion se présentait d'exposer la morale et l'Idéal positif devant un auditeur sympathique, que je serais certainement l'homme le plus heureux, si mes études médicales terminées, quelque partisan fortuné de la doctrine et généreux, voulait charger à ses frais une société d'Enseignement positiviste, de me transmettre la charge de parcourir la France, d'y ouvrir et continuer la propagande de la philosophie, de l'idéal et de la morale positiviste.

M. Dupont-Wite qui avait déjà dans la pensée un riche anglais qui partageait complètement son idée, et était très zélé pour la propagande, nous arrêta un moment sur ce terrain et nous promit qu'il allait, croyait-il, avec quelques chances de succès, s'occuper de tenter sérieusement auprès de son ami de le décider à faire à la Doctrine une grosse générosité pour cet objet.

Quinze jours après il revenait chez Littré avec le riche anglais, qui était, je crois, son parent et habitait la France depuis 10 ans, possédant déjà 15 ou 20 millions, mais venait d'hériter de son frère récemment mort en Angleterre d'une fortune de 35 millions : tous les trois nous nous entretînmes du projet auquel l'Anglais s'était décidé de collaborer, et, la semaine suivante, à un déjeuner auquel je fus invité avec M. Littré, M. Dupont-Wite et l'Anglais, aboutit un projet

(1) Académie de médecine, 23 juin 1931

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS DE PROSECTEUR DES HOPITAUX. — *Anatomie.* — Séance du 22 juin. Question donnée : « Tronc de l'artère carotide externe et origine de ses branches. »

MM. Couvelaire, 25 ; Cordier, 26 ; Dessaint et Lecœur, 27 ; Guillot, 24 ; Funck, 29.

Physiologie. — Séance du 23 juin. — Question donnée : « Physiologie du corps thyroïde. »

MM. Funck, 17 ; Couvelaire, Lecœur et Dessaint, 16 ; Cordier, 18.

Epreuve écrite. — Séance du 24 juin. — Question donnée : « Des pancréatites aiguës. »

Lecture des copies. — Séance du 25 juin. — MM. Funck, 27 ; Couvelaire, 28, ; Lecœur, Cordier et Dessaint, 27.

Médecine opératoire. — Séance du 26 juin. — Questions données : « Ligature de l'artère humérale au pli du coude. — Désarticulation du médius et de son métacarpien. »

MM. Cordier et Lecœur, 27 ; Dessaint et Funck, 28 ; Couvelaire, 26.

Sont déclarés admissibles aux épreuves définitives ;

MM. Funck, Dessaint, Cordier et Lecœur.

Faculté de Paris. — M. Laignel-Lavastine, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est nommé professeur d'histoire de la médecine et de la chirurgie à ladite Faculté.

Faculté de Bordeaux. — Le Conseil de la Faculté vient de proposer, pour la chaire d'hygiène vacante à la suite de la retraite de M. Auché, nommé professeur honoraire ; en première ligne, M. Leuret ; en deuxième ligne, M. F. Piéchaud.

Faculté de Montpellier. — M. Vires, professeur de thérapeutique et matière médicale à la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé professeur de pathologie médicale et clinique propédeutique à ladite Faculté.

Faculté de Nancy. — M. Vuillemin, ancien professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, est nommé professeur honoraire à ladite Faculté.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (Professeur : M. Paul CARNOT.) — *Cours de vacances* 1931. — I. Premier cours (7 septembre-18 septembre 1931) sous la direction de M. Henri BÉNARD, agrégé, médecin des hôpitaux : Maladies de la nutrition, du foie, du pancréas et de la rate.

II. Voyage d'études à Vichy. (les samedi 19 et dimanche 20 septembre) sous la direction de MM. CHABROL et BÉNARD, agrégés. Entre les deux cours aura lieu un voyage d'études à Vichy, avec conférences sur les traitements hydrominéraux dans le diabète, les maladies du foie et les maladies digestives. Ce voyage est réservé aux auditeurs de chacun des deux cours.

III. Cours de septembre et d'octobre (21 septembre - 3 octobre sous la direction de M. Etienne CHABROL, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine : Gastro-entérologie.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours. Le droit de laboratoire à verser est de 250 francs pour un cours et de 450 francs pour les deux cours.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Exposition coloniale internationale de Paris 1931. — Le Comité d'organisation des Journées médicales coloniales est heureux d'annoncer aux médecins de réserve que leur participation à ce Congrès leur sera comptée dans la limite de six jours comme période d'instruction sans solde, pour une durée égale à celle de leur présence à cette manifestation (*Circulaire ministérielle*, du 22 juin 1931).

La 7e Direction du ministère de la Guerre fera établir des permis quart de place aussitôt que les noms des adhérents lui auront été transmis.

Prière donc de vouloir bien d'urgence envoyer les adhérents au Secrétariat des Journées médicales coloniales, 112, boulevard Haussmann, Paris.

BIBLIOGRAPHIE

Conseils aux tuberculeux et à leur entourage, par P. COLOMBAN, préface du Dr E. Rist. Un volume de 170 pages avec 4 radiographies : 16 fr. Masson, éditeur 120, boulevard Saint-Germain Paris.

Ecrit par un médecin qui possède une expérience considérable de la tuberculose et des tuberculeux ce livre a pour but de renseigner le malade sur la nature de sa maladie et sur les moyens efficaces qu'on peut lui opposer. La tâche du médecin se trouvera ainsi facilitée, et il obtiendra du malade éclairé sur sa situation des résolutions courageuses, indispensables à sa guérison.

Théorie et pratique de la télécuriethérapie par Max CHEVAL A.-P DUSTIN Un volume de 240 pages avec 76 figures : 34 fr. Masson éditeur 120, boulevard Saint-Germain, Paris

La thérapeutique radiologique a grandement évolué depuis 15 ans et les échecs auxquels on s'est heurté si souvent dans le traitement des néoplasmes sont peut-être dus en grande partie, pensent MM. Cheval et Dustin, au fait d'une insuffisance de technique et à l'utilisation de masses radiantes trop faibles, agissant dans de mauvaises conditions biologiques. Il fallait trouver une *répartition plus judicieuse* de l'énergie radio-active et c'est pourquoi l'idée est venue avec la télécuriethérapie d'utiliser de grosses masses de radium agissant à une certaine distance du néoplasme.

Dans cet ouvrage de recherches cliniques radiologiques et biologiques, on trouvera les plus précieux renseignements techniques, puisque les auteurs se sont attachés à éviter aux radiothérapeutes qui s'engagent dans cette voie, les inévitables tâtonnements de début.

Diagnostic des tumeurs cérébrales et épreuve de l'encéphalographie artérielle, par Egas MONIZ, préface du Dr Babinski. Un volume de 512 pages avec 225 figures : 100 fr. Masson, éditeur 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Obtenir par des moyens de contraste une meilleure visibilité du cerveau a toujours préoccupé les neurologistes.

La ventriculographie, aujourd'hui pratiquée dans les centres neuro-chirurgicaux, n'a pas paru suffisante à l'auteur dans tous les cas où il s'est mis à rechercher de nouveaux processus de la visibilité cérébrale ; la solution qu'il adopte est celle qui consiste à provoquer l'opacité des artères cérébrales ; ainsi le déplacement des vaisseaux, l'irrigation des tumeurs, l'effacement de la circulation par compression des néoplasies, fournissent des éléments pour la localisation des tumeurs cérébrales.

L'auteur trouve une substance imperméable aux Rayons X, en l'espèce l'iodure de sodium, susceptible d'être injecté dans la carotide sans risque ; il obtient ainsi avec la radiographie une image du réseau artériel cérébral et détermine, au moins dans certains cas, par les modifications, les déformations que l'on constate dans la disposition de la charpente artérielle, le siège occupé par le néoplasme.

Le Professeur Egas Moniz estime que, sauf dans les cas d'artério-sclérose cérébrale concomitante où cette opération expose à des accidents et doit être exclue, l'épreuve de l'encéphalographie artérielle est pour ainsi dire inoffensive, à condition qu'on suive les indications qu'il donne.

L'encéphalographie artérielle est la partie capitale et éminemment originale de cet ouvrage, mais l'autre partie, relativement accessoire, mérite cependant une grande attention, car elle constitue un exposé magistral des notions classiques sur les tumeurs cérébrales avec des notions nouvelles sur divers points, en particulier sur la pathogénie des hypertensions intra-craniennes.

Visite au Château de Vincennes, par Camille BLOCH et André HURTRET. Ouvrage illustré par des reproductions des dessins d'André Hurtret, des photographies et des documents divers. Un vol. (12 × 18,5) cartonné simple : 10 fr. Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris (Ve).

Ce petit livre paraît d'une manière très opportune, car les visiteurs de l'Exposition coloniale ne sauraient se dispenser de parcourir le Bois de Vincennes et d'entrer au Château né de cette forêt, et dont l'histoire est contée si agréablement par MM. Camille Bloch et André Hurtret.

Jean Van Eyck, par Paul FIERENS. Les éditions G. Crès et Cie, 11, rue de Sèvres, Paris, 20 fr.

Paul Fierens qui enseigne avec éclat l'histoire de l'art à l'Université de Liége n'est pas seulement un grand érudit et un écrivain charmant ; mais il est plaisant de voir avec quel discernement il « fait le point » d'une peinture ou d'un peintre et comment il sait en dégager le sens et en « peser » la valeur. Il faut louer sa belle notice historique et esthétique sur le vieux maître Brugeois, pleine de science et pleine d'aperçus inattendus. Et il faut louer l'éditeur Crès d'avoir réalisé une si admirable iconographie dans une collection à bon marché.

Henri VIGNES.

complet et définitif. Nous fonderions une société d'enseignement positiviste, dont la fonction spéciale serait de faire enseigner par un missionnaire, si possible très souvent en action dans le plus grand nombre possible de villes de France, la doctrine positive ; et qui aurait soin de corriger par l'exposé spécialement vivant de l'Idéal positiviste et repousser le tort que faisait au positivisme la dénomination ordinaire de « doctrine positive » qui faisait croire à une doctrine terre-à-terre et toute matérialiste, alors qu'aucune doctrine n'a un idéal aussi élevé et qui mérite d'être nommé l'idéal réel ou l'Idéal réalisé.

Une somme d'un million sera donnée à la dite société dont l'intérêt sera consacré à cet objet. Dans deux mois, l'Anglais aurait entre les mains les millions de son frère et le projet serait réalisé. Je n'ai pas besoin de vous dire quelle fut notre joie à tous les quatre ; de nous réunir pour faire le plan complet de ces conférences qui commençaient par Rouen, où M. Dupont-Wite avait un bon ami, riche, influent et puissant, puis continuées par Bordeaux mon pays, enfin poursuivies à Paris. Quant à moi, je bénéficiais spécialement et largement de la générosité de notre donateur. les appointements qui m'étaient dévolus étaient très élevés. Mais hélas un mois et demi après, c'est-à-dire avant qu'il ait eu le temps de réaliser son beau projet, notre bienfaiteur mourut et le projet tomba, bien que sa famille héritière eut pleine connaissance de ses intentions.

La déception fut si grande pour moi, que je restai huit jours dans un grand état de faiblesse, sans presque manger, complètement découragé. Je ne pus revenir pendant cette semaine à mon hôpital, où j'étais externe, qu'après huit jours qui me furent nécessaires pour obtenir de moi-même la résignation à un pareil malheur. Mais sans durer aussi longtemps, l'effet de cette grande déception se fit sentir chez Littré, qui a cette occasion eut une syncope qui ne dura que quelques secondes comme la précédente, mais à la suite de laquelle il fut tellement ému, qu'il resta deux jours et demi sans travailler. Il reprit alors ses grandes occupations sans qu'il y eut dans son extérieur une trace de cette émotion. Il me dit seulement, avec des paroles tout à fait affectueuses, qu'il ne savait dire laquelle des deux émotions avait été chez lui la plus forte, celle relative à la déception dont je venais d'être accablé moi-même et celle relative à notre doctrine qui venait de voir disparaître le superbe moyen d'action qu'on avait un instant fait briller à ses yeux.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Journalisme politique et l'esprit médical

On vient de célébrer le tricentenaire de la fondation du premier journal français, la « Gazette », créée, par Théophraste Renaudot, le 30 mai 1631. Cet événement présente, pour le Corps médical, un intérêt spécial si l'on veut bien se rappeler de la profession, exercée par l'illustre journaliste. Comme on le sait, Théophraste Renaudot était médecin, non seulement médecin d'origine, comme tant d'autres, qui, villipendés ou admirés, victimes d'une noire ingratitude ou objet d'une vive reconnaissance, conservent, dans leurs vieux tiroirs, condamnés à jamais, un parchemin inutile, voire même inutilisable ; mais un praticien, dans le sens louable du mot, qui cultivait sa vocation, qui gardait sa sensibilité envers la souffrance, qui cherchait toujours des moyens de lutte contre la plus cruelle des inégalités, l'inégalité devant la maladie évitable et la mort prématurée.

Créateur de l'Assistance médicale gratuite, des cliniques, des consultations publiques, des bureaux de placement et d'autres institutions au service des malades, des infirmes, et des malheureux de toute sorte, Théophraste Renaudot mérite, même si l'on n'est pas d'accord avec sa doctrine, ses théories et ses conceptions pratiques, que l'on s'incline, devant sa tombe, avec un sentiment de gratitude et de respect. Mais, peut-être est-il également permis de profiter du souvenir de Théophraste Renaudot afin d'aborder, d'une façon générale, sans se rapporter aux idées du glorieux ancêtre, le journalisme politique, la branche du journalisme la plus dangereuse ou la plus bienfaisante, suivant les circonstances et les hommes. Il s'agit de savoir si l'esprit médical est utile au journalisme politique, d'information ou d'interprétation, ce fournisseur quotidien de la nourriture, parfois bien indigeste et soi-disant intellectuelle, des innombrables lecteurs, influencés par un exposé habile et attrayant.

Dans les fameuses salles de rédaction, dans ces cuisines où les choses sont arrangées, d'une façon ou d'une autre, par conviction, par ordre ou par crainte, dans l'atmosphère surchauffée des parlements, dans les froids ou palpitants couloirs et antichambres, derrière les rideaux, fastueux ou modestes, criards ou dissimulés, où se joue parfois la vie des peuples, l'esprit médical peut-il être d'une certaine utilité ?

* * *

Loin de nous l'intention, qui pourrait paraître téméraire ou naïve, d'établir une espèce de code médico-politique, de parler d'indications ou de contre-indications, de médicaments ou de méthodes de traitement. Notre but est tout simplement de faire quelques rapprochements, justifiés, jusqu'à un certain point, par la similitude frappante entre les buts à poursuivre.

Déjà le vocabulaire, en honneur chez les représentants de la médecine et du journalisme politique, présente des points communs. Il suffit, en effet, d'ouvrir n'importe quel journal à tendance politique pour rencontrer les termes suivants empruntés au langage médical : mal, malaise, nausée, danger, symptômes alarmants, agonie, remède, lutte, intervention radicale, avorter, avorton, excitation, dépression, intoxication, etc., etc.

Le médecin et le journaliste emploient souvent les mêmes mots, non en tant que simples curieux qui enregistrent, mais en leur qualité de chercheurs qui veulent connaître l'étendue du mal, de le soigner et même de le prévenir. Et si l'on se trouve en face d'une affection incurable ou insurmontable, des calmants, variés ou ingénieux, sont adoptés par l'un et l'autre.

Le journaliste qui essaie, à l'exemple du médecin, de déterminer le mal pour proposer ensuite une solution appropriée se distingue pourtant de lui bien souvent. Le médecin reste toujours objectif, tandis que le journaliste ne possède pas la même vertu. Inconsciemment ou avec une mauvaise foi effarante, il ne voue son attention qu'aux symptômes choisis et n'envisage que des traitements d'avance préconisés ou commandés.

La lecture d'une demi-douzaine de journaux, de tendances diverses, mais qui traitent le même sujet, nous montre, dans toute sa gravité, l'infériorité du journaliste, en comparaison avec le médecin. Tandis que le dernier ne peut rien laisser de côté, le premier fait son choix avec un parti pris évident qui permet de supposer l'existence de plusieurs vérités. Peut-être sera-t-on tenté de demander aux médecins de se consacrer au journalisme politi

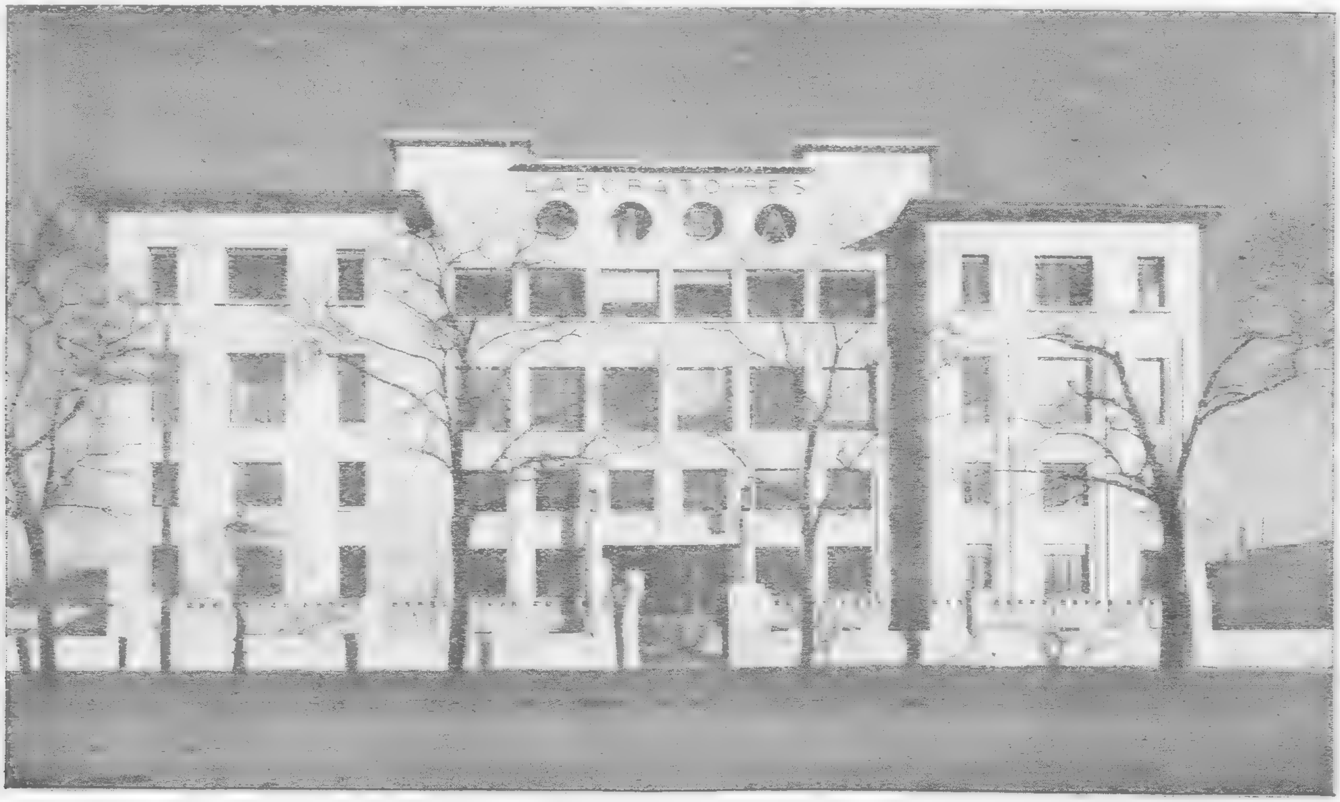
que dans l'espoir de lui donner une tournure heureuse. Un optimisme pareil n'est pas permis si l'on se souvient de l'activité de certains médecins, devenus journalistes. Et pourtant on est d'accord pour admettre qu'en face d'un problème politique, l'objectivité si caractéristique pour le médecin, est indispensable, de même que son calme, son esprit de décision et de discernement, son courage d'aller jusqu'au bout et de s'attaquer à tous les agents morbides.

G. Ichok.

La science et l'industrie pharmaceutique à Lyon

On dit volontiers sur les bords du Rhône qui si Paris est la capitale de la France, Lyon est la capitale de la République. On pourrait en discuter, mais on ne saurait nier que Lyon est une des capitales de la médecine française.

Le même esprit de réalisation que les Lyonnais ont apporté à l'édification de leur nouvelle Faculté, je l'ai retrouvé dans un autre établissement scientifique d'initiative privée qui est bien le plus moderne de ceux que j'ai vus : je veux parler des Laboratoires Ciba.



La façade sur le boulevard de la Part-Dieu

Installés jusqu'à l'année dernière au 1 de la place Morand, d'une façon qui laissait déjà au visiteur une impression de confort dans la science, cet établissement dont le développement va croissant, a émigré, boulevard de la Part-Dieu aux n°s 109, 111 et 113, se rapprochant ainsi du nouveau centre universitaire. Disons-le tout de suite, M. Rolland, qui a présidé aux destinées de la nouvelle construction, a su faire grand et pratique, tout en restant dans une note bien française.

La première impression que l'on éprouve en pénétrant dans les nouveaux Laboratoires Ciba est celle que le visiteur doit ressentir, je l'imagine, en arrivant dans quelque grande usine américaine. A peine avez-vous eu le temps de remettre une carte de visite, qu'une secrétaire, après un bref colloque téléphonique, vous fait passer du salon d'attente dans un ascenseur d'où une autre secrétaire vous extrait pour vous conduire au cabinet directorial. Mais cette première impression disparaît vite. L'accueil que vous réserve le maître du lieu, M. Rolland, ou à son défaut, son fondé de pouvoirs, M. Jouve, n'a rien de la froideur des gens d'Outre-mer et, dans leur vaste cabinet dont l'installation laborieuse n'exclut point une sobre élégance, on ne peut croire qu'on est dans une usine où fonctionnent moteurs et machines de toutes sortes, où travaillent des centaines d'employés ; on se croirait plutôt dans un de ces grands appartements si particuliers à Lyon, de la rue Boissac ou du quai Tilsitt, avec la luminosité en plus.

Et, c'est cette impression de luminosité et d'espace qui vous poursuit constamment au cours de votre visite. Pas de toit dans cet établissement, mais une verrière en dôme dont les lentilles jaunes et blanches diffusent la lumière dans un grand hall central sur lequel débouchent les locaux des différents services.

Au rez-de-chaussée sont les laboratoires. De vastes dimensions, ils peuvent loger les appareils les plus encombrants : extracteurs, étuves gigantesques où règne le vide, permettent le traitement méthodique des énormes quantités de glandes nécessaires à l'obtention des produits opothérapiques. Ovaires et testicules sortent des frigoriques pour passer dans les hachoirs, prélude du cycle des opérations chimiques qui, par extraction et fractionnement successifs aboutiront aux diverses spécialités opothérapiques qui s'appellent agomensine, sistomensine, etc.

Dans d'autres laboratoires se poursuivent jusqu'à leur point final les opérations de fractionnement et de purification des extraits glandulaires.

Plus à l'écart, se trouve le laboratoire d'essai et de con-

trôle où des techniciens surveillent la marche de la production, étudient les méthodes nouvelles.

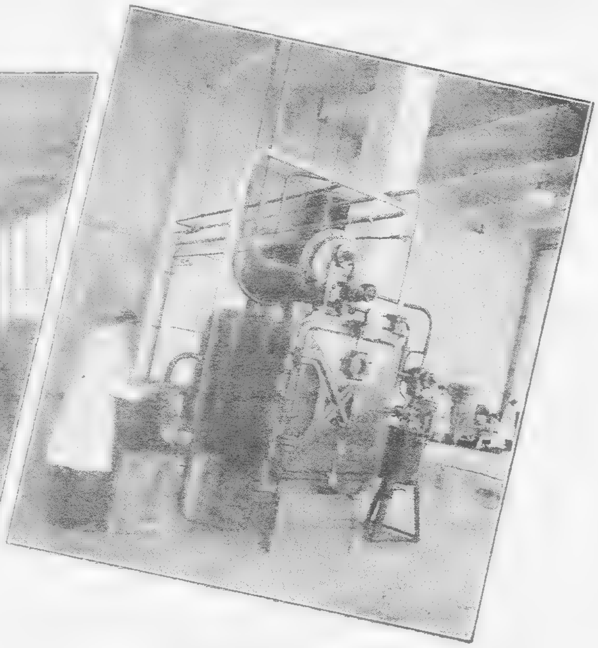
De cet ensemble de laboratoires, part la distribution du travail aux différents ateliers dans lesquels fonctionnent broyeurs, mélangeurs, machines à granuler. L'atelier des comprimés est un des plus vastes et des mieux aérés : il est curieux de suivre le va-et-vient de la machine qui les fabrique : elle est d'une précision telle qu'une erreur de poids de un centigramme suffirait à en arrêter la marche.

isolé des autres, à l'abri du va-et-vient général, où se font le remplissage, la soudure et la stérilisation des ampoules.

Le résultat de toute cette activité de fabrication vient se centraliser finalement dans une grande salle du deuxième étage où les produits divers sont étiquetés, empaquetés et munis de leur bande de garantie pour être ensuite remis aux services de vente.

Aux deuxième étage se trouvent des locaux qui ne manquent pas d'éveiller la curiosité du visiteur : je veux parler des cuisines et du restaurant qui assure à tout le personnel la possibilité d'un repas agréable et substantiel et lui évite ainsi les fatigues d'un déplacement supplémentaire. Je suis sûr que bien des cuisinières de grandes maisons prendraient volontiers du service dans le laboratoire culinaire des établissements Ciba, où le téléphone règne à côté du fourneau.





A gauche : un angle supérieur du hall central. — *Au milieu* : le grand atelier de conditionnement. — *A droite* : un déshydrateur par le vide.

Les sous-sols ont accès dans une cour très spacieuse destinée aux arrivages. Chemins de roulement, appareils de levage, raccordement à la voie ferrée permettent toutes les manutentions avec un personnel relativement réduit auquel sont ainsi épargnés les grands efforts musculaires.

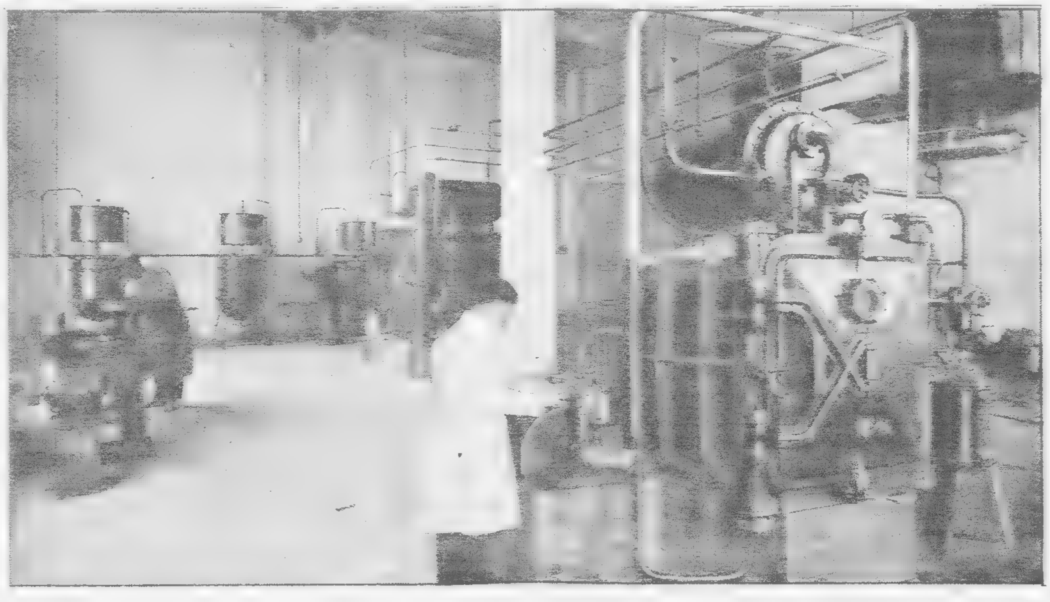
Dans les sous-sols se trouvent également des laveuses et essoreuses pour le lavage mécanique de la verrerie et du linge ; la salle de la machinerie avec pompe distribuant le vide et l'air comprimé aux laboratoires et ateliers, la chaufferie dont les murs blancs et la très grande propreté sont caractéristiques de l'utilisation du mazout, dont la combustion assure le chauffage de tout l'immeuble, et d'une réserve d'eau chaude qui se distribue ensuite dans tous les services. Le principe des moteurs individuels appliqué à toutes les machines a supprimé les groupes de force motrice ainsi que les courroies, axes de transmission, encombrants et dangereux.

A l'entresol se trouve un laboratoire entièrement

La même préoccupation de sage utilitarisme se retrouve dans le vestiaire : placards individuels, lingerie, lavabos, salles de bains à la fréquentation obligatoire par tout le personnel suivant un horaire prévu, tout dans cette organisation révèle le souci qu'a eu un grand industriel médical de réaliser pour le mieux être de ceux qu'il emploie, les acquisitions essentielles de l'hygiène et du confort moderne.

Je doute que beaucoup de laboratoires soient organisés de cette façon. Lyon est une fois de plus à l'avant-garde et il faut féliciter ceux qui, comme MM. Rolland et Jouve, savent faire de la science et de l'évolution sociale les auxiliaires de leur essor industriel.

Dr V. G.



Les appareils extracteurs pour l'obtention dans le vide des extraits opothérapiques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 juin 1931

Fractures des deux os de l'avant-bras. — *M. Cadenat* est d'avis qu'il faut toujours commencer la synthèse par le cubitus ; la suture des deux os est toujours nécessaire, car il faut craindre les déplacements secondaires de l'os non suturé.

Artériectomie après embolectomie. — *M. Mathieu* rapporte une observation de *M. R. Bernard*. Il avait observé à la sixième heure une embolie de la fémorale et avait extirpé plusieurs caillots de la fémorale superficielle par deux artériotomies. Quatre mois après, la malade présentait des douleurs vives dans le membre inférieur avec une rétraction ischémique du triceps sural.

M. R. Bernard reintervint, découvra les vaisseaux dans le triangle de Scarpa, qui etaient englobés dans une masse fibreuse. Artériectomie de la fémorale superficielle.

Tenotomie du tendon d'Achille. L'examen histologique montre qu'il s agit d'un vaselinome au niveau du tissu fibreux qui enserrait les vaisseaux. Excellent résultat sur les douleurs et même sur les troubles cardiaques.

M. Grégoire dit que la suture d'une artère est peut-être plus grave en elle-même que l'extirpation du caillot.

M. Moure dit que l'artériotomie mal faite est une mauvaise operation ; est, dans la pratique, il est très difficile de la bien faire.

Prurit vulvaire. — *M. Wiart* relate une observation de *M. R. Bernard*. Au cours d'une hystérectomie par fibrome chez une malade atteinte depuis de nombreuses années de prurit vulvaire, on constate une infiltration du tissu cellulaire du petit bassin. Péritonisation difficile. Le prurit cessa le jour de l'opération ; la plaie suppura quelques jours. Il s'agissait vraisemblablement d'une cellulite lymphangitique dont le point de départ était probablement une endometrite consécutive au fibrome utérin.

M. Moulonguet a observé un cas analogue. Il a trouvé des lésions de salpingite importantes qu'il a enlevées et il a fait une résection du nerf présacré. La malade est guerie et est restée guérie.

M. Labey fit dans un cas semblable une résection du plexus presacre. Malheureusement la récidive se produisit un an après.

M. Mauclaire a sectionné une fois les branches du nerf honteux interne. Mais la malade ne fut guérie que par l'ablation de l'ovaire correspondant.

M. Brocq raconte l'histoire d'une malade atteinte de radiodermite à la suite d'un traitement radiothérapique d'un prurit vulvaire.

M. Gernez insiste sur les dangers de la radiothérapie.

M. Proust proteste en disant qu'il suffit de faire ce traitement avec beaucoup de prudence, et de toutes petites doses. Dans ces conditions, le prurit vulvaire est guéri dans 80 % des cas.

M. Basset approuve ce qu'a dit M. Proust.

M. Brocq dit qu'il s'agit de tissus pathologiques, dont la susceptibilité est inconnue.

Traitement du cancer du col utérin. — *M. Robert Monod* n'admet pas les conclusions de M. Leveuf, en particulier sur l'importance du ganglion principal voisin du nerf obturateur. Avec la technique que celui-ci a préconisée, la mortalité est trop élevée ; il a en effet accumulé les causes de gravité : pas de drainage, pas de curiethérapie préopératoire, curage ganglionnaire trop important.

M. R. Monod insiste encore sur la nécessité de la curiethérapie préopératoire qui désinfecte l'utérus et les paracentèses. Cette pratique lui a donné d'excellents résultats.

Anévrysme cirsoïde du cuir chevelu. — *M. Rocher* (de Bordeaux). — Il s'agit d'un enfant qu'il a opéré à l'âge de trois semaines d'une tumeur de la grosseur d'une mandarine de la région temporo-pariétale gauche. L'auteur fit dans un premier temps la ligature de la carotide externe et dans une seconde séance, l'extirpation de la tumeur. Guérison.

M. Martin pense que l'on peut se dispenser de la ligature de la carotide externe, en incisant en dedans d'une rangée de ligatures à la soie.

Sympathectomie par méthode chimique. — *M. Desplas* propose, à la suite des auteurs autrichiens, la sympathectomie par une solution dephénol à 5 à 7 %. L'artère est abordée par les incisions classiques et badigeonnée sur toutes ses faces avec cette solution. Les résultats paraissent être plus réguliers et plus intenses que ceux que donne la sympathectomie chirurgicale.

M. Leriche n'a jamais employé la méthode chimique.

M. Rocher a phénolysé les artères spermatiques d'un impuissant, sans aucun résultat.

Pancréatite œdémateuse. — *M. Okinczyc* en a observé un cas qu'il a vu quatre heures après le début des accidents. Il est intervenu et a trouvé un hématome dans l'arrière cavité, sans cytostéatonécrose ; le pancréas est œdématié ; on l'incise et on le draine par mèches. Cholecystostomie.

Suites operatoires très simples ; la fistule biliaire s'est fermée en un mois.

M. Guimbellot a observé un cas analogue où de plus, l'épanchement intra-abdominal etait seulement citrin.

G. MENEGAUX.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 juin 1931

Résultat d'opérations sur les diverses variétés de goitre. — *M. Pauchet* signale que la thérapeutique de la maladie de Basedow est medico-chirurgicale. Le médecin doit préparer le malade par l'iode, les médicaments cardiaques, et contrôler l'organisme à l'aide du métabolisme basal.

Le chirurgien opérera sous anesthesie locale et proportionnera l'acte opératoire au potentiel vital du sujet. Depuis 12 ans *M. Pauchet* a opéré 225 malades pour goitre dont 42 pour maladie de Basedow. Une seule mort est à signaler chez un malade atteint d'asystolie basedowienne qu'une ligature de la thyroïdienne supérieure n a pu sauver. Autrefois, l'auteur procedait par étapes : ligature des thyroïdiennes supérieures, inferieures lobectomie ; actuellement, après préparation médicale suffisante, on fait d'emblée l'ablation de la plus grande partie de la glande.

M Hirchberg. En ce qui concerne les lésions histologiques observées, il sera intéressant d'en bien préciser le rôle exact dans l'apparition de l'hyperthyroïdie, de même que les rapports qui peuvent exister entre elles et le cancer thyroïdien.

Intoxication médicamenteuse aiguë accidentelle par le sulfate de zinc. Séquelles gastro-entérologiques. — *MM. Ch. Guilbert* et *André Tardieu* communiquent l'observation d un homme de 53 ans, atteint d'aortite avec myocardite qui, ayant absorbé par erreur une solution de sulfate de zinc pur, ressentit aussitôt de très violentes brûlures échelonnées tout le long du tube digestif. Le tableau clinique comporte la salivation abondante, les nausées, les douleurs abdominales, les vomissements et surtout les hématémèses répétées des manifestations cholériformes avec melæma et enfin, les sueurs profuses et les troubles cardiaques graves, voisins du collapsus.

Au bout de 12 heures, apparaît un syndrome urinaire (pollakiurie douloureuse, sans hématurie) qui évolue favorablement en 4 jours.

Dans les semaines et mois consécutifs, le tableau clinique est celui de l'ulcus classique. Radiologiquement, le pylore est étiré et dévié à droite ; une image diverticulaire est située au centre de l'anneau duodénal au contact de l'estomac avec lequel elle communique par un trajet filiforme nettement injecté.

L'évolution se caractérise par l'apparition, à deux reprises, d'accès fébriles à 40° par infection épisodique du diverticule. Cette lésion diverticulaire a été le point de départ d'une péripyloro-duodénite chronique responsable de l'extension lente mais progressive de la périviscérite à toute la région du carrefour sous-hépatique.

Présentation d'appareil. — *M. Rœderer* présente un corset à leviers contre la scoliose qui permet une flexion antérieure et latérale du malade si bien que pendant l'emploi même de l'appareil une gymnastique correctrice est possible et que l'atrophie musculaire qui succède aux compressions et immobilisation trop rigoureuse n'est plus à craindre.

De quelques erreurs de diagnostic évitables en gynécologie. — Pour *M. Jean Dalsace*, l'utilisation plus fréquente de l'hystéro-salpyngographie permettrait d'éviter un certain nombre d'erreurs presque fatales avec les procédés trop imparfaits d'examen gynécologique. Ainsi, pourra-t-on éviter : 1° d'irradier par erreur un kyste de l'ovaire pris pour un fibrome de l'utérus ; 2° de faire un curretage aveugle et imparfait pour rechercher l'origine de métrorrhagies ; 3° de n'enlever qu'un appendice, alors que la trompe est malade ; 4° de ne faire qu'une fixation utérine dans les cas de rétroversion et de stérilité alors que les trompes sont oblitérées ; 5° de méconnaître un hydrosalpynx en présence d'une hydrorrhée.

Aiguille à trous multiples avec mandrin mousse pour l'injection intrapulmonaire transthoracique. — *M. Georges Rosenthal*, grâce à cette aiguille armée d'un trocart et après introduction superficielle d'un mandrin mousse, réalise à volonté et sans danger la vaccination du tissu pulmonaire comme le traitement du foyer lobaire.

Danger de la respiration buccale au cours des opérations. — *M. Georges Rosenthal*, en raison de ces dangers proscrit l'usage de la pipe Mayo, pratique inutile, puisqu'une légère pression en arrière des angles de la mâchoire inférieure entrave la rétrocidence de la langue et maintient la respiration nasale.

P. Prost

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 19 juin 1931

A propos du traitement du pied bot congénital. — *M. Trèves* ne pense pas que l'intervention sanglante précoce mette plus à l'abri des récidives que les redressements manuels. De deux à huit ans, il pratique l'ablation à ciel ouvert des noyaux osseux tarsiens, en commençant par l'astragale, ce qui suffit souvent en y ajoutant les sections ligamenteuses ou tendineuses nécessaires. Il faut ensuite immobiliser le pied hypercorrigé dans deux appareils plâtrés successifs pendant quatre mois environ.

Du traitement des diverticules vésicaux. Drainage et désinfection par les voies naturelles. — *M. Le Fur*. L'extirpation des diverticules vésicaux est une opération très rarement indiquée et de pronostic grave en général.

Il est préférable de traiter la grande majorité de ces diverticules, surtout les postérieurs, par drainage et désinfection locale au moyen de grosses sondes urétérales ou de sondes Pezzer-Le Fur introduites dans l'intérieur du diverticule et permettant sa désinfection progressive par des lavages appropriés, traitement auquel il faut associer la prostatectomie en cas d'adénome opérable. Seuls, les diverticules antérieurs à développement abdominal relèvent non de l'extirpation, mais de l'ouverture simple avec marsupialisation à l'abdomen.

Sur la technique de la gastrectomie — *M. J. Lanos*, partisan convaincu de la gastrectomie dans le traitement des ulcères gastriques et duodénaux, apporte à l'appui ses observations personnelles des trois dernières années : 28 gastrectomies avec une mort.

Appendicites aiguës graves apyrétiques à symptomatologie réduite. — *M. R. Petit* insiste, au point de vue diagnostic, sur la discordance du pouls et de la température sur le ralentissement du pouls, sur la fétidité de l'haleine, sur la diarrhée et la formule leucocytaire. Il estime que toute appendicite diagnostiquée doit être opérée sans délai quelle que soit la date du début. Il ne draine que si le péritoine contient du liquide louche ou du pus ou si la paroi du cæcum paraît douteuse. Il ne met jamais d'éther dans la cavité péritonéale et reste fidèle à l'enfouissement du moignon.

A propos de l'appendicite. — *M. Blanc* constate, lui aussi, la fréquence des cas d'appendicite à allure sournoise et grave sans fièvre. Le seul moyen d'éviter des désastres est d'adopter comme impérative la formule suivante : toute appendicite diagnostiquée doit être opérée. Dans ce but, ce n'est pas l'éducation des chirurgiens qu'il faut faire, c'est celle des médecins.

Chirurgie réduite et bactériophages. — *M. Petit de la Villéon* montre les possibilités d'une chirurgie réduite dans les affections septiques grâce au concours de l'inoculation *in situ* du bactériophage approprié. Il présente deux malades qui, atteints de phlegmon grave de la main ont guéri de façon rapide et parfaite par cette méthode.

L'examen radiologique de la vésicule biliaire. — *M. Haller* présente un travail de *M. Nemours-Auguste* (de Paris) sur la cholécystographie, qui montre l'utilité de celle-ci pour les diagnostics de cholécystite calculeuse. de cholécystite chronique non calculeuse, et de péricholécystite.

Deux cas d'ulcère pylorique perforé opérés et guéris. — *M. P. Laurent* fait un rapport sur un travail de *M. Raiga* (de Paris) concernant deux malades atteints d'ulcère gastrique ignoré et non soigné, opérés pour perforation aiguë, l'un deux heures et demie, l'autre huit heures et demie après la perforation. Dans les deux cas, l'auteur a limité l'intervention à la suture sans gastro entérostomie et au drainage sous-hépatique et suspubien. Pour un de ces malades, des examens radiologiques répétés, un an après l'opération montrent un pylore parfaitement perméable. Malgré, une tendance actuelle, surtout en Allemagne, à faire la gastrectomie d'emblée pour les perforations aiguës d'ulcères gastro-duodénaux, le rapporteur estime que l'intervention doit, dans ce cas, rester une intervention d'urgence et que la gastrectomie n'est justifiée qu'en cas d'ulcus calleux ne permettant pas de faire une suture correcte de la perforation.

Adénome kystique hémorragique du foie. — *M. Thévenard* présente une observation de cystadenome du foie à évolution envahissante et à dégénérescence épithéliomateuse présentant une symptomatologie hémorragique grave. La tumeur fut prise d'abord pour un faux kyste hémorragique du pancréas, traitée comme tel par marsupialisation, toute tentative d'exérèse étant vaine. La malade succombe au bout d'un peu plus de trois mois du fait de la progression de l'anémie et de la cachexie cancéreuse. L'auteur fait ensuite une revue générale succincte de la question.

Fracture de la clavicule en trois fragments traitée par l'ostéosynthèse. — *M. Dupuy de Frenelle* a vissé une plaque de son modèle, étroite et cintrée sur les deux fragments extrême. Puis, il a solidarisé le fragment intermédiaire avec la plaque par deux cerclages au tendon de renne.

Réduction sanglante d'une luxation ancienne irréductible de la hanche gauche. — *M. Bressot* (de Constantine) communique l'observation d'un homme de 30 ans qui fit, à la suite d'une chute de cheval, une luxation de la hanche. Celle-ci fut méconnue et ne fut pas réduite. Trois mois après la luxation étant devenue irréductible, l'auteur fit la reposition sanglante. Résultat satisfaisant.

Péritonite biliaire sans perforation. — *M. S. de Dziembowski* (de Bydgoszcz, Pologne) étudie cette question d'après les cas déjà publiés et un cas personnel. Il montre que, dans les péritonites où l'on trouve dans l'abdomen un épanchement biliaire sans perforation de la vésicule et des voies biliaires, on peut vraisemblablement expliquer le fait de la façon suivante, occlusion par calculs de l'ampoule de Vater ; distension des voies biliaires ; introduction dans la bile en rétention de ferments pancréatiques qui determinent des phénomènes de nécrose de la paroi de la vésicule permettant la diffusion de la bile à travers cette paroi. Les examens de laboratoires ont montré, en particulier, la présence de ferments pancréatiques dans la bile et dans l'épanchement intra-péritonéal.

Anse sigmoïde invaginée dans le rectum et réséquée après désinvaginuation. — *M. Bautefort* présente cette pièce opératoire. Il existait vers le sommet de l'anse une petite tumeur sessile ayant les caractères macroscopiques d'une tumeur maligne.

Les corsets et le traitement de la scoliose. — *M. Judet* en présente deux types. Leur caractéristique est de permettre les mouvements de flexion du tronc en exerçant une action de décharge sur le rachis. L'un des modèles présente une bande élastique réglable qui vient comprimer la voussure costale en produisant un effet de détorsion.

NOTES CLINIQUES

Le rôle pathogène de l'hypertrophie thymique dans l'enfance n'est démontré que pour un nombre minime d'observations

Jusqu'à ces dernières années, il était classique de rapporter à l'hypertrophie du thymus certaines manifestations de cornage et de stridor permanents, ainsi que des morts inexpliquées survenues subitement au cours de la première enfance. Cependant, dès 1910, après le Congrès de l'association française de pédiatrie, le professeur Cruchet, de Bordeaux, exprimait des réserves sur la nature vraie des accidents imputés à l'hypertrophie du thymus : « En ce qui concerne l'hypertrophie j'avoue, disait il (*Progrès Médical*, 20 août 1910), ne pas être convaincu de son action exclusive sur le développement des accès thymiques caractérisés par la dyspnée, du stridor, ou du cornage, prédominant à l'inspiration, phénomènes suivis parfois rapidement de cyanose et de mort subite ». En 1921, Finkelstein, dit n'avoir jamais, dans une longue carrière, observé un seul cas de manifestations authentiquement causées par l'hypertrophie du thymus. Dans les années qui suivent, le même A. confirme son opinion à savoir que, dans certaines dyspnées du type « trachéosténose », cette hypertrophie ne joue aucun rôle ; En 1929, dans un mémoire il énumère longuement les causes de cette dyspnée à caractère spécial, admet pour elle des origines multiples, mais refuse catégoriquement d'admettre une compression. Dans ces dernières années, en France, en Suède, aux Etats Unis, des travaux importants, publiés dans le domaine de la radiologie, de l'anatomie et de la thérapeutique, ont montré que nos connaissances sur l'hypertrophie du thymus doivent être l'objet d'une révision étendue.

M. Mordcha Ser, vient de consacrer sa thèse, inspirée par M. Péhu (*Thèse de Lyon*, mai 1931, n° 310) à l'*Etude critique du rôle pathogène de l'hypertrophie thymique dans l'enfance*. L'A. montre combien sont fragiles les bases sur lesquelles, s'est édifiée la conception d'une maladie autonome, nosologiquement bien délimitée : l'hypertrophie du thymus. Voici ce qu'écrit M. Mordcha Ser, dans le dernier chapitre de sa thèse intitulé : *Etat actuel de la question de l'hypertrophie du thymus* : « qu'on les envisage du point de vue clinique seul, ou radiologique, ou thérapeutique l'existence réelle et surtout le rôle pathogène de cette hypertrophie ne sont en aucune façon prouvés et il est nécessaire de réduire dans une proportion considérable le champ propre de cette affection : alors que, pendant quelques années, la radiologie avait semblé apporter une aide précieuse au diagnostic, peu à peu le doute est né dans les esprits. On s'est demandé si les images constatées dans le médiastin supérieur, surtout au cours de la première enfance, grâce aux rayons X, traduisent, fidèlement et constamment, une hypertrophie réelle de la glande thymique. A l'heure actuelle, cliniciens et radiologues, en grand nombre, tendent à affirmer que l'augmentation de l'aire opaque, dans la région sus-cardiaque, peut ressortir à des causes multiples, en particulier à la réplétion plus ou moins complète des gros vaisseaux du pédicule cardiaque. *La « base » radiologique est donc incertaine*, dit l'A.

Les études anatomiques, plus encore, témoignent dans un sens négatif. On ne saurait trop insister sur la valeur des conclusions auxquelles est arrivé le Prof. Hammar (d'Upsal). Ses recherches ont démontré que le poids, comme le volume du thymus sont susceptibles de varier dans des limites étendues, sous l'influence des conditions générales que l'organisme présente. Peu d'organes présentent une telle « labilité ». Dès que la nutrition est troublée, poids et volume du thymus tendent à diminuer. Au contraire, si la mort se produit suivant un mode brusque ou rapide, la constitution anatomique du thymus ne subit aucune modification. Il résulte de cette dernière condition que l'on est tenté de mettre un décès, dont la cause semble tout d'abord obscure, sur le compte d'une « hypertrophie » thymique, alors que, en réalité, cette dernière n'existe pas. *Donc, dit l'A., on ne saurait s'appuyer fermement sur les bases anatomiques de cette prétendue hypertrophie*.

Les critères thérapeutiques sont trompeurs. Quand on relit avec attention les cas dans lesquels la thymectomie a été pratiquée, on acquiert la conviction que cette intervention, plus ou moins étendue, n'a donné que des résultats incertains, passagers ou incomplets. La radiothérapie, qui a pris sa place, n'a pas elle-même sur les manifestations attribuées à l'hypertrophie du thymus, un pouvoir curateur définitif, souverain. Fréquemment, après quelques séances de rœntgenothérapie correctement exécutées, l'image obtenue sur les films et considérée comme traduisant l'hypertrophie thymique, diminue, et cependant on ne constate aucune amélioration parallèle des signes fonctionnels, notamment de la dyspnée et du stridor. C'est précisément l'ensemble convergent de ces contradictions qui a conduit les cliniciens à émettre des doutes sur le rôle pathogène de cette affection. A l'heure actuelle, de divers côtés, beaucoup de médecins demandent avec force que la « question soit revisée ». En France, en Allemagne, en Suède, aux Etats-Unis, l'opposition contre cette entité nosologique groupe un grand nombre de voix autorisées ; et ce nombre s'accroît chaque jour. La tendance actuelle — légitime dit l'A. — est de ne plus accorder au thymus un rôle dans la genèse de plusieurs manifestations. Le lien commun de celles-ci est représenté par ces symptômes : dyspnée accompagnée d'un tirage variable, et surtout respiration bruyante, revêtant ce caractère spécial dénommé stridor. Elémentairement ces manifestations existent : elles se produisent lorsque, à un niveau quelconque de l'arbre aérien, existe en permanence un obstacle d'une certaine importance — Etiologiquement, le groupe des causes diverses, susceptibles d'engendrer ce type symptomatique spécial, est vaste. Peu à peu, les investigations cliniques devenant plus minutieuses et plus pénétrantes, il s'est enrichi et progressivement aussi, le domaine de l'hypertrophie du thymus en a été réduit.

Actuellement, dit l'A., on doit considérer comme ressortissant à l'action pathogène de l'hypertrophie thymique seulement quelques observations rares, se présentant avec un certain caractère d'authenticité : Encore convient-il d'être réservé sur le mécanisme physiologique qui les a engendrés. Il n'est pas sûr que l'augmentation du volume de la glande en soit seule responsable ».

Insuffisance hépatique et Appendicite

Les relations entre l'appendice et la grande hépatique ont suscité, un grand nombre de travaux, mais ces derniers ont surtout trait à l'appendicite aiguë beaucoup plus qu'à l'inflammation chronique de l'appendice, d'acquisition plus récente. Silhol dans son rapport sur l'appendicite chronique, au Congrès de Chirurgie de 1911, avait envisagé les formes hépatiques de cette affection en considérant ces dernières sous deux aspects : dans un premier groupe, il classe ce qu'il appelle les « assidus de Vichy », et dans le second il place les hépatiques qui appartiennent au groupe de la cholémie familiale. Flandrin a montré également qu'une appendicite torpide pouvait être le point de départ de lésions toxi-infectieuses hépatiques qui dominent la scène. Girou, dans sa thèse (1913) sur l'appendicite chronique, décrit à celle-ci deux formes hépatiques : l'une par association d'angio-cholécystite à l'appendicite pouvant revêtir trois modalités : les deux localisations hépato-vésiculaires et appendiculaires pouvant être aussi intenses, les symptômes appendiculaires prédominer ou enfin céder le pas aux symptômes hépatiques, l'autre est la forme cholémique. En 1920, Pœnaru Caplesco insiste sur les manifestations hépatiques dues à l'appendicite latente et appelle « hépato-appendiculaires » des malades chez qui l'appendicite est torpide mais qui présentent des phénomènes hépatiques disparaissant par l'appendicectomie. Lecallier dans sa thèse en 1926, a montré la fréquence et la diversité des troubles hépatiques rencontrés au cours de l'évolution de l'appendicite chronique. H. Le Calvé, dans un article publié dans la *Revue Médico-chirurgicale des Maladies du foie* (sept.-oct. 1927), a attiré l'attention sur le fait que l'appendicite pouvait se cacher sous le masque de l'hépatisme pendant très longtemps.

Tels sont, dit Martinet dans sa thèse (*Thèse de Lyon, mai 1931, n° 153*), les principaux travaux se rapportant à ce sujet. Laissant de côté l'insuffisance hépatique survenant immédiatement après la crise ou après appendicectomie, Martinet étudie *l'insuffisance hépatique légère, révélatrice d'une appendicite latente, ignorée*. L'A. a réuni 16 observations, les unes inédites, les autres glanées dans diverses publications. Dans un premier groupe, on trouve des malades qui présentent des troubles hépatiques variés : dyspepsie, dégoût électif pour certains aliments, subictère, foie sensible ou gros, fatigue, amaigrissement, migraines, urticaire... tous symptômes relevant d'une insuffisance hépatique manifeste que les examens de laboratoire, lorsqu'ils ont été pratiqués ont confirmé. Dans un second groupe, il s'agit de vomissements avec acétonémie. Tous ces malades, dit l'A. ont

été traités sans résultat parfois pendant plusieurs années, comme des hépatiques. Un jour, l'attention est attirée du côté de l'appendicite, soit du fait d'une crise aiguë, soit à la suite d'un examen approfondi de la fosse iliaque droite qui permet de déceler un point douloureux persistant à ce niveau.

Dès lors, on songe à la possibilité d'une inflammation chronique de l'appendice à retentissement hépatique et l'ablation de l'appendice est pratiquée. Dans les 16 observations rapportées par Martinet, l'appendicectomie a été faite et a amené la guérison totale des phénomènes hépatiques. Donc, dit l'A. l'insuffisance hépatique, complète ou fruste, peut être symptomatique d'une lésion appendiculaire latente. L'A. étudie dans un chapitre à part la question des vomissements acétonémiques, dont la pathogénie appendiculaire est très discutée. Il faut avouer, dit M., que dans la plupart des cas de vomissements cycliques, on est tenté de considérer ceux-ci comme la manifestation d'une insuffisance hépatique « essentielle » ; en effet l'hygiène, les cholagogues, les cures thermales ont raison de l'affection le plus souvent. Il reste néanmoins, dans la statistique, des observations dans lesquelles ces vomissements n'ont pas disparu par une thérapeutique dirigée contre la seule insuffisance hépatique. C'est, dans ces cas là, *bien peu fréquents*, que l'on peut songer à la possibilité d'une lésion appendiculaire latente, jouant le rôle d'épine irritative. Donc, d'après l'A., certains vomissements acétonémiques, relèvent — *dans quelques cas seulement* — d'une lésion appendiculaire.

La relation de cause à effet entre la lésion appendiculaire et les troubles d'insuffisance hépatique peut s'expliquer par trois processus :

1° L'infection par migration microbienne qui a plutôt tendance à donner des accidents suppurés.

2° La résorption des toxines intestinales et appendiculaires.

3° La perturbation neuro-végétative. Pour l'A., l'intoxication lente, continue ou intermittente semble être le mécanisme pathogénique le plus vraisemblable

L'évolution de ces « hépato-appendicites » reste encore obscure. Le trouble de fonctionnement de la cellule hépatique n'amènerait pas de concrétion calculeuse ; il ne pourrait pas non plus produire de cirrhose d'origine intestinale. En tout cas, la guérison spontanée des manifestations hépatiques paraît impossible. La conclusion thérapeutique logique et d'ailleurs confirmée par les faits cliniques, est la nécessité de l'appendicectomie.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vrai dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Le déjeuner au phosgène. — *Tout comme il y a des déjeuners accompagnés d'un concert, écrit M. Paul Bourson, dans le* Journal des Débats, *on déjeune maintenant en Allemagne, avec, comme partie artistique, un spectacle au phosgène.*

« .... La *Metall-Arbeiterzeitung* publie une relation détaillée d'un de ces déjeuners, qui fut servi à des convives de choix dans le laboratoire d'une usine dont elle n'indique pas le nom.

Pendant que les invités déjeunaient gaiement et avec animation, écrit la feuille en question, des chats qui se trouvaient dans la cage d'expérimentation furent soumis aux effets du phosgène. Tout en devisant, les convives purent se rendre compte des différentes phases de l'action du phosgène sur les chats qui commencèrent par essayer de calmer, avec leurs petites pattes la douleur qu'ils ressentaient aux yeux et à leur museau. On remarqua aussi que les victimes levaient la tête aussi haut que possible. La respiration devint bientôt très rapide. Une écume dense s'était fixée autour des museaux. Petit à petit, la respiration devint plus faible.

Grâce à un ventilateur, on fit pénétrer de l'air frais dans la cage vitrée. Mais les chats, pris de convulsions, s'affaissèrent complètement et restèrent étendus sans mouvement sur le sol.

Le professeur qui avait dirigé l'opération, si l'on peut dire, fit remarquer qu'il ne servirait à rien de sortir les chats de la cage : ils étaient condamnés à mourir.

Un chat a la vie dure. Il en est, paraît-il, qui supportent une agonie de quinze jours après une expérience de ce genre. Toute-

fois la plupart succombent dans les vingt-quatre heures. La station d'expérimentation en question a, au cours de l'exercice écoulé, dépensé trois millions de marks (dix-huit millions de francs).

Toujours, d'après le journal allemand auquel nous empruntons ces détails, le professeur fit ressortir qu'au cours d'une guerre future, les « êtres humains mourraient infailliblement comme ces chats ».

Le phosgène (1). — Le phosgène ou oxychlorure de carbone, a pour formule 00Clr, c'est donc un composé de chlore ; sa puissance toxique est 3,3 fois celle de ce gaz. Dilué dans l'air, il n'irrite pas ou très peu les muqueuses, de telle sorte qu'on le respire sans s'en apercevoir. C'est donc un gaz de combat extrêmement dangereux, provoquant le décès, après plusieurs jours. Dans la plupart des cas, la mort est accompagnée de symptômes effrayants, précédée d'étouffements sans cesse croissants. « La respiration d'abord accélérée, devient lente, bruyante et convulsive immédiatement avant la fin, alors que la bouche laisse échapper de l'écume, que le visage bleuit et les pupilles se dilatent ». Le Dr Haslian cite le cas d'un chimiste italien, le Professeur Fenaroli, qui, au cours d'essais, a subi un empoisonnement en apparence très faible par le phosgène. Après un quart d'heure, il se sentit mieux, rentra chez lui, dîna, passa gaiement la soirée en famille et ne se trouva vraiment malade qu'au cours de la nuit pour mourir le lendemain.

Depuis la guerre, l'action de ce gaz a été expérimentée sur la population d'une ville à la suite d'un accident qui se produisit le 21 mai 1928 dans une usine de produits chimiques de Hambourg. Le général G. Douhet a décrit cet accident de la façon suivante :

« Un gros nuage de phosgène s'éleva dans l'usine et, poussé par un vent favorable, se dirigea vers l'eau. Cinq jeunes gens qui pêchaient sur le rivage, atteints par les gaz, perdirent connaissance, tombèrent dans l'eau et se noyèrent. Sur l'îlôt de Wilhelmstephanburg, où le vent poussa le nuage, la panique fut très grande : des jeunes gens qui participaient à une fête tentèrent de se sauver en bateau à moteur, mais sept d'entre eux furent grièvement atteints. Les pompiers et le service de santé s'employèrent aussitôt à organiser les secours. Avec de puissants jets d'eau, ils tentèrent vainement de rompre le nuage ; la pluie n'obtint pas de meilleur résultat. Deux jours après l'accident, un groupe d'excursionnistes à 18 kilomètres de la ville, fut atteint par les restes de nuages ; quelques-uns d'entre eux tombèrent inanimés ; ils ne furent sauvés que par la présence d'esprit de leurs camarades qui les transportèrent à bras, en fuyant dans la direction du vent. A l'hôpital de Hambourg, on porta 11 morts et 180 personnes en état plus ou moins grave, parmi lesquelles beaucoup étaient en danger. La police, le service de santé et la Reichswehr restèrent longtemps mobilisés, parce que les effets des gaz continuèrent à se manifester plusieurs jours. Des milliers de poules, d'oiseaux et de pigeons moururent, des bœufs, des moutons et des porcs furent empoisonnés ; une grande quantité de denrées alimentaires dut être détruite. La population, terrorisée, déserta les maisons et se réfugia dans les édifices publics loin de la zone infectée. Si le vent, au lieu de pousser le nuage vers l'eau, l'avait poussé vers la cité, la catastrophe aurait pris des proportions épouvantables ».

Ce récit montre la terrible efficacité du phosgène.

(1) La protection des populations civiles contre les gaz de combat par le Dr Fr. M. Messerli, privat docent à l'Université de Lausanne (Communication à la Société de médecine publique et de génie sanitaire — Séance du 29 Avril 1931 — publiée par *Le Mouvement sanitaire*).

NOUVELLES

Fondation du Chœur médical de Paris. — La Société se propose de grouper amicalement les éléments choraux (voix d'hommes, voix de femmes), du milieu médical et paramédical dans un but de culture musicale supérieure.

La Société désire des membres actifs satisfaisant aux conditions suivantes : avoir un minimum de voix et de connaissance du solfège, mais surtout avoir l'amour de la musique et du travail sérieux et régulier ; l'année d'exercice ira du 1er novembre au 1er juillet, un concert annuel devant avoir lieu en mai ou juin, les membres actifs paieront une cotisation de 12 francs par an, remboursable à tous ceux qui auront assisté à l'intégralité des répétitions.

Les répétitions auront lieu une fois par semaine dans un local qui sera précisé en temps voulu. Elles commenceront au début de novembre prochain.

Toutes les personnes appartenant au milieu médical et paramédical peuvent faire partie de la Société et y faire admetttre leurs parents.

Les personnes désireuses de faire partie des chœurs (membres actifs) sont priées d'adresser leur demande dès à présent au Secrétariat général : Dr Guébel, 2, rue Pasquier (8e) en indiquant très lisiblement leurs nom et adresse. Elles seront convoquées pour être entendues par le Comité des voix et inscrites.

Hôpital Beaujon (Service du Docteur AUBOURG.) — *Pyrométrie dans les applications de diathermie externe.* — J. SURMONT, assistant de radiologie de l'hôpital Beaujon, fera une démonstration de l'emploi du pyromètre dans des applications de diathermie avec électrodes cutanées, les samedi 1er août et dimanche 2 août, de 10 heures à midi.

A l'occasion du Troisième congrès international de radiologie, Messieurs le Professeur H. SURMONT et J. TIPREZ (de Lille) et J. SURMONT (assistant de radiologie du service), feront une présentation de films stéréoradiographiques du tube digestif, dans le laboratoire du Docteur Aubourg, à l'hôpital Beaujon les samedi 1er août et dimanche 2 août, de 10 heures à midi.

Hommage au Docteur A. Mathieu (de Bains-les-Bains). — Le 2 août aura lieu l'érection du buste du Dr A. Mathieu, qui a été pendant vingt-cinq ans l'animateur de la station vosgienne de Bains-les-Bains. La cérémonie d'inauguration du buste, œuvre du sculpteur Piron, et le banquet qui suivra, seront présidés par M. Gaston-Gérard, sous secrétaire d'Etat aux Travaux publics et au Tourisme, qui a tenu à donner à la station de Bains-les-Bains, actuellement en plein développement, un témoignage officiel pour les efforts qui ont amené la rénovation d'une vieille ville thermale française.

Les souscriptions sont reçues par M. A. Monal, 6, rue Bridaine, à Paris.

Hôpital Lariboisière (Service de M. le Docteur DEVRAIGNE.) — Les Docteurs Jean SEGUY et J.-E. MARCEL commenceront le 23 juillet 1931, un cours pratique de Thérapeutique gynécologique médicale.

Le cours comprendra six leçons de 2 heures chacune : cours théorique et travaux pratiques.

PROGRAMME DU COURS. — Traitement des métrites. Le filhos

M. J. SEGUY. — *b*) Courant faradique et courant continu en gynécologie : M. J.-E. MARCEL. — *c*) La haute fréquence en gynécologie : diathermie, courants de haute tension, etc : M. J.-E. MARCEL. — *d*) La diathermocoagulation en gynécologie. Curettage diathermique : M. J.-E. MARCEL. — *e*) Rayons-ultra-violets et infra-rouges en gynécologie. : M. J.-E. MARCEL. — *f*) Traitement de la stérilité : insufflation, lipiodol, fécondation artificielle : M. J. SEGUY.

Prix du Cours : 200 francs. Les leçons auront lieu, en principe après dîner, aux jours et heures à fixer d'accord avec les élèves. Prière de s'inscrire dans le Service du Dr DEVRAIGNE, à la Maternité de Lariboisière.

Maternité Baudelocque. — *Cours de perfectionnement du 31 août au 12 septembre* 1931. —Lundi 31 août, 9 h. 1/2 à 11 heures, Mme ANCHEL-BACH : Examen de femmes en travail. — 11 heures à midi, M. LACOMME : Conduite à tenir pendant l'accouchement et la délivrance.

Mardi 1er septembre, 9 h. 1/2 à 11 heures, M. LAENNEC : Examens de femmes enceintes. — 11 heures à midi, M. DIGONNET : Complications de la délivrance. — 14 h. 1/2, M. DIGONNET : Forceps dans les variétés directes, (en O. P. et en O. S.).

Mercredi 2 septembre, 9 h. 1/2 à 11 heures, M. DIGONNET : Examens de femmes en travail. — 11 heures à midi, M. LACOMME Présentations de malades. — 14 h. 1/2, M. RAVINA : Diagnostic et traitement des hémorragies pendant la gestation.

Jeudi 3 septembre, 9 h. 1/2 à 11 heures, M. LACOMME : Visite au Pavillon Tarnier . — 11 heures à midi, M. DIGONNET : Discussions d'observations. — 14 h. 1/2, M. DIGONNET : Diagnostic et traitement des viciations pelviennes. — 15 h. 1/2, M. MERGER : Forceps dans les variétés transverses et obliques postérieures.

Vendredi 4 septembre, 9 h. 1/2 à 11 heures, Mme ANCHEL-BACH : Visite à l'isolement. — 11 heures à midi, M. DIGONNET : Diagnostic et traitement des viciations pelviennes. — 14 h. 1/2, M. MAYER : Forceps dans les présentations de la face et du front.

Samedi 5 septembre, 9 h. 1/2 à 11 heures, M. DIGONNET : Visite dans les suites de couches. — 11 heures à midi, M. LACOMME : Diagnostic et traitement des anomalies de la dilatation. — 14 h. 1/2, M. MAYER : Visite du Musée. — 15 h. 1/2, Mme ANCHEL-BACH : Extraction de siège.

Lundi 7 septembre, 9 h. 1/2 à 11 heures, M. DIGONNET : Examens de femmes enceintes. — 11 heures à midi, Mme ANCHEL-BACH : Albuminurie et éclampsie. — 14 h. 1/2 , M. LAENNEC : Version par manœuvres internes.

Mardi 8 septembre, Mme ANCHEL-BACH : Examens de femmes enceintes. — 11 heures à midi, M. DIGONNET: Tumeurs au cours de la gestation et de l'accouchement. — 14 h. 1/2, M. SUREAU : Dilatation artificielle du col. Ballons de Champetier de Ribes.

Mercredi 9 septembre, 9 h. 1/2 à 11 heures, M. DIGONNET : Examens de femmes en travail. — 11 heures à midi, M. LACOMME : Présentations de malades . — 14 h. 1/2, Mme ANCHEL-BACH : Complications de l'avortement. — 15 h. 1/2, M. SUREAU : Embryotomie rachidienne.

Jeudi 10 septembre, 9 h, 1/2 à 11 heures, M. LACOMME : Visite à l'isolement. — 11 heures à midi, M. DIGONNET : Discussion d'observations. — 14 h. 1/2, M. SEGUY : Diagnostic et traitement des infections puerpérales. — 15 h. 1/2, M. LAENNEC : Basiotripsie.

Vendredi 11 septembre , 9 h. 1/2 à 11 heures, M. DIGONNET : Visite dans les suites de couches. — 11 heures à midi, M. LACOMME : Soins à donner au nouveau-né, allaitement. — 14 h. 1/2 M. SEGUY : Lésions des voies génitales au cours de l'accouchement et leur traitement.

Samedi 12 septembre, 9 h. 1/2 à 11 heures, Mme ANCHEL-BACH : Examens de femmes enceintes. — 11 heures à midi, M. POWILEWICZ : Diagnostic et traitement de la syphilis maternelle-fœtale et infantile. — 14 h. 1/2, M. MAYER : Visite au Musée. — 15 h. 1/2, M. LAENNEC : Mort apparente du nouveau-né.

Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux. — En liaison avec le cours de perfectionnement sur les maladies des voies urinaires fait par M. le Docteur Maurice CHEVASSU à l'hôpital Cochin (Pavillon Albarran), M. le Docteur Raymond LEIBOVICI, chirurgien des hôpitaux, fera un cours de chirurgie des voies urinaires en six leçons à l'amphithéâtre d'anatomie.

Ce cours annoncé pour le 6 juillet, est reporté au 20 juillet, à 16 heures. Prix du cours : 200 francs.

Les inscriptions devront être prises à l'amphithéâtre, 17, rue du Fer-à-Moulin.

LES BAINS DE MER A LA COTE D'AZUR

Pour aller passer un mois aux bains de mer, la dépense de chemin de fer, aller et retour, représente, selon la classe, environ 315, 230, 150 francs, si l'on va à 500 kilomètres, et 630, 460, 300 francs, si l'on va à 1.000 kilomètres. La différence des prix de transport par jour de villégiature est donc d'environ 10 francs, 7 francs ou 5 francs selon la classe.

Cette différence, déjà faible, devient presque insignifiante lorsqu'il s'agit, non plus de personnes voyageant isolément, mais de membres d'une même famille utilisant un billet collectif.

Il y a, par suite, intérêt incontestable à se rendre à 1.000 kilomètres, dans une région largement pourvue d'hôtels, où leur concurrence en fait le bon marché, plutôt qu'à 500 kilomètres dans une région moins bien outillée en moyens d'hébergement.

Telle est, avec la quasi assurance qu'on a d'avoir du beau temps pendant tout son séjour et, par suite, de ne pas s'être déplacé en vain, la véritable raison de la vogue grandissante de la Côte d'Azur comme séjour d'été.

Le Gérant : A. ROUZAUD

FONDÉ EN 1873. — N° 29 | LE NUMÉRO : 50 Centimes | 18 JUILLET 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V^e^)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies .... 40 fr.
Étudiants .... 30 fr.
Belgique .... 45 fr.
Étranger, 1re zone .... 70 fr.
Étranger, 2e zone .... 90 fr.

Les Bureaux de Rédaction sont ouverts le Vendredi, de 5 h. 1/2 à 6 h.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Bourses créées par M. le Docteur Roussel en faveur des familles nombreuses du corps médical. — La commission chargée de répartir les 10 bourses de 10.000 fr. mises à la disposition de l'Association générale des médecins de France par le Docteur Roussel, en faveur des familles nombreuses du Corps médical, s'est réunie le 29 juin et a examiné 76 demandes.

Des bourses ont été attribuées à 6 confrères pères de 13, 11, 10, 8 et 7 enfants, à un confrère père de 6 enfants, très malade et ne pouvant plus exercer et à 3 veuves de médecins dont l'une est restée veuve avec 5 enfants âgés de moins de cinq ans, et vit chez son beau-père, également médecin, ayant lui-même à sa charge 5 autres enfants : l'autre a perdu son mari l'an dernier, ayant à élever 6 enfants de moins de dix ans, avec un revenu des plus modestes : la troisième enfin, restée veuve, en 1924, avec 7 enfants, est infirmière visiteuse, elle est sans fortune et actuellement atteinte d'une affection chronique, elle ne peut plus exercer sa fonction.

La Commission était composée de Mme Jayle, de la Société de femmes et enfants de médecins : M. Lanoye, chef du bureau de la natalité au ministère de la Santé publique : M. le médecin général Geysen, représentant M. le Médecin général Cadiot, empêché ; MM. les Docteurs Bellencontre, Chapon, Darras, Thiéry, Bongrand, Vimont et Watelet, de l'Association générale des médecins de France ; M. le Docteur Cibrie, représentant la Confédération des Syndicats médicaux , et M. le Docteur Carte, représentant M. le Docteur Roussel.

Diplôme d'hygiène de l'Université de Lyon (Session 1931). — Les examens du diplôme d'hygiène de l'Unversité de Lyon viennent de se terminer après les épreuves ordinaires : écrites, orales et pratiques.

54 candidats étaient inscrits ; ont été reçus :

Mention *très bien* : M. Couture.

Mention *bien* : MM. Lautrette, Lardy, Mathey, Prade, Jacowski, Nordmann, Vagneux, Winckel, Delrous, Robion, Cosset, Henri Robert, Massonie, Prieur, Siffre, Zeude.

Mention *assez bien* : Rolland, Anstett, Boyer, Mlle Butavand : Rivière, Vouhems, Debergue, Frézouls, Froment, Ramnoux, Savigneux, Cousty, Poisson, Suard, Escot, Escoubès, Li-Chou, Silie, Reilles, Magnard, Buresté, Mlle Rougebief, Vanstenbergh.

Mention *passable* : MM. Camplo, Chimi, Humilien, Floris.

Sanatorium de Villers-sur-Marne, par Charly (Aisne). — Le registre d'inscription des candidatures aux fonctions de médecin de sanatorium de Villiers, actuellement ouvert, sera clos le 20 août.

Ce concours sur titres comprend deux postes à pourvoir, l'un de médecin titulaire au traitement de 40 à 50.000 fr., suivant les services antérieurs du candidat, et l'autre de médecin-adjoint, au traitement de 30 à 38.000 fr., suivant les services antérieurs du candidat, avec les avantages suivants : logement, éclairage, chauffage, blanchissage, augmentation progressive du traitement qui pourra atteindre jusqu'au maximum de 60.000 fr., indemnité pour charge de famille, assurance en vue d'une retraite proportionnelle dont la moitié est versée par la Renaissance sanitaire.

L'entrée en fonctions aura lieu au plus tard le 1er octobre.

Adresser les demandes de candidatures à M. le Secrétaire général de la Renaissance sanitaire, 23, rue du Renard, Paris, 4e.

Les candidats devront justifier de leur qualité de Français, être possesseurs du diplôme d'Etat de docteur en médecine, présenter un exposé de titres établissant leur compétence en phtisiologie, et particulièrement dans la pratique sanatoriale.

N. B. — Sont en outre disponibles quatre postes de stagiaire, au pair, avec indemnité mensuelle de 500 fr., destinés à de jeunes médecins ou à des étudiants ayant terminé leur scolarité et subi tous leurs examens à l'exception de la thèse, qui désirent se spécialiser en phtisiologie.

Deuxième Congrès de la Société scientifique française de chirurgie réparatrice, plastique et esthétique. — Les 2 et 3 octobre prochain se tiendra à Paris, le Congrès de chirurgie réparatrice, plastique et esthétique, à l'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi.

La séance d'ouverture aura lieu le 2 octobre à 2 heures précises. Ce Congrès comportera des communications, des démonstrations et des séances opératoires, des projections de films, une exposition de photographies, de moulages, d'instruments, de livres, etc...

Pour tous renseignements, s'adresser soit au siège social, Dr Dartigues, 81, rue de la Pompe, Paris, soit au Secrétariat, Dr Claoué, 41, rue d'Aviau, Bordeaux.

Congrès international d'hygiène méditéranéenne. (Marseille, septembre 1932.) — Du 20 au 25 septembre 1932, se tiendra à Marseille, à la Faculté de médecine, sous la présidence d'honneur de M. le Docteur Roux et de M. le Sénateur Honnorat, et la présidence de M. le Professeur Marchoux, le Ier Congrès international d'hygiène méditerranéenne. Le programme détaillé de ce Congrès sera publié ultérieurement. On peut s'adresser dès maintenant, pour tous renseignements, au Docteur Violle, secrétaire général, 40, Allées Léon-Gambetta, Marseille et au Docteur Broquet, 195, boulevard Saint-Germain, Paris (VIIe).

Journées médicales coloniales. — Du 22 au 31 juillet 1931, se tiendront à Paris, au Palais des Congrès de l'Exposition coloniale internationale, les Journées médicales coloniales.

A cette occasion, des démonstrations de matériel sanitaire militaire exposé à la Section des forces d'Outre-Mer seront organisées pour les officiers du Service de santé à des dates qui seront fixées ultérieurement.

Les médecins officiers de réserve, désireux d'assister à ces Journées médicales, recevront une convocation par les soins du Directeur du Service de santé de leur région d'affectation. Cette convocation leur donnera droit au bénéfice du tarif militaire sur les chemins de fer, à l'exclusion de toute solde ou indemnités.

La participation des médecins de réserve à cette manifestation leur sera comptée comme période d'instruction, sans solde, et venant en déduction de la durée totale des périodes fixées par l'article 49 de la loi sur le recrutement de l'armée, mais elle ne sera pas considérée comme période exigée pour l'avancement.

Les médecins officiers de réserve ainsi convoqués devront se présenter le jour de leur arrivée à la Direction du Service de santé de la Région de Paris (Hôtel des Invalides), où il leur sera fait connaître le lieu où ils devront signer quotidiennement matin et soir, une liste d'émargement.

Pour pouvoir prendre part aux Journées médicales coloniales et afin de bénéficier des avantages ci-dessus exposés, les médecins officiers de réserve devront justifier du versement de leur cotisation. Les cotisations sont fixées ainsi : Membres actifs : 100 fr. ; membre s associés (famille des congressistes, étudiants, etc.), 50 francs.

Le montant des cotisations devra être adressé au compte chèques postaux : Paris 1547. Le Comité d'organisation des Journées médicales, 112, boulevard Haussmann , Paris (8e) ou par chèque barré au trésorier : Docteur Léon Giroux, 3, rue Saint-Philippe-du-Roule, à Paris.

Tous renseignements complémentaires relatifs à l'organisation et au programme de ces Journées médicales, seront fournis aux officiers à la Direction du Service de santé de leur Région.

Pour la culture classique. — l'Association Guillaume Budé organise du 22 août au 11 septembre une croisière en Grèce, dont l'itinéraire est fixé comme suit : Athènes, Egine, Sunium, Délos, Mykonos, Santorin, Knossos, Phaestos, Monemvasia, Gythion, Sparte, Mistra, Olympie, Delphes, Ithaque.

La croisière sera accompagnée par M. G. Glotz, membre de l'Institut, professeur à la Sorbonne.

Les personnes que cette croisière pourrait intéresser sont priées de s'adresser à l'Association Guillaume Budé, 95, boulevard Raspail, Paris 6e.

En Grèce et en Italie « dans le sillage d'Ulysse » du 27 août au 19 septembre. — Sous le patronage de l'Automobile-Club de France et avec l'appui de *Figaro*, la Compagnie française du tourisme, en collaboration avec le Bureau de voyages de *Figaro*, prépare une croisière qui visitera : Corfou, Ithaque, Pylos, Tirynthe et Mycènes, Athènes, Candie, Taormina, Stromboli, Naples, Monte-Circeo, le détroit de Sardaigne et Ajaccio.

Cette croisière sera réservée à une centaine de privilégiés qui s'embarqueront le 27 août prochain, à Marseille, à bord du paquebot Lotus des Messageries maritimes, affrété spécialement pour ce voyage.

Il n'y aura, à bord, qu'une seule classe de passagers. Le nombre des places sera limité à cent vingt. Le retour se fera à Marseille dans la journée du 19 septembre.

Le prix — comprenant tous les frais et, notamment, toutes les excursions à terre, — varie, suivant les cabines, en partant de 9.950 francs.

Au cours d'une interview récente, M. Victor Bérard a tenu à préciser le but de ce voyage qui restera unique dans les annales littéraires :

Les découvertes faites depuis une cinquantaine d'années ont entièrement renouvelé nos conceptions sur les poèmes homériques. Nos prédécesseurs considéraient les compagnons d'Ulysse comme des primitifs et des êtres presque sauvages ; ils s'imaginaient que toutes les descriptions homériques, ces manoirs, ces palais, ces étoffes, ces baignoires d'argent, ces corbeilles d'or et de vermeil, ces revêtements de bronze, ces armes et ces fauteuils aux clous d'or, dont il est question dans l'*Odyssée*, n'étaient que fables et contes imaginés par le poète. Nous avons, aujourd'hui, les plans de ces résidences et les modèles de tous ces objets. Il n'est pas douteux qu'Homère n'a rien inventé, mais qu'il nous a décrit très fidèlement, d'après les souvenirs, trois cents ans après la guerre de Troie, l'époque et la vie de ses héros.

Ce qui est vrai pour ces objets, l'est-il aussi pour les lieux ? Homère connaissait-il les rivages où il fait aborder Ulysse ?

Les géographes de l'antiquité, à commencer par Strabon, qui fut l'Elysée Reclus des temps gréco-romains, avaient acquis la certitude, en explorant et en décrivant les terres et les eaux de la Méditerranée, que les descriptions géographiques du poète n'étaient pas moins fidèles, qu'il suffisait d'aller sur les lieux pour retrouver les sites odysséens et la trace de tous les personnages humains ou divins et de tous les monstres que rencontra le fils de Laërte.

Homère, à les entendre, n'était pas seulement le dieu de toute poésie, c'était aussi le maître de toute science nautique. Il ne s'était pas proposé seulement de récréer ou d'amuser son auditoire, il voulait l'instruire, lui communiquer toute la connaissance du monde que lui-même avait acquise à l'école et dans les livres de ses devanciers.

C'est, d'ailleurs, pour vérifier cette opinion des anciens que je vais conduire, aujourd'hui, une croisière de témoins impartiaux et de juges non prévenus aux rivages et aux endroits où

l'on peut le mieux constater que les aventures d'Ulysse rentrent dans la réalité et l'histoire des navigations méditerranéennes.

Le cyclope, qui engloutit, rote, vomit, gémit, hurle et lance des pierres a toujours sa caverne derrière sa petite île, aux abords de cette côte napolitaine où le Vésuve conserve les mœurs terribles de cet effroyable Polyphème. Mieux encore, les instructions nautiques de nos marins permettent de rétablir un itinéraire que la magicienne Circé recommandait à Ulysse et qui, depuis 3.600 ans, semblait à tous les anciens et modernes, une invention sans la moindre part de vérité.

Envions les privilégiés qui vont faire ce magnifique voyage. Quelles émotions les attendent dans ces sites, dans ces villes, et sur ces îlots qui furent chantés par le plus grand poète de tous les temps !

Pour tous renseignements et inscriptions pour cette croisière, s'adresser à la Compagnie française du tourisme, 30, boulevard des Capucines. Téléphone : Central 44-44, ou au Bureau de voyages de *Figaro*, 14, Rond-point des Champs-Elysées, Paris (8e). Tél. Elysées 98-31 à 38.

Tourisme archéologique, historique et littéraire de l'Association Guillaume Budé. — *Voyages en France.* — Fidèle à son principe de défendre et d'illustrer la culture classique et la culture française, l'Association Guillaume Budé a décidé d'organiser en France des voyages d'un intérêt absolument nouveau.

Au cours de ces excursions, des petits groupes de membres et d'amis de l'Association, guidés par un conférencier spécialiste éminent, parcourront certaines régions de France, en étudiant tel grand événement de notre histoire, en vivant dans l'ambiance de nos grands hommes et dans le secret de leurs chefs d'œuvre.

Un guide illustré, d'une valeur scientifique impeccable et d'une présentation toute nouvelle, est publié par la Société d'Edition « Les Belles Lettres » à l'occasion de chacun de ces voyages.

Première excursion. — Au pays de Rabelais et de Pantagruel, dirigée par M. Jean Plattard, professeur à la Faculté des Lettres de Poitiers.

Cette excursion durera 8 jours. Départ de Paris le 8 août. Itinéraire : Chinon, Tours, Chinon, Candes, Saumur, Angers, Chinon, Loudun, Thouars, Bressuire, Moncoutant, Saint-Maurice-des-Noues, Fontenay-le-Comte, Maillezais, Le Marais Poitevin, Chateau de Terre-Neuve, La Rochelle, Coulanges, Niort, Saint-Maixent, Lusignan, Fontaine-le-Comte, Ligugé, Poitiers, Tours, Paris.

Prix : 1.450 francs, tous frais compris. Guide : Guide illustré au Pays de Rabelais, par M. Plattard : 10 fr.

Deuxième excursion, sur les traces de César en Gaule (campagne de 52). Dirigée par M. L.-A. Constans, professeur à la Faculté des Lettres de Paris. Cette excursion durera 9 jours. Départ de Paris, le 22 août.

Itinéraire : Clermont-Ferrand, Gergovie, Puy-de-Dôme, Vichy, Autun, Bibracte, Dijon, Semur, Alésia, Paris.

Prix : 1.765 francs, tous frais compris. Guide : Guide illustré des Campagnes de César en Gaule, par M. Constans, 15 fr.

Pour tous renseignements de détail, le nombre de places étant strictement limité, prière de s'adresser à M. Jean Malye, délégué général de l'Association Guillaume Budé, 95, boulevard Raspail, Paris (VIe).

« On se demande pourquoi les lépreux beaucoup moins dangereux que les tuberculeux qui ne sèment pas, comme ces derniers, les germes morbides avec la parole, au contact étroit desquels il faut vivre très longtemps sans précaution pour se contaminer, sont traités autrement, et subissent un sort terriblement plus affreux que la légion des distributeurs de bacilles de Koch. Comme s'ils n'avaient pas assez du lourd fardeau que leur imposent les déformations monstreueuses auxquelles ils sont sujets, la société se croit le droit de leur infliger une cruelle aggravation de peine. Qu'es-tu devenue Charité chrétienne ! » (Dr E. Marchoux. La lèpre en Colombie. *Presse médicale*, 16 mai 1931.)

« Sous l'influence de l'illusionnisme colibacillaire, on a méconnu des distensions vésicales par obstacle prostatique comme on a passé à côté du rétrécissement de l'urètre dont mon maître Guyon avait dit depuis longtemps que la lame de l'urétrotome coupe la fièvre. Même aujourd'hui, elle débarrasse bien mieux des colibacilles que tous les sérums et les vaccins. » (Dr Uteau. L'illusionnisme de la colibacillose. *Gazette médicale de France*, 15 avril 1931.)


DIASTO-PEPSINE
RICHEPIN
PEPSINE-PANCRÉATINE-DIASTASE
DIGÈRENT TOUT
Viandes, Légumes, Féculents & Corps gras
REPOSE LE FOIE & L'INTESTIN
2 ou 3 pilules après le repas
ou un verre d'Elixir
très agréable
après le repas
H.G.
Activé par le Foie
VOIE RECTALE
Aucun inconvénient d'âge ou de sexe
Enfants, Adultes, Nourissons, Femmes enceintes
HEREDO
SUPPARGYRES
Dr FAUCHER
ACTION SÛRE, DISCRÈTE
ABSORPTION RAPIDE
JAMAIS D'INTOLÉRANCE
OU TROUBLES
QUELCONQUES
Toutes les faiblesses
NERVOCITHINE TISSOT
SIROP - DRAGÉES - AMPOULES
NUCLEINATE DE Fer Manganese
et Arsenic organique
Fluor
1 ou 2 ampoules par jour
1 ou 2 dragées ou
cuillerées de sirop.
ESTOMAC NET - INTESTIN NET
FORME LA PLUS PARFAITE ET LA PLUS ACTIVE DU CHARBON
GRAINS ANISÉS
DE
CHARBON TISSOT
Absorbent - Divisent - Expulsent
AGISSENT
par leur forme
leur volume
et le Gluten
mucogène
RÉALISENT
le véritable
et continuel
rajeunissement
de l'intestin.
PANUROL
TISSOT
CONTIENT TOUS LES
SOLVANTS
des sels uriques
et uratiques
Aide et Soutient
LE REIN
dans sa double fonction:
FILTRE & GLANDE
2 à 3 cuillerées par jour.
ABSORPTION CUTANÉE
Rhumes - Bronchites - Grippes, etc.
BRONCHODERMINE
La peau est l'agent d'absorption le plus rapide
GAÏACOL - HÉLÉNINE - TERPINOL - EUCALYPTOL
POUR TOUS LES ÂGES
Absorption et assimilation rapides
Le Carnox
est le meilleur Vin de VIANDE.
Laboratoires du Docteur TISSOT, 34, Boulevard de Clichy, PARIS

CLINIQUE MÉDICALE

L'insuffisance auriculaire gauche [1]

Par Edouard PICHON

Messieurs,

C'est le cas de Mlle Laurence Delf.... ici présente, qui m'amène à vous parler aujourd'hui de l'insuffisance auriculaire gauche. Cette femme, âgée de 46 ans, employée de bureau, s'essoufflait dès sa petite enfance pour la moindre course. Il n'y a pourtant que quatre ans que sont apparus les premiers symptômes qui ont amené Mlle Delf. à se considérer comme malade. A cette époque elle eut, pendant quelques semaines, des palpitations. Puis vint un étourdissement, sans perte complète de connaissance, mais avec, dans la moitié droite de la face, une sensation de vide qui sembla très étrange à la malade. Une paralysie faciale droite s'était installée : mais elle ne dura que quelques heures. A la suite de ce singulier avertissement. Mlle Delf. arrêta son travail, et se reposa, mesure qui fit disparaître tous les symptômes. Aussi au bout de six mois se décida-t-elle à reprendre son métier ; mais, chaque jour, pour aller à son bureau, il lui fallut monter des escaliers : elle se mit à avoir de la dyspnée d'effort.

Il y a deux ans, après une période de toux, elle eut une petite hémoptysie pour laquelle elle fut hospitalisée. L'observation prise alors nous apprend que l'auscultation révélait seulement des sous-crépitants fins à chaque base pulmonaire. Le cœur était rapide, le foie douloureux, et les régions malléolaires œdématiées.

Depuis cette époque la malade ne marche plus que difficilement, car la moindre marche entraîne et de la dysnée d'effort et de l'œdème des membres inférieurs.

Mais ce qui, le 31 janvier dernier, nous l'a amenée à l'hôpital, c'est la plus grande violence de ses palpitations, et la survenance de vertiges.

Au moment où elle est entrée à l'hôpital, elle venait d'avoir de la digitale. Le soir même de l'entrée, l'interne du service, M. Pautrat, lui trouva un rythme bigéminé. Dès le lendemain, il n'était plus saisissable ; l'arythmie, d'abord irrégulièrement rythmée (groupe de trois et quatre pulsations séparées par des pauses), changea rapidement de caractère pour prendre l'aspect clinique d'une arythmie complète.

Sous cette arythmie, il semblait qu'il y eût un rythme à trois temps ; préciser davantage était alors impossible. Le foie était gros : son bord inférieur, qu'on trouvait à un travers de doigt au-dessous des fausses côtes, était douloureux à la palpation. A la partie moyenne de l'aire pulmonaire gauche, on entendait des sous-crépitants fins : le reste des aires pulmonaires était occupé par des sibilants disséminés.

Mlle Delf. se plaignait à cette époque d'une grande fatigue, et d'un point de côté à la base de l'hémithorax gauche. Elle présentait une cyanose marquée des lèvres et des pommettes.

Nous avons fait mettre à cette malade des ventouses scarifiées sur la base gauche, et nous lui avons donné de la quinicardine.

Son arythmie a cédé, son hépatomégalie a disparu : mais ses symptômes pulmonaires ont persisté. Le 14 février, l'apparition d'un nouveau foyer de sous-crépitants fins, à la partie moyenne de l'aire pulmonaire droite, a exigé une nouvelle application de ventouses scarifiées. Et aujourd'hui 21 février, l'on entend encore des râles sous-crépitants fins aux deux bases.

Au cœur, l'arythmie, en se retirant, a découvert un dédoublement net du second bruit, qui a son maximum stéthacoustique au foyer pulmonarien. L'orthodiagraphie en position frontale nous a révélé un élargissement transversal du cœur, un allongement avec profil quasi-rectiligne de l'arc moyen, un abaissement du point G. En position oblique, elle nous a montré que l'oreillette gauche comblait l'espace clair prévertébral.

Voilà en somme une malade atteinte de *rétrécissement mitral* : son histoire depuis l'enfance, les signes auscultatoires qui se sont démasqués lors de la disparition de l'arythmie et l'image orthodiagraphique sont d'accord pour conduire à ce diagnostic.

Les œdèmes, la cyanose, l'hépatomégalie douloureuse qui ont existé à certaines époques nous indiquent que l'insuffisance cardiaque a touché jusqu'aux cavités droites du cœur : mais cette insuffisance droite s'est révélée assez facilement réductible. L'élément le plus tenace et le plus frappant de la dyspragie cardiaque est constitué par l'arythmie et les symptômes pulmonaires qui nous font dire *insuffisance auriculaire gauche*.

* * *

Quand M. Vaquez, dissociant l'asystolie des classiques, décrivit les syndromes respectifs indiquant l'insuffisance de telle ou telle cavité cardiaque, il isola une insuffisance ventriculaire gauche et une insuffisance ventriculaire droite. Mais il n'indiqua qu'une seule insuffisance auriculaire ayant pour principal signe l'arythmie complète : il ne crut, à cette époque, pas possible de distinguer sémiologiquement entre l'insuffisance de l'oreillette droite et celle de la gauche.

Mais depuis, les cliniciens, orientés par les travaux mêmes de M. Vaquez vers la dissociation des différentes insuffisances cavitaires, ont su observer et isoler, particulièrement dans les affections de la mitrale, un syndrome consistant en point de côté auriculaire et en inondation albumineuse des poumons qu'il leur a semblé naturel de rattacher à une insuffisance de l'oreillette gauche. L'arythmie complète ne figurait dans ce syndrome qu'à titre de symptôme inconstant et avec une signification spéciale.

L'hypothèse qu'il y ait une insuffisance auriculaire gauche, distincte de l'insuffisance auriculaire droite, hypothèse née de l'observation clinique, est-elle anatomiquement et physiologiquement soutenable ? Il semble bien que oui.

Certes, il est de grandes fibres transversales, franchissant le sillon inter-auriculaire, qui sont communes aux deux oreillettes ; mais il existe aussi des fibres circulaires propres autour des orifices d'arrivée des veines, autour et au-dessus des orifices auriculo-ventriculaires et autour des auricules. Comme dans tout le cœur il existe aussi, tout à fait contre la lumière de la cavité, des fibres longitudinales qui ne sont pas communes aux deux cavités auriculaires. Engelmann soutient en outre qu'au point de vue histologique il y a des différences notables dans la structure du myocarde d'une oreillette à l'autre.

Si nous passons maintenant au terrain physiologique, nous verrons que la tonicité d'une oreillette n'est pas forcément identique à celle de l'autre. Le physiologiste italien Fano a montré qu'il existait dans les oreillettes des oscillations du tonus : or, il écrit : « Tandis que la fonction fondamentale des deux oreillettes » (entendez : la fonction de contraction présystolique) « est en général exactement synchrone, on remarquera que les oscillations périodiques de tonicité se produisent indépendamment l'une de l'autre dans les deux oreillettes, aux points de vue de la forme, de la rapidité et de l'intensité ».

◆◆

(1) Leçon clinique professée le 21 février 1931, dans le service de M. Duvoir, professeur agrégé, à l'hôpital Saint-Louis.

Nous sommes donc en droit de considérer qu'il existe une certaine indépendance fonctionnelle entre les deux oreillettes d'un même cœur ; très restreinte en matière de contractilité, cette indépendance est plus considérable en matière de tonicité. Il est donc licite d'admettre qu'une oreillette surmenée puisse fléchir fonctionnellement sans que l'autre soit dyspragique. Ni l'anatomie ni la physiologie ne mettent de veto à la conception d'un syndrome d'insuffisance auriculaire gauche, conception à laquelle la clinique a conduit.

* * *

Cette possibilité admise, quelles vont être, *étiologiquement*, les affections cadiaques susceptibles de conduire à l'insuffisance de l'oreillette gauche ? A cette question la *loi de Corvisart* nous permet de répondre. D'après cette loi, quand il y a lésion valvulaire, la cavité située immédiatement en amont de la lésion sera la première à fléchir fonctionnellement : ce sont donc les lésions de la valvule mitrale qui devront engendrer les syndromes purs d'insuffisance auriculaire gauche. *Pour les classiques, le mécanisme par lequel la cavité se fatigue est le même qu'il s'agisse d'insuffisance ou de rétrécissement mitraux* : dans les deux cas un trop grand effort de contraction est demandé à l'oreillette, dans le rétrécissement parce qu'elle doit lutter directement pour faire passer le sang par un pertuis trop étroit, dans l'insuffisance parce que le reflux qui a eu lieu durant la diastole lui donne à lancer une trop grosse masse de sang.

Suivant Bard, au contraire, la façon dont se fatigue l'oreillette diffère suivant qu'il s'agit d'un rétrécissement ou d'une insuffisance. Ce qui, dans cette conception, tranche sur les théories classiques, c'est l'idée que la diastole des cavités cardiaques est quelque chose d'actif. C'avait été l'opinion d'Erasistrate, qui faisait du cœur une pompe aspirante et foulante, celle de Galien, celle de Vésale, celle de Spring et de Luciani. Elle a été brillamment reprise par M. Bard, qui pense que la diastole est le fait des fibres longitudinales. Ce postulat d'une diastole active une fois admis, la théorie de Bard en découle tout naturellement.

Dans le *rétrécissement mitral*, tout se passe comme le pensaient les classiques, la lésion exige de l'oreillette une *surpoussée de chasse*, de sorte que celle-ci tant qu'elle est suffisante est en *hypersystolie* ; mais quand elle fléchit sa systole devient insuffisante, elle entre en *hyposystolie* d'où anatomiquement *dilatation*.

Dans l'*insuffisance mitrale* au contraire, ce qu'il faut c'est un *écarquillement* de la cavité afin que l'excès de sang y puisse trouver place sans encombrement ; tant que l'oreillette est suffisante, c'est donc au prix d'une *hyperdiastolie* ; quand elle fléchit fonctionnellement, c'est sa diastole qui devient insuffisante, cette *hypodiastolie* se traduisant anatomiquement par un manque d'accommodation de la cavité, mais non point par une augmentation de volume.

Cette théorie de Bard trouve un sérieux appui par son accord avec les faits cliniques. M. Nobécourt, en effet, avait depuis longtemps indiqué que l'insuffisance mitrale conduisait souvent aux syndromes d'insuffisance cardiaque droite sans qu'on ait eu l'attention attirée vers une augmentation de volume de l'oreillette gauche, tandis qu'au contraire les syndromes d'insuffisance cardiaque du rétrécissement comportaient toujours une période très nettement appréciable de dilatation de l'oreillette gauche. Constatation clinique précieuse dont la théorie pathogénique de Bard nous fournit une explication rationnelle.

En somme il faudra s'attendre à trouver les syndromes d'insuffisance auriculaire gauche plus nets dans les rétrécissements mitraux et les maladies mitrales que dans les insuffisances mitrales isolées.

D'autre part, comme tous les syndromes d'insuffisance cardiaque, le syndrome d'insuffisance auriculaire gauche peut reconnaître une étiologie *mécanique* ou une étiologie *inflammatoire*. L'étiologie est mécanique quand il s'agit d'une cardiopathie mitrale cicatricielle dans laquelle l'oreillette gauche depuis longtemps surmenée vient à fléchir. Mais bien souvent c'est à propos d'un petit incident inflammatoire que l'insuffisance auriculaire gauche va se déclencher : enfin il se peut que ce soit la maladie de Bouillaud elle-même qui fournisse l'appoint inflammatoire occasionnant la défaillance de l'oreillette : mon maître Nobécourt et moi avons publié en 1926 un cas typique de rhumatisme cardiaque évolutif avec insuffisance auriculaire gauche chez une fille de 10 ans (1).

* * *

Comme je l'ai dit plus haut, le syndrome d'insuffisance auriculaire gauche comporte trois éléments fondamentaux : les signes fonctionnels et physiques directs d'augmentation de volume de l'oreillette; les signes pulmonaires, et l'arythmie.

* * *

La médecine possède un bon signe de *distension de l'oreillette gauche* : signe assez peu fréquent il est vrai, mais qui a, quand une observation clinique soigneuse permet d'en affirmer la réalité, une valeur diagnostique indéniable ; c'est le *point de côté auriculaire* décrit par MM. Vaquez et Vilbonnet. Ce point douloureux est situé dans l'espace inter-scapulo-vertébral gauche, à la hauteur des sixièmes et septièmes vertèbres dorsales.

Dans des cas exceptionnels il a existé, en outre, un point douloureux symétrique à droite. Ce fait a soulevé beaucoup de discussions et d'interprétations compliquées : on a recouru pour en éclairer la pathogénie à la rotation du cœur mitral affirmée par MM. Libensky et Mentl : le ventricule droit augmenté de volume repousserait le ventricule gauche vers l'arrière et conséquemment l'oreillette gauche vers l'arrière et relativement vers la droite. Mais, au moins en ce qui concerne l'explication du point auriculaire cette allégation est à rejeter, car on n'a aucune raison pour supposer une augmentation de volume du ventricule droit dans la période antérieure et cette augmentation existât-elle qu'il serait difficile d'admettre que le ventricule droit pût alors repousser le gauche, ni non plus en effacer la lumière. La possibilité de l'extension de la douleur auriculaire jusqu'à droite s'explique d'ailleurs beaucoup plus simplement depuis qu'on connaît bien la situation anatomique réelle de l'oreillette gauche.

Cette situation anatomique n'offre plus aucun mystère depuis la thèse de Braine. L'obliquité du cœur est telle que les cavités droites sont à droite et en avant de leurs homologues gauches et que les ventricules sont non seulement inférieurs, mais encore antérieurs à leurs oreillettes respectives. L'oreillette gauche se trouve donc être, comme le montrent bien les coupes de médiastin figurées dans la thèse de Braine, la plus postérieure de toutes les cavités cardiaques : elle occupe au-devant du rachis une position presque médiane : elle le déborde à gauche, mais peut, quand elle grossit, tendre à le déborder aussi à droite.

Ceci fixé, nous comprendrons quels sont les signes physiques de l'augmentation de volume de l'oreillette gauche. La *percussion de l'oreillette en arrière* est connue depuis Gerne, qui l'a décrite en 1895 ; elle prend un caractère particulièrement intéressant quand c'est précisément dans l'aire mate que la percussion révèle ou exaspère la douleur.

La radioscopie, en position oblique antérieure gauche montre l'*effilement ou le comblement de l'espace prévertébral* par l'ombre de l'oreillette.

Aucun des bords de l'image percussionnelle antérieure du cœur ni de l'orthodiagramme de ce viscère ne contient de contour qui réponde à l'oreillette gauche. Mais selon Bordet, dans ses plus grosses augmentations de volume

(1) Nobécourt et Pichon. — *Archives de médecine des enfants*, t. XXVIII, n° 8 août 1925.

l'oreillette gauche peut apparaître dans l'orthodiagramme au bord droit, au-dessus de l'oreillette droite ; j'en ai donné tout à l'heure l'explication anatomique.

Dans un certain nombre de cas cliniques le point de côté auriculaire, en l'absence de tout signe pulmonaire et de trouble du rythme cardiaque peut être le seul signe d'une défaillance de l'oreillette gauche.

Inversement, fréquentes sont les défaillances auriculaires gauches qui évoluent sans point de côté auriculaire. Je crois avoir donné tout à l'heure la clef de ce contraste quand j'ai dit que le point de côté Vaquez-Vilbonnet était un signe de *distension* ; il faut entendre par là qu'il indique une insuffisance auriculaire, qui peut certes n'être pas très intense, mais qui a pour caractère essentiel d'être apparue rapidement : c'est pour quoi on le rencontre surtout dans les dyspragies cardiaques d'origine inflammatoire des petites poussées évolutives de maladie de Bouillaud.

* * *

Les *syndromes pulmonaires* traduisant l'insuffisance de l'oreillette gauche sont assez variés.

Le plus frappant d'entre eux c'est l'*inondation séro-albumineuse aiguë* des poumons, qui porte classiquement, à tort selon Ribierre et moi, le nom d'œdème pulmonaire aigu. Expérimentalement, c'est Sahli qui a montré qu'on pouvait provoquer de l'œdème pulmonaire aigu par pincement de l'oreillette gauche, chez des chats et chez des lapins. Cliniquement l'œdème pulmonaire aigu est connu depuis longtemps, comme un accident gravido-cardiaque des cardiopathies mitrales : les thèses de Vinay (1894), de Pouliot (1904), de Laënnec (1930), l'ont étudié. Mais l'œdème pulmonaire aigu par insuffisance auriculaire gauche existe aussi en dehors de la gravidité. M. Gallavardin, à Lyon, MM. Saloz et Frommel, à Genève, l'ont étudié. A Paris, il a surtout attiré l'attention de M. Lian et celle de mon maître Ribierre. Ce dernier a fait faire sur ce sujet deux thèses par deux de ses élèves : celles d'Oblin et de Rouchon. Ce n'est pas ici le lieu de décrire encore une fois la symptomatologie de l'inondation séro-albumineuse aiguë, qui est en bonne place dans tous les traités classiques. Ce qu'il importe de noter c'est que l'œdème pulmonaire aigu appartient à des insuffisances auriculaires gauches très intenses, mais aussi très rapides. Il faut en effet que le surcroît de distension de l'oreillette gauche ait été brusque et que le ventricule droit ait conservé une suffisante vigueur pour que la crise aiguë d'inondation séro-albumineuse ait pu se produire. Que si l'oreillette est déjà dans un état de dilatatation chronique à ne plus permettre un grand surcroît, le syndrome d'œdème aigu ne pourra plus apparaître. Cette considération n'est pas purement théorique, puisque M. Doumer a signalé des cas où la grossesse, en fatiguant davantage le cœur, empêchait l'apparition d'accès d'œdème aigu antérieurement assez fréquents.

Dans les formes les plus légères d'insuffisance auriculaire aiguë, ce que l'on voit, ce n'est pas la grande inondation séro-albumineuse aiguë, mais de *petites manifestations aiguës* beaucoup plus frustes, consistant en un peu de dyspnée et quelques crachats muqueux rosés. Il n'est pas exceptionnel qu'il y ait une petite part angoreuse ou sub-angoreuse au cours de ces petites manifestations. A propos de l'angor de décubitus par insuffisance ventriculaire gauche, M. Vaquez a attribué la douleur à l'excitation de certaines origines sensitives du nerf de Cyon ; mais dans l'oreillette comme dans le ventricule il peut y avoir de ces origines sensitives. De fait, M. Magniel signale dans les insuffisances auriculaires gauches « l'apparition d'une douleur angoissante et irradiée » ; on trouvera plusieurs observations de ce genre dans la thèse de M. Rouchon.

Les petites manifestations aiguës dont nous parlions ici annoncent souvent les plus grandes. Cette notion permet de modifier la formule de Peter : il n'y aura pas lieu d'interdire le mariage et la grossesse à toutes les jeunes filles atteintes de rétrécissement mitral, mais à celles qui auront présenté des signes si petits fussent-ils d'insuffisance auriculaire, tels par exemple que de petits moments d'essoufflement avec quelques crachats mousseux, car celles-là seront menacées d'inondation séro-albumineuse des poumons si elles deviennent grosses.

On peut enfin rattacher à l'insuffisance de l'oreillette gauche un troisième ordre de syndromes pulmonaires qui, eux, correspondent aux dilatations chroniques de la cavité cardiaque en question. Les malades présentent alors des aires pulmonaires qui spontanément ne se dégagent jamais tout à fait des râles sous-crépitants plus ou moins fins qui les occupent. Souvent l'image radiologique montre alors dans les poumons des ombres multiples qui peuvent à première vue en imposer pour de la tuberculose, c'est à des cas de ce genre que ressortissent beaucoup des *syndromes pseudo-tuberculeux* décrits autrefois par M. V. Hutinel. Une étude plus attentive de l'image radiologique montre que ces ombres affectent en réalité la forme générale d'un éventail rayonnant du hile. Il s'agit de veines pulmonaires gorgées de sang ; et l'on est frappé de voir ces ombres pulmonaires si impressionnantes disparaître au moins temporairement par un traitement tonicardiaque. Contrairement aux syndrome aigus que nous avons étudiés ci-dessus, ces syndromes pulmonaires de dilatation auriculaire gauche confirmée peuvent s'accompagner d'arythmie ; il en était ainsi dans le cas que j'ai publié avec mon maître Nobécourt.

Du point de vue anatomo-pathologique, ces syndromes pulmonaires permanents apparaissent surtout comme un mélange de *congestion passive* et d'*envahissement séro-albumineux* des alvéoles. Rien là que de banal. Dans certains cas néanmoins, on rencontre une lésion plus intéressante, l'*infarctus festonné type Renaut*. C'est un infarctus qui n'est consécutif à aucune oblitération artérielle, ni thrombotique, ni embolique, mais bien à des ruptures vasculaires dans le domaine des veines pulmonaires du fait de la surtension passive de ces vaisseaux. Ces infarctus sont diffus, ils siègent aussi bien au centre d'un lobe que sur ses confins, leurs contours ne sont pas régulièrement pyramidaux mais irréguliers. A la coupe ils sont humides et de couleur moins foncée que les infarctus thrombotiques ou emboliques banaux.

* * *

C'est seulement à son degré le plus accusé que l'*arythmie* d'origine auriculaire devient sensible au pouls. C'est l'étude électro-cardiographique, qui en révèle tous les stades. Le premier de ces stades c'est le *flutter*, encore appelé tachysystolie auriculaire, qui se caractérise par une augmentation de la fréquence des P et l'apparition régulière d'un complexe ventriculaire après un même nombre de P de la façon que voici : PPP R PPP R PPP R PPP R. Puis vient le *flutter irrégulier*, dans lequel le nombre de P entre les R n'est pas toujours le même. Dans le troisième stade ou *fibrillo-flutter*, certains groupes de P sont remplacés par des lignes d'ondulations minimes. Dans le dernier stade enfin, qui s'appelle la *fibrillation auriculaire*, il n'y a plus de P du tout mais seulement ces ondulations minimes.

On sait que pour les classiques le myocarde des oreillettes et celui des ventricules, qui ont chacun leur individualité, sont unis par un faisceau fondamental, représentant du tube cardiaque primitif, et qui comprend de haut en bas le nœud de Keith et Flack annexé au sinus veineux : le nœud de Tawara ou centre septal, et le faisceau de His avec ses branches terminées par les fibres de Purkinje. Né rythmiquement dans le centre sinusal de Keith et Flack, le stimulus descend le long du faisceau fondamental et les cavités se contractent au fur et à mesure que ce stimulus leur arrive. Selon ces auteurs, dans le flutter, les contractions initiales du sinus sont affaiblies parce qu'excessivement fréquentes ; le nœud de

Tawara fait office de filtre en même temps que d'accumulateur, d'où la production d'un R à intervalle régulier d'abord, puis irrégulier quand le trouble augmente. Au degré extrême, celui de fibrillation auriculaire, il n'y a plus du tout de contraction globale des oreillettes, mais de petites trémulations provenant de fibres en voie d'atrophie ; ces fibres sont surexcitables : après leur contraction la période réfractaire est raccourcie, de sorte que la contraction de l'une d'elles se transmet aussi bien en amont qu'en aval : selon l'expression de Mines et Garrey, le stimulus tourne fou dans les oreillettes avant de trouver son chemin normal.

Si elle convient aux cas simples, cette théorie classique offre des difficultés pour expliquer certains types plus rares d'arythmie, c'est pour cette raison qu'a été créée la théorie de Géraudel. Cet auteur fait remarquer qu'anatomiquement l'on a jamais mis nettement en évidence la partie hypothétique du faisceau fondamental qui réunirait le nœud de Keith et Flack au nœud de Tawara. Pour lui, il y a à considérer deux systèmes distincts, d'une part le cardionecteur sinu-auriculaire représenté par le nœud de Keith et Flack, d'autre part le cardionecteur septal ou atrio-ventriculaire, constitué par le nœud de Tawara, le faisceau de His et les fibres de Purkinje. Chacun de ces cardionecteurs joue en somme le rôle d'une plaque motrice ; mais par leurs variations de conductilité, ils transforment un influx nerveux probablement continu en un stimulus rythmé. Ces variations de conductilité dépendant en grande partie du cycle hématique, on peut dire que, toutes choses saines d'ailleurs, le cœur se règle lui-même. Dans cette théorie, le rythme sinusal et le rythme septal dépendent certes de causes analogues, mais le septal ne dépend pas du sinusal. Quant aux arythmies, suivant Géraudel elles sont dues soit à des troubles dans l'*irrigation* du cardionecteur (lésions ou spasmes artériolaires par exemple), soit à des troubles de la *tension du sang* dans les cavités cardiaques correspondantes, troubles auxquels l'élément nervo-moteur réagira par réflexe. Si l'on admet la théorie de Géraudel, on arrive à comprendre comment l'arythmie complète peut, sans aucune lésion du faisceau fondamental, être le signe de la *fatigue fonctionnelle de l'oreillette gauche*, fait qui s'expliquerait mal dans la théorie classique.

∴

Pour être complet, signalons un symptôme infiniment plus rare, et qui ne paraît pas toujours rattachable à l'insuffisance de l'oreillette gauche : nous voulons parler de la *paralysie récurrentielle* gauche des cardiopathes, décrite par Ortner en 1897. Cet auteur l'avait rapportée à une compression du nerf récurrent par l'oreillette gauche augmentée de volume. M. Lian et son élève Marcorelles ne croient cette compression possible que si l'oreillette contient des caillots durs, mais selon eux le signe d'Ortner est plus souvent dû à de la médiastinite chronique. MM. Fetterholf et Norris l'imputent à la compression du récurrent par l'artère pulmonaire dilatée. M. Kraus à l'élongation de ce nerf par la rotation du cœur mitral.

***

Au terme de cette étude nous devons retenir que, cliniquement, dans les atteintes tant cicatricielles qu'inflammatoires de la valvule mitrale et dans les cardiopathies retentissant secondairement sur cette valvule, peut survenir un syndrome sémiologiquement caractérisé par un point de côté auriculaire, des symptômes pulmonaires et une arythmie d'un certain type, syndrome pathogéniquement rattachable à l'insuffisance auriculaire gauche.

Dans ces syndromes, la *digitale* a quelquefois, mais inconstamment, une bonne action sur les tachysystolies auriculaires ; quand dominent les syndromes pulmonaires elle ne donne pas toujours les résultats attendus. Néanmoins il ne faut pas se priver d'employer cette arme. La *quinidine* jugule les manifestations auriculaires d'arythmie, mais le difficile est de la cesser, car elles reprennent souvent dès qu'on l'arrête. La *quinine*, dont les résultats sont moins brillants mais quelquefois plus durables, peut être utile pour continuer les effets de la quinidine. La *belladone* qu'employait volontiers mon maître Ribierre, rend souvent de grands services dans ces syndromes : son association à la quinine est particulièrement recommandable. Il faudra enfin ne pas se priver à l'occasion d'employer les médications symptomatiques s'adressant aux poumons, au premier rang desquelles il faut citer ici les ventousses scarifiées et la poudre de Dover.

THÉRAPEUTIQUE

Les principes directeurs dans l'application de la méthode de Sicard pour le traitement des varices

Par L. GAUGIER

La méthode de Sicard pour le traitement des varices a rapidement conquis la faveur des médecins de tous les pays. Elle prend chaque jour une plus grande extension. Sa vogue s'explique aisément si l'on tient compte de la facilité du mode opératoire et des résultats rapides qu'elle donne, cela sans aucun danger lorsqu'elle est appliquée correctement.

Toutefois il est nécessaire, dans l'exécution de cette méthode, de ne pas perdre de vue certains principes fondamentaux, si l'on veut éviter des incidents et obtenir de la méthode de Sicard tout ce qu'elle peut donner.

C'est en 1916 que le Professeur Sicard découvre la méthode sclérosante. En 1919 il commence à appliquer ce traitement à l'hôpital Necker avec ses collaborateurs Haguenau, Paraf, Forestier, Lermoyez. Pendant tout le temps qu'a duré notre collaboration avec notre regretté Maître, nous nous sommes efforcés suivant ses directives de simplifier le plus possible la méthode sclérosante, de façon à la rendre accessible à tous les médecins praticiens rompus aux injections intra-veineuses.

Cependant pour éviter les incidents la méthode de Sicard, d'exécution simple et facile, demande la connaissance très nette de certains principes directeurs que nous allons mettre en évidence.

Ces principes fondamentaux sont la synthèse d'une observation méthodiquement poursuivie depuis 1919, ils sont basés sur l'étude de plusieurs dizaines de milliers de variqueux. C'est en suivant ces règles fondamentales que nous avons pu faire avec le Professeur Sicard et ses collaborateurs un nombre considérable d'injections, sans avoir jamais observé d'incidents notables ou d'accident.

Avant de pratiquer les injections sclérosantes chez les variqueux un principe essentiel s'impose : il faut examiner avec soin les candidats aux injections, afin d'éliminer ceux d'entre eux qui présentent des contre-indications, tirées de l'état général ou local.

Depuis 1926 (1) nous avons insisté avec notre regretté Maître sur la nécessité de soumettre les variqueux à un examen médical complet, avant de commencer le traitement sclérosant. Cette notion de l'examen préalable est très importante en pratique, et nous ne saurions trop insister sur la nécessité de soumettre tous les variqueux

(1) SICARD et GAUGIER. — Le traitement des varices, 1re édit., 1927, Masson et Cie, éditeurs.

à un examen méthodique. Nous ajoutions avec le Professeur Sicard (1) « Nous sommes persuadés que c'est grâce à l'examen de chacun de nos malades que nous avons pu pratiquer un nombre considérable d'injections sclérosantes sans avoir eu à noter un seul incident grave ».

Cet examen préalable permet d'éliminer les malades présentant un mauvais état général : les hypertendus, les cardiaques, les albuminuriques, les glycosuriques. C'est dire qu'il faut prendre la tension artérielle et qu'il est nécessaire d'examiner les urines avant de soumettre les malades au traitement sclérosant.

Nous ajouterons qu'il convient de ne pas pratiquer d'injections aux femmes en état de grossesse ou aux malades atteintes de fibrome volumineux.

L'interrogatoire, l'examen méthodique permettront d'éliminer les malades atteints d'affections que nous considérons comme des contre-indications locales au traitement. La plus fréquente est la phlébite profonde. Nous avons considéré avec le Professeur Sicard (2), que dans les cas de phlébite profonde, même de date ancienne, mieux valait s'abstenir, et nous avons conseillé aux médecins débutants ou aux praticiens faisant peu d'injections sclérosantes, de ne pas pratiquer de piqûres sur un membre inférieur variqueux qui aurait été le siège d'une phlébite profonde. Cela par mesure de prudence, car nous avons remarqué avec le Professeur Sicard, que lorsque nous avions à noter des incidents, nous les observions dans cette catégorie de malades. Toutefois cette règle n'est pas absolue. Nous avons nous-même, ainsi que d'autres médecins spécialisés dans ces injections, appliqué, avec de bons résultats, la méthode de Sicard chez certains phlébitiques. Nous avons avec notre regretté Maître indiqué une règle à ce sujet : «*on peut accepter exceptionnellement de traiter quelques varices inesthétiques dans les cas de phlébite profonde remontant à plusieurs années, lorsque la circulation profonde n'a été qu'en partie oblitérée* (absence *complète* d'œdème du membre inférieur). Mais il est nécessaire d'agir avec circonspection et de s'assurer par l'épreuve du lien de Delbet, que les veines profondes sont en bon état de perméabilité.»

Ainsi donc par mesure de prudence nous conseillons aux médecins n'ayant pas une très grande habitude de la méthode de Sicard, de s'abstenir de traiter les variqueux, anciens phlébitiques profonds ; mais de tels malades peuvent être traités par les médecins spécialisés sous leur responsabilité.

A côté de la phlébite profonde il existe une deuxième contre-indication, tirée de l'état local : c'est l'artérite. Qu'il s'agisse d'une artérite oblitérante, sénile ou syphilitique, ou que l'on ait à faire à un malade atteint de la maladie de Burger, les injections sclérosantes précipiteraient l'évolution du sphacèle. A vrai dire, de telles affections sont faciles à éliminer, car il existe au moment de la marche, des douleurs, des crampes qui obligent les malades à s'arrêter : c'est l'opposé des variqueux qui souffrent dans la station debout et sont soulagés par la marche. D'ailleurs en cas de doute il existe un moyen bien simple d'étudier la perméabilité des artères : c'est de mettre un brassard de Pachon au-dessus de la cheville du variqueux et de rechercher la valeur de l'indice oscillométrique : dans le cas d'artérite cet indice est nul ou à peu près nul.

Ainsi donc, il convient, avant d'appliquer la méthode de Sicard, 1° de faire un examen complet de l'état général du variqueux, 2° d'éliminer les malades présentant de l'artérite, 3° de refuser les injections aux malades atteints de phlébite profonde, ou en tous cas de les traiter avec beaucoup de prudence.

* * *

Une fois le malade reconnu apte à bénéficier de la méthode de Sicard, on peut procéder aux injections. Ici il convient de se souvenir de trois grands principes directeurs.

Au moment de pratiquer la première injection, il ne faut pas perdre de vue qu'il existe des veines particulièrement sensibles aux injections sclérosantes. Aussi convient-il de tâter la susceptibilité veineuse (1) du sujet par une première piqûre à faible dose. Depuis bien longtemps en effet, la pratique des injections sclérosantes nous avait montré que certaines veines sont très sensibles, même à des injections de faible concentration. A l'opposé de ces cas, nous rencontrions des veines dans lesquelles il fallait redoubler les doses et augmenter les concentrations pour obtenir le déclenchement du processus d'oblitération. Ces faits nous ont conduit à mettre en évidence un facteur variable avec chaque variqueux et très important à bien connaître : c'est la fragilité veineuse.

Rien ne permet, au simple aspect extérieur, de distinguer une varice fragile d'une autre qui ne l'est pas. C'est ce qui fait que dans tous les cas, il convient de tâter par une première piqûre d'essai, la susceptibilité veineuse des malades soumis au traitement sclérosant. Nous avons conseillé de ne pas dépasser dans cette première piqûre deux centimètres cubes de salicylate de soude à 20 % ou un demi-centimètre cube de quinine uréthane à 10 %. Une fois cette première piqûre faite, et suivant la façon dont les veines du malade auront réagi, il conviendra d'appliquer le traitement régulier des injections bi-hebdomadaires. Il faut d'ailleurs, augmenter assez rapidement les doses, de façon à brusquer l'irritation de l'endothélium veineux. Les petites doses trop souvent répétées, finissent par durcir et scléroser les parois de la veine, sans oblitérer celle-ci. Les veines ainsi accoutumées aux injections, offrent une grande résistance ultérieure aux liquides sclérosants, même lorsqu'ils sont employés à des taux très concentrés.

La solution une fois choisie, le deuxième point capital est de pratiquer les injections strictement intra-veineuses. Cette condition est essentielle et permet à coup sûr d'éviter les escarres. Il est facile d'éviter l'injection sclérosante à côté de la veine lorsque l'on emploie le salicylate de soude. Il provoque, en effet, une douleur cuisante extrêmement vive en cas d'erreur d'aiguillage. C'est là un des grands avantages du salicylate de soude. Par contre, lorsqu'on utilise la quinine, la douleur, dans le cas d'une injection périveineuse, est moins vive et de durée beaucoup moindre, les douleurs ne deviennent vives que les jours suivants. Aussi lorsque l'on a fixé son choix sur la quinine comme produit sclérosant, faut-il être très attentif au moment où l'on pousse l'injection. L'avantage de la quinine consiste surtout en ce qu'elle ne donne pas de crampe au moment de l'injection.

Les injections sclérosantes doivent être pratiquées lorsque le sujet est couché. Dans cette position l'injection poussée dans une veine à peu près vide de sang agit plus activement sur l'endothélium veineux et, d'autre part, on évite ainsi le reflux par l'orifice de ponction d'une partie du liquide sclérosant dans le tissu cellulaire sous-cutané. Mais il est certain que l'injection est plus difficile à réussir chez un variqueux couché, puisque dans cette position les veines sont affaissées. Aussi lorsqu'on a peu d'expérience de la méthode de Sicard est-il préférable, pour être sûr, de pratiquer strictement l'injection intra-veineuse, d'injecter les varices des malades assis, les jambes pendantes.

Le troisième principe à ne pas oublier au moment de l'application de la méthode de Sicard consiste à laisser, immédiatement après les injections, le malade au repos complet, dans une résolution musculaire la plus absolue. Ce n'est qu'après six à dix minutes de repos que le malade peut retourner à son travail et reprendre ses occupa-

(1) Sicard et Gaugier. — Le traitement des varices. *La Presse médicale*, juin 1926.
(2) Sicard et Gaugier. — Le traitement des varices. 1re édit., 1927, Masson et Cie, éditeurs.

(1) L. Gaugier. — La notion de fragilité veineuse. *Presse médicale*, mai 1929.

tions (1). Cette précaution de laisser le malade au repos complet une dizaine de minutes après la séance d'injections permet de localiser l'effet sclérosant dans le département veineux superficiel. Les douleurs, les crampes survenant les jours qui suivent les injections et les œdèmes persistants sont la preuve d'un passage du liquide sclérosant dans le département veineux profond. Le regretté Professeur Sicard insistait beaucoup sur ce fait, qu'il avait vérifié à plusieurs reprises avec Gally et Contremoulin sous l'écran radioscopique, ou grâce aux radiographies stéréoscopiques faites en série.

Ainsi donc, au moment des injections il convient, après avoir tâté la susceptibilité des veines du malade par une injection d'essai, de pratiquer strictement les injections intra-veineuses, et de laisser le malade au repos une dizaine de minutes avant de l'autoriser à reprendre sa vie normale.

***

Nous ne voulons pas terminer cet article sans dire un mot des produits sclérosants à employer. Deux d'entre eux occupent la première place en France : le salicylate de soude et la quinine. Deux autres viennent ensuite : les solutions sucrées employées en Autriche et en Allemagne, le morrhuate de soude en Angleterre.

En France la faveur des médecins va au salicylate de soude et à la quinine.

Le salicylate est doux dans son action et dans ses effets ; il serait excellent s'il n'avait l'inconvénient de déclancher une crampe au moment de l'injection. Il est employé aux doses de 20, 30 et 40 %.

La quinine utilisée sous forme de quinine-uréthane à 10 et à 15 % est peut-être un peu plus brutale que le salicylate, mais elle ne donne pas de crampe au moment des injections.

Les solutions de glucose d'abord injectées aux doses de 100 % par les auteurs allemands et autrichiens, puis 50 % sont employées aux doses de 66 % par Rochard, de Nice (2). Ce produit est un sclérosant doux, ne donnant pas de crampes : mais il est un point délicat qu'il faut se rappeler, c'est qu'il est nécessaire d'employer avec ce produit des solutions parfaitement stérilisées.

Le morrhuate de soude à 5 ou 10 %, préconisé par les auteurs anglais Higgins et Kittel, est un excellent sclérosant dont les effets sont comparables à ceux de la quinine.

Les varices, quels que soient leur forme, leur calibre et le terrain sur lequel elles évoluent, réagissant à peu près également aux sclérosants employés suivant les doses que nous avons indiquées. Il n'y a pas d'indications spéciales à un produit en face de telles ou de telles varices. Le choix entre ces produits ne dépend pas des varices, mais il est uniquement fonction de l'habitude de l'opérateur. Il est, d'ailleurs, possible de passer, à quelques jours d'intervalle, d'un sclérosant à un autre sclérosant.

Lorsque ces quatre principes fondamentaux de la méthode de Sicard, sont appliqués, les injections sclérosantes sont d'une innocuité absolue. Nous avons pu avec le Professeur Sicard pratiquer plusieurs centaines de milliers d'injections, sans avoir à noter d'accident.

(1) Dans les cas où il s'agit de varices assez volumineuses on peut appliquer aux malades, aussitôt après l'injection une bande élastique caoutchoutée qui diminue ou atténue les douleurs consécutives aux injections.

(2) *Le Monde Médical*, 6 février 1931.

GRANCHER. — « ..... Grand, mince, l'air distingué « un peu trop grand Seigneur » disaient certains, il se présentait avec un air de majesté froide qui en imposait. La physionomie était expressive avec ses méplats accentués, le front découvert et encore élargi par la calvitie complète, la moustache taillée court (bien avant la mode !) la barbe rare et en pointe. Il portait haut la tête, ce qui joint à sa froideur lui donnait l'allure un peu hautaine... ». (Dr Pierre MAUREL. Notes et souvenirs. *Le Concours médical*, 7 juin 1931.)

PSYCHIATRIE

Médecin d'hôpital et médecin d'asile

Dr A. RODIET
Médecin de l'asile de Ville-Evrard

L'opinion publique assimile les deux titres de médecin des hôpitaux et de médecin des asiles.

C'est, qu'en effet, entre les deux professions il y a de nombreuses analogies. Tout d'abord, les uns et les autres, et c'est là ce qui les distingue des praticiens de la clientèle, ont passé des concours.

Il est vrai qu'on a toujours prétendu que les concours étaient l'école de l'habileté, de l'arrivisme et du favoritisme. Cependant aussi bien en science, qu'en lettres et en médecine, tous les maîtres qui ont acquis une place enviée et une notoriété indiscutable, ont commencé leur carrière par un concours. C'est grâce aux épreuves qui s'affrontent entre jeunes hommes poursuivant la même carrière et grâce à ses succès dans ces épreuves, que l'étudiant devient plus tard le « primus interpares » et s'affirme un maître parmi les hommes de sa génération.

Quelles sont les qualités indispensables pour réussir dans un concours ? Le fait seul de se présenter démontre le goût du travail et le choix d'une situation qui n'est pas accessible à tous. Passer un concours, cela suppose d'abord l'intelligence, avec la conscience d'un but difficile à atteindre, et surtout la volonté « d'arriver », c'est-à-dire de se distinguer et de s'élever. La poursuite des épreuves du concours nécessite encore de la ténacité, c'est-à-dire de la persévérance dans l'effort et de la maîtrise de soi.

Nombreux sont les candidats qui accomplissent l'effort nécessaire pour préparer les épreuves, se font inscrire sur la liste des candidats, et qui, au moment de composer à l'écrit, ou d'exposer la question, à l'oral, se découragent, reculent devant le thème à développer, et, selon une expression qui dépeint l'acte « filent » sans regarder en arrière, et s'éclipsent sans réfléchir davantage au succès possible. La question, ils la savent peut-être aussi bien que les autres concurrents. Avec un peu plus d'énergie, et une moindre émotivité, ils auraient pu rassembler leurs idées et leurs connaissances, exposer le sujet et le développer, mais, à cause de leur aboulie et de leur manque de sang-froid, ils préfèrent tout lâcher. Ce sont des faibles, et il est juste qu'ils laissent la place à d'autres, mieux doués pour la lutte.

En réalité, toutes les qualités intellectuelles et morales nécessaires pour arriver aux concours, se résument dans un vieil axiome : 1° savoir ; 2° savoir dire : 3° savoir faire.

Il n'est pas douteux que le candidat ignorant, quelle que soit son audace, n'arrivera pas. Ses épreuves insuffisantes indisposeront les juges les plus indulgents, et il ne sera pas soutenu par le jury le mieux disposé à son égard.

« *Savoir dire* ». Bien présenter sa question ; démontrer qu'on sait exposer ses idées, les classer, les coordonner est une autre qualité indispensable, et qui suppose un entraînement judicieux.

« *Savoir faire* » enfin, c'est-à-dire se présenter correctement, montrer « qu'on se possède », et que, par sa tenue, et même son aspect physique, on n'est pas indigne de la place convoitée, c'est là aussi un mérite qui n'est pas accordé à tous les candidats. J'ai gardé le souvenir de la présentation à un examen d'un camarade travailleur et consciencieux qui, passant un concours, fut tellement troublé qu'il ne put s'asseoir et s'effondra sous la table, devant ses juges en renversant sa chaise, avant même de commencer la question. Lorsque sa tête ébouriffée et ahurie émergea

BIBLIOGRAPHIE

Ce qu'il faut connaître de la Belgique, par Paul BLANCHART. Un volume petit in-8 sur papier d'Alfa ; broché **8** fr., cartonné 11 fr. BOIVIN et Cie, ÉDITEURS, 5 rue Palatine; Paris 6e.

Condenser en 160 pages, l'histoire d'un petit pays mais d'un grand peuple, donner un aperçu des qualités, des droits, d'une nation éprise avant tout de liberté et de justice, étudier l'âme belge dans ses manifestations diverses en face des réalités de la vie sociale et politique, retenir en elle ce qu'elle possède de sainement pratique, dégager de ses réactions au cours des siècles ce qu'elle renferme d'aspirations vers l'art, vers le beau, vers l'harmonie, voilà ce qu'a entrepris et mené à bonne fin, avec bonheur, M. Paul Blanchart, auteur de ce petit livre.

Tout vrai Français souhaitera de le lire. Le récit de la naissance, du développement, puis de l'existence de la Belgique, à travers souffrances, espoirs, luttes intestines, aspirations, n'est, en effet, rien d'autre pour nos âmes que le prolongement de notre épopée nationale.

Talleyrand (1754-1838,) par G. LACOUR-GAYET. Un vol. in 8 de la Bibliothèque Historique, avec 11 gravures hors texte : 40 fr. 100 exemplaires sur pur fil Lafuma : 80 fr. Payot, 106, Boulevard Saint-Germain, Paris.

« Talleyrand est un philosophe, mais dont la philosophie sait s'arrêter à propos. » (NAPOLÉON)

« Ce que j'ai toujours voulu être : l'homme de la France. »
(TALLEYRAND)

Après le Talleyrand de la Révolution et le Talleyrand du Directoire, du Consulat et de l'Empire, voici le Talleyrand de la Restauration et de la Monarchie de juillet (1815-1838). Le monument historique le plus consciencieux qui ait jamais été élevé — en toute impartialité — à la mémoire de l'immortel diplomate, est ainsi achevé.

C'est un grand ouvrage d'histoire, qui fait honneur à la science française. La vie de Talleyrand est exposée pour la première fois en entier, du règne de Louis XV au règne de Louis-Philippe, avec toute la rigueur de la méthode historique, toute l'impartialité de la science, tout l'art de la présentation, dans ces trois beaux volumes.

C'est d'abord la période 1754-1799 : le collège d'Harcourt, le séminaire de Saint-Sulpice, les années du « plaisir de vivre », l'évêché d'Autun, la Constituante, les voyages à Londres, le séjour aux Etats-Unis, le ministère des Relations extérieures avec Barras, les premiers rapports avec Bonaparte.

C'est ensuite la période 1799-1815, de Brumaire à Waterloo. Talleyrand et Napoléon sont face à face pendant seize ans. D'abord Talleyrand se dévoue corps et âme à l'œuvre du Grand Homme. Puis peu à peu il s'en éloigne, il joue un rôle équivoque jusqu'au jour où son habileté fit de lui le président du Gouvernement provisoire, c'est-à-dire l'homme qui, en des journées décisives, tint dans ses mains les destinées de la France. Son œuvre au Congrès de Vienne, une page célèbre de sa vie, clôt ce deuxième volume.

Enfin, aujourd'hui, avec le tome III et dernier, c'est la période de 1815-1838. Quinze années de la vie du prince étaient fort peu connues jusqu'ici de 1815 à 1830. Grâce à un grand nombre de documents inédits, qui proviennent soit des archives de M. le duc de Talleyrand, soit des archives de M. le duc de Broglie, la soudure est entièrement faite du Congrès de Vienne à l'ambassade de Londres. Après l'exposé diplomatique de la question belge, le lecteur accompagne le prince à Valençay dans sa vie de gentilhomme campagnard ; il le retrouve rue Saint-Florentin dans les derniers jours de sa prodigieuse existence, quand il se décide, quelques heures avant sa mort, à rentrer officiellement dans le sein de l'Eglise. Il y a là des pages d'un intérêt dramatique. Deux chapitres forment la conclusion : M. G. Lacour-Gayet, dans une synthèse de ses trois volumes, donne son jugement sur l'homme privé et sur l'homme public. Ainsi se termine le livre dont la lecture vaut le plus passionnant des romans et qui n'est cependant qu'un livre de vérité.

L'opinion unanime de la critique et des lecteurs a déjà placé l'ouvrage de M. G. Lacour-Gayet parmi les œuvres magistrales de l'école historique française ; la lecture du tome III ne fera que confirmer ce jugement.

La vie parisienne a l'époque romantique. — Salons et cénacles romantiques, par FUNCH BRENTANO. — Le centenaire de l'amour romantique, par Abel HERMANT. — L'esprit chez les romantiques, par Mme M. L. PAILLERON. — Les trois glorieuses, par Paul REYNAUD. — La vie de Bohème, par Paul REBOUX. — Le Paris des romantiques, par Henri BIDOU Un vol. in-8 de la Collection Ecu, avec 16 illustrations hors texte : 20 fr. PAYOT, 106, Boulevard Saint-Germain, Paris.

L'histoire anecdotique et documentaire de Paris intéresse toujours d'une façon particulière le public lettré. C'est au Musée Carnavalet que s'est réfugié tout le passé de La Vie parisienne et les conférences qui sont données chaque année dans ce cadre historique ont un succès grandissant.

Après les Grands Salons Littéraires, La Vie parisienne au XVIIIe siècle et Le théâtre à Paris au XVIIIe siècle paraît aujoud'hui la vie parisienne à l'époque romantique. C'est l'évocation de toute cette période, unique dans l'histoire des lettres des arts et du mouvement des idées, par les plus notables écrivains de l'heure présente : Salons et cénacles romantiques, par Funck Brentano. Le Centenaire de l'amour romantique, par Abel Hermant. L'esprit chez les Romantiques, par Mme M. L. Pailleron. Les trois glorieuses, par Paul Reynaud. La Vie de bohème, par Paul Reboux. Le Paris des Romantiques, par Henry Bidou.

Ce volume est illustré de 16 jolies gravures hors texte, choisies parmi les plus belles pièces de l'exposition du romantisme au Musée Carnavalet.

Fontaine de Jouvence par Eugène GUIDO LAMMER Traduit de l'allemand par Ch SÉNÉCHAL et E. GAILLARD Tome 1. — Un volume (20 × 15), de 212 pages avec 24 illustrations hors texte. — Prix : 30 fr. Tirage de luxe sur pur fil d'Arches, numéroté à 100 exemplaires, sans les photographies, avec un portrait de l'auteur en frontispice. — Prix 60 fr. Librairie DARDEL — Chambéry.

Sous le titre de Jungborn — Fontaine de Jouvence — le Professeur Eugène Guido Lammer a réuni des récits de courses, des essais, des articles de polémique ou de technique alpines que, au cours de sa longue carrière d'alpiniste solitaire, il avait publiés dans les périodiques alpins allemands et autrichiens. Ce livre qui, en quelques années, a vu s'épuiser trois éditions allemandes, peut certainement être classé parmi les chefs-d'œuvre de la littérature alpine, et son auteur parmi les plus grandes figures de l'alpinisme.

L'alpinisme de Guido Lammer a quelque chose de démoniaque, ou, si l'on préfère, d'olympien. Ce n'est pas un simple passe-temps, mais ce sont des travaux comme ceux qu'accomplissaient les héros de l'antiquité ou ceux de Wagner. Tels de ses récits donnent le frisson. Toutefois, ce n'est pas pour chercher la mort, mais pour la vaincre en l'évitant que Lammer augmente à plaisir les dangers, pourtant si grands déjà, de la montagne ; c'est parce qu'il aime la vie d'un amour intense et enthousiaste qu'il la veut riche de sensations rares et d'événements exceptionnels. En sorte que son livre, où la mort se trouve constamment évoquée, est en réalité, un hymne à la vie joyeux et puissant.

devant le jury, ce fut un fou-rire parmi les juges et les assistants. Reçu, il n'eut pas la cote d'amour qui résulte de cette indéfinissable sympathie qui s'établit entre le jury et le candidat sachant se présenter et se mettre en valeur.

Quant au favoritisme, il faut bien admettre qu'il existe et existera toujours, car les hommes seront toujours accessibles à la camaraderie, à l'amitié, et aux recommandations qui en découlent. Mais les concurrents, même les plus « pistonnés » n'ont aucune chance d'arriver, s'ils ne possèdent pas une valeur personnelle, et s'ils ignorent la science de la démontrer et de dominer leur nervosité. Nous connaissons, en effet, des intelligences d'élite qui se tiennent à l'écart des manifestations objectives que représente l'inscription à un concours. Ce sont presque toujours des timides qui n'osent pas affronter une épreuve publique ou bien des orgueilleux qui vivent dans leur tour d'ivoire, ou encore des égoïstes. Dans ce cas, ils travaillent pour eux-mêmes et acquièrent une science vaine, puisqu'ils la réservent pour leur propre satisfaction, sans désirer qu'elle serve à la société. Sont-ils sûrs, d'ailleurs de ne pas se tromper ? Leurs erreurs, s'ils en commettent, ne seraient-elles pas corrigées par l'appréciation et la discussion publiques, épreuve à laquelle doivent être soumises toutes les études littéraires et surtout scientifiques.

La comparaison, c'est là, en effet, l'avantage des concours, et ils sont nécessaires, les concours, entre les hommes d'une même profession, pour établir les valeurs et les échelles, et classer entre eux les individus en permettant à ceux qui ont des qualités supérieures de se hausser aux premières places et de s'y maintenir.

C'est, grâce à de nombreux concours, depuis l'externat des hôpitaux, jusqu'au médicat, en passant presque toujours par l'étape de chef de clinique, que les médecins des hôpitaux et les médecins des asiles, acquièrent une situation, qu'ils attendent parfois très longtemps. Sans doute, les uns et les autres sont spécialisés dans une branche différente de la médecine, mais leur formation intellectuelle est la même, et le but de leurs efforts ne diffère pas : soulager et guérir. On reproche, il est vrai, au médecin d'asile d'être un fonctionnaire, et par suite d'être moins indépendant que le médecin d'hôpital.

En salle de garde, en effet, un de nos thèmes favoris, lorsque nous conversions de l'avenir, était la comparaison entre les deux professions de médecin d'asile et de médecin de clientèle. Celui d'entre nous qui avait fait des remplacements à Paris ou à la campagne et voulait être médecin d'hôpital et de clientèle, vantait les satisfactions données par les soins et le traitement dans les maladies des enfants et la reconnaissance des familles. Il nous disait aussi les avantages d'une profession qui assure au médecin l'indépendance à l'égard des pouvoirs publics, et la considération qu'il mérite, lorsqu'il a su s'imposer à la clientèle. Tel autre qui était l'interne d'un maître, clinicien éminent dont l'existence s'était passée, en apôtre, au chevet des malades de l'esprit, plaçait au-dessus de tout la médecine mentale et la profession de médecin d'asile. Il nous représentait combien le psychiatre qui aime son métier et comprend son devoir, peut être utile à la société et élever sa fonction au-dessus des contingences politiques, judiciaires et autres. Il nous faisait l'éloge de ses maîtres, de leur dévouement, de leur patience inlassable et aussi de leur science, d'autant plus intéressante qu'elle s'adresse aux troubles de l'esprit. « Et puis, disait-il, tandis que le médecin de clientèle est « absorbé par les soucis de la vie matérielle et de la course « aux malades, le médecin d'asile a davantage le temps de « travailler à des études spéculatives et désintéressées, de « lire, de cultiver son esprit ».

Sans doute, mais aussi, combien est plus grande l'indépendance du médecin d'hôpital.

Trop souvent, en effet, le médecin d'asile est astreint à une sorte de déformation professionnelle qui en fait un fonctionnaire. C'est le résultat de sa profession, telle que l'ont comprise le législateur, les ministres et les préfets qui appliquent les lois. Bridé et garrotté par les réglements auxquels il doit se soumettre et par l'ambiance dans laquelle il vit, non seulement il est contrôlé, ce qui est légitime, mais il est, de par sa fonction, condamné à la suspicion des aliénés qui réclament leur liberté et de leurs familles, et il est aussi exposé à la défiance des hommes politiques, parce qu'il exige des améliorations en faveur de ses malades. Combien de fois ne l'entend-il pas, cette phrase, au cours de sa carrière : « Vos malades de l'esprit « ne sont pas intéressants ; à quoi bon faire pour eux des « sacrifices d'argent ? »

Ils ne sont plus électeurs, en effet, après l'internement, les aliénés et voilà pourquoi nos asiles se délabrent chaque jour davantage et pourquoi aussi peut être la réforme de la loi de 1838 est attendue depuis vingt ans, et chaque année remise sur le chantier. Et puis n'accuse-t-on pas encore le « médecin d'asile de voir des fous partout », et ne trouve-t-on pas, en province surtout, des préfets, des conseils généraux et des commissions de surveillance hostiles, par principe, à toutes les réformes proposées par les médecins, dans l'intérêt des malades, et souvent même dans l'intérêt du département ? Malgré ces luttes continuelles et ces déceptions de la carrière, très nombreux sont, cependant, les médecins d'asile qui, jusqu'à la fin de leur fonction, gardent l'amour de leur métier et le goût des recherches scientifiques. On en connaît qui, par leur travail, leur forte personnalité et la haute idée qu'ils se font de leur profession, ont su s'imposer partout où la destinée les a placés. C'est aussi qu'il leur a fallu, le plus souvent, contrairement au médecin d'hôpital, acquérir une expérience de la vie qui n'est pas toujours d'ordre médical. En province, lorsqu'il est directeur-médecin d'un asile départemental, on exige du praticien de multiples connaissances. Gérant d'un budget annuel qui atteint presque toujours plusieurs millions, le médecin est obligé de se révéler administrateur, agriculteur pour diriger la ferme et l'exploitation des terres, architecte, politicier, afin d'obtenir les crédits nécessaires à la bonne marche de son établissement.

C'est alors que ses concours passés et le sens clinique acquis à l'hôpital ne sont plus suffisants à la conduite de sa vie et à l'exercice de sa profession. Il est contraint de s'adonner à de multiples besognes qui démontrent son aptitude à commander, à diriger et à savoir prendre des responsabilités.

Ces besognes d'administrateur, le médecin d'hôpital a le droit de les ignorer, mais il a d'autres préoccupations qui dépendent de la clientèle, souvent ingrate et exigeante. S'il peut s'abstenir de relations obligées avec un préfet, une commission de surveillance, et un conseil général, il doit s'astreindre à ménager les confrères et les familles dont sa situation dépend. Par là, d'ailleurs, il se rapproche du médecin d'asile en contact permanent avec des familles d'aliénés qui l'exposent à des risques professionnels dangereux pour sa vie et sa situation. On m'objectera que le Dr Guignard tué par un malade, à sa sortie de l'Hôtel-Dieu, était médecin des hôpitaux, et aussi le Prof. Raviart, tout récemment meurtri dans son appartement à Lille. Et combien d'autres, parmi les médecins des hôpitaux qui sont frappés en dehors de leurs services par d'anciens clients !

L'aliéniste est, toutefois, plus exposé que le médecin d'hôpital, parce qu'il soigne des malades de l'esprit, d'autant plus qu'il ne peut pas toujours compter sur les parents de ses malades pour lui éviter un accident. Ce sont les visiteurs de l'aliéné qui, à Toulouse, avaient apporté à un malade le revolver avec lequel il a blessé le médecin. Dans tous les asiles, après les visites des familles, le jeudi et le dimanche, quand on fouille les malades visités, il n'est pas rare qu'on trouve dans leurs vêtements des instruments dangereux : ciseaux, rasoirs, couteaux, tranchets de cordonnier apportés par les parents, et qui servent aux malades d'armes contre le personnel.

Ces risques professionnels, le médecin d'hôpital ne les connaît pas, mais il est tout aussi exposé aux procès, en

cas d'erreur de diagnostic ou de traitement, procès intentés par les familles, conseillées par des hommes d'affaires, souvent plus intéressés que scrupuleux. Et les expertises ! Quelle responsabilité elles entraînent pour les uns comme pour les autres !

C'est pourquoi les deux fonctions : médecin d'hôpital et médecin d'asile exigent de ceux qui les exercent de multiples qualités nécessaires, à vrai dire, à tous les praticiens :

1° *La science*, c'est-à-dire la connaissance exacte et raisonnée de sa profession et les connaissances pratiques apprises par l'examen continuel et assidu des maladies et l'expérience que cet examen entraîne.

2° *Le jugement*, cette faculté intellectuelle qui compare et prononce sur la convenance et la disconvenance des idées, aussi bien que des actions ou opérations (s'il s'agit d'un chirurgien) qui résultent de cette comparaison.

3° *La conscience* qui n'est pas seulement le sens moral, grâce auquel nous distinguons le bien du mal, mais qui doit être comprise surtout dans le sens : notion du devoir et sentiment intime de la moralité des actes et de la responsabilité que ces actes entraînent.

4° *La fermeté du caractère*, c'est-à-dire la constance et l'énergie morale qui commandent la hardiesse et la vigueur dans l'expression et dans l'exécution des décisions prises, par opposition à la mollesse, à la faiblesse et à la pusillanimité, source de toutes les défaillances et de toutes les capitulations.

5° *L'autorité*, indispensable à tout chef de service qui est ce droit, ce pouvoir de diriger, de se faire obéir, droit et pouvoir qui dépendent de la puissance et de l'influence qu'on impose soi-même à son esprit, ses opinions et sa conduite, et qui entraîne la considération des subordonnés. L'autorité qu'on obtient sur autrui vient, en effet, de la supériorité du mérite et s'acquiert par l'expérience.

6° Enfin, *la maîtrise de soi* et le *sang-froid* qui sont l'empire qu'on acquiert sur soi-même, qualité aussi nécessaire au chirurgien ou au médecin d'hôpital qu'au médecin d'asile.

Mais aussi bien le médecin d'hôpital que le médecin d'asile est inférieur à sa fonction, s'il n'est pas un « chef » et mieux encore « un animateur ». On appelle ainsi ces hommes, toujours épris de nouveau, d'inédit, d'utopies même, qui réalisent, chaque jour, des recherches et des découvertes et ne cessent jamais de travailler, entraînant les autres à leur suite, par leur zèle inlassable et leur conviction dans les progrès de la science.

Cette haute idée de leur mission, les médecins des hôpitaux et les médecins des asiles l'ont acquise, depuis que la fonction existe. Si l'estime du public les honore, aussi bien les uns que les autres, c'est que les défaillances sont rares et que les générations se succèdent, en se transmettant comme le coureur antique, une lumière qui ne peut pas s'éteindre.

..... Nous pensons que l'on peut classer ainsi les différentes maladies qui se présentent à une clientèle ophtalmologique ordinaire :

Vices de réfraction	50 %
Chirurgie générale	10 %
Chirurgie spéciale	5 %
Dermatologie et syphiligraphie	11 %
Neuro-pathologie	8 %
Pathologie cardio-vasculaire et rénale	5 %
Rhinologie et stomatologie	4 %
Maladies infectieuses (tuberculose comprise)	3 %
Pathologie endocrinienne, diabète et autres causes diverses	4 %

(L. Dor. *Société d'ophtalmologie de Lyon*, 20 mars 1931.)

L'ophtalmologie est beaucoup moins chirurgicale que l'oto-rhino-laryngologie et tend à le devenir de moins en moins. (Aurand.)

CHRONIQUE

La médecine sud-américaine

Le médecin qui prétend concourir aux progrès de la science et de l'art médical se doit de savoir ce qui s'imprime à l'étranger sur l'objet de ses recherches.

Trop de gens croient que, seul, leur pays a le monopole de la science : l'espèce en est nombreuse en Allemagne, en Angleterre, aux Etats-Unis tout comme en France ; grâce à quoi, malgré un effort opiniâtre, bien des travailleurs ne « rendent » pas comme ils pourraient le faire s'ils étaient mieux renseignés (1). Car, encore une fois, pour œuvrer utilement, on ne peut pas (sauf exception) ignorer ce qui se fait ailleurs.

« Ailleurs » les circonstances ont été telles que l'on a pu serrer de plus près les difficultés d'un problème. Que j'aurais de plaisir à causer à bâton rompu avec un tel ou avec un tel, au delà de la plus proche frontière ou à l'autre bout du monde ! C'est un beau jeu que le jeu des idées, et c'est toute joie que d'échanger des idées avec ceux qui « s'excitent » sur un même sujet.

***

Mais il y a l'obstacle de la langue : parler ou, tout au moins lire toutes les langues qu'il faudrait est un don peu répandu

Aussi faut-il louer les savants et les éditeurs qui ont créé des collections régulières de publications destinées à internationaliser la pensée de leur pays : pour prendre un exemple, quelle admirable collection que les *Archives italiennes de Biologie* ! Les biologistes italiens qui, autour de Mosso, ont collaboré à cette revue ont eu la garantie qu'ils ne seraient pas frustrés de leur part de gloire ou de leur part de notoriété ; les biologistes étrangers qui lisaient cette publication de langue française ont pu reprendre l'effort là où leurs collègues italiens s'étaient arrêtés sans avoir à recommencer le chemin ardu ou, tout au moins, en le parcourant plus rapidement.

***

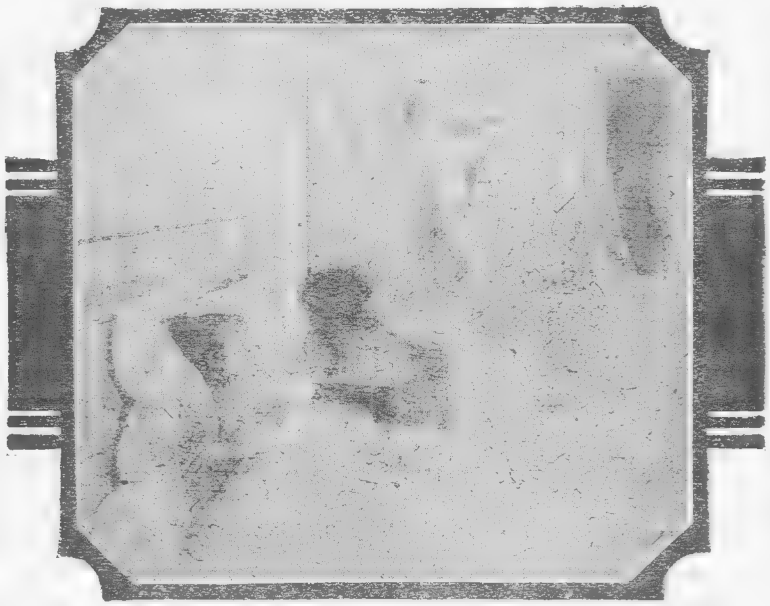
Si la différence des langues est un obstacle pour se documenter, cependant cet obstacle est moins marqué entre Latins. Quelle difficulté pourtant de s'en tirer. Aussi faut-il louer Joao Coelho d'avoir mis sur pied avec Talamon, avec Casalis, avec G. Masson, avec Amirault cette admirable *Revue sud-américaine de Médecine et de Chirurgie* qui a maintenant plus d'un an d'existence et que je voudrais dans ces quelques lignes rappeler aux lecteurs français.

Quoique rédigé hors de France, elle paraît à Paris et en langue française ; ce fait ne doit pas nous échapper, car il est un honneur pour notre langue et notre science médicale mais aussi comme une obligation.

En publiant les résultats de leurs travaux dans cette revue latine, les médecins et chirurgiens, les biologistes sud-américains ont trouvé sans doute profit à grouper et à unir leurs pensées. Mais nous, nous avons gagné de les mieux connaître. Chaque jour, au milieu des multiples publications qui submergent nos cabinets de travail, la pensée de l'effort à accomplir pour nous tenir au courant décourage les meilleures bonnes volontés. L'effort de Coelho simplifie notre tâche. Des relations intellectuelles plus nombreuses et plus fécondes se nouent entre nos pays.

J'ai trouvé, dans la *Revue*, de nombreux enseignements et

(1) Je sais bien que d'autres n'ignorent pas assez l'étranger : dès que le journal étranger arrive, en bâcle, en hâte, une ou deux des expériences qui décalquent celle du mémoire étranger et on les publie sans perdre une minute.



il s'impose à moi de souligner l'excellente organisation du travail médical sud-américain ; nous en avons une preuve patente dans le soin avec lequel sont rapportées les recherches de laboratoire, les expérimentations et cela même et surtout peut-être l'étude d'un point précis et d'apparence minime ; à chaque page de la *Revue*, nous avons la preuve d'une riche documentation clinique.

Je n'insisterais pas sur la richesse du matériel clinique, qui apporte à ces divers travaux le fondement indispensable. Cette *Revue* comporte des travaux de médecine, de chirurgie, d'obstétrique, de physiologie et de biologie ; les articles sont répartis dans chaque numéro en articles originaux et analyses extrêmement nombreuses. Dans cet ensemble important, le lecteur français pourra puiser une documentation rapide et fructueuse. Un grand nombre de médecins sud-américains professent, d'ailleurs, une grande admiration pour la clinique française ; et il nous faut leur payer le tribut de notre admiration pour l'activité et le « bien-penser » de leur travail.

Mon intention n'est pas de citer tous les travaux parus en 1930 dans la *Revue sud-américaine*, mais je voudrais en détacher quelques-uns pour les résumer rapidement, plus d'ailleurs pour donner une idée d'ensemble que pour mettre tel ou tel article en exergue.

A. Fontès, dont on connaît les travaux sur l'ultra-virus tuberculeux, étudie dans un article extrêmement intéressant le problème pathogénique de l'infection tuberculeuse. Il montre comment les variations morphologiques du virus entraînent des réactions tissulaires différentes et comment le besoin s'impose d'établir un cadre anatomo-pathologique qui puisse contenir les formes modifiées de l'infection tuberculeuse. Il avance la possibilité d'une pathogénie bacillaire du syndrome « chlorotique » et envisage les conséquences ultérieures de la connaissance plus complète de l'infection bacillaire.

En neurologie, nous relevons de nombreux travaux, sur le parkinsonisme syphilitique, l'athétose. Nous trouvons un article de Austregesilo, qui étudie la parenté entre les atrophies musculaires Charcot-Marie, Déjerine et Sottas, et la maladie de Friedreich ; il établit un lien entre la plupart de ces affections dites hypotrophiques ; il cite en particulier diverses observations cliniques, types de transition entre ces différentes affections.

R.-V. Talice étudie la pyréthothérapie, par le treponema hispanicum ; cette pratique a donné en Uruguay des résultats qu'il considère comme au moins aussi favorables que ceux de la malariathérapie ; l'auteur signale en particulier la facilité de conservation du treponema hispanicum, la bénignité de l'affection transmise, la facilité de son arrêt par injection de novarsenobenzol intraveineux. D'autre part, les dangers de contagion hospitalière sont nuls et les résultats excellents dans différentes affections neurologiques, paralysie générale en particulier.

En neuro-psychiatrie, nous trouvons un article de Jaime Mendoza, intitulé le trépied psychique ; l'auteur reprend la théorie des localisations cérébrales sous un angle particulier. Il considère qu'à chacun des trois étages osseux, correspond une fonction encéphalique propre : à l'étage antérieur frontal l'intellectualité et le conscient ; à l'étage temporal l'affectivité et le subconscient ; à l'étage postérieur, occipital, l'inconscient et l'instinct. Outre son intérêt propre; cet article nous permet de souligner la tendance fréquente dans les travaux sud-américains aux études ayant à la fois un intérêt philosophique et médical.

Nous relevons d'assez nombreux articles sur l'hématologie. Nous citerons en particulier une étude de Burich sur l'étiologie et la pathogénie de la maladie d'Ayerza, étude qui constitue une contribution à la question « des cardiaques noirs ».

L'article de Carlos Monge sur la maladie des Andes encore dénommée maladie de Monge, est plein d'intérêt au point de vue de la pathologie comparée, par ses rapports avec la maladie de Vaquez. La maladie de Monge en présente d'ailleurs toute la symptomatologie du début. De plus l'auteur montre le rôle capital de la vie aux hautes altitudes et le rôle de l'adaptation dans ce syndrome.

L'étude de l'hématologie de la maladie de Carrion ou verrue perruvienne, faite par Carlos Monge et Pedro Weiss, montre que l'anémie grave de cette maladie présente les caractères de l'anémie pernicieuse, avec réactions mégaloblastiques et myéloblastiques, et d'autre part présente les caractères des leucémies, leucocytose et apparition dans le sang de formes non adultes des séries granulocytiques ou lymphatiques ou encore monocytaires, pouvant aller jusqu'à l'élément primordial parenchymateux. Il est intéressant de noter dans une maladie parasitaire de tels caractères hématologiques.

L'article de P. Escudero sur le diabète suspendu, est une contribution intéressante à l'étude des diabètes sans glycosurie. Du même auteur, nous trouvons un article documenté et riche en observations sur les maladies de la nutrition par dysharmonie. L'auteur montre l'importance d'une proportion harmonieuse dans la répartition des composants de l'alimentation. Si cette harmonie est rompue, il peut apparaître un état morbide, même si les autres éléments de l'équilibre alimentaire ont été sauvegardés ; ainsi, une alimentation unilatérale à base de graisses détermine un trouble du métabolisme du glucose. L'auteur conclue que le mauvais établissement d'un régime peut entraîner à la longue des maladies chroniques et qu'il faut s'attacher à la recherche de telles causes dans beaucoup d'affections digestives ou de la nutrition.

En pathologie infectieuse, nous citerons l'article de Annes Dias où l'auteur étudie les échanges chloro-azotés dans la pneumonie ; il montre qu'il y a un déséquilibre chloro-azoté proportionnel à la gravité du cas ; que la rétention saline est un moyen de défense contre la désintégration azotée ; qu'en cas d'azotémie la thérapeutique chloro-sodique sous forme d'injections intra-veineuses hypertoniques est indiquée.

Un article de Mac Dowell, Carvalho, et Travassos constitue une étude intéressante des spirochétoses humaines observées au Brésil. Cet article montre l'importance et cela même dans nos régions de spirochètes en pathologie pulmonaire intestinale ou rénale.

Martagao Gesteira publie un article sur le traitement du paludisme chez l'enfant. Il fait une excellente critique de ce problème si délicat, il donne la préférence à la quinine mais montre que la dose utile est délicate à fixer. A dose insuffisante (10 centigrammes par année d'âge) il est inactif, mais il est de notion courante qu'il donne des accidents qui peuvent être graves à dose élevée (il cite plusieurs cas d'intolérance). Il préconise l'emploi de la quinine par voie intramusculaire, à dose de 25 à 50 centigrammes, diluée dans un complexe colloïdal à la base de rhodium ou encore l'emploi de la voie rectale.

En obstétrique, nous ne pouvons ici rapporter les analyses parues en très grand nombre. Le nombre des articles originaux est, par contre, assez restreint. Nous ne citerons que l'article de A.-P. Ramos et de A. Roth sur le diagnostic de la grossesse. Ces auteurs, après avoir passé en revue divers procédés de diagnostics biologiques de la grossesse, proposent comme test le procédé de H. Schein et Joudet. Cet article accompagné de nombreuses microphotographies et de cas cliniques nombreux constitue un apport intéressant à cette question.

En chirurgie, citons d'abord l'article de Balmiro Valderde intitulé « quelques considérations sur certaines urétrites latentes d'emblée ». L'auteur attire l'attention sur l'ignorance des malades, sur l'origine vénérienne de la maladie, le début de celle-ci par les manifestations cliniques graves et anormales, cystite, abcès de la prostate, épididymite, vésiculite, il insiste sur le résultat souvent trompeur de la spermoculture qui bien souvent ne permet que de retrouver les germes associés mais non initialement pathogènes.

P. Garavano a fait une étude extrêmement intéressante et complète du spondylolisthésis ; il insiste sur l'importance clinique de ce syndrome malgré sa rareté relative ; après en avoir rapporté plusieurs observations, il analyse soigneusement les différentes théories pathogéniques, et conclut au rôle du traumatisme comme facteur secondaire agissant sur des altérations congénitales prédisposantes. Il montre comment l'attitude et la lordose particulières des malades font penser à cette affection qu'un examen radiographique bien interprété permet de diagnostiquer. A cette malformation, il faut opposer la fixation, chirurgicale de la colonne lombo-sacrée avec une greffe d'Albee méthode qui a donné d'excellents résultats.

L'article de Santos constitue une excellente mise au point du traitement des fistules ano-rectales. Après avoir étudié la façon de ne laisser aucun diverticule et de réaliser un drainage parfait, il insiste à nouveau sur la nécessité de section perpendiculaire des fibres du sphincter quand il y a lieu ; puis il étudie la surveillance de la cicatrisation, qui doit se faire du fond vers la surface et éviter la formation de ponts de tissu qui reconstitueraient la fistule.

On trouvera sous le titre « Occlusion intestinale par appendicite » un article de Domingo Prat, une étude complète de cette question de chirurgie d'urgence où à la suite de plusieurs observations cliniques l'auteur essaie une classification pathogénique

de ces occlusions dont il distingue cinq sortes : *a*) occlusion intestinale au cours de l'appendicite, par péritonite appendiculaire ; *b*) occlusion intestinale produite par l'appendice (bride, virole d'étranglement) ; *c*) occlusion par adhérence ou bride post-opératoire ; *d*) occlusion par adhérence ou bride allant du moignon appendiculaire à l'iléon ; *e*) occlusion appendiculaire par péritonite de l'étage abdominal inférieur. Il étudie dans chaque cas la meilleure conduite opératoire à tenir.

Nous rapporterons enfin l'étude des goitres adénomateux qui fait l'objet de l'article de Mario Schteingart, fondée sur un nombre considérable d'observations cliniques. L'auteur étudie d'abord les goitres adénomateux non hyperthyroïdiens ; le caractère le plus important est le manque d'augmentation du métabolisme basal. Puis il étudie les goitres adénomateux hyperthyroïdiens ou toxiques, « adénomes toxiques » que l'auteur considère comme difficile à distinguer du Basedow classique ; il considère qu'il s'agit d'une forme de passage, l'exophtalmie et les troubles sympathiques manquant le plus souvent dans l'adénome dit toxique. Puis l'auteur passe à l'étude du cœur goitreux qui se traduit : *a*) par des arythmies sinusoïdales ; *b*) des troubles de l'excitabilité de la fibre cardiaque ; *c*) des troubles de la conductibilité. Enfin, l'auteur montre bien la nécessité d'adaption du traitement et de la modalité clinique : administration d'iode (solution de Lugol) dans le goitre adénomateux non thyroïdien, extirpation chirurgicale dans les goitres adénomateux non toxiques avec signes de compression ; contre-indication du traitement radiothérapique dans le goitre adénomateux sans hyperthyroïdie ; extirpation chirurgicale des goitres adénomateux toxiques avec hyperthyroïdie après échec du traitement médical et radiothérapique.

Il m'a été difficile dans cette courte chronique de résumer tout ce qu'a publié la *Revue sud-américaine de Médecine et de Chirurgie*; qu'il me soit permis d'affirmer en terminant que le lecteur français tirera le plus grand profit de son étude et de sa lecture.

***

Il ne faut point dire « Vive la Latinité » en sous-entendant « Vive l'influence française ». Certains ne s'intéressent aux Latins qu'avec des idées de propagande : le vilain mot de propagande ! Qu'il est discourtois ! Faire de la propagande, c'est s'imposer — ce qui est toujours indiscret.

Il faut être d'accueil bienveillant pour l'étranger : il faut lui faire connaître notre travail, s'il en a la curiosité ; il faut le faire participer à notre travail s'il se présente comme un collaborateur zélé. Mais il faut, aussi, accomplir l'effort nécessaire pour assimiler son acquit — un acquit considérable en ce qui concerne les nations du Sud-Amérique.

Nous devons donc être reconnaissants à la *Revue* qui nous permet de nous documenter sans nulle peine de traduction.

***

Je ne crois, d'ailleurs, pas que l'œuvre entreprise par la *Revue* soit la totalité de la tâche.

Qu'est-ce que la latinité ? Suis-je Latin ? ou Celte ? ou Germain ? Ai-je en moi plus de « gènes » méditerranéens ? ou de « gènes » barbares ? Je l'ignore. Mais je parle une langue dérivée du latin et mes maîtres m'ont façonné l'intellect suivant une tradition ininterrompue qui nous vient de Rome. Il en est de même à Rome, à Madrid, à Lisbonne, à Bruxelles, à Buenos-Ayres, à Rio, à Bucarest, en Haïti, à Québec, à Maurice à Manille. Or, c'est là qu'est l'affaire.

Des cadres intellectuels semblables, — des langues qui se ressemblent, et tout cela centré par la connaissance de la langue latine, voilà l'essentiel de la Latinité. Il y aurait un effort à réaliser pour mettre sur pied à l'usage de tous les travailleurs — ceux de la médecine et les autres — une méthode de grammaire comparée, permettant d'utiliser tour à tour, notre français et l'italien et l'espagnol et le portugais. L'*Union médicale latine* que dirige avec tant d'éclat Dartigues a étudié récemment la question du latin considéré comme une possible langue scientifique universelle. Difficile. Mais pourquoi ne pas savoir utiliser les quatre patois de la langue latine. Qui sait une langue d'origine latine peut, avec un peu d'application, manier les autres.

Il me revient le titre d'une collection de linguistique comparée dirigée par M. Paul Crouzet ; elle s'appelle « *les Ponts Romains* » : elle se propose de nous donner la possibilité d'une aide mutuelle entre nos connaissances de la langue morte et la connaissance de la langue vivante. C'est une entreprise qu'il faut louer et méditer. Car, encore une fois, l'essentiel n'est pas d'affirmer la précellence de la France, c'est de mieux se connaître entre Latins : la pensée qui est la plus féconde s'imposera d'elle-même.

Henri Vignes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 juin 1931

Etude d'un cas de tétanie parathyréoprive. — ***MM. Marcel Labbé, R. Boulin*** et ***A. Escalier*** ont suivi un malade atteint de tétanie parathyréoprive après thyroïdectomie et passé ensuite à l'état de tetanie latente ; ils ont pu déceler par les examens biochimiques et surtout par les examens chronaxiques au cours d'épreuves d'hyperpnée provoquée, les variations de l'hypersensibilité latente en rapport avec la cessation ou la reprise du traitement.

Ils insistent sur deux conclusions pratiques : l'intérêt de répéter les recherches chronaxiques et les épreuves d'hyperpnée pour juger de l'évolution de l'affection, l'importance de la thérapeutique à base d'extrait parathyroïdien longuement et rigoureusement poursuivie.

Arthropathies tabétiques. — ***M. Alajouanine*** présente trois malades atteints d'arthropathie tabetique du pied. Il pense que le pied cubique tabetique est un pied par arthropathie localisée à l'articulation médiotarsienne, la destruction du squelette osseux du pied n'est qu'un stade ultime de l'évolution des lésions que l'on peut suivre et qui sont susceptibles de se modifier par le traitement.

Pied trophique pseudo-syringomyélique du tabès. — ***M. Alajouanine*** présente un tabetique porteur d'une dactylomégalie du gros orteil s'accompagnant de mal perforant et due à une arthropathie de l'articulation phalango-phalangienne. Il existe de gros troubles sympathiques : rougeur, chaleur, sudation et des troubles sensitifs portant surtout sur la sensibilité thermique qui lui ont permis d'appeler cette arthropathie pied trophique pseudo-syringomyélique.

Nanisme rénal. — ***MM. Apert*** et ***Baillet*** relatent deux nouveaux cas d'arrêt total de la croissance avec déformations osseuses en relation avec des altérations de sclérose atrophique des reins survenues dans l'enfance. Ils rappellent à ce propos les cas semblables antérieurement publiés sous le nom de « nanisme rénal ». Il s'agit de jeunes enfants qui, sans cause apparente, cessent de grandir et de grossir, de telle sorte qu'à mesure que les années s'écoulent ils paraissent beaucoup plus jeunes qu'ils ne sont ; la puberté n'apparaît pas ; la santé générale est longtemps inaltérée du moins en apparence ; toutefois des déformations osseuses tardives à type rachitique sont fréquentes. Dans les cas typiques les symptômes sont ceux de la néphrite interstitielle : polyurie sans albuminurie ni œdèmes, énorme azotémie longtemps bien supportée. Il faut bien connaître ces cas pour dépister l'azotémie et instituer un régime approprié, car au moindre incident tel qu'écart de régime, médication intempestive, minime intervention orthopédique, se déclenche une urémie mortelle.

A l'autopsie on trouve de tout petits reins scléreux avec sclérose interstitielle non prédominante autour des vaisseaux et foyers de petites cellules rondes entre les tubes rénaux. Les néphrites parenchymateuses d'origine toxi-infectieuses beaucoup plus fréquentes dans l'enfance donnent un tout autre aspect clinique (hématuries, albuminurie, œdèmes) et une tout autre évolution.

Maladie osseuse de Redklinghansen après symphi-

séotomie et infection puerpérale. — *MM. Carnot, P. Delafontaine* et *P. Véran* (de Nantes). — La maladie s'est développée après un accouchement septique qui survint il y a cinq ans, nécessita une symphyséotomie et fut suivi d'infection puerpérale grave avec psychose, escarres, polynévrite de longue durée ultérieurement curable. Les premiers troubles osseux furent des ostéophytes, des épiphyses fémorales et des os iliaques, constatés un an après l'accouchement durant la polynévrite. Des géodes creusèrent ensuite la tête fémorale tandis que se développèrent d'énormes ostéophytes de la symphyse pubienne et un épaississement homogène des os du crâne. Cette évolution, jointe à l'aspect des clichés, fait penser à un processus inflammatoire auquel l'ostéomyélite n'est sans doute pas étrangère. Les stigmates biochimiques et électriques de l'hyperparathyroïdie manquent dans cette observation, et les auteurs discutent de la complexité du mécanisme pathogénique et des indications thérapeutiques.

M. Labbé n'est pas certain que le cas rapporté par les auteurs entre sûrement dans le cadre de la maladie osseuse de Recklinghansen.

M. Hagueneau fait quelques réserves sur l'interprétation des aspects radiographiques des lésions osseuses qui lui paraissent être assez banales et se rapprochant de celles que l'on voit dans diverses ostéo-arthropathies de la tête du fémur et du bassin.

M. Paraf pense qu'il serait utile de préciser les images de géodes à l'aide d'injections de lipiodol.

M. Weissenbach conseille de faire dans ce cas des radiographies stéréoscopiques. Il pense que l'on verrait alors qu'il ne s'agit pas de geodes, mais de fausses images de cavités intra-osseuses determinées par l'entrecroisement des ponts osseux.

Typho-bacillose provoquée par l'injection intra-veineuse massive de B. C. G. Guérison. — *MM. J. Troisier, Y. Boquien* et *S. de Monaldi* rapportent l'observation d'une fièvre continue consécutive à l'injection intraveineuse de doses élevées de B. C. G. chez un jeune homme indemne de tuberculose. Les réactions biologiques (cuti et intra-dermo-réactions tuberculiniques, réaction de fixation et réaction à la résorcine de Vernes) négatives avant la prémunition sont devenues toutes trois fortement positives au début de la période fébrile et se sont maintenues positives au moment de la guérison. L'évolution des réactions biologiques doit faire admettre que la typhobacillose de ce sujet a été provoquée par l'introduction du B. C. G. dans les veines et n'est pas liée au réveil d'une tuberculose latente. D'ailleurs le malade reste parfaitement guéri depuis cinq mois.

Les auteurs soulignent l'inaptitude du B. C. G. à remonter de virulence chez l'homme, même dans des conditions très favorables.

M. Paraf dit qu'il faut se méfier chez l'adulte des cuti-réactions et des intra-dermo-réactions négatives. Il faut, avant de conclure, les répéter en série.

Perfectionnements apportés à la méthode d'immunisation active de la diphtérie par l'anatoxine diphtérique. — *MM. Robert Debré, G. Ramon, M.* et *G. Mozer* et *Mlle Jeanne Prieur*. — L'anatoxine actuellement délivrée par l'Institut Pasteur présente une activité moyenne puisqu'elle contient 10 unités au centimètre cube. Chaque sujet reçoit donc actuellement, suivant une gradation et un rythme bien établis, 30 unités au cours de la vaccination. Dans ces conditions, on obtient l'immunisation de 94 à 96 sujets sur 100. Bien que ce pourcentage de succès laisse loin derrière lui celui que l'on obtient avec les autres méthodes de vaccination, les auteurs ont cherché à l'améliorer pour éviter qu'on observe, comme il arrive de temps à autre, des diphtéries parfois sévères chez les vaccinés. Ils se sont préoccupés non seulement de diminuer le pourcentage des sujets dont le Schick reste négatif après vaccination, mais encore d'augmenter chez chaque individu vacciné la teneur en antitoxine pour lui donner une meilleure protection contre la diphtérie. La tâche n'est pas aisée car la difficulté croît au fur et à mesure que le reliquat de sujets vaccinés est plus petit.

On a pu tout d'abord envisager l'injection d'une quatrième dose d'anatoxine. Cette méthode, on le sait déjà, donne des résultats favorables, surtout si la quatrième injection est faite longtemps après la vaccination. Cette « injection de rappel » qu'il y a lieu de recommander en nombre de circonstances, fait augmenter rapidement la teneur en antitoxine du sérum, mais on ne saurait préconiser la généralisation d'une pareille pratique.

L'augmentation de l'intervalle de temps entre les injections n'a pas donné de bons résultats en ce sens que le procédé qui consiste à faire deux injections d'un demi et d'un centimètre cube d'anatoxine à cinq semaines d'intervalle ne confère pas l'immunité *à tous* les sujets vaccinés. Au contraire, l'accroissement des doses injectées en unités anatoxiques a donné toute satisfaction. Les auteurs se sont servi d'une anatoxine plus puissante titrant en moyenne 16 unités au centimètre cube et ont injecté chaque fois une dose plus forte si bien que certains enfants ont reçu au total 90 unités et d'autres 64. Dans ces conditions, sur 265 enfants vaccinés, on a observé 265 fois le virage de la réaction de Schick, celle-ci positive avant l'expérience, est devenue négative quinze jours après la vaccination dans tous les cas (pourcentage de succès : 100 p. 100). En outre, la teneur du sérum en antitoxine des sujets vaccinés, a été considérablement augmentée par rapport à celle que l'on observe en se servant de la technique usuelle. Fait important : cette méthode ne provoque pas plus de réactions que la méthode habituelle même chez les enfants tuberculeux soignés à l'Hôpital maritime de Berck.

Il y a donc lieu de préconiser dans la vaccination antidiphtérique une augmentation des doses injectées, et l'on peut espérer, par ce moyen, réaliser avec les meilleures chances de succès, dans des conditions compatibles avec la pratique, une excellente prophylaxie de la diphtérie.

M. Cathala pense que la méthode des vaccinations associées (par l'anatoxine et la T. A. B. par exemple) donne une meilleure protection contre la diphtérie que si l'on emploie l'anatoxine seule.

Cette méthode présente en outre l'avantage de vacciner les très jeunes enfants contre la fièvre typhoïde. Mais elle n'est pas applicable chez les enfants porteurs de lésions tuberculeuses.

M. Lereboullet est du même avis que M. Debré et croit qu'il est utile d'augmenter les doses d'anatoxine et notamment celle de la troisième injection, les trois injections étant pratiquées à trois semaines d'intervalle.

Séance du 3 juillet 1931

Amylose, néphroses et néphrites. — *M. Abrami, Mme Bertrand-Fontaine, MM. Lichwitz* et *Laudat* concluent de leurs recherches que :

1° Les distinctions récemment proposées pour caractériser les différents aspects anatomocliniques de l'amylose rénale, en amylose pure, néphrose et néphrite, n'ont aucune raison d'être. Elles tendraient seulement à faire dissocier en trois affections une même maladie, considérée à des stades successifs de son évolution.

2° L'étude de l'amylose suffit à établir que les théories pathogéniques concernant l'albuminurie et les œdèmes, émises à propos des néphroses lipoïdiques, sont radicalement inacceptables. Rien n'autorise, à l'heure actuelle à admettre que les facteurs extra-rénaux jouent un rôle dans le déterminisme de ces symptômes ; qu'il s'agisse de néphrites ou de néphroses, ils sont la conséquence directe des troubles fonctionnels du rein.

Tétanie et myxœdème post-opératoire. — *MM. Faure-Beaulieu* et *Bourguignon*.

Adénopathies suppurées dans un cas de lymphogranulomatose maligne. — *M. Weismann-Netter*.

Deux cas nouveaux de concrétions calcaires sous-cutanées sans sclérodermie. — *MM. M.-P. Weill* et *Weismann-Netter*.

Néphrite hypertensive suivie depuis trois ans. — *M. de Gennes*.

Causalgie avec syndrome de Raynaud et érythromélalgie post-traumatique. — *MM. Ch. Flandin, Ponmeau-Delille* et *A. Van Bogaert*.

Splénomégalie hémolytique latente. — *MM. Etienne Chabrol, Maximin* et *A. Busson* présentent une petite fille de quatre ans qui sous les apparences d'une santé parfaite a une légère splénomégalie et une fragilité très marquée de ses globules rouges au contact des solutions hyperchlorurées. Cette jeune malade n'a jamais été ictérique ou anémique ; son affection a été découverte fortuitement à l'occasion de l'ictère

chronique splénomégalique dont sa mère est atteinte. Le chiffre des pigments biliaires que renferme son sang ne dépasse point cinq centigrammes de bilirubine par litre, le taux de la cholémie familiale. La diazo réaction d'Ehrlich est directement positive sur le sérum sanguin lorsqu'on a recours au procédé de la diazo-réaction limite. Les auteurs font remarquer qu'il est exceptionnel d'observer dans les ictères congénitaux un pareil désaccord entre le chiffre de la bilirubine sanguine et le degré de la fragilité globulaire. En s'appuyant sur une statistique personnelle de 40 observations d'ictères familiaux, ils soulignent une fois de plus que dans les processus hémolytiques, l'épreuve de Hamburger révèle un phénomène accessoire, contingent insuffisant pour expliquer à lui seul l'ictère et la déglobulisation.

Traitement des migraines par le tartrate d'ergotamine. — *M. Tzanck.*

Polyarthrite chronique améliorée par les sels d'or, la vaccination et l'opothérapie thyroïdienne. — *M. F. Coste.*

Polynévrite suraiguë à forme bulbaire consécutive à une rougeole. — *MM. Darlègues* et *Baire.*

Kala azar méditerranéen chez l'adulte observé à Rouen. — *MM. Plazy, Mercardier* et *Germain.*

Communication entre l'aorte et l'artère pulmonaire par rupture d'anévrysme. Longue survie. — *MM. A. Clerc, M. Bascourret* et *Froyez* présentent des pièces provenant d'une femme de 42 ans ancienne syphilitique ; laquelle au cours d'une broncho-pneumonie fut prise de cyanose et de dyspnée auxquelles fit suite une insuffisance chronique du cœur droit avec hydropisie des séreuses et qui amena la mort 4 ans après par asystolie progressive. La radiographie avait montré l'existence d'une poche pulsatile développée le long du bord interne de l'aorte ascendante. L'auscultation faisait entendre outre un souffle systolique râpeux à la base, un murmure superficiel à timbre piaulant coexistant avec la pulsatilité des jugulaires. Le diagnostic porté fut celui d'ectasie aortique avec compression des gros vaisseaux veineux.

L'autopsie montre l'existence d'un orifice à bords lisses taillés à l'emporte pièce faisant communiquer un anévrysme siégeant sur le bord interne d'une aorte athéromateuse et indurée, avec l'artère pulmonaire dont la paroi n'offrait en revanche aucune irrégularité et avait conservé toute sa souplesse.

Les auteurs insistent sur la longue survie et sur les difficultés du diagnostic en pareil cas.

Modifications de l'équilibre protido-lipidique du sérum au cours de l'amylose rénale. — *MM. Abrami, Mme Bertrand-Fontaine, MM. Lichtwitz et Laudat* apportent le résultat des dosages des protides et des lipides du sérum, effectués non seulement dans de nombreux cas d'amylose rénale, mais encore d'amylose viscérale sans manifestation rénale, et même de suppurations prolongées ouvertes à l'extérieur, sans amylose.

Au point de vue protides, on note dans tous les cas de l'hyposérinémie avec inversion du rapport sérine-globuline et ceci quel que soit le tableau clinique ; qu'on ait affaire à une forme albuminurique simple, à des œdèmes discrets, à des œdèmes étendus, à une amylose hépato-splénique sans participation rénale, ou encore à une suppuration simple sans amylose.

Quant à la lipémie, elle est très variable, si elle est généralement abaissée chez les suppurants simples et dans les cas d'amylose hépato-splénique, on trouve dans les cas d'amylose rénale confirmée soit l'hypolipidémie, soit l'hyperlipidémie, soit le plus souvent une lipidémie sensiblement normale.

Ainsi caractérisée par une hyposérinémie constante, avec une lipémie variable, la formule humorale de l'amylose n'apporte aucune précision d'ordre diagnostique ou pronostique. Elle est par contre, d'une portée générale considérable, car elle montre à l'évidence qu'il n'y a aucun rapport entre l'état humoral et les manifestations cliniques.

Formes cliniques et évolution de l'amylose rénale. — *M. Abrami, Mme Bertrand-Fontaine, MM. Lichtwitz* et *Laudat* après avoir étudié 16 cas d'amylose rénale, proposent quelques modifications aux données classiques :

1) Le tableau clinique n'est pas toujours celui d'une albuminurie massive avec œdèmes volumineux et irréductibles.

La forme albuminurique simple est fréquente ; quand les œdèmes existent, ils sont souvent légers et fugaces.

2) La formule urinaire n'est pas toujours la « formule morte » classique.

La cylindrurie granuleuse, de même que la leucocyturie et l'hématurie microscopique sont loin d'être exceptionnelles.

De même, le syndrome azotémique se rencontre souvent : soit simple élévation de la constante d'Ambard, soit azotémie véritable, survenant au cours de l'évolution d'une sclérose amyloïde chronique, soit même azotémie dominant d'emblée le tableau clinique.

3) Enfin, l'amylose rénale n'est pas une affection lentement et inexorablement progressive. Aussi longtemps que la sclérose et les lésions tubulaires accentuées ne sont pas installées, les signes observés sont variables, transitoires, susceptibles même de guérir soit spontanément, soit sous l'influence de la cure chirurgicale des suppurations qui ont provoqué l'amylose.

Diabète rénal et déséquilibre neuro-végétatif. — *M. Dulicoust.*

Angiomatose hémorragique familiale. — *MM. Ch. Hubertin* et *Robert Lévy* rapportent l'observation de deux sœurs, sujettes aux epistaxis depuis l'enfance, qui présentent à la face, aux lèvres, sur la langue, la face interne des joues, le voile du palais, de nombreux petits angiomes saillants, qui saignent facilement. Les anomalies sanguines sont légères : temps de coagulation sensiblement augmenté, plaquettes en nombre normal. Les deux seules anomalies nettes sont d'une part l'irréductibilité du caillot et d'autre part un signe du lacet constamment positif.

Ces signes indiquent que dans le syndrome la tare endothéliale prime la tare plasmatique.

D'ailleurs l'une des malades a fait dans le service une fièvre typhoïde sévère sans aucun accident hémorragique.

Le caractère familial de ce syndrome que l'on retrouve chez la mère et chez une troisième sœur ainsi que les stigmates vasculaires, montrent qu'il s'agit, vraisemblablement, d'une affection autonome.

Michelle VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er juillet 1931

Œdème aigu du pancréas. — *M. Chifoliau* apporte à la Société une observation où un drainage du pancréas fut suivi de guérison.

Tumeur pileuse de l'estomac. — *M. Métivet* montre des radiographies qui lui ont permis de faire le diagnostic avant l'intervention.

Appendicites aiguës. — *M. Mocquot* analyse la statistique de *M. Matry* (de Fontainebleau) qui se compose de 486 cas avec mortalité globale de 7,6 %. Du quatrième au huitième jours, la mortalité fut plus importante. Aussi insiste-t-il sur la nécessité de l'opération précoce, dans les quarante-huit premières heures.

Luxations traumatiques irréductibles de la hanche. — *M. Mathieu* relate deux observations de *M. Charrier*. Il s'agit dans les deux cas d'une luxation irrégulière avec fragments osseux détachés de l'os iliaque. M. Charrier fut amené à intervenir dans les deux cas à cause de l'irréductibilité. L'articulation fut abordée par une longue incision antéro-externe. Dans le premier cas, il extirpe un fragment d'os iliaque et une partie de bourrelet et la réduction devient facile ; le résultat fonctionnel fut excellent. Dans le deuxième cas, il libère la cavité cotyloïde du tissu fibreux qui le comble, mais fait une butée osseuse pour maintenir la réduction, très bon résultat.

M. Cunéo dit que l'incision en tabatière agrandie est peut-être préférable, si la tête est fixée très en arrière.

Traitement du cancer du col utérin. — *M. Lenormant* a opéré 86 cas avec 31 % de mortalité globale ; mais celle-ci a baissé peu à peu et depuis 1925 s'est abaissée à 9 %.

Au point de vue ganglionnaire, M. Lenormant croit qu'au point de vue pratique, le gros danger est bien plus dans le paramètre que dans les ganglions.

Le drainage lui paraît nécessaire dans tous les cas ; il faut en particulier drainer le tissu cellulaire pelvien plus que le péritoine.

M. J.-L. Faure est d'accord avec M. Leveuf sur la réalité de l'existence du ganglion du nerf obturateur. Mais il s'élève contre l'extirpation systématique des ganglions, qui élève fortement la mortalité. De plus, il insiste sur l'emploi du drainage à la Mikulicz, qui diminue considérablement les risques de l'intervention.

Maladie de Stieda. — *M. Fredet* montre à la Société de fort belles radiographies et conclut qu'il s'agit du développement d'un ostéome.

Cardiospasme. — *M. Delbet* présente une malade qu'il a opérée par voie abdominale avec un excellent résultat.

Tuberculoses osseuses. — *M. Delbet* présente cinq malades traites par la méthode de Finikoff et guéris.

G. MENEGAUX.

« ... Chez les enfants un peu âgés qui répondent aux questions qu'on leur pose, on peut aisément constater comme chez l'adulte le phénomène de la broncho-phonie. Mais s'agit-il d'un enfant à la mamelle, c'est par le retentissement du cri qu'on appréciera le degré d'induration du poumon. Si, appliquant alternativement l'oreille au niveau d'une partie saine et de la partie indurée on irrite l'enfant et on le force à crier, on aura dans les deux cas la sensation d'un retentissement, mais fort inégalement masqué. Il prédominera beaucoup dans le point du thorax qui correspond à la lésion. Ce phénomène du retentissement du cri est des plus importants car, contrairement à ce qui arrive pour le souffle, il ne peut être masqué par des râles bronchiques. Il constitue donc, avec la diminution de la sonorité et de l'élasticité, le meilleur signe physique de l'induration... » (GRISOLLE. *Traité de la pneumonie*, 1841. Cité par J. Savoye, in *Les formes silencieuses de la pneumonie infantile.* Thèse de Lyon, 1931.)

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Journalisme

Le Montana Médical, journal trimestriel de tuberculose, dont le premier numéro vient de paraître, est publié par Théodore et Jacques Stephani.

Th. Stephani raconte l'histoire de la création de la station de Montana, qui, partie de l'hôtel du Parc, comprend aujourd'hui quatre grands sanatoriums payants, un sanatorium populaire genevoix, un sanatorium militaire suisse, quinze hôtels, vingt-cinq pensions, quinze chalets meublés, dix médecins, deux pharmaciens, un dentiste et... 230 abonnés au téléphone ; certainement le téléphone doit fonctionner.

Th. Stephani étudie les rapports de la pression artérielle et de l'évolution de la tuberculose pulmonaire et montre qu'il existe un parallélisme très net. G. Turini discute la valeur de l'opération d'Albee dans le mal de Pott, E. Ducrey expose les nouveaux traitements biologiques et chimiothérapiques de la tuberculose chirurgicale.

La partie radiologique n'est pas négligée. J. Stephani commence un cours d'interprétation de radiographies pulmonaires et M. Marchal expose les erreurs de diagnostic dues aux mauvaises radiographies pulmonaires.

Nutrition

L'état des réflexes rotulien et achilléen dans le diabète sucré a été recherché dans les observations des diabétiques traités ces sept dernières années dans le service de G. Söderbergh, à l'Hôpital Général Sahlgren de Gothembourg (Suède).

578 diabétiques ont été examinés au point de vue des réflexes rotuliens et 571 au point de vue des réflexes achilléens.

On a exclu les résultats négatifs et douteux qu'on obtient

dans un coma incontestable, avec un mauvais état général, dans les ankyloses, les atrophies musculaires, les névrites, le tabes et les affections nerveuses organiques.

Après cette élimination, on constate que le réflexe patellaire manque dans 0,9 % des cas et le réflexe achilléen dans 4,2 %. Cette absence de réflexes dans le diabète est donc un phénomène rare. (Ragnar Melander. Comment se comportent les réflexes du tendon rotulien et du tendon d'Achille dans le diabète sucré ? *Acta Medica Scandinavica*, 18 février 1931).

Tuberculose

La résorption du pneumothorax artificiel s'opère suivant différentes modalités.

La cavité pleurale s'oblitère généralement de bas en haut. De proche en proche le poumon reprend contact avec la paroi. Bientôt on ne trouve plus à la radio qu'une poche supéro-externe, accessible à l'aiguille au fond de l'aisselle et qui affecte l'aspect d'un ovale allongé, couché contre la face externe du lobe supérieur.

La réexpansion du poumon peu lésé est harmonieuse et s'effectue de bas en haut ; une fois le gaz résorbé, le poumon a repris sa place. Si le poumon était très atteint, il reste étroit, bridé, irrégulier; le comblement de la cavité s'effectue en deux temps : déplacement des éléments du médiastin ; réexpansion propre du poumon.

La paroi thoracique participe, dans les cas où le poumon est réduit à un moignon sclérosé, au comblement de la cavité pleurale. Le cœur, les gros vaisseaux, l'œsophage, la trachée se déplacent. Le poumon hétéronyme favorise le comblement par son hypertrophie compensatrice. Le diaphragme se relève, tout en s'immobilisant parfois presque complètement. Ces déplacements, parfois énormes, paraissent définitifs et sont fort bien tolérés.

L'aspect radiologique du poumon varie suivant les lésions. Des lésions légères ou même graves peuvent disparaître complètement. Les lésions caséeuses laissent subsister des ombres épaisses dues à la sclérose et à la pachypleurite.

L'auscultation fait entendre des souffles cavitaires sous-claviculaires ou juxta-rachidiens avec ou sans râles humides consonants, qui sont dus, dans la grande majorité des cas, aux ectopies de la trachée dilatée. Seuls les râles bulleux serrés ou les râles crépitants du type congestif constituent des signes d'alarme. (R. Burnand et L. de Weck. Etude radio-clinique de la résorption du pneumothorax à propos de cinquante et un cas observés depuis sept à dix-neuf années. *Journal médical de Leysin*, janvier 1931, et *Revue médicale de la Suisse romande*, 25 décembre 1930.)

Maladies du sang

Un cas d'anémie pernicieuse, tout à fait caractéristique, suivi en clientèle pendant plusieurs années, a permis de poser les conclusions suivantes :

1° Les poussées hémolytiques aiguës, jugulées de suite par une thérapeutique efficace, ont pour caractère de durer une quinzaine de jours, puis de présenter une amélioration brutale.

2° Tout malade dont le chiffre globulaire descend au-dessous de deux millions doit, sa vie durant, rester sous la surveillance médicale. La guérison est rarement définitive ; une rechute est toujours à redouter et doit être soignée dès ses premières manifestations.

3° Il faut, dans l'anémie pernicieuse, renouveler sans cesse les moyens thérapeutiques, trouver chaque fois de nouveaux excitants de l'hématopoïèse et bien se rappeler que les procédés, qui ont agi une première fois, sont souvent inefficaces dans les rechutes consécutives.

4° Pour guérir l'anémie pernicieuse il reste à trouver le moyen de s'opposer à la marche incessante, continuelle — coupée de rémissions il est vrai — du processus de destruction globulaire. Or, malgré les hypothèses émises, la maladie de Biermer reste une affection essentiellement cryptogénétique. A l'heure actuelle il n'existe aucun traitement causal.

5° Dans le cas relaté, l'arsenic administré systématiquement m'a paru capable de lutter contre le processus hémolytique. De plus l'anémie pernicieuse étant caractérisée par un défaut d'acide chlorhydrique libre dans l'estomac, par l'achylie et la paresse de la muqueuse intestinale, il importe de donner d'une façon continuelle de l'acide chlorhydrique après les repas. Enfin l'opothérapie médullaire est le plus efficace, le meilleur excitant de l'hématopoïèse. (Léon Coton. L'anémie pernicieuse. *Bruxelles médical*, 21 décembre 1930.)

Chirurgie

L'expérience de 80 fractures du coude justifie les données générales suivantes sur le traitement chirurgical :

1° Les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus sont fréquentes surtout chez l'enfant (66 % des cas au-dessous de 10 ans).

2° Traitées médiocrement ou mal traitées, elles peuvent mener aux pires complications : limitation des mouvements, ankylose, paralysies radiales, médianes et cubitales, immédiates ou éloignées (20 et même 40 ans après).

3° Il arrive souvent de constater, après des traitements orthopédiques, des paralysies ischémiques de Volkmann, des ostéomes du brachial antérieur et de très sérieuses gangrènes locales ou totales dues aux appareils plâtrés.

4° Le traitement opératoire est absolument sans gravité.

5° Pour ce genre de fracture plus que pour tout autre, tant vaut la réduction, tant vaut la fonction. Il est bien entendu qu'un certain nombre de fractures reste susceptible d'une simple réduction manuelle ; mais certains types de fractures (épitrochlée, trochlée, condyle) ne peuvent être réduits que par l'intervention chirurgicale.

6° Avant toute intervention il est indispensable d'étudier attentivement les radiographies.

7° Chez les adultes on peut intervenir immédiatement, sauf quand l'état des téguments et le gonflement obligent à attendre quelques jours. Chez l'enfant il est important d'intervenir le plus tôt si possible, afin de ne pas être gêné par la formation du cal, qui est rapide chez lui. Il va sans dire que les paralysies post-traumatiques commandent une intervention d'urgence.

8° Les fractures ouvertes sont presque toutes justiciables de traitement opératoire. (Jean Verbrugge. Le traitement chirurgical des fractures du coude. *Scalpel*, 13 décembre 1930.)

Intoxications

Un cas d'empoisonnement par l'Amanite Phalloïde, caractérisé par la précocité des symptômes, mérite d'être si-

gnalé; il s'agit d'un enfant de 3 ans, qui succomba en 23 heures à un syndrome cholériforme.

La mort a été rapide parce que la dose de poison contenue dans le champignon par rapport au poids de l'enfant était considérable.

L'amanita-toxine, étant l'agent toxique le plus actif, exerce une action stupéfiante sur les centres nerveux et entraîne une mort rapide. L'amanita-hémolysine ou phalline, d'autre part, étant un poison à action lente, n'a pas eu le temps de manifester son action hémolysante par l'apparition d'un ictère et d'une hémoglobinurie.

Le traitement de l'empoisonnement phallinien est impuissant du fait que la phalline est résorbée bien avant l'apparition des premiers symptômes. Tous les médicaments employés sont des palliatifs et ne peuvent rien contre la toxine.

La question des sérums antiphalliniens n'est pas encore sortie de la phase expérimentale. (L. Nitchew. Un cas d'empoisonnement par l'amanite phalloïde crue, à symptômes précoces et sans hémolyse, chez un enfant de trois ans. *Revue médicale de la Suisse romande*, 25 décembre 1930.)

Electricité

Les accidents de l'électricité ont pour principale cause la mise à la terre du sujet, d'autant plus parfaite que les contacts, le sol, la peau sont mouillés. La cave, la cuisine et la salle de bains sont d'autant plus dangereuses que la communication avec la terre est directe ou largement favorisée par la tuyauterie.

La protection, assurée par les fusibles, est souvent insuffisante, car des dégâts sérieux ont le temps de se produire avant leur fonte.

Dans l'accident électrique la seule chose qui compte est l'intensité du courant ; les courants de haute tension sont dangereux à cause de l'inhibition des centres nerveux. Le voltage, même s'il est bas, aurait une action spéciale sur les trémulations fibrillaires du cœur.

La durée dangereuse de contact est d'un dixième de seconde pour le courant continu et d'un quart de seconde pour le courant alternatif.

L'intensité dangereuse est d'un demi-ampère pour le continu et d'un dixième d'ampère pour l'alternatif.

Il n'y a qu'un traitement des accidents de l'électricité, c'est la respiration artificielle. (Jules Gosselin. Les accidents de l'électricité. *Bulletin médical de Québec*, décembre 1930.)

Varia

On a vu apparaître et disparaître tant de spécifiques de l'asthme qu'il faut de la hardiesse pour en expérimenter un nouveau. (Thomas Nelson, de Londres).

Si Cappivaccio, le célèbre médecin italien du XVI[e] siècle, disait : « Sachez prescrire vos remèdes et vous ne les accuserez pas tantôt d'être insuffisants et tantôt d'être dangereux », c'était pour démontrer qu'il y a plusieurs médicaments dans un médicament et que les succès thérapeutiques reposent sur la connaissance exacte des modes d'administration des remèdes. (A. Subira, de Barcelone).

J. Lafont.

Echos et Glanures

> « Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vrai dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».
>
> Montaigne.

L'Institut de science sexuelle de Berlin. *Détaché de la Revue de la Quinzaine du* Mercure de France (15 juin 1931. *Police et criminologie*).

« Il existe, à Berlin, un Institut de science sexuelle, fondé par le docteur Magnus Hirschfeld, et dont M. Roger nous donne la description. L'escalier, dès le vestibule, est une galerie de photographies. La plus en vue est celle de Sigmund Freud, « qui discerna de l'appétit sexuel jusque chez les nourrissons ».

Au premier étage, sur le palier, le portrait du grand Frédéric occupe la place d'honneur, avec, en dessous, cette phrase tirée de ses œuvres : « *Dans mon Etat, chacun peut se rendre heureux à sa façon* », ce qu'il serait permis de traduire par : « *Chacun peut vivre selon sa loi* ». Des maximes, des légendes, d'ailleurs, on en lit sur tous les murs.

On relève celle-ci, signée de Gœthe : « *L'âme des hommes est comme l'eau : le destin des hommes est comme le vent* », ce qui implique l'idée de leur irresponsabilité. Dans le cabinet du directeur, « vaste pièce meublée avec un goût sévère », indice du sérieux de ses méditations, un seul portrait : celui de l'énigmatique personnage dit le Chevalier d'Eon, ce diplomate-escrimeur, contemporain de Louis XV, dont on n'a jamais su s'il était homme ou femme. Il est représenté, ici, en vieille dame à

perruque et en collerette, tel que l'a peint Reynolds. L'Institut comprend un Musée et une bibliothèque et, ce qui est le point capital, un dispensaire et un hôpital. Des invertis, importunés de leur vice, en instance de guérison, y viennent solliciter leur traitement. On y étudie le cas avec sollicitude. Ils ont à répondre, par écrit, à 37 questions, posées par un formulaire de 48 pages (17 pages imprimées d'interrogations, 31, blanches, réservées pour les réponses) ; on voit que les psychiatres allemands poussent loin le souci de l'information. Ce qui confère une sorte de caractère officiel à l'Institut, c'est que les autorités judiciaires dans les cas douteux, y mettent en observation des individus inculpés d'avoir contrevenu à l'article 175 du code pénal allemand, qui punit les faits de sodomie. Le but du Dr Magnus Hirschfeld était surtout de faire abolir cet article du code, en démontrant que l'homosexualité n'est pas un vice punissable, mais une inclination naturelle chez certains individus. »

A propos d'un projet de sanatorium interdépartemental (Haute-Vienne, Corrèze et Creuse). — *On lit dans* Le Mouvement sanitaire (31 *mai* 1931) :

« Un de nos distingués confrères de province nous demande de stigmatiser les critiques publiquement adressées au sanatorium par un médecin conseiller général. Voici la lettre qu'il nous envoie.

Je reçois régulièrement le *Mouvement sanitaire* et vous en remercie. Vous et moi avons un idéal commun : celui de la mission sociale du médecin, de l'hygiéniste. C'est pourquoi je me permets de vous demander de lire à la 4e page du *Siècle médical* (journal à très grande diffusion), un article sur « Vifs incidents au Congrès général de la Haute-Vienne sur un projet de sana ». Il y a un article d'un médecin (hélas !) qui étonne — et étonnera certes tous les hygiénistes. Entre autres choses vous y lirez que « Le sanatorium est un moyen de « traitement complètement inefficace, *sinon dangereux*. Beaucoup « d'infortunés malades ont vu leur terrible mal s'y aggraver ». — « De toute évidence, non, le sanatorium n'est pas fait pour les tuber- « culeux, mais peut-être est-il fait contre eux, comme la prison est « faite contre les malfaiteurs », etc...

J'ai saisi de cette question l'Association des médecins de sana et de dispensaires (à laquelle j'appartiens). J'ignore quelle suite morale elle donnera. J'ai cru intéressant de saisir votre journal : il y a un bel article possible !... et on ne peut laisser aussi... effrontément proférer des idées en désaccord avec celles de tous les techniciens sans protester. Votre journal est une tribune retentissante...

« ... Sans doute serait-il excessif, dit *Le Mouvement sanitaire*, d'insister sur la portée de quelques phrases malheureuses qui ont pu échapper à un homme politique au cours d'une improvisation, dont l'excessive publicité ne doit pas être pour lui plaire. Par ailleurs, en effet, à lire l'ensemble de son argumentation hostile à la création d'un sanatorium interdépartemental, on découvre des aperçus des plus judicieux sur la lutte antituberculeuse.

« ... Le sana, dit-il, ne fait rien par lui-même pour la suppression des taudis et de l'alcoolisme, rien pour la transformation du terrain tuberculisable, rien pour la stérilisation des prédispositions familiales. C'est là un programme d'hygiène sociale. Pour cela, que l'on combatte l'alcoolisme, que l'on supprime les taudis où se cultive et se contracte la tuberculose et que l'on construise des maisons de campagne bien situées, bien aérées, spacieuses et qu'on y installe les familles et les malades tuberculeux. Et c'est là aussi et surtout une œuvre médicale.

Je conclus qu'il faut sur cette importante question consulter les Syndicats médicaux dont l'avis devrait être décisif et que l'exemple d'autres nations et même du département de la Charente-Inférieure, ne saurait servir de justification et de raison suffisante. L'erreur partagée reste entière. Un hôpital de tuberculeux est nécessaire. Un sanatorium est inutile et inopportun dans notre région. »

Par ailleurs, et, dans la première partie de son discours le Conseiller général de la Haute-Vienne soulève opportunément le côté financier du problème, en insistant sur les répercussions de toute initiative sanitaire sur l'économie départementale et nationale et sur les impôts qu'elle est susceptible d'entraîner. Ainsi il souligne que, dans la meilleure organisation sanitaire en général, la préoccupation du rendement est essentielle et, que toute dépense engagée doit être envisagée sous l'angle des résultats qu'elle permet d'escompter.

A coup sûr, en parlant du sanatorium qui a pu lui donner, comme à d'autres médecins, des insuccès sans doute explicables, notre confrère Conseiller général témoigne d'un esprit par trop systématique et il oublie que la vérité clinique n'est pas une vérité mathématique.

« Au point de vue social, dit-il, qu'est-ce qu'un sanatorium ? Est-ce un établissement de traitement efficace et certain ? Est-ce un lieu de cure merveilleuse ?

« Si oui, il faut y envoyer immédiatement et sans exception aucune tous les tuberculeux et tous les candidats à la tuberculose. Mais alors, votre établissement sera infiniment trop petit, tellement insuffisant qu'il en sera de lui comme s'il n'existait pas.

Sans considérer le sanatorium comme une panacée exclusive du traitement de la tuberculose, il est permis de citer l'exemple du Danemark qui, en prenant le sanatorium comme pivot de la lutte antituberculeuse, a réduit la mortalité par tuberculose sur son territoire dans des proportions inégalées. ......

« ... La nécessité de proportionner les efforts des collectivités publiques à leurs possibilités financières, plaide en faveur d'un contrôle rigoureux du rendement des différentes institutions antituberculeuses, et c'est à ce point de vue que la publicité donnée à l'intervention du Conseiller général de la Haute-Vienne présente quelque utilité..... L'avis des Syndicats médicaux préconisé par notre confrère Conseiller général, et l'intervention éventuelle d'une enquête auprès du corps médical à l'effet de déterminer l'efficacité respective des différentes mesures antituberculeuses, est évidemment une excellente suggestion, et nous considérerions volontiers cette enquête nécessaire comme la préface ou l'introduction du programme d'ensemble, qu'il importe d'établir. Nous livrons cette suggestion au Conseil de la Confédération des Syndicats médicaux et à sa Commission d'hygiène sociale.....

Au cours de son intervention notre confrère de la Haute-Vienne après avoir dénoncé les méfaits (?) du sanatorium, conclut à la création d'un hôpital de tuberculeux. Le sanatorium serait-il donc autre chose qu'un hôpital bien outillé, convenablement situé, et que des nécessités techniques ont fait aménager pour s'adapter plus étroitement aux exigences d'une thérapeutique spéciale ?..... »

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

FONDÉ EN 1873. — N° 30 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 25 JUILLET 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (Ve)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

TRAVAUX PUBLICS. — *Au grade de chevalier.* — M. le Docteur L.-G. Bodin, chef du service médical des chemins de fer de l'Etat.

MARINE. — *Au grade de chevalier.* — M. le Professeur Carles (de Bordeaux).

GUERRE (active). — *Au grade de commandeur.* — MM. le Médecin général Coullaud, le médecin colonel Escande de Messières (Nîmes).

Au grade d'officier. — MM. Sanson (Nice), Bescher (Val-de-Grâce), Morel (Rouen), Heuls (Rennes), Deniau (Angers), Charton (Belfort), Casteret (Vannes), Derappe (camp de Mailly), Miorcec (Tours), Duval (La Rochelle), Lefèvre (troupes coloniales).

Au grade de chevalier. — MM. Leconte (Thionville), Luquet (Clermont-Ferrand), Lesbre, Grimaud (Oran), Radais (Le Mans), Geroine (Cosne), Désormaux (Cherbourg), Vittot (Lure), Bastouil (Nantes), Campagnolle (Tarbes), Desangles (Vincennes), Chaput, Martral et Nicolle (troupes coloniales).

Hôpital Broussais (96, rue Didot, 14ᵉ.) — *Maladies du cœur et des vaisseaux. Cours complémentaire.* (Service de M. le Dʳ Ch. LAUBRY.) — Objet du cours : Les grands syndromes cardiaques. Ce cours, qui aura lieu du lundi 5 au samedi 17 octobre 1931, se fera sous la direction de M. le Dʳ Ch. LAUBRY, chef de service, médecin de l'hôpital Broussais, avec le concours de MM. les Docteurs Jean WALSER, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin-assistant de l'hôpital Broussais : Daniel ROUTIER, ancien interne des hôpitaux de Paris, assistant de la consultation de cardiologie : G. MARCHAL, médecin des hôpitaux : L. DEGLAUDE, chef du laboratoire d'électrocardiographie ; A. JAUBERT, chef de laboratoire ; A. VAN BOGAERT, et L. MATTON, assistants étrangers ; R. HEIM DE BALSAC, radiologiste du service ; P. THIROLOIX, J. LENÈGRE, A. BUSSON, Mlle Th. BROSSE, P. BERNAL, internes et anciens internes du service.

HORAIRE ET PROGRAMME DU COURS. — Lundi 5 octobre, 9 h. 30, Dʳ LAUBRY : Formes cliniques de la péricardite. — 11 heures, Dʳ WALSER : Les symphyses cardiaques et leur traitement. — 15 heures, Dʳ HEIM DE BALSAC : Notions pratiques de radiologie cardiaque.

Mardi 6 octobre, 9 h. 30, Dʳ BUSSON : Les endocardites infectieuses. — 11 heures, Dʳ THIROLOIX : Localisation des souffles et leur mécanisme. — 15 heures, Dʳ DECLAUDE : Notions pratiques d'électrocardiographie.

Mercredi 7 octobre, 9 h. 30, Dʳ LAUBRY : Signification des lésions valvulaires. — 11 heures, Dʳ LENÈGRE : Rétrécissement mitral. — 15 heures, Dʳ HEIM DE BALSAC : Exercices pratiques de radiologie cardiaque.

Jeudi 8 octobre, 10 heures, Dʳ LAUBRY : Consultation clinique. — 15 heures, Dʳ DEGLAUDE : Interprétation des tracés électrocardiographiques.

Vendredi 9 octobre, 9 h. 30, Dʳ LAUBRY : Examen radiologique des malades vus à la consultation du jeudi. — 11 heures, Dʳ BROSSE : L'insuffisance aortique. — 15 heures, Dʳ VAN BOGAERT : Cardiographie et son intérêt clinique.

Samedi 10 octobre, 9 h. 30, Dʳ MARCHAL : Le cœur sénile. — 11 heures, Dʳ VAN BOGAERT : L'infarctus du myocarde et les anévrismes pariétaux.

Lundi 12 octobre, 9 h. 30, Dʳ WALSER : Les syndromes myocardiques. — 11 heures : Dʳ ROUTIER : Les traumatismes cardiaques. — 15 heures, Dʳ HEIM DE BALSAC : Exercices pratiques de radiologie cardiaque.

Mardi 13 octobre 9 h. 30, Dʳ BERNAL : Syphilis cardiaque. — 11 heures, Dʳ WALSER : Le rhumatisme cardiaque. — 15 heures, Dʳ JAUBERT : Etude bactériologique du rhumatisme articulaire aigu et de ses complications cardiaques.

Mercredi 14 octobre, 9 h. 30, Dʳ ROUTIER : Maladies congénitales. — 11 heures, Dʳ MATTON, Insuffisance ventriculaire droite. — 15 heures, Dʳ VAN BOGAERT : Artériographie. Valeur diagnostique et pronostique.

Jeudi 15 octobre, 10 heures, Dʳ LAUBRY : Consultation clinique. — 15 heures, Dʳ VAN BOGAERT : Epreuves d'excitabilité vasculaire. Réflexes normaux et pathologiques.

Vendredi 16 octobre, 9 h. 30, Dʳ LAUBRY : Examen radiologique des malades vus à la consultation du jeudi. — 11 heures, Dʳ MARCHAL : Formes de l'insuffisance ventriculaire gauche. — 15 heures, Dʳ MATTON : Oscillographie. Tensions systolique, diastolique et moyenne.

Samedi 17 octobre, 9 h. 30, Dʳ LAUBRY : Indications générales du traitement des cardiopathies. — 11 heures, Dʳ LAUBRY : Traitement de l'insuffisance cardiaque.

Tous les jours, à 16 heures, examen de malades dans les salles, sous la direction des internes du service. Le prix de l'inscription est fixé à 150 francs. On s'inscrit le jour de l'ouverture du cours. S'adresser au Dʳ MATTON, à l'hôpital Broussais. Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, sur leur demande, recevoir à la fin du cours un diplôme.

Laboratoire de bactériologie. (Professeur : M. A. LEMIERRE.) — Sous la direction de M. A. PHILIBERT, M. GASTINEL, avec le concours de MM. ADIDA, GALLERAND et NEVOT, auront lieu pendant l'année scolaire 1931-1932, deux séries de démonstrations de bactériologie avec travaux pratiques.

Elles se suivront sans interruption, commenceront le mardi 5 janvier 1932, à 14 heures, au laboratoire de bactériologie et continueront les jeudis, samedis, lundis et mardis suivants, à la même heure.

Cet enseignement complet sera sanctionné par un certificat valable pour l'obtention du diplôme universitaire d'hygiène.

PROGRAME DES DÉMONSTRATIONS. — Première série : *Technique de microbiologie clinique* (14 leçons). — Généralités. Maniement du microscope. Examen des microbes à l'état frais. Colorations. Stérilisation de la verrerie. — Analyse bactériologique du pus. Préparation des milieux de culture liquides. — Technique de la séparation des germes aérobies et anaérobies. — Inoculation aux animaux. Péparation des milieux de culture solides. — Tchnique de la filtration. — Examen bactériologique des exsudats buccopharyngés. Diagnostic de la diphtérie. — Examen bactériologique des crachats. Diagnostic de la tuberculose pulmonaire. — Diagnostic de la syphilis. Recherche du tréponème. — Examen bactériologique du sang. Examen direct. Hémoculture. Inoculation. — Les séro-diagnostics. — Réactions de fixation. Tchnique de la réaction Wassermann. — Réaction de floculation. — Examen bactériologique du liquide céphalo-

rachidien et des sérosités. — Examen bactériologique des matières fécales. — Examen bactériologique des urines.

Deuxième série : *Etude pratique des microbes pathogènes.* — 1re leçon : Classification microbienne. — 2e leçon : Staphylocoque. Préparation des vaccins. — 3e leçon : Streptocoque. Pneumocoque. — 4e leçon : Gonocoque. Méningocoque. — 5e leçon : Peste. Pasteurelloses. — 6e leçon : Bactéries hémoglobinophiles. Coccobacille de Pfeiffer. Bacille de Ducrey. Bacille de Bordet et Gengou. — 7e leçon : Groupe colibacille Eberth. — 8e leçon : Pneumobacille. Proteus. Micrococcus emelitensis. — 9e leçon : Bacilles dysentériques. Vibrion cholérique. — 10e leçon : Examen bactériologique des eaux potables. — 11e leçon : Bactéridie charbonneuse. — 12e leçon : Microbes anaérobies. Bactériologie de la gangrène. — 13e leçon : Bacille du tétanos et du botulisme. — 14e leçon : Bacille diphtérique. — 15e leçon : Bacille tuberculeux. — 16e leçon : Lèpre et morve. — 17e leçon : Les spirochètes. — 18e leçon : Le tréponème de la syphilis. — 19e leçon : Les virus invisibles. — 20e leçon : Le bactériophage de d'Hérelle.

Les droits d'inscription sont de 200 francs pour chacune des séries. Le nombre des places étant limité, les élèves sont priés de s'inscrire au Laboratoire de bactériologie avant de retirer leurs bulletins de versement.

Ces bulletins sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Pour la culture classique. — L'Association Guillaume Budé organise du 22 août au 11 septembre une croisière en Grèce, dont l'itinéraire est fixé comme suit : Athènes, Egine, Sunium, Délos, Mykonos, Santorin, Knossos, Phaestos, Monemvasia, Gythion, Sparte, Mistra, Olympie, Delphes, Ithaque.

La croisière sera accompagnée par M. G. Glotz, membre de l'Institut, professeur à la Sorbonne.

Les personnes que cette croisière pourrait intéresser sont priées de s'adresser à l'Association Guillaume Budé, 95, boulevard Raspail, Paris, 6e.

Syndicat des médecins de la Seine et des communes limitrophes. Le Dr Coldefy, qui depuis plusieurs années, s'occupait activement au Syndicat des médecins de la Seine de la répression de l'exercice illégal de la médecine dans le département de la Seine, est récemment décédé, unanimemen regretté de ses collègues.

Le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine, dans sa séance du 7 juillet, a désigné pour le remplacer dans ces fonctions M. le Dr Jolly, 63, boulevard de Sébastopol secrétaire adjoint du Syndicat.

Nous demandons à tous nos confrères de bien vouloir lui faire parvenir dorénavant tous documents et renseignements intéressant cet important service.

Adresser toutes les communications à M. le Dr Jolly, directeur de l'Office de répression de l'exercice illégal de la médecine, 28, rue Serpente, Paris, 6e.

M. Jolly reçoit à l'Office les mercredis de 10 h. à 11 heures.

En Grèce et en Italie «dans le sillage d'Ulysse» du 27 août au 19 septembre. — Sous le patronage de l'Automobile-Club de France et avec l'appui de *Figaro*, la Compagnie française du tourisme, en collaboration avec le Bureau de voya-

ges de *Figaro*, prépare une croisière qui visitera : Corfou, Ithaque, Pylos, Tirynthe et Mycènes, Athènes, Candie, Taormina, Stromboli, Naples. Monte-Circeo, le détroit de Sardaigne et Ajaccio.

Cette croisière sera réservée à une centaine de privilégiés qui s'embarqueront le 27 août prochain, à Marseille, à bord du paquebot Lotus des Messageries maritimes, affrété spécialement pour ce voyage.

Il n'y aura, à bord, qu'une seule classe de passagers. Le nombre des places sera limité à cent vingt. Le retour se fera à Marseille dans la journée du 19 septembre.

Le prix — comprenant tous les frais et, notamment, toutes les excursions à terre, — varie, suivant les cabines, en partant de 9.950 francs.

Au cours d'une interview récente, M. Victor Bérard a tenu à préciser le but de ce voyage qui restera unique dans les annales littéraires :

Les découvertes faites depuis une cinquantaine d'années ont entièrement renouvelé nos conceptions sur les poèmes homériques. Nos prédécesseurs considéraient les compagnons d'Ulysse comme des primitifs et des êtres presque sauvages : ils s'imaginaient que toutes les descriptions homériques, ces manoirs, ces palais, ces étoffes, ces baignoires d'argent, ces corbeilles d'or et de vermeil, ces revêtements de bronze, ces armes et ces fauteuils aux clous d'or, dont il est question dans l'*Odyssée*, n'étaient que fables et contes imaginés par le poète. Nous avons, aujourd'hui, les plans de ces résidences et les modèles de tous ces objets. Il n'est pas douteux qu'Homère n'a rien inventé, mais qu'il nous a décrit très fidèlement, d'après les souvenirs, trois cents ans après la guerre de Troie, l'époque et la vie de ses héros.

Ce qui est vrai pour ces objets, l'est-il aussi pour les lieux ? Homère connaissait-il les rivages où il fait aborder Ulysse ?

Les géographes de l'antiquité, à commencer par Strabon, qui fut l'Elisée Reclus des temps gréco-romains, avaient acquis la certitude, en explorant et en décrivant les terres et les eaux de la Méditerranée, que les descriptions géographiques du poète n'étaient pas moins fidèles, qu'il suffisait d'aller sur les lieux pour retrouver les sites odysséens et la trace de tous les personnages humains ou divins et de tous les monstres que rencontra le fils de Laërte.

Homère, à les entendre, n'était pas seulement le dieu de toute poésie, c'était aussi le maître de toute science nautique. Il ne s'était pas proposé seulement de récréer ou d'amuser son auditoire, il voulait l'instruire, lui communiquer toute la connaissance du monde que lui-même avait acquise à l'école et dans les livres de ses devanciers.

C'est, d'ailleurs, pour vérifier cette opinion des anciens que je vais conduire, aujourd'hui, une croisière de témoins impartiaux et de juges non prévenus aux rivages et aux endroits où l'on peut le mieux constater que les aventures d'Ulysse rentrent dans la réalité et l'histoire des navigations méditerranéennes.

Le cyclope, qui engloutit, rote, vomit, gémit, hurle et lance des pierres a toujours sa caverne derrière sa petite île, aux abords de cette côte napolitaine où le Vésuve conserve les mœurs terribles de cet effroyable Polyphème. Mieux encore, les instructions nautiques de nos marins permettent de rétablir un itinéraire que la magicienne Circé recommandait à Ulysse et qui, depuis 3.600 ans, semblait à tous les anciens et modernes, une invention sans la moindre part de vérité.

Envions les privilégiés qui vont faire ce magnifique voyage. Quelles émotions les attendent dans ces sites, dans ces villes, et sur ces îlots qui furent chantés par le plus grand poète de tous les temps !

Pour tous renseignements et inscriptions pour cette croisière, s'adresser à la Compagnie française du tourisme, 30, boulevard des Capucines. Téléphone : Central 44-44, ou au Bureau de voyages de *Figaro*, 14, Rond-point des Champs-Elysées, Paris (8e). Tél. Elysées 98-31 à 38.

Nécrologie. — Dr Paul Buot, médecin colonel en retraite, décédé aux Rives, à Saint-Avertin (Indre-et-Loire). — Dr Galimard, de Venarey-Les-Laumes (Côte-d'Or), conseiller général, décédé à l'âge de 51 ans. — Dr Lucien Gastel, de Fougères. — Dr Jacquemaire-Clemenceau, mort victime du devoir professionnel, à la suite d'une septicémie contractée dans un service hospitalier. — Dr Emile Macon, médecin de l'Hôtel-Dieu de Laon, décédé dans sa 71e année. — Dr Charles Kuhlmann, de Mutzig (Bas-Rhin). — Dr Alphonse Poiteau, de Bienvillers-au-Bois (Pas-de-Calais), décédé dans sa 65e année. — Dr Isidore Simon, d'Orsennes (Indre), décédé à l'âge de 65 ans. — Dr Vallais, chirurgien de l'hôpital de Granville (Manche). — Dr Jacque Baroncelli, de Lyon, stomatologiste, décédé accidentellement le 13 juillet, au cours d'une ascension dans les Alpes. — Dr Adrien Duffotet, de Versailles. — Dr Lecreux, de Chauvire-le-Châtel. — Dr N. Rauzy, d'Esbly (S.-et-M.).



Opothérapie Hématique *Totale*

SIROP de

DESCHIENS

à l'Hémoglobine vivante

Renferme intactes les Substances Minimales du Sang total

MÉDICATION RATIONNELLE DES

Syndromes Anémiques
et des
Déchéances organiques

Une cuillerée à potage à chaque repas.

DESCHIENS, Docteur en Pharmacie, 9, Rue Paul-Baudry, Paris (8e).

R. C. Seine : 207.304 B

TRAITEMENT DU

DIABÈTE

PAR
LES
CAPSULES GLUTINISÉES
DE

PANCRÉPATINE

LALEUF

LITTÉRATURE - ECHANTILLONS
LABORATOIRES LALEUF
49 Avenue de la Motte-Piquet-Paris

Nouvelle adresse : 20, rue du Laos, PARIS (XVe).

Principales Préparations des Laboratoires Laleuf

Adrépatine (Suppositoires, Pommade) - Colloïdine Laleuf - Créosal Dubois
Folliovarine Laleuf - Iodatoxine Laleuf
Pancrépatine Laleuf - Polyferments Laleuf - Trinitrine Caféinée Dubois
Urisal du Dr Deschamp - Urococcine Laleuf

TRAVAUX ORIGINAUX

La fièvre de lait sec (1)

Par M. P. LEREBOULLET
Professeur d'hygiène et de clinique de la première enfance,
Médecin de l'hospice des Enfants-Assistés

L'étude des fièvres alimentaires chez le nourrisson comporte comme premier chapitre la *fièvre de lait sec* ; c'est elle que je compte décrire aujourd'hui. Au premier abord, le sujet de cette leçon peut paraître étroit, mais en réalité, il s'agit d'une question des plus intéressantes et qui touche à un problème physio-pathologique de la plus haute importance : celui de la fièvre en général.

Sans nous arrêter aux conceptions actuellement bien étranges et vétustes des anciens auteurs, de Broussais en particulier, sur la nature de la fièvre, nous pouvons dire que jusqu'à ces derniers temps la fièvre était considérée comme *le signe essentiel de l'infection* ; il est certain que, chez le nourrisson, elle relève bien le plus souvent de cette étiologie. Tantôt la cause infectieuse est évidente et réside dans une pneumopathie, dans une affection digestive, dans un état septicémique ou dans une maladie générale comme la rougeole ; tantôt, et ceci est particulièrement fréquent au cours de la première enfance, l'origine de la fièvre reste mystérieuse, et il faut alors savoir dépister une rhino-pharyngite entretenue par des végétations adénoïdes occultes, une adénopathie trachéo-bronchique ou une tuberculose latentes, une cause digestive, des pyodermites, parfois une colibacillose ou une colibacillurie plus ou moins larvées. Mais dans tous ces cas, que l'origine de la fièvre soit cachée ou facile à reconnaître, sa nature est *infectieuse*, elle est provoquée par un *germe* ; ceci reste vrai dans l'immense majorité des cas de fièvre du nourrisson.

Mais *toute fièvre ne signifie pas nécessairement infection*, et c'est ce qu'ont montré les travaux récents qui ont permis d'édifier chez le nourrisson tout un chapitre nouveau, extrêmement intéressant, de pathologie, *celui des fièvres alimentaires*. Ces manifestations, qui ont surtout été étudiées en Allemagne par Finkelstein et son école, consistent en *poussées thermiques* plus ou moins élevées, plus ou moins durables liées à l'ingestion de certains aliments, et cessant par la suppression de l'aliment qui leur a donné naissance. On a ainsi décrit des *fièvres de sucre, de sel, de lait sec, de babeurre, de bouillon de légumes*, etc. ; de même, jusqu'à un certain point, *la fièvre préscorbutique* dont je vous entretiendrai dans une prochaine leçon, et sur laquelle mes collaborateurs Lelong et Chabrun viennent récemment d'attirer l'attention, mérite de prendre place dans le cadre général des fièvres alimentaires du nourrisson, bien qu'elle soit surtout une fièvre par carence alimentaire.

De toutes ces manifestations, les moins rares, les plus nettes, celles qui réalisent le mieux le type de la fièvre alimentaire et qui se prêtent le plus facilement à l'analyse expérimentale sont les *fièvres de lait sec*.

* * *

Schématiquement, la fièvre de lait sec est constituée par une *poussée fébrile* apparaissant peu de temps après l'institution d'un régime où le lait sec est donné à un degré de concentration trop élevé, continuant pendant tout le temps que dure ce régime, et cessant lorsque l'alimentation pyrétogène est supprimée, pour reprendre avec elle si on la rétablit.

Le rôle du lait sec est ainsi nettement démontré, et l'existence de cette fièvre n'est actuellement plus contestée par personne. On peut en rapprocher certains faits plus rares de fièvre liée à l'emploi du lait concentré. Je tiens toutefois à vous rappeler dès maintenant que *ces manifestations sont tout à fait exceptionnelles* : leur intérêt réside surtout dans le problème de physio-pathologie qu'elles posent, car *elles ne contre-indiquent en aucune façon l'emploi du lait sec* dont les avantages restent entiers. Des précautions très simples semblent même pouvoir actuellement diminuer ou supprimer cette fièvre.

Le *lait en poudre*, ou *lait desséché*, a été introduit dans l'alimentation des nourrissons il y a une vingtaine d'années environ. Comme vous devez le savoir, il est constitué par le résidu sec du lait de vache privé de son eau et le plus souvent demi-écrémé ; 150 grammes de cette poudre, représentant une valeur énergétique de 690 calories environ, et complétés par dilution d'eau à un litre, fournissent l'équivalent d'un litre de lait de femme avec ces différences toutefois que la dilution de lait sec est notablement plus riche en caséine (c'est-à-dire en albuminoïdes) et en lactose, et moins riche en beurre que le lait de femme.

Le lait sec employé surtout chez les nourrissons qui relèvent de troubles digestifs aigus, chez les hypotrepsiques ou les athrepsiques, à des taux de concentration variables, n'a pas d'abord paru donner de grands succès : cela tenait à des défauts de préparation auxquels il a été remédié depuis, surtout en Amérique. Actuellement, le lait sec bien étudié à cet égard il y a quelques années par MM. Aviragnet, Bloch-Michel et Dorlencourt, est un agent précieux pour l'alimentation des nourrissons malades.

Les premiers cas de fièvre liée à l'ingestion du lait sec ont été rapportés à la Société de Pédiatrie de Paris en décembre 1926, par MM. Debré et Semelaigne (1), leurs deux observations sont des plus instructives, les voici résumées :

Dans le premier cas, il s'agissait d'un bébé d'un mois, Josette C..., nourrie mi-partie au sein, mi-partie à l'aide de cinq biberons de lait sec à la dose de deux cuillerées à soupe pour 75 gr. d'eau, ce qui représente une très forte concentration. Au début d'avril 1926, cette enfant présenta de l'agitation, du malaise, et le 10 avril une poussée thermique à 41°6 accompagnée de convulsions. Le 13 avril, la température atteignait même 42° ! Cependant l'examen de l'enfant restait négatif, et les jours suivants, la fièvre persistait. Le 17 avril, de leur propre initiative les parents diminuent de moitié la ration de lait sec (= une cuillère à soupe pour 75 gr. d'eau) et le lendemain la température est à 36°9. Sur l'ordre du médecin, la ration est rétablie à son chiffre initial et le 19 avril la fièvre remonte à 38°5 pour rester élevée jusqu'au 30 avril à cette époque le père supprime brusquement le lait sec, et l'enfant est mise du jour au lendemain à sept biberons de 90 gr. de lait ordinaire écrémé dilué, sucré ; le 1er mai, la température retombe à la normale et ne remonte plus par la suite. Pendant la période fébrile, l'enfant a augmenté de 850 grammes.

Le second cas concerne une enfant de trois mois (Colette de S.) qui sur le point de partir à la campagne est mise au lait sec (trois cuillères à soupe de lait Seklé pour 120 gr. d'eau). Au bout de sept à huit jours l'enfant devient criarde, agitée, la fièvre s'allume et monte à 39°6, et persiste les jours suivants en oscillant de 37 à 40°. Cependant l'examen de l'enfant ne révèle rien d'anormal, le bébé ne paraît pas malade, son poids augmente (1 kilogr. en six semaines). C'est seulement quand on supprime le lait sec et que l'enfant est mise au lait ordinaire que la fièvre tombe, de façon définitive.

(1) Leçon clinique faite à l'hospice des Enfants-Assistés le 3 juin 1931 et recueillie par P. BAIZE, préparateur du service.

(1) R. DEBRÉ et SEMELAIGNE. — Soc. de Pédiatrie de Paris, 21 déc. 1926, p. 447.

Ces deux observations sont tout à fait caractéristiques. Je vous les ai rapportées avec quelque détail parce qu'elles peuvent être considérées comme des prototypes sur lesquels sont calquées toutes les autres observations que nous allons passer rapidement en revue. J'insiste encore sur un point essentiel, à savoir que *le poids des enfants*, malgré la fièvre non seulement n'a pas diminué, mais encore s'est *accru, de façon remarquable*. Ce simple fait différencie nettement la fièvre de lait sec des fièvres d'infection qui s'accompagnent toujours d'un état de dénutrition plus ou moins accentuée.

A la suite de la communication de MM. Debré et Semelaigne un certain nombre de cas analogues ont été publiés, notamment par le Dr Florand (1), qui cite un enfant de cinq mois élevé au lait sec, fébricitant, dont la fièvre tombe en deux jours à la suite de la cessation du lait. MM. Aviragnet et P.-L. Marie (2) rapportent des observations remontant à 1925 et sont par conséquent les premières en date. Le premier cas publié par ces auteurs concerne un nourrisson de deux mois qui fut mis au lait sec en raison de ses troubles digestifs ; ceux-ci s'amendèrent, mais la fièvre s'éleva, pour ne tomber que par l'administration de lait Lepelletier, reprendre avec la reprise du lait sec, et ne cesser définitivement que par l'alimentation au lait concentré sucré convenablement dilué. Ici encore le poids n'a pas cessé d'augmenter pendant la période fébrile. Le deuxième cas de MM. Aviragnet et P.-L. Marie est calqué sur le précédent et possède la même valeur quasi-expérimentale. Ces auteurs citent en outre une observation du Dr Dayras un peu différente, où l'emploi du lait sec semble avoir entraîné un *état subfébrile prolongé* pendant tout le temps que dura cette alimentation.

Quelques mois après la publication de ces faits, mon collaborateur et ami Marcel Lelong rapportait une observation très intéressante, recueillie par lui à la crèche Landouzy de l'hôpital Laënnec, et où il tenta pour la première fois d'éclaircir la pathogénie de la fièvre de lait sec (3). Il s'agissait d'un enfant de un à deux mois, mis au lait sec le 13 avril 1927, et qui présenta des troubles digestifs, de l'agitation, du malaise et *de la fièvre* jusqu'au 16 avril, date à laquelle tout rentra dans l'ordre par la suppression du lait sec ; il y eut ensuite plusieurs alternatives de fièvre et d'apyrexie correspondant aux reprises et à la suspension du lait sec : pendant toute cette période, la croissance demeura satisfaisante (525 gr. en 14 jours).

Cette observation diffère somme toute assez peu des précédentes : son intérêt réside surtout en ce que M. Lelong s'est attaché par différents moyens, à élucider le mode d'action du lait sec. De nombreuses cuti-réactions (au lait de femme, au lait de vache, au lait sec) furent pratiquées chez cet enfant, et, toutes, furent négatives ; l'emploi d'une autre marque de lait sec ne provoqua pas la fièvre : en revanche, le même lait sec, distribué à quatre autres nourrissons sains déclencha l'hyperthermie. Enfin les différents procédés de culture ont montré, comme du reste on pouvait s'y attendre, que la poudre de lait était parfaitement stérile. M. Lelong a été alors conduit à incriminer le *vieillissement* des boîtes de lait, opinion qui ainsi qu'il l'a démontré lui-même, ne contient probablement qu'une part de vérité. Les modifications que le temps apporte dans la composition du lait sec ont d'ailleurs été bien étudiées par Porcher (4) elles consistent surtout en rancissement et en suiffage de la matière grasse et semblent incapables à elles seules de provoquer la fièvre.

Dans un cas que j'ai observé avec mon ami Saint-Girons pendant les mois de mai et de juin 1926 (5), il s'agissait d'un enfant de 4 mois qui présenta pendant 60 jours un état fébrile entre 37°8 et 39°, sans aucun substratum organique, sans troubles de la santé générale, mais avec assez fort malaise nocturne ; cette fièvre était manifestement liée à l'alimentation au lait desséché, puisque la fièvre disparut dès que l'enfant, envoyé à la campagne, eut été mis au lait de vache. Or, cet enfant était un *spasmophile* et un *asthmatique* et cette observation montre *que le terrain* peut avoir une certaine importance dans la production du syndrome fièvre de lait sec.

Je ne veux pas multiplier ces exemples : je vous le répète, toutes ces observations sont calquées les unes sur les autres : du reste elles sont assez peu nombreuses.

Le lait sec n'est d'ailleurs pas toujours le seul en cause : le *lait concentré* insuffisamment dilué peut aussi déclencher des poussées fébriles pouvant atteindre 40° et ne cessant qu'avec le changement de régime. Des observations de ce genre (fièvre de lait sec, et fièvre de lait concentré) ont été rapportées par M. Lesné (1), par MM. Hallé et E. Terrien (2) et plus récemment par M. Lust (de Bruxelles) (3) qui, dans deux observations, invoque pour expliquer la fièvre, le rôle de la *concentration* et en particulier de la concentration saline, par M. Rocaz (de Bordeaux) (4) qui semble se rallier à la théorie du *vieillissement* du lait sec, par M. Comby (5), par M. Alarçon (de Tampico) (6), etc. Dans un travail récent, M. Dorlencourt (7) qui a pu recueillir en deux ans sept observations de fièvre de lait sec, a cru pouvoir conclure que les *réactions individuelles* jouent le rôle essentiel dans la production de ce syndrome, et que celui-ci se rapproche ainsi, sans toutefois se confondre entièrement avec eux, des phénomènes anaphylactiques.

* *

Si nous résumons toutes ces observations, nous voyons que la fièvre de lait sec, d'existence désormais indiscutable, présente un certain nombre de caractères cliniques, surtout négatifs, assez constants néanmoins pour permettre d'en soupçonner la nature et de poser un diagnostic ; ces caractères sont : *la fièvre* souvent très élevée (42°, Debré et Semelaigne, 41°2 Lelong) ; l'absence de tout signe physique, le peu d'importance des signes généraux, et en particulier *l'accroissement paradoxal, régulier, du poids*, en dépit de la fièvre, et souvent même sur un rythme accéléré. Cet ensemble de symptômes, survenant chez un enfant nourri au lait sec doit immédiatement éveiller en vous l'idée d'une fièvre alimentaire, d'autant que vous obtiendrez à peu de frais, par une simple modification de régime, un succès thérapeutique complet. L'expérience montre que ces cas de fièvre de lait sec, pour rares qu'ils soient, ne sont néanmoins pas absolument exceptionnels, et que par conséquent vous pouvez les rencontrer en ville ou à l'hôpital.

Mais j'en arrive au point le plus intéressant peut-être, *à la pathogénie de la fièvre de lait sec. A priori* trois hypothèses peuvent être émises pour rendre compte de son existence : infectieuse, toxique et alimentaire.

L'origine infectieuse de la fièvre de lait sec n'est guère défendable : la possibilité d'une infection exogène est en effet complètement éliminée par le mode de préparation même du lait sec, hyperstérilisé et presque totalement dépourvu d'eau : au reste la culture de ces laits s'est toujours montrée négative. Le réveil d'une infection endogène, d'un microbisme latent, par *biotropisme* est plus discutable ; toutefois les caractères de brusquerie du début et de la cessation de la fièvre, ses variations parallèlement

(1) J. Florand. — *Bull. soc. de Pédiatrie*, 21 déc. 1926, p. 452.
(2) Aviragnet et P.-L. Marie. — *Ibid.* 21. décembre 1926, p. 452.
(3) Marcel Lelong. — Soc. de Pédiatrie, 5 juillet 1927, p. 335.
(4) Porcher. — Le lait desséché, Un vol. édit. Le lait. Lyon.
(5) P. Lereboullet et Saint-Girons. — Soc. de Pédiatrie, 5 juillet 1927, p. 340.

(1) Lesné. — *Soc. de Pédiatrie*, 5 juillet 1927, p. 338.
(2) Hallé, *Soc. de Pédiatrie*, 5 juillet 1927, p. 339. Dans le fait qu'il rapporte, M. Hallé signale que la quantité de lait concentré mise dans chaque biberon était trop considérable.
(3) Lust. — Soc. clin. des hôp. de Bruxelles, 11 juin 1927. *Le Scalpel*, 8 octobre 1927.
(4) Rocaz. — Soc. méd. hôp. de Bordeaux, 21 oct. 1927.
(5) Comby, — Soc. de Pédiatrie, 19 oct. 1927. p. 393.
(6) Alarçon. — Soc. de Pédiatrie, 19 nov. 1929, p. 447.
(7) Dorlencourt. — Soc. de Pédiatrie, 15 oct. 1929, p. 421.

aux variations du régime, l'absence d'atteinte de l'état général vont mal avec l'hypothèse d'une infection.

La théorie toxique se heurte aux mêmes difficultés : l'enfant, dans la fièvre de lait sec, est un *fébricitant*, il n'est pas *un malade*.

Reste donc l'hypothèse d'une *origine alimentaire* ; c'est la seule qui rende compte des phénomènes observés, mais il faut reconnaître que la pathogénie du syndrome reste encore des plus mystérieuses. Par quel mécanisme le lait sec détermine-t-il l'hyperthermie, quelle substance faut-il plus particulièrement incriminer dans ce lait, quelle influence ont sur l'apparition de la fièvre la concentration du lait et son vieillissement, ce sont là autant de questions auxquelles avec MM. Robert Debré, Marcel Lelong et J. Chabrun (1), nous nous sommes efforcés de répondre au cours d'une série d'expériences d'ailleurs parfaitement inoffensives, que nous avons poursuivies dans ce service même, et que je vais vous rapporter avec quelques détails.

Le jeune Pierre Du..., né de mère tuberculeuse, a été immédiatement séparé de celle-ci et vacciné au B. C. G. Il a été élevé dans un des centres du Placement familial des tout-petits en Sologne, et nourri jusqu'à quatre mois au babeurre. A partir du quatrième mois l'enfant est mis au *lait sec* et bientôt la température s'élève jusqu'à 39° et reste haute *pendant trois mois* avec des oscillations très irrégulières. Cette fièvre reste au début *inexpliquée* : poumons, rhino-pharynx, tube digestif, urines, tout est normal. Au bout de trois mois, comme la fièvre persiste l'enfant est envoyé en observation ici-même aux Enfants-Assistés, on soupçonne immédiatement *la « fièvre de lait sec »*, et quelques jours suffisent à en apporter la preuve, la fièvre tombant dès que cette alimentation est supprimée et la température restant normale aussi longtemps qu'il n'est pas donné de lait sec.

Chez cet enfant, nous avons institué une série d'épreuves alimentaires destinées à mettre en lumière le déterminisme du phénomène.

Nous avons d'abord voulu nous rendre compte de l'influence *des différentes marques* de lait sec, en donnant successivement à l'enfant (apyrétique chaque fois qu'il ne reçoit pas de lait sec) trois laits secs de marques différentes : D., G., et A. Ainsi que vous pouvez le voir sur le tableau graphique, ces laits ont tous les trois provoqué la fièvre, mais selon *un mode assez différent* : le lait sec D. donne une forte hyperthermie pouvant atteindre 39 ou même 40° ; le lait G donne une moindre fièvre ou plus exactement un dérèglement thermique avec oscillations de 36 à 38°5 ; enfin, le lait A donne un état subfébrile irrégulier dont le point culminant ne dépasse pas 38°. Il y a donc *un facteur pyrétogène particulier* à chaque marque de lait sec, fait probablement en rapport avec des différences de préparation, et peut-être aussi, comme l'avait déjà pensé M. Lelong, avec l'ancienneté du produit.

Dans une deuxième série d'expériences, nous avons voulu savoir lequel des éléments constitutifs du lait sec était pyrétogène, autrement dit quelle action avaient sur la courbe thermique les ingestions séparées des deux parties principales de ce lait : *le petit lait* d'une part, et d'autre part *le coagulum* ou fromage blanc qui reste après séparation du petit lait.

Le petit lait de lait sec, préparé par la méthode de Moll (2) est un produit riche en lactose, mais *très pauvre en protéines* (3 p. 1.000) et en beurre (2 p. 1.000) : il fut donné au nourrisson associé à la farine de soja et à la crème de riz en six biberons de 150 gr. chacun. Or, pendant les onze jours qu'a duré ce régime, l'enfant n'a pas présenté de fièvre à proprement parler, mais seulement une légère perturbation thermique avec petites poussées à 37°7 ou 37°8, très nettes quand on compare cette région de la courbe au tracé monotherme des jours précédents.

Pendant l'administration du coagulum (qui contient la presque totalité des albumines), à notre grande surprise, l'enfant est resté *complètement apyrétique* entre 37° et 37°2. Il convient de dire que ce coagulum avait été fortement dilué et étendu à 1 litre par adjonction d'eau.

De cette seconde expérience nous avons donc été amenés à conclure que, alors que le lait sec entier donne de la fièvre, chacune de ses deux parties constitutives (petit lait et coagulum) donnée séparément ne détermine pratiquement pas de fièvre.

Notre troisième expérience est la plus importante ; elle tend à mettre en évidence *l'influence de la concentration du lait sec par rapport à l'eau de dilution*. Pour la réaliser, nous avons remis l'enfant au *lait sec entier* dilué normalement (28 gr. de poudre de lait pour 175 gr. d'eau six fois par jour) ; sa température était normale. Chaque jour on augmenta la dose de poudre de lait de 2 gr. à chaque repas, la quantité d'eau restant la même. A 38 gr. la température commença à s'élever, puis assez brusquement, à 52 gr., *la fièvre apparut* et la température décrivit des oscillations désordonnées, atteignant 39°2 pour une dose de lait sec de 60 gr. La contre-épreuve, réalisée en diminuant rapidement la concentration à 42, puis à 28 gr., entraîna l'apyrexie immédiate à 37°. Au moment où la température était à son maximum, un dosage des protéines du sérum pratiqué par notre collaborateur Detrois a donné le chiffre élevé de 92 gr. p. 1.000 (contre 70 gr. environ normalement), ce qui semblerait indiquer une légère concentration sanguine. Pendant toute la durée de cette expérience, le poids a continué à croître et a passé de 7 kgr. 250 à 7 kgr. 650 en vingt-six jours.

Telles sont les recherches que mes collaborateurs et moi nous avons entreprises pour expliquer l'action pyrétogène du lait sec. De ces expériences, ainsi que des diverses observations cliniques que je vous ai résumées précédemment, on peut conclure que l'origine de la fièvre de lait sec est *complexe* et qu'un certain nombre de facteurs concourent à sa production. De ces facteurs, *les uns sont accessoires* et sans méconnaître la possibilité de leur action, je puis dire que leur rôle est secondaire ; tels sont *le mode de préparation et l'ancienneté du lait sec* ; des laits desséchés et hyperstérilisés peuvent présenter dans leur structure physico-chimique des altérations qui modifient leurs propriétés, comme cela s'observe en chimie en ce qui concerne les propriétés des formes hydratée et anhydre d'un même sel ; — telle est aussi la *sensibilisation spéciale* de certains sujets, sur laquelle ont insisté Dorlencourt, Lemaire et d'autres auteurs, sensibilisation qui intervient peu en réalité, car ces faits de fièvre de lait sec de doivent pas être confondus avec des manifestations anaphylactiques : la régularité et la persistance de la fièvre, l'absence de signes de choc, le caractère négatif des cuti et intradermo-réactions, l'impossibilité de désensibiliser les enfants sont absolument contraires à cette idée — tel est enfin l'*âge de l'enfant, la fièvre de lait sec ne se voit guère que dans les six premiers mois de la vie*, époque où les besoins en eau de l'organisme sont particulièrement intenses.

En réalité la cause essentielle de la fièvre de lait sec réside dans *un trouble portant à la fois sur le métabolisme des protéines et surtout sur celui de l'eau* ; c'est la teneur exagérée en poudre de lait sec par rapport à la quantité d'eau, en un mot, c'est l'*hyperconcentration*, qui est à l'origine de l'hyperthermie, ainsi que l'hypothèse en a été plus ou moins clairement énoncée depuis longtemps à propos des fièvres alimentaires par différents auteurs et plus particulièrement par MM. Debré et Lelong (1). Cependant, la fièvre de lait sec ne s'identifie pas avec la fièvre de déshydration aiguë que l'on a décrite après administration de

(1) P. LEREBOULLET, R. DEBRÉ, M. LELONG et J. CHABRUN. Soc. de Pédiatrie, mai 1931. — Voir aussi R. DEBRÉ et Marcel LELONG. Les fièvres alimentaires des nourrissons. Déséquilibre thermique par déséquilibre alimentaire. *Presse Médicale* 20 juin 1930.

(2) MOLL. — *Revue française de Pédiatrie*, 1930, n° 2, p. 180.

(1) R. DEBRÉ et M. LELONG. — Sur la physio-pathogénie de la fièvre de lait sec. Soc. de Biologie, 6 déc. 1930. Voir aussi le mémoire cité plus haut *Presse Médicale*, 20 juin 1931.

lait évaporé à des nourrissons : celle-ci en effet s'accompagne d'une *chute de poids* rapide que l'on n'observe jamais dans la fièvre de lait sec, où le poids bien au contraire continue à s'accroître régulièrement.

S'il était possible de résumer en quelques mots une question aussi complexe que celle de *la régulation thermique* chez le nourrisson, on pourrait avec MM. Debré et Lelong dire que normalement, tout se passe comme si la température résultait *d'un équilibre* entre la chaleur produite par l'assimilation des aliments, d'une part, et la réfrigération liée à différentes causes d'autre part. D'un côté, les combustions tissulaires apportent à l'organisme un certain nombre de calories, provenant des hydrates de carbone, des protéines, et surtout des graisses : d'un autre côté le jeune enfant perd incessamment de la chaleur, par le rayonnement de sa surface cutanée et par l'évaporation d'eau, particulièrement active au niveau de la peau et des poumons ; un certain nombre de calories se perdent encore par les urines et par les selles ; enfin, une certaine quantité (15 % environ) sont utilisées pour la croissance du jeune organisme.

Or, *cet équilibre*, que règle vraisemblablement l'intervention du système nerveux, *peut être faussé*, notamment dans le cas d'alimentation par le lait sec, quand celui-ci est donné à un degré de concentration trop élevé. Le lait sec, dans ces conditions, apporte sous un volume réduit une quantité de beurre et surtout *d'hydrates de carbone et de protéines considérable relativement au volume d'eau qui leur sert de véhicule*. Il en résulte d'une part un accroissement de la *production de calories* que ne compense pas d'autre part un apport d'eau proportionnel permettant une évaporation suffisante. L'équilibre est rompu et l'hyperthermie réalisée. On comprend ainsi facilement comment le simple fait de mettre l'enfant à la diète hydrique suffit à faire tomber la fièvre, et peut-être aussi pourquoi, dans notre deuxième expérience nous n'avons pas pu produire la fièvre en donnant au nourrisson le coagulum de lait sec *à dilution trop forte*.

En résumé, la fièvre de lait sec n'est liée essentiellement ni à l'infection, ni à une intoxication, ni à l'anaphylaxie, ni à une modification physico-chimique de la poudre de lait, ni à la composition défectueuse du produit ; sa cause principale paraît être *une proportion insuffisante d'eau dans la ration de l'enfant par rapport à la quantité de poudre de lait ingérée*. Cette explication laisse encore obscures bien des parties importantes du problème ; des facteurs seconds interviennent certainement, parmi lesquels l'âge et la susceptibilité particulière de l'enfant, la date et le mode de préparation du lait sec, etc., mais le fait essentiel reste l'*excès de concentration du lait* par rapport à la quantité d'eau de dilution. Cette conclusion comporte une sanction pratique. Il suffit de diluer suffisamment le lait sec pour faire tomber la fièvre.

Pour arides que paraissent ces spéculations, elles ont du moins l'utilité de nous faire pénétrer profondément dans la physio-pathogénie la fièvre et dans l'intimité même du métabolisme général du nourrisson. Nous retrouverons cette discussion dans l'étude des diverses fièvres alimentaires du nourrisson.

« ... Vouloir, comme aujourd'hui, apprendre toute l'anatomie en un an, est une hérésie ou une absurdité. Dans beaucoup de facultés, les étudiants ne commencent à disséquer qu'en janvier et en juin ils passent l'examen. Ils n'ont donc fréquenté l'amphithéâtre que pendant quatre mois (compte tenu des vacances) ; autant faire jouer une symphonie de Beethoven à un apprenti musicien qui aurait fait des gammes pendant deux mois. Non ! il faut, comme autrefois, consacrer deux semestres d'hiver à la dissection et à l'anatomie : l'expérience nous a appris que c'était là la vraie formule, celle qui a fait la force de la médecine française, celle qui, pendant la guerre, a permis à de nombreux praticiens de s'adapter à la chirurgie... » (P. Guillaume-Louis, de Tours. *Archives médico-chirurgicales de Province*, mai 1931.)

Le moment propice à la fécondation (1)

Par le Prof. **Hermann KNAUS** (de Graz)

Les recherches concernant les organes génitaux des mammifères et des hommes, durant des siècles, se sont bornées au domaine de la morphologie ensuite, seulement sont venus les travaux de biologie et de médecine, qui sont actuellement pour nous des données banales. Nous savons que la fonction de la reproduction, dans toutes ces espèces, est liée aux organes génitaux, que, malgré des variations, on trouve toujours, chez les individus mâles au moins une verge et des testicules et, chez les femelles, un vagin, un utérus, des ovaires : par ces moyens, la nature assure la reproduction dans toutes les espèces suivant des modes particuliers. Cette similitude de structure anatomique des organes génitaux permet d'escompter une identité fondamentale de leurs fonctions.

Pour la plus grande partie, les études physiologiques sur la reproduction sont de date récente ; elles sont en plein développement ; mais les données obtenues jusqu'ici, les prévisions indiquées plus haut, nous mettent en état d'étudier l'évolution de la reproduction chez les mammifères.

Ces lois fondamentales physiologiques de la reproduction dirigent également, chez les hommes et chez les mammifères, les phénomènes vitaux, desquels dépend l'union des deux gamètes et le développement d'un nouvel organisme. Il y a, en particulier, sûrement une loi qui règle la fécondation pour l'ovule et pour le spermatozoïde : il y a une loi qui règle l'entrée en fonction du corps jaune.

Chez tous les êtres à sang chaud, l'aptitude à la fécondation de l'ovule se limite à quelques heures ; cette particularité, caractéristique de la cellule ovulaire, a pour résultat que la fécondation est possible seulement au cours des premières heures qui suivent la rupture du follicule.

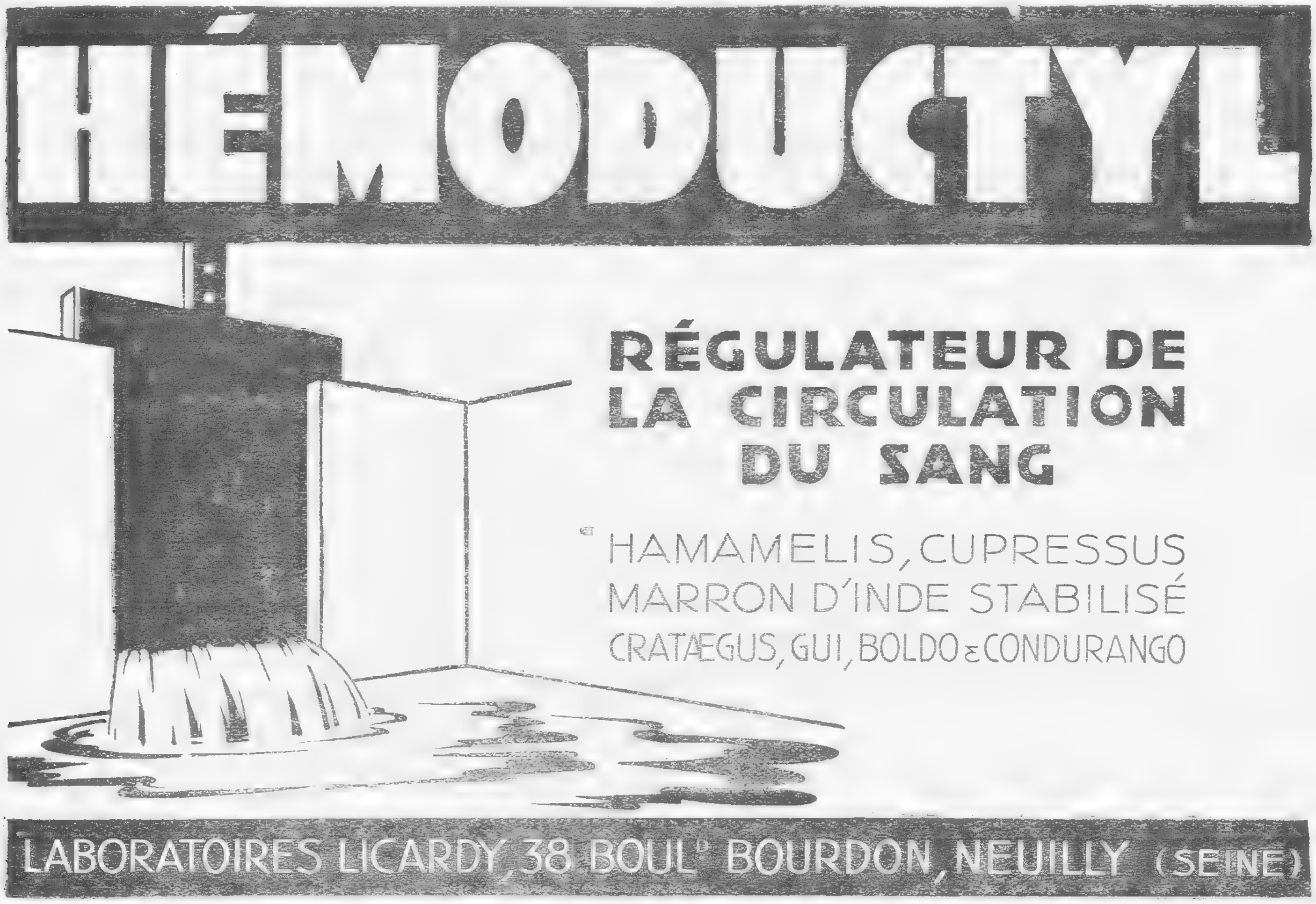
Nous étions, jusqu'ici, si peu éclairés sur les modifications de l'ovule après la rupture du follicule que nous ne pouvions pas nous faire un tableau précis des causes pour lesquelles disparaît rapidement de l'aptitude à la fécondation de la cellule ovulaire. Les remarquables recherches de G. Pincus sur le développement de l'ovule après rupture du follicule et sur le sort de cette cellule, fécondée ou non, recherches entreprises chez la lapine, ont apporté un éclaircissement considérable à l'étude de cette question. Rapidement, après l'entrée de l'ovule dans la trompe, se développe autour de cette cellule une solide coque albumineuse, et c'est ce fait qui explique la perte de son aptitude à la fécondation.

Il faut noter, aussi, que les spermatozoïdes perdent dans les organes génitaux de la femme, leur capacité de féconder plus rapidement que celle de se mouvoir : la capacité de féconder ne persiste pas plus de quarante-huit heures.

Enfin lorsque l'œuf s'implante, le corps jaune prend des caractères qui permettent de dire qu'il s'est transformé en corps jaune de la gestation. Si la fécondation n'a pas lieu, si l'œuf ne s'implante pas dans l'organisme maternel, le corps jaune de chaque espèce de mammifères a une durée d'existence précise et autonome. Or, c'est pendant ce laps de temps que doit se produire l'implantation, s'il doit y avoir gestation à la suite.

Me fondant sur la loi valable pour la plupart des mammifères, sur la loi physiologique de la fécondation, je suis arrivé à la conviction de l'inexactitude de l'opinion existant jusqu'ici et précisant que toute femme ayant un

(1) Traduit par Mme Matoussevitch d'après le *Münchener med. Woch.*, 1931, n° 9.


HÉMODUCTYL
RÉGULATEUR DE
LA CIRCULATION
DU SANG
HAMAMELIS, CUPRESSUS
MARRON D'INDE STABILISÉ
CRATÆGUS, GUI, BOLDO & CONDURANGO
LABORATOIRES LICARDY, 38 BOUL° BOURDON, NEUILLY (SEINE)


LA PASSIFLORINE
uniquement composée d'Extraits Végétaux
ATOXIQUES
Passiflora
incarnata
Salix alba
Cratœgus
oxyacantha
est le TRAITEMENT
PHYTOTHÉRAPIQUE
des ÉTATS NÉVROPATHIQUES
ANXIÉTÉ
ANGOISSE
INSOMNIE
NERVEUSE
TROUBLES
FONCTIONNELS
DU CŒUR
TROUBLES
DE LA VIE
GÉNITALE
Laboratoires G. RÉAUBOURG
1, Rue Raynouard - PARIS (XVI°)

cycle menstruel régulier de vingt-huit jours pouvait être fécondée à n'importe quel moment de cette période.

Ayant réussi à préciser expérimentalement, suivant une nouvelle méthode, le terme de l'ovulation chez la femme saine ayant un cycle menstruel de vingt-huit jours, je pensais avoir trouvé les bases permettant une étude critique fondée des idées émises jusqu'ici sur l'aptitude à la fécondation de la femme. Finalement, j'ai constaté qu'une femme ayant des menstruations régulières toutes les quatre semaines ne pouvait concevoir qu'à la période allant du onzième au dix-septième jour du cycle menstruel : pendant les dix premiers jours, après le dix-septième jour et jusqu'à l'arrivée des suivantes menstruations, il y a une stérilité physiologique.

Comme supplément à mon premier travail publié dans le *Münchener Med. Woch.*, travail consacré à l'étude expérimentale et physiologique comparative de l'aptitude à la fécondation, je voudrais traiter dans les pages suivantes des données pratiques que nous possédons sur l'aptitude de la femme à la fécondation. Il semble surprenant d'aborder au XX[e] siècle une discussion qui paraissait résolue encore aux temps antiques par l'observation et l'expérience : le *Talmud de Babylonne*, dit les lignes suivantes : « Une femme ne peut devenir grosse que peu de temps après le bain de purification prescrit par la loi de Moïse aux femmes ayant leurs menstruations... ». Or, ce bain de purification a lieu généralement, comme nous allons le voir au douzième jour du cycle menstruel. Pour les juifs orthodoxes, les rapports sexuels sont soumis aux prescriptions suivantes : les rapports sexuels sont interdits : 1° au moins vingt-quatre heures avant l'apparition des menstruations ; 2° pendant les règles qui sont supposées, pour au moins, cinq jours après ; 3° les sept jours qui suivent les cinq jours après le début des menstruations et, si ces dernières durent plus longtemps une semaine après les arrêt. Après toutes ces prescriptions, Moïse dit : « Allez-y et multipliez vous comme le sable dans la mer... »

Les recherches d'Ogino sur l'ovulation et sur l'aptitude à la fécondation chez la femme sont d'accord avec mes observations cliniques et avec les résultats de mes travaux biologiques.

Les communications écrites et orales que j'ai obtenues en réponse à mes travaux sur le terme de la conception chez la femme ayant un cycle menstruel régulier de vingt-huit jours, ont atteint une telle étendue que je suis obligé de n'en faire qu'un court résumé.

Le nombre des observations de non-fécondabilité de ces femmes pendant les dix premiers jours et après le dix-septième jour du cycle menstruel est tel qu'on peut parler de la régularité physiologique de ce phénomène.

A côté de ces constatations précieuses pratiques de la réalité de mon opinion sur l'aptitude de la fécondation de la femme, j'ai aussi pu recueillir des expériences qui, après critique superficielle, pourraient faire surgir le droit, la force de conviction d'affaiblir les arguments biologiques et pratiques.

Ces cas me paraissent tout particulièrement intéressants et instructifs, c'est pourquoi ils méritent un examen particulier.

Première observation. — Femme âgée de 24 ans, ayant un cycle menstruel régulier, variant de vingt-six à vingt-huit jours. Menstruations le 15 juin 1927. Le 28 juin, rapport sexuel, au quatorzième jour du cycle menstruel. Gestation.

Accouchement le 21 mars 1928. Ayant attendu les deux premières menstruations post-partum, lorsque les menstruations s'installent régulières, cohabitation seulement à la période de stérilité physiologique, pas de gestation. Menstruations le 21 mai 1929, rapports sexuels le 11 juin (douzième jour du cycle menstruel). Gestation. Accouchement le 9 mars 1930. Première menstruation après l'accouchement le 4 mai, cohabitation à la période de stérilité physiologique. Deuxième menstruation le 6 juin, rapport sexuel le 23 juin (au dix-huitième jour du cycle menstruel). Gestation.

Dans ce cas, la cohabitation au dix-huitième jour du cycle menstruel amène, sans aucun doute, à la conception, ce qui entraîne l'hypothèse que l'ovulation se produit à ce jour ou bien à la période jusqu'au vingtième jour du cycle menstruel. Nous avons affaire ici à un cas soigneusement observé qui pourrait être utilisé dans le but de renverser l'exactitude de ma doctrine.

Or, l'analyse plus détaillée des dates nous permet d'établir la cause de cet écart de la normale.

Si la lactation dans ce cas ne provoquait pas d'aménorrhée, nous pourrions tout de même reconnaître son influence répressive sur l'ovaire du fait qu'elle conditionne la prolongation du cycle menstruel ; ainsi le premier cycle menstruel post-partum atteint une durée de trente-trois jours.

Les conditions vitales dans ce cas et aussi plus tard jusqu'au jour de la conception, au dix-huitième jour du cycle menstruel suivant restent immodifié, nous ne commettrons pas de faute en admettant qu'aussi ce cycle atteindrait la même durée si la conception n'avait pas eu lieu.

Les conditions de temps des phénomènes biologiques en présence d'un cycle de trente-trois jours ne sont nullement identiques à ceux du cycle de vingt-huit jours, mais en diffèrent (ce qui est essentiel) pour ce qui est du terme de l'ovulation, qui, dans ces conditions, ainsi que je vais le développer, tombe en général sur le dix-neuvième ou vingtième jour du cycle menstruel, si nous attirons l'attention sur le fait que la menstruation survient un ou deux jours après extinction des fonctions du corps jaune.

Ainsi que je l'ai montré, le corps jaune a, dans chaque espèce de mammifères, une fonction autonome indépendante de la cellule ovulaire et ayant une durée déterminée.

D'après mes recherches sur le moment de l'ovulation chez des femmes saines, ayant un cycle menstruel de quatre semaines et d'après les précieuses observations d'Ogino sur le terme de l'ovulation dans toutes les formes de cycles menstruels, la fonction du corps jaune humain apparaît dans des conditions physiologiques habituellement comme étant limitée à quatorze jours.

Cette constatation gagne en conviction après l'observation qui suit qui me fut communiquée par lettre.

« Ma femme se plaint d'avoir, pendant les menstruations survenant régulièrement toutes les quatre semaines, pendant un ou deux jours de la céphalée, des nausées et de l'abattement. Depuis des années, aussi, ce même état survient régulièrement à peu près dans le milieu de la période intermenstruelle. J'ai depuis longtemps relié ces malaises de la période intermenstruelle à l'ovulation. J'ai pu constater que les gestations arrivaient exactement au treizième jour après le début de la menstruation et je suis d'avis que l'ovulation commence au treizième jour... »

Dans une autre lettre, un correspondant m'écrit :

« A peu près au milieu de la période, entre deux menstruations, ma femme, âgée de 34 ans, a tantôt à droite, tantôt à gauche des douleurs dans la région des ovaires. Cet état existe depuis la puberté et est devenu surtout net durant les deux dernières années. Nous supposons qu'il peut être conditionné par la sortie de l'œuf de l'ovaire. Ceci arrive presque toujours au quatorzième jour du cycle menstruel. Il est typique de remarquer qu'entre la sortie de l'œuf et le début des règles, il s'écoule régulièrement quatorze jours... »

En raison de ces conditions caractérisant le corps jaune humain comme ayant une durée d'activité d'environ quatorze jours, il est compréhensible qu'en présence d'un cycle menstruel de trente-trois jours une cohabitation au dix-huitième jour puisse avoir comme suite la conception : car la cohabitation, dans ces cas, se réalise justement au moment de la plus grande aptitude à la fécondation de la femme.

◆◆◆

Les expériences pratiques qui, dans ce cas, sont poursuivies pendant un laps de temps de trois ans avec la plus grande précision sont complètement d'accord avec nos connaissances de la physiologie de la reproduction et montrent, aussi, avec netteté, que lorsque le terme de l'ovulation est modifié aussi, le moment de la plus grande aptitude à la fécondation se modifie dans le même sens.

Dans les cas suivants, on n'a pas la même abondance de dates précises, ainsi que je les ai pu donner dans le premier cas ; pourtant je tiens à les publier pour des raisons sur lesquelles j'insisterai à la fin.

Deuxième observation. — Femme mariée, âgée de 40 ans. Mère de plusieurs enfants. Menstruations régulières tous les 28 ou 32 jours. Rapports sexuels seulement aux jours indiqués par moi comme étant jours de stérilité physiologique. Gestation.

Le jour de la conception n'a pas pu être précisé dans ce cas, car il y a eu cohabitation avant et après le moment fertile du cycle menstruel.

Il reste, en premier lieu, à rechercher si, en présence d'un cycle de 32 jours, la cohabitation après le dix-septième jour peut amener à la conception. Cette question doit être résolue sur les bases des considérations suivantes. En présence d'une activité du corps jaune d'une durée moyenne de quartorze jours, l'ovulation au cours d'un cycle de trente-deux jours tombe sur le dix-huitième ou dix-neuvième jour et, par cela même, la possibilité de la gestation à ces jours existe, jours qui, pour des femmes à cycle menstruel régulier de quatre semaines, sont considérés comme jours de stérilité.

Troisième observation. — Femme mariée, âgée de 32 ans. Mère de plusieurs enfants. Les menstruations ne durent, le plus souvent, pas plus de deux jours, surviennent régulièrement tous les vingt-sept jours ; dans certains cas, tous les vingt-six jours. Cohabitations seulement aux jours indiqués par moi comme étant des jours de stérilité physiologique. Gestation.

Ici aussi, le jour de la conception n'a pu être indiqué avec précision, car il y a eu de nombreux rapports sexuels avant et après les menstruations. Nous devons, avant tout, préciser si la cohabitation à la période des dix premiers jours du cycle peut avoir comme résultat la gestation en présence d'un cycle menstruel raccourci jusqu'à vingt-six jours.

Suivant les principes admis plus haut, on considère comme terme de l'ovulation dans le cycle menstruel de vingt-six jours le douzième ou treizième jour et, alors, dans certains cas, la cohabitation avant le onzième jour peut aussi être suivie de fécondation.

Quatrième observation. — Femme âgée de 32 ans, mariée. Mère de quatre enfants. Menstruations ayant un cycle de trente-quatre à trente-huit jours. Cette femme a entendu parler de mes recherches sur l'aptitude à la conception, mais elle fut renseignée de façon erronée et elle pensait que le temps du onze au dix-septième jour du cycle menstruel était stérile. Dans le but d'éviter une conception, ce couple pratique les rapports sexuels justement à la période entre le onze et le dix-septième jour et, au cours du reste du cycle menstruel, s'abstient des rapports autant que possible. Au bout d'un an, au cours duquel, pour la satisfaction du couple, il n'y eut pas de conception, la femme fut mieux renseignée et on lui expliqua l'erreur qu'elle faisait, que les jours qu'elle considérait comme étant stériles correspondaient à la période du cycle menstruel la plus féconde. Depuis ce moment, le couple modifie les habitudes prises pendant un an et s'abstient du onzième au dix-septième jour et pratique les rapports sexuels les autres jours. Comme résultat de ce changement de conduite, dès le premier mois, la femme est enceinte.

Les bons résultats obtenus au début par des procédés faux et les mauvais obtenus par des procédés exacts chez cette femme sont entièrement compréhensibles du point de vue biologique. D'après nos calculs, en présence d'un cycle menstruel de trente-quatre à trente-huit jours, l'ovulation tombe sur le vingtième ou vingt-cinquième jour du cycle, ce qui explique que dans ce cas où, sans le savoir, la stérilité physiologique fut utilisée jusqu'au dix-huitième jour, la période du onzième au dix-septième jour reste stérile et que la pratique sexuelle après le dix-septième jour du cycle aussitôt entraîna la gestation. Ce cas est un bel exemple de la dépendance de l'aptitude à la fécondation du moment de l'ovulation.

Cinquième observation. — Femme âgée de 28 ans, mariée. Multipare. Menstruations durant quatre jours, régulières toutes les quatre semaines. Ayant déjà des enfants le couple n'en désire plus, c'est pourquoi un de mes confrères consulté explique au couple ma méthode, mais le couple comprend mal cette explication. Ils considèrent comme premier jour du cycle menstruel non le premier jour de la menstruation, mais le premier jour après la menstruation. Pour eux, les premiers dix jours après la menstruation seraient stériles.

Ils pratiquent les rapports sexuels du cinq au quatorzième jour et du vingt-deuxième jusqu'à l'arrivée des règles suivantes. Deuxième mois plus tard, le médecin consulté constata avec certitude la gestation.

Il n'y a pas besoin d'explications pour dire qu'en présence d'un cycle menstruel de quatre semaines régulier, la cohabitation pendant la période du cinquième au quatorzième jour, donc le moment de l'optimum de l'aptitude à la fécondation a rapidement pour résultat la gestation.

Ces observations permettent de conclure à l'exactitude de l'opinion que l'aptitude à la fécondation, chez les femmes à cycle menstruel régulier de quatre semaines, se limite à l'espace de temps entre le onzième et le dix-septième jour du cycle menstruel.

Puis ces recherches nous apprennent que les limites de temps de l'aptitude à la fécondation chez des femmes à cycle menstruel régulier de quatre semaines perdent leur valeur en présence de l'irrégularité du cycle menstruel soit du fait de son prolongement à trente-deux jours soit de son raccourcissement à vingt-six jours.

Je ne connais pas un cas où chez une femme ayant un cycle régulier de quatre semaines, la cohabitation en dehors de la période féconde indiquée par moi aurait amené la gestation.

Les résultats que nous avons pu obtenir dans la deuxième, la troisième et la quatrième observations, indiquent la nécessité de préciser les limites exactes de la fluctuation physiologique dans l'évolution du cycle menstruel régulier de quatre semaines.

On peut dire que l'aptitude à la fécondation chez les femmes ayant un cycle menstruel régulier de vingt-six à trente jours correspond à la période entre le neuvième et le dix-septième jour et, pour un cycle menstruel de vingt-six jours, l'optimum de l'aptitude de fécondation tombe sur le onzième ou douzième jour, pour un cycle de vingt-huit jours, sur le treizième ou quatorzième jour et, pour celui de trente jours, sur le quinzième ou le seizième jour.

Pour que ces constatations sur la stérilité physiologique et l'aptitude particulière à la fécondation soient utilisables pour toutes les femmes ayant un cycle régulier de vingt-six à trente jours, il reste encore comme dans les cas, quatrième et cinquième observations, une difficulté à surmonter : la délimitation exacte des jours stériles et fertiles.

Mais aussi cette difficulté pourrait être supprimée grâce à une bonne explication des faits par le médecin et par l'emploi d'une méthode technique adjuvante (éditée par Heyssler, à Stübing, près Graz en Autriche) qui donne, de façon simple et en même temps précise, le temps de l'aptitude à la fécondation chez les femmes ayant des règles tous les vingt ou trente jours.

Le fait que les lignes tracées par moi et fondées sur des recherches physiologiques pour préciser les limites de l'aptitude à la fécondation à la période entre le neuvième et le dix-septième jours chez les femmes saines, ayant des menstruations régulières tous les vingt-six ou

trente jours, ont de la valeur et n'exigent aucune précision particulière ; les observations pratiques montrent que la lactation (premier cas), l'inanition (aménorrhée due à la guerre), les efforts corporels inhabituels, le changement de climat, les affections chroniques, les troubles des échanges peuvent influencer la fonction ovarienne et, par cela, suspendre l'ovulation. Dans de telles circonstances s'efface aussi naturellement la possibilité d'application de ma théorie de la régularité de la limitation de l'aptitude à la fécondation durant le cycle menstruel.

CHRONIQUE

L'eugénique latine

Dans la préface qu'il a écrite pour l'ouvrage du professeur BOMPIANI (1), le professeur E. PESTALOZZA estime que ce travail comble une lacune dans le domaine de la médecine sociale. La vérité de cette appréciation apparaît dès la lecture des premiers chapitres. Le livre du professeur BOMPIANI oppose, en effet, aux conceptions eugéniques anglo-saxonnes, une conception latine beaucoup moins théorique, pleine de bon sens et de mesure. De telles idées méritaient d'être exposées avec cette ampleur. Cet important ouvrage (il ne comprend pas moins de 230 pages) montre en effet qu'on peut être eugéniste sincère et coopérer au « travail sacré de l'amélioration de sa race » sans accepter les conclusions qu'une abondante littérature nous apporte d'Angleterre ou plus souvent encore de « l'ouest aventureux américain ».

Cet ouvrage après une éloquente introduction se divise en deux parties :

1° généralités sur l'eugénique ; 2° application des principes de l'eugénique à la jeune fille en vue de la fonction de reproduction.

Dans la *première partie*, l'auteur expose, dans un premier chapitre de principes généraux, après quelques pages rapides d'historique, les grandes prémisses biologiques sur lesquelles repose l'eugénique moderne. C'est ainsi qu'il résume : théorie du plasma germinatif, doctrine de l'hérédité chromosomienne, génétique expérimentale, influences de milieu. Ensuite étudiant l'action biologique et sociale des maladies (sur lesquelles il reviendra plus loin en détail), il oppose les principes de l'eugénique préventive et de l'eugénique sélective. Passant ensuite au côté *social* du problème, il traite : *a*) des familles nombreuses ; *b*) de l'éducation eugénique et de l'éducation sexuelle ; *c*) du certificat médical prématrimonial ; *d*) du contrôle des naissances et de la stérilisation forcée. Le chapitre se termine par une étude de l'Encyclique « *casti conjugi* » sur le mariage chrétien.

L'aspect social de la question est traité avec un soin particulier ; l'auteur expose les arguments biologiques et sociaux qui militent en faveur des familles nombreuses et les moyens de protection mis en œuvre par la loi italienne et par l'Œuvre nationale de la maternité et de l'enfance. Il arrive à cette conclusion que la création de familles nombreuses est un facteur essentiel de progrès pour une nation. Il considère que l'éducation eugénique et l'éducation sexuelle (mouvement d'origine essentiellement italienne) doivent être développées, car elles entraînent chez l'individu conscience de sa responsabilité vis-à-vis de la race. Il indique les efforts faits dans ce sens en Italie, et l'amélioration de la race qu'on est en droit d'en attendre. Au sujet du certificat prénuptial après avoir exposé le pour et le contre, le professeur BOMPIANI conclut « Si nous ne nions pas l'utilité d'un constat médical prématrimonial établissant l'état de santé des futurs conjoints, nous sommes opposés à ce que ce constat revête la forme d'un certificat obligatoire ». Il invoque aussi une raison spécifiquement italienne. L'État italien a en effet dévolu le contrat de mariage à l'Église qui en règle la modalité. Or, pour l'Église catholique, le mariage est un droit de nature régi par la loi morale et, en vertu de cette loi, aucun être taré ne saurait contracter mariage sans commettre une faute. Enfin le mariage est un sacrement et de ce fait soumis à la loi divine qu'aucune loi humaine ne peut être appelée à modifier.

L'auteur s'élève ensuite de la façon la plus formelle contre le contrôle des naissances ; il fait valoir entre autres cet argument que les enfants premiers-nés sont en général plus fragiles physiquement et, par conséquent, moins aptes à l'amélioration de la race que leurs cadets. Il fait remarquer, en outre, que, parmi les plus grandes célébrités, on ne relève qu'un très petit nombre de premiers nés.

Il aborde, enfin, le problème de la stérilisation forcée et là encore, combat avec la plus grande énergie les conclusions anglo-saxonnes au double point de vue moral et biologique. Il montre qu'il peut naître des individus sains et normaux d'une lignée tarée. (Son opinion se rapproche considérablement de celle exposée dans le si intéressant ouvrage de A. THOMSON que nous avons été étonné de ne pas voir cité dans la bibiographie). Le professeur BOMPIANI conclut que la stérilisation forcée équivaut pour lui à « brûler la maison pour détruire une souris. »

Les chapitres suivants doivent être lus en entier ; ils ne se prêtent pas à l'analyse. Ils sont consacrés à l'étude de l'hérédité tuberculeuse, de l'hérédité syphilitique, à l'influence de l'alcoolisme, des maladies nerveuses. Un chapitre nous semble présenter un intérêt de premier plan, c'est celui qui traite de l'influence eugénique et démographique des facteurs liés aux fonctions de la reproduction : y sont traitées les questions d'influence de l'alimentation de la future mère pendant sa gravidité, d'influence de l'état physique et psychique de la mère sur le fœtus, de celle des intoxications gravidiques et des traumatismes du partum. Enfin le rôle de la multiparité sur les produits de conception est envisagé.

La *deuxième partie* de l'ouvrage est consacrée à l'application de l'eugénique à la jeune fille en vue de la fonction de reproduction : étude de la physiologie du développement et de la puberté (influence des progrès de la civilisation, etc.) ; étude du développement de l'utérus et des ovaires avec l'âge, diverses influences entrant en jeu pendant l'enfance et susceptibles d'influencer les fonctions génitales ; étude du bassin osseux et des causes pouvant troubler l'accouchement et la vie sexuelle ; étude, à ce même point de vue, du développement des mamelles ; enfin, rôle du travail de la femme. Un dernier chapitre traite de la morale du mariage et de la discipline de vie à suivre pour la jeune fille qui se prédestine à son rôle naturel de mère.

H. BRIAND.

(1) *Eugénica e stirpe* par le professeur ROBERTO BOMPIANI. Rome 1931, 230 pages, chez L. POZZI, éditeur.

« ... Sydenham donc peut bien avoir été dans le vrai, quand en finissant de discuter (*Sched. mon.*, I, § 41 à 43) la question même qui a, comme on l'a vu, tant intrigué les épidémiologistes du XIX[e] siècle (celle de la malignité des fièvres et de ce que nous enseignent là-dessus la raison et l'expérience) il supposait qu'un sujet aussi difficile ne se pourrait peut-être embrasser que par « les habitants de ces sphères plus brillantes, parsemées dans l'immensité de l'univers dont les intelligences dépassent de beaucoup celles des hommes finis ». Il va jusqu'à dire pour nous ici-bas : « La nature a pu façonner les facultés intellectuelles de l'homme de telle sorte qu'il puisse percevoir, non la vérité absolue, mais seulement ce qui lui est nécessaire de savoir et ce qui est adapté à sa nature ». Ceci, toutefois, dit-il « s'applique à ceux dont la médecine consiste en vaines spéculations plutôt que dans l'expérience solide reposant sur la base des sens. » (Sir William HAMER. Epidémiologie ancienne et nouvelle.)

ACTUALITÉS

Le mois médico-psychologique

La *malariathérapie* est à l'ordre du jour.

Depuis plus de dix ans qu'on la pratique dans la paralysie générale, il importe de plus en plus d'établir des statistiques de ce mode de traitement. Aussi, est-il intéressant de signaler que MM. Capgras et Fail publient dans le N° d'avril des *Annales médico-psychologiques* les résultats obtenus par eux au bout *d'une année de malariathérapie.* Ils ont pu suivre pendant l'année 1930, quarante-six cas de paralysie générale progressive traités par cette méthode, mais trente-quatre malades seulement ont pu bénéficier d'une malariathérapie *complète* ; les douze autres, traités partiellement, n'entrent pas en ligne de compte pour les raisons suivantes : l'un a été éliminé en raison de son âge (77 ans) ; cinq autres étaient déjà cachectiques avant le traitement et sont décédés rapidement ; trois n'ont pas eu d'accès fébriles malgré les inoculations répétées ; enfin, un des paralytiques généraux progressifs a été tellement affaibli par le premier accès fébrile qu'il a fallu couper la fièvre aussitôt. Donc, sur l'ensemble des paralytiques généraux progressifs, 74 % seulement ont été traités entièrement. Les auteurs ont obtenu des résultats divers.

A remarquer qu'il n'est point question dans cette statistique des cas de *guérison*, ce qui est très prudent. Qui dit « guérison » pour un paralytique général progressif énonce une affirmation tout à fait prématurée, susceptible d'être contredite par l'évolution ultérieure. La sagesse conseille de préférer le mot «rémission» qui ne préjuge rien de l'avenir.

A remarquer aussi la proportion des cas «sans changement» (38 %) et celle de transformation du syndrome mental habituel de la paralysie générale en un tout autre syndrome rappelant tantôt la démence paranoïde, tantôt la psychose maniaque dépressive (20,6 %). Cette dernière métamorphose a été observée chez un paralytique général progressif, excité euphorique, mégalomane, avec une formule humorale entièrement positive. Le malade, impaludé, a d'abord fait une belle rémission qui n'a duré qu'un mois. Ensuite, s'est déclaré un délire mélancolique de culpabilité suivi d'idées de négation, sans dysarthrie ni démence... Examiné aujourd'hui, le malade ne saurait être reconnu comme un paralytique général progressif, étant donné que sa formule humorale est devenue totalement négative.

De plus, ces temps derniers, la mélancolie et les idées de négation cèdent, certains jours, la place à une loquacité un peu exubérante, sans trace d'affaiblissement intellectuel ; si l'anamnèse manquait, on n'hésiterait pas à porter le diagnostic de psychose maniaque dépressive.

Tous ces faits sont fort curieux et démontrent combien la malariathérapie a besoin d'être attentivement surveillée et jugée objectivement quant à sa valeur vraiment curative. Celle ci est, en effet, très variable, la proportion des rémissions constatées par divers auteurs oscillant entre 10 et 60 % !...

Autre question concernant la malariathérapie :

Dans l'évolution des maladies mentales organiques, les modifications du poids ont souvent une valeur importante au point de vue du pronostic.

En est-il ainsi dans les cas de *paralysie générale traitée par la malaria* ? Voici quelques indications intéressantes données à cet égard par les observations de MM. Leroy, Medakowitch et Masquin :

Chez les paralytiques généraux qui ont bénéficié d'une rémission complète par la malariathérapie on constate une grosse augmentation du poids : 93 %. Plus la rémission est faible, moins est l'augmentation du poids : elle est de 78 %, ou de 75 %. Là où la malariathérapie n'a pas changé l'état du malade, mais sans l'aggraver, on constate tout de même une légère augmentation du poids : 33 %. Dans les cas où à la suite de la malaria, le délire se déclare ou reprend avec une nouvelle intensité, le poids diminue dans une proportion parfois très sensible : 87,5 %.

Toutefois, il ne faudrait pas se presser de tirer du fait de l'augmentation du poids un pronostic forcément optimiste ou pessimiste, car il n'y a guère de parallélisme certain entre les variations du poids et l'évolution de l'état psychique, deux phénomènes plutôt indépendants. Tout ce que les auteurs de ces observations peuvent dire, c'est que les bonnes rémissions de la paralysie générale s'accompagnent d'une augmentation plus importante du poids que les cas non améliorés. En outre, la diminution du poids est d'un pronostic plutôt fâcheux au point de vue mental.

* * *

Il y a des cas de *psychoses* dans lesquels le diagnostic d'*encéphalite* ne peut être formulé qu'à la phase aiguë, terminale ; jusque-là, ces états mentaux évoluent d'une façon lente, chronique, sans aucun signe neurologique, sans aucun symptôme toxi-infectieux pouvant autoriser le diagnostic d'une lésion organique de l'encéphale. MM. Capgras, Marchand et Vié ont apporté à l'appui de cette thèse deux observations : l'une, de confusion mentale symptomatique d'une démence précoce avec idées de mysticisme mégalomaniaque, hallucinations auditives, tentatives répétées de suicide ; l'autre, d'excitation maniaque avec fuite et désordre des idées, mobilité d'humeur, tendances mélancoliques, auto-accusation, masturbation ; accès dépressif antérieur, il y a trois ans.

Dans le premier cas survint une crise aiguë d'agitation avec faciès grippé, fièvre, langue fuligineuse, apparence d'état typhique ; mutisme et négativisme. Le séro diagnostic pour l'Eberth est négatif ; résultat négatif de l'hémoculture.

Quelques jours après le début de cette crise aiguë, le malade meurt et l'examen histologique des centres nerveux décèle des lésions de méningo-encéphalite avec méningite subaiguë au niveau du bulbe.

Le second cas est celui d'une jeune femme de 25 ans dont la psychose évoluait sous l'aspect de la folie périodique avec état maniaque, loquacité, incohérence, excitation psychique, récriminations.....

Une crise aiguë se déclara. Quelques jours après, la malade décéda et à l'autopsie on nota : des lésions d'encéphalite vasculaire et des foyers d'encéphalite dans les couches optiques et le cervelet avec destruction locale et irrégulière des fibres à myéline.

La méthode anatomo-clinique apporte ainsi des données nouvelles sur des états mentaux à allure chronique pouvant se terminer par la mort à la suite d'un épisode aigu.

* * *

La *discordance psychique* est, comme on sait, un des signes cardinaux de la *démence précoce catatonique*. Elle se manifeste d'une façon paradoxale aussi bien par l'expression verbale que par l'expression mimique.

C'est ainsi que dans un cas de cet ordre observé par MM. Bourguignon et d'Heucqueville à l'Asile de Villejuif, la malade contractait simultanément les releveurs et les abaisseurs des muscles de la face, ce qui donnait à son faciès une expression tout à fait discordante. L'étude des chronaxies de ces muscles a permis de constater que leur perturbation s'est localisée dans les points moteurs supérieurs des muscles releveurs de la face : elles y étaient doublées de valeur. Ainsi s'explique par le désaccord entre les chronaxies de deux points moteurs des releveurs des muscles de la face, la contraction synergique discordante des groupes musculaires antagonistes.

* * *


Dragées
ADRIAN
AU CHLORURE DE
MAGNÉSIUM PUR
Tonique d'une puissance extrême régénérant les tissus empêchant l'évolution des tumeurs de toutes natures.
ADRIAN & Cie 9, RUE DE LA PERLE - PARIS (3e)
AMINASE
ADRIAN
Chlorure de magnésium dissimulé et stabilisé
25

L'impuissance génitale de l'homme peut-elle être guérie par l'extrait du lobe antérieur de l'hypophyse à dose élevée ? Il résulte d'une communication de M. Schiff à la S. M. P. de Paris, que dans six cas des résultats favorables ont été obtenus après l'absorption de 1 gr. 20 à 1 gr. 80 de cet extrait par jour. Il est permis de se demander quel est le vrai facteur de ces résultats victorieux : est-ce l'extrait opothérapique, est-ce l'auto-suggestion ? A cela, les partisans de l'opothérapie ante-hypophysaire répondent que leurs heureux clients avaient déjà essayé, mais sans aucun succès, de toutes sortes d'autres moyens chimiques ou physiques et, même, psychothérapiques !... Mais ne savons-nous pas qu'en matière de remèdes, la manière de donner fait parfois mieux que la chose qu'on donne !... Il faut ajouter, toutefois, que la physiologie nous enseigne qu'il existe une corrélation entre les glandes génitales et le lobe antérieur de l'hypophyse .. Logiquement, par conséquent, les essais opothérapiques contre l'impuissance de l'homme ont là une base expérimentale.

***

L'intervention judiciaire est-elle vraiment nécessaire pour garantir la liberté individuelle de tout aliéné ? On sait que cette intervention est prévue dans le projet de réforme de la loi de 1838 actuellement soumis aux délibérations du Sénat. Après une discussion approfondie, la Société médico-psychologique vient de voter à l'unanimité le vœu suivant :

L'intervention judiciaire systématique et généralisée telle qu'elle est prévue dans le projet de réforme de la loi de 1838 n'est pas nécessaire pour garantir la liberté individuelle de tout aliéné, étant entendu que cette intervention peut toujours se produire à la requête de l'interné, de sa famille ou de l'autorité judiciaire, comme l'établit actuellement l'art. 29 de la loi de 1838. Dr Jacques ROUBINOVITCH.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 27 juin 1931

A propos du traitement chirurgical de la maladie de Basedow. — *M. Guy Laroche*, à propos de la communication de M. Victor-Pauchet sur le traitement chirurgical de la maladie de Basedow, insiste sur les bienfaits du traitement iodé préparatoire qui a rendu ces opérations extrêmement bénignes. La préparation du malade à l'opération consiste dans le repos absolu au lit, le régime végétarien, le traitement iodé et les médications régulatrices et calmantes du système neuro-végétatif et circulatoire. Il expose les avantages et les inconvénients des différentes méthodes qui, toutes, ont de très beaux résultats à leur actif ; mais les résultats lointains des opérés lui paraissent plus stables et plus complets. Le choix du mode de traitement dépend de l'état clinique, de la forme du goitre et du métabolisme basal. Le traitement des basedowiens nécessite une colloboration constante entre le médecin et le chirurgien ou le physiothérapeute.

M. Sylvain Blondin. Les indications du traitement chirurgical doivent toujours être soigneusement discutées, après une préparation iodée strictement surveillée. Les résultats seront fonction de la forme de la maladie de Basedow, et malgré les soins les plus minutieux, le pronostic immédiat post-opératoire n'atteint pas en France la bénignité que lui fixent les statistiques américaines.

M. Sédillot insiste sur cette particularité anatomique que les veines efférentes extracapsulaires de la thyroïde, solidement engainées dans les aponévroses du cou, sont indilatables. Si des troubles d'hypersympathicotomie accroissent beaucoup la circulation artérielle de la glande, celle-ci se trouve mise sous tension exagérée, d'où hypersécrétion, et, à la longue, hyperplasie cellulaire : le goitre se constitue. Quand on fait la ligature des artères thyroïdiennes supérieures, il faut respecter soigneusement toutes les veines satellites.

Ainsi faite, la ligature suffit dans bien des cas où elle avait été envisagée comme premier temps d'une lobectomie.

M. Victor-Pauchet, tout en reconnaissant le bien-fondé des réflexions des divers orateurs, reste malgré tout dans l'ensemble, partisan de la thyroïdectomie partielle chez des malades bien préparés par leur médecin.

A propos de l'injection hystéro-tubaire de lipiodol. — *M. Petit de la Villéon* discute les avantages de l'injection sous pression de lipiodol dans l'utérus et les trompes. La méthode lui paraît sans grande utilité et non sans inconvénients.

Ulcère variqueux. — *M. Smester*, depuis 1916, a traité un nombre considérable d'ulcères variqueux, en engageant les patients à continuer leurs occupations. Et presque toujours, ces ulcères ont guéri. Il emploie le pansement par occlusion, après l'antisepsie des plaies, avec des bandes et une pâte qui absorbent les sécrétions, mettent les plaies à l'abri de l'air et de toute contamination. Il présente un malade dont les deux jambes sont envahies par de vastes ulcères depuis 16 ans. La jambe droite peut être considérée comme guérie. Si la gauche ne l'est pas, c'est que l'étendue et la longue durée du mal ont produit une ostéo-périostite du péroné, laquelle à son tour, retarde la cicatrisation. Malgré cela, il y a une amélioration notable, et l'on peut espérer la guérison.

La dose thérapeutique du bismuth. — *M. Galliot* a recherché quelles étaient les doses optima de bismuth métal à utiliser dans le traitement de la syphilis. Ses premières études se sont portées sur les petites doses. Or, des doses de 2 milligrammes et de 1 centigramme de bismuth métal n'ont absolument donné aucun résultat tant par voie intra-musculaire que par voie intraveineuse.

Iléus biliaire. — *M. Victor-Pauchet* est d'avis que l'iléus biliaire doit être opéré d'urgence. Si l'opération est précoce, il faut enlever le calcul et refermer intestin et abdomen sans drainer. Si au contraire, l'occlusion remonte plus loin, il faut, après l'extirpation du calcul, faire une entérostomie pour drainer l'intestin par une sonde de Nélaton. Il indique un artifice chirurgical permettant l'oblitération spontanée de la fistule.

Sur une forme spéciale de pseudo-distraction chez l'enfant. — *M. Gilbert-Robin* a observé chez des enfants une obnubilation intellectuelle rattachable à l'épileptoïdie. Cette obnubilation se situe entre la lenteur et l'absence épileptiques. Le diagnostic se base, selon les cas sur les constatations suivantes : bradypsychie, obnubilation intellectuelle par intervalles, colères, turbulence, instabilité, entêtement, opposition, versatilité de l'humeur, terreurs nocturnes, somnambulisme, énurésie nocturne persistante, hérédité épileptique ou psychopathique.

A propos de la rachianesthésie. — *M. Hirchberg.* La rachianesthésie employée dans les opérations abdominales hautes (estomac, duodénum, voies biliaires) montre des avantages multiples sur les autres modes d'anesthésie.

Les essais faits avec un nouvel anesthésique dérivé de la quinoléine (percaïne) ont donné des résultats des plus intéressants. Cette substance est appelée à être essayée sur une large échelle.

Anesthésie par l'Avertine. — *M. Georges Rosenthal* présente l'étude de ce nouveau procédé d'anesthésie générale. L'Avertine (tribromo éthanol) en solution à 3 %, à la dose de 0 gr. 10 par kilog s'utilise en lavement facilement absorbé. La solution ne doit pas avoir été chauffée à plus de 40°, l'anesthésie s'installe sans choc nerveux en 30 minutes.

Clinique et laboratoire dans la pratique médicale. — *M. Georges Rosenthal* étudie un cas de méningite tuberculeuse suraiguë où le liquide céphalo-rachidien hypertendu paraissait normal au laboratoire. La culture positive en milieu Petrof, la mort en 48 heures ont affirmé le diagnostic. A ce propos, il présente quelques observations sur les affirmations du laboratoire qui lui semblent toujours sujettes à la critique. Tout en se félicitant du progrès incessant, il insiste sur le danger de considérer comme absolues les affirmations souvent trop catégoriques de ces laboratoires.

Phlébite hémorroïdaire externe. — *M. Tournay* conseille dans ces cas l'incision et l'ablation du caillot qui calme les douleurs et évite les complications immédiates ou à distance. LUQUET.

NOTES DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

Lithiase biliaire et péritonite aiguë généralisée

Quand la lithiase biliaire se complique d'accidents péritonéaux, ceux-ci restent, d'ordinaire, localisés autour de la vésicule biliaire bourrée de calculs ; il se forme des adhérences — le cas est fréquent — plus rarement un abcès sous-phrénique enkysté. Parfois les accidents péritonéaux sont plus graves : il y a péritonite aiguë généralisée et alors seule une intervention d'urgence peut sauver le malade. Le mécanisme de ces péritonites aiguës généralisées est variable : il peut y avoir perforation en plein péritoine de la vésicule à contenu septique : mais d'autres fois il y a péritonite sans qu'une perforation ne soit visible à l'intervention et à l'autopsie, et l'on comprend alors moins facilement la genèse des accidents. Dans ces formes de péritonite sans perforation, le liquide épanché est bilieux ou purulent.

Les péritonites bilieuses sans perforation des voies biliaires sont connues : il y a transsudation de la bile au travers des parois vésiculaires poreuses. On connaît moins les PÉRITONITES PURULENTES SANS PERFORATION.

R. Bovier les étudie dans sa thèse sur « les *péritonites aiguës généralisées par propagation dans la lithiase biliaire* » (*Thèse de Lyon* 1931) à propos d'un cas suivi de guérison opéré par Desjacques à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Dans ces cas dont il relève douze observations dans la littérature, l'infection part de la cavité vésiculaire à la cavité péritonéale par *propagation* au travers des parois de la vésicule, parois souvent infiltrées de petits abcès qui peuvent se rompre dans le péritoine.

Le tableau clinique est celui de la péritonite aiguë généralisée ; on peut penser (antécédents, douleur du début dans l'hypocondre droit) à l'origine vésiculaire des accidents ; l'absence de perforation est constatée opératoirement. Seule l'intervention précoce (drainage du péritoine, cholécystomie avec drainage sous-hépatique) peut sauver le malade.

Les formes silencieuses de la pneumonie infantile

Il existe une forme silencieuse de la pneumonie infantile caractérisée essentiellement par l'absence des signes physiques habituels : matité étendue, souffle tubaire et râles. Le syndrome fonctionnel et général persiste. Il existe de même une ombre radiologique triangulaire qui reste le signe principal de l'affection.

Ces pneumonies silencieuses, sans être inconnues des anciens auteurs, ont surtout pu être étudiées depuis l'application de la radiologie au diagnostic des affections pulmonaires. Elles peuvent être silencieuses pendant toute leur évolution ou seulement pendant la période de début. Il existe aussi des pneumonies paradoxales avec signes du côté opposé à celui où l'ombre localise le foyer. Ces formes, plus fréquentes chez le nourrisson que chez le grand enfant et qui paraissent avoir une prédilection pour le sommet droit, sont rarement complètement dénuées de signes physiques.

Le plus souvent elles s'accompagnent de signes physiques frustes qu'il convient de rechercher minutieusement. La submatité constitue un des meilleurs de ces signes.

Il faut la rechercher par une percussion délicate et superficielle en tous les points du thorax, non seulement en arrière, mais aussi en avant et tout particulièrement dans le fond de l'aisselle. L'obscurité respiratoire ou, à un degré moindre, la diminution du murmure, est aussi un signe à rechercher ; il est malheureusement moins fréquent, et de constatation plus délicate que le précédent. Le retentissement exagéré du cri au niveau du foyer paraît être le signe le plus constant et le plus fidèle, parfois le seul dans ces foyers silencieux.

On ne le rencontre d'ailleurs pas que dans l'hépatisation, mais encore dans tous les foyers de condensation pulmonaire suffisamment denses pour donner une ombre radiologique.

La radiologie reste dans ces pneumonies silencieuses le meilleur moyen d'investigation en montrant le triangle à base axillaire et sommet hilaire décrit par Weill et Mouriquand. L'étude des faits montre que cette image signifie presque toujours pneumonie à pneumocoques, mais dans des cas rares il est possible de la rencontrer au cours d'une tuberculose à localisation lobaire ou plus exceptionnellement encore au cours de broncho-pneumonies pseudolobaires particulièrement confluentes. Les pneumonies silencieuses revêtent habituellement l'allure d'une pyrexie persistante qui ne fait pas sa preuve. Il ne faut pas se laisser égarer vers le diagnostic d'une affection extrapulmonaire — en particulier d'une septicémie — rechercher les signes physiques discrets et chaque fois que cela ne sera pas impossible avoir recours à la radiologie. L'évolution paraît particulièrement bénigne avec une tendance plus marquée encore que celle des foyers banaux à évoluer sans complication vers la guérison. La pathogénie du « silence » de ces foyers a été discutée. Il semble, selon l'opinion de Weill et Mouriquand, que la pneumonie soit muette parce que la lésion se limite à une hépatisation lobaire pure, sans splénisation adjacente, cette splénisation, et non l'hépatisation elle-même, étant génératrice des signes physiques habituels. D'autres causes peuvent sans doute intervenir dans des cas rares. (J. Savoye. *Les formes silencieuses de la pneumonie infantile. Thèse de Lyon*, 1931).

Statistique portant sur 60 cas de plaies récentes du cœur

Chauve rapporte dans sa thèse (*Thèse de Lyon* 1931) 60 observations de plaies récentes du cœur publiées depuis la thèse de Constantini (1919) dont une inédite de Gignoux. Voici la statistique de Chauve :

Statistique globale

60 cas ; 21 décès

Plaies par instruments tranchants : 41 cas ; 12 décès

	Cas	Décès
Ventricule droit	16 cas	5 décès
Ventricule gauche	16 cas	6 décès
Pointe région septale		
Oreillette droite	4 cas	1 décès
Oreillette gauche	1 cas	
Péricarde	3 cas	
?	1 cas	

Plaies par projectiles : 19 cas ; 9 décès.

	Cas	Décès
Ventricule droit	6 cas	4 décès
Ventricule gauche	7 cas	3 décès
Pointe région septale	2 cas	
Oreillette droite	1 cas	1 décès
Oreillette gauche		
Péricarde	3 cas	1 décès

Le pronostic des plaies du cœur est actuellement moins sévère, dit l'A., de 60 à 70 % de mortalité on trouve 35 à 40 %. Pour les plaies associées cardio-pulmonaires, elle remonte à 60 % au lieu de 70 %. D'après les observations publiées :

a) Les plaies des oreillettes sont moins graves que les plaies des ventricules.

b) Les plaies du ventricule gauche sont plus graves que celles du ventricule droit.

c) Les plaies par coup de couteau sont moins graves que celles par balle.

d) Les plaies doubles sont plus graves que les simples.

Chez les opérés de plaies du cœur dont Chauve rapporte l'observation et dont beaucoup ont été revus, on rencontre peu de séquelles et sans importance considérable.

En général ces blessés accusent :

a) De la dyspnée d'effort et douleurs légères rétro-sternales, généralement par symphyse. Tous ont repris leur travail. Dans le cas de Gignoux, rapporté par l'A., le blessé vu deux mois après l'intervention accusait de la dyspnée d'effort. (Examen radioscopique et électrocardiographique négatif.)

b) Des troubles du rythme cardiaque par lésions de l'appareil neuro-musculaire avec palpitations, dyspnée, tachycardie prolongée, extra-systoles, la ligature de la coronaire ou de ses branches avec dilatation du cœur gauche. Dans la littérature on a signalé une asystolie (Walker), un souffle aortique (Cerné), une pseudo-cirrhose de Fick. Les séquelles qui suivent la suture cardiaque sont insignifiantes, dit l'A., en égard du danger couru sans l'intervention.

Echos et Glanures

> « Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vrai dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».
>
> MONTAIGNE.

A l'Académie de médecine. Simple oubli des convenances. — Le Dr Crinon, journaliste dont le bon sens égale l'indépendance, donne, dans l'*Informateur médical*, une leçon de convenance à ces correspondants de plus en plus nombreux qui ne dédaignent point la bonne réclame que peut leur faire une communication à l'Académie de médecine et ne daignent point paraître à la tribune de l'Académie. La leçon que leur donne le Dr Crinon est sévère ; elle est juste :

« L'Académie de médecine compte avec juste raison parmi les Sociétés scientifiques qui possèdent, en dehors de nos murs, le plus grand crédit. Il ne faut donc pas s'étonner si les esprits le plus érudits de nos temps cherchent à s'y faire entendre.

Ce n'est pas que toutes les communications qui sont faites à cette Société méritent une grande attention. Certaines d'entre elles tombent même dans le vide ; elles ne sont pas aussitôt faites qu'elles sont déjà oubliées. Ce n'est que justice à leur sujet.

Par contre, il en est beaucoup d'autres qui méritent de retenir l'attention de l'Académie. Mais pour qu'elles puissent atteindre ce but, il est bien évident qu'il est indispensable qu'elles soient faites avec le maximum de clarté. Or, nous ne pensons pas que les lectures rapides, faites par une personnalité du bureau, si bien intentionnée soit-elle, puissent y suffire.

Par conséquent, celui qui envoie une étude à l'Académie de médecine ne peut compter sur le bénéfice d'une attention, même bienveillante, s'il se contente d'en confier la lecture à un intermédiaire.

Outre ce désavantage encouru, il est une autre raison, à mon avis, qui doit motiver le déplacement des personnalités désireuses de vouloir faire connaître, à l'Académie de médecine, quelques-uns de leurs travaux. Cette raison est une raison morale sur laquelle il ne devrait pas être nécessaire d'insister. Nous sommes cependant dans l'obligation de souligner le manque d'égards que manifeste pour l'Académie de médecine un nombre de plus en plus important de correspondants occasionnels.

On est dans son petit coin de province, bien à l'aise, et on suppute quelques avantages retirés d'une communication faite à l'Académie de médecine. On met sous enveloppe ses observations ou ses réflexions, ses faits cliniques ou ses commentaires et on envoie le tout à M. le Professeur Achard. Si les faits envoyés sans plus de façon sont communiqués à l'Académie de médecine, on en tire orgueil, et cela ne nuit pas à l'exercice de la profession. Cela est même quelquefois fort utile.

Il semble que le fait de ne pas se déranger pour comparaître devant l'Académie de médecine, à seule fin d'y lire la communication qu'on a rédigée, est le témoignage d'un manque complet d'estime pour la compagnie à laquelle on s'est adressé. Dans la vie ordinaire, quand vous avez quelque chose d'important à faire connaître à une personnalité, vous ne vous contentez pas de lui écrire : vous sollicitez d'elle une audience, et vous allez exposer vous-même la thèse que vous voulez défendre.

C'est bien le moins qu'on traite l'Académie de médecine avec autant de déférence qu'une personnalité politique ou administrative. L'Académie de médecine est une dame assez âgée dont on aime volontiers railler les travers, mais, enfin, c'est une grande dame, elle représente, en France et à l'étranger, l'esprit médical français. De par son âge, de par la célébrité de ceux qu'elle accueillit et de ceux qui fréquentent encore chez elle, elle occupe une très haute place dans le monde intellectuel et scientifique. Dès lors, il est plus que déplacé de ne pas se déranger pour venir vers elle, lorsqu'on a quelque chose à lui dire.

Aussi, à moins de circonstances extérieures tout à fait exceptionnelles et dont le bureau de l'Académie serait juge, nous souhaiterions qu'on n'accepte, à l'Académie de médecine, que les communications faites par leurs propres auteurs.

Cette critique pourra sembler quelque peu amère à des personnalités du monde scientifique provincial. Je ne regrette aucunement de leur causer le déplaisir d'une leçon de convenance. Car on nous apprit, jadis, que nos devoirs étaient d'autant plus obligatoires que nous étions plus haut placés dans l'échelle sociale. Noblesse oblige, disait-on. Il appartient donc à ceux qui

jouissent d'une grande autorité intellectuelle et scientifique de montrer l'exemple de la politesse et de la déférence vis-à-vis d'un organisme aussi considérable que celui de l'Académie de médecine. J. CRINON.

Secret médical et accidents du travail. — « ... Sur le secret professionnel, décidé par la cour d'appel d'Orléans, arrêt du 19 novembre 1929, qu'un médecin appelé à examiner un individu (victime en l'espèce d'un accident industriel) peut, malgré l'article 378 du code pénal révéler ce qu'il a constaté lorsqu'il est relevé du secret professionnel par son client. Mais aucun lien juridique ou autre n'ayant existé entre le médecin et le patron de la victime celui-ci qui, dans la cause est un tiers à l'égard du médecin, est sans qualité pour exiger de lui qu'il respecte un secret qui n'a été institué que dans l'intérêt des familles et pour éviter précisément les intrusions des tiers dans la vie privée des autres. D'autre part, le médecin délié du secret professionnel par les ayants droit de la victime, peut être entendu comme témoin dans l'enquête qui a pour but d'établir les causes de la mort et ça sans encourir les pénalités de l'article 378 du code pénal... » (*J. O.*, 14 juin 1931. *Extrait du rapport au Président de la République française sur l'application générale de la loi du* 2 *avril* 1898.)

La fécondité des alcooliques. — P. Bergondi dans sa thèse (L'hérédité alcoolique. La Blastotoxie, Thèse de Lyon 1930) consacre un chapitre à cette question. Ce n'est qu'en 1884, dit-il, que Ball et Regis mirent en évidence la fécondité des alcooliques alors que l'on admettait classiquement qu'ils étaient peu prolifiques. Et pourtant cette fécondité des alcooliques est un fait actuellement bien établi et généralement admis. Des observations multiples et démonstratives pourraient être citées. Bergondi résume quelques statistiques réunies dans la thèse de Fonquernie (1906) :

Statistique Contesse : 14 observations = 122 enfants. — *Moyenne par ménage* un peu supérieure à 8.

Statistique Martin : 83 familles = 410 enfants. — *Moyenne par ménage* de près de 5.

Statistique Etchevarria : 68 alcooliques hommes, 48 alcooliques femmes : 476 enfants. — Moyenne par ménage de 4 environ.

Statistique de Fonquernie : 54 ménages = 371 grossesses. — Moyenne par ménage : 6,87.

43 aliénés alcooliques mariés — observés par Ball et Regis — ont eu 207 enfants c'est-à-dire une moyenne de près de 5 tandis que 76 individus mariés — nonaliénés et non alcooliques — n'en avaient que208 soit une moyenne de 2,73. Il est difficile d'interpréter ces faits et de savoir si l'alcool agit directement ou indirectement. Il faut se contenter d'enregistrer que le nombre des grossesses est plus élevé dans les ménages alcooliques que dans les autres. Quelle est l'évolution de ces grossesses ? Tandis que certains auteurs, dit Bergondi, rendent l'alcoolisme responsable de l'interruption de la grossesse, d'autres essaient de démontrer que, dans les familles alcooliques, le nombre des avortements et des accouchements prématurés n'est pas plus considérable que dans les familles normales (Fonquernie). Au point de vue de la dystocie et au point de vue de la mortinatalité la même divergence sépare les auteurs qui se sont occupés de la question. Il semble ressortir de ces opinions contradictoires que, si l'alcoolisme détermine réellement un certain nombre de fausses-couches et d'accouchements avant terme, s'il est parfois la véritable cause d'une dystocie et s'il est responsable de certaines mort-naissances, le fait n'est pas frappant et ne s'impose pas à l'attention comme c'est le cas pour la syphilis. On peut donc admettre en gros que la fécondité des alcooliques qui entraîne un nombre élevé de grossesses se traduit en fin de compte *par une proportion de naissances plus considérable que normalement.* Cette polynatalité dans les familles alcooliques a pour rançon *la mauvaise qualité du produit.*

La méthode de travail de Widal. — *Extrait d'un article de M. Pasteur Vallery-Radot paru dans la* Revue des Deux Mondes *(15 juin 1931) et intitulé : Fernand Widal et la médecine contemporaine.*

« ... Rien n'était instructif comme sa méthode de travail et de déduction. Ses lectures et l'observation clinique l'amenaient à se poser une question qui devenait dès lors sa préoccupation dominante. Il retournait le problème sous toutes ses faces, essayait de l'aborder sous tous ses aspects, en parlait sans cesse. Au début on ne voyait pas bien le but qu'il poursuivait. Puis peu à peu, des éclaircies se faisaient et insensiblement tous les faits secondaires sans importance étaient écartés : avec un sens

rare de discernement, il parvenait au cœur du sujet, il montrait à sescollaborateurs le point précis qu'il fallait aborder. Alors, où tout avait semblé obscurité, jaillissait tout à coup la clarté : on savait l'expérience qu'il fallait entreprendre ou le cas clinique type qu'il fallait patiemment attendre pour avoir la solutiondu problème. A partir de ce moment aucune part n'était plus laissée à l'interprétation La réponse ne pouvait être que oui ou non. Widal, anxieux, suivait toutes les phases de l'expérimentation ou de l'observation clinique. Puis, lorsque l'expérience ou la clinique avait donné la réponse, plein d'ardeur il entraînait ses collaborateurs avec un enthousiasme juvénile jusqu'à des sommets où un monde nouveau s'ouvrait devant eux. Widal ne fut pas seulement un biologiste et un clinicien. Il futaussi un professeur hors pair. Il avait acquis de son maître, Dieulafoy, la passion de l'enseignement. C'était un enchantement de l'entendre faire une leçon au lit du malade. Parmi la multiplicité des symptômes, il savait mettre en valeur les principaux, ceux avec lesquels il allait reconstruire l'histoire clinique et arriver au diagnostic qui satisfaisait pleinement parce qu'il était clair, rationnel et complet. Le diagnostic posé, il s'élevait à des considérations de pathologies générale: mais, avec son esprit pratique, ennemi des pathogénie non étayées sur les faits, il savait toujours ramener ses auditeurs au malade qu'il venait d'examiner.

Que ce fût dans un amphithéâtre de cours, dans une salle d'hôpital ou dans un laboratoire, Widal était, dans toute l'acception du mot un animateur. Aussi fut-il un grand chef d'école. Pour les générations médicales futures, le principal mérite de Widal sera d'avoir voulu faire pénétrer l'esprit scientifique en médecine. Il a réussi. Pasteur n'écrirait plus aujourd'hui ces mots qu'il traça en 1877, sur un cahier de laboratoire, à la suite d'une discussion à l'Académie de médecine : « Les médecins sont portés à faire de la science avec ce qu'ils ignorent. »

L'opinion de Michelet sur la fondation du Collège de France. — « La fondation du Collège de France est une chose qui, je crois, appartient à Erasme et Rabelais. On se moque de François Ier qui avait fait un vœu et croyait faire une chose de dévotion. C'est la meilleure plaisanterie de l'époque » (Lettres inédites, p. 147.)

REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par le bismuth et l'arsenic Etude de nouveaux dérivés

Le Dr Jacqueline Mouneyrat a étudié dans sa thèse une série de dérivés bismuthiques nouveaux, ainsi qu'un arséno et un composé arsénobismuthique. Tous ces corps ont été expérimentés cliniquement à l'hôpital Saint-Louis ; leur synthèse chimique a été réalisée par le docteur A. Mouneyrat.

L'auteur expose rapidement les raisons qui lui ont fait préférer les sels solubles aux sels insolubles ; ceux-ci agissent plus rapidement, ils ne s'accumulent pas, et de plus ils sont beaucoup plus facilement injectables.

Le B. S.M. est le sel disodique de l'acide bismuthyltritartrique. C'est un composé aqueux soluble dont la dose thérapeutique est loin de la dose toxique. Son action thérapeutique est remarquable. Dans les accidents primaires, les tréponèmes disparaissent en 24 heures de la surface du chancre ; la cicatrisation s'opère en 10 à 14 jours. Il agit très énergiquement sur les arséno résistances. Son élimination est rapide. elle se fait en six jours environ. Son seul inconvénient est la légère douleur causée parfois par l'injection.

Le Dr Jacqueline Mouneyrat a étudié également un autre dérivé aqueux soluble, l'hexabi ; c'est une série de complexes formés par l'iodure de bismuth et successivement les amines, l'hexaméthylène-tétramine, pipérazine, pyramidon, antipyrine ; ces corps étaient indolores, mais moins actifs que le B. S. M. Ils ont été abandonnés. L'auteur a étudié ensuite deux dérivés bismuthiques oléo-solubles, un dicampho-carbonate de bismuth, l'Olbia, et un abiétate de bismuth. Le sel le plus intéressant est l'Olbia. C'est un corps extrêmement peu toxique. Son injection

est indolore ; de plus sa résorption est rapide, car il s'hydrolyse lentement au contact des tissus. Ce produit a été expérimenté à toutes les périodes de la syphilis ; il s'est montré d'une activité comparable à celle du 914 intra-veineux. Une très remarquable observation est citée, c'est celle d'un diabétique traité par l'olbia, dont la glycosurie est tombée de 205 grammes par 24 heures à 48 grammes par 24 heures, sans modification de régime, uniquement après 12 piqûres d'Olbia. L'Olbia a toujours été bien toléré.

Le Dr Jacqueline Mouneyrat a ensuite expérimenté un nouvel arséno et un composé arséno-bismuthique. L'arsenic est sous forme trivalente, l'arsenic présentant son maximum d'efficacité sous la forme arséno. L'auteur développe les considérations chimiques qui ont permis au Dr A. Mouneyrat de réaliser un arséno peu toxique et actif.

L'arséno est en solution préparée d'avance, et employé seul il présente une activité comparable à celle des arsénos intra-veineux. Injecté par voie intra-musculaire, il est complètement indolore, même aux très grosses doses, résultat qui n'avait jamais été atteint jusqu'ici.

Le composé arséno-bismuthique est un composé d'addition dans lequel l'arséno a été associé au dicampho-carbonate de bismuth, l'Olbia ; ces deux médicaments étant réunis dans une même émulsion huileuse. C'est un corps peu toxique, car les toxicités ne s'additionnent pas, l'arsenic et le bismuth n'exerçant pas leur action sur les mêmes organes. Chez les malades arséno-résistants, l'emploi de ce composé permettait d'éviter une perte de temps précieuse. Il permet de traiter très énergiquement la syphilis sous toutes ses formes. Cliniquement ce médicament s'est montré très actif, son action thérapeutique semble supérieure à celle des arsénos intra-veineux employés jusqu'ici, ceux-ci étant considérés comme étant les plus actifs. Ce produit arséno-bismuthique, en pratique, s'est montré un peu douloureux.

Dans ses conclusions le Dr Jacqueline Mouneyrat rappelle que l'arséno employé seul est très actif, il est *indolore* aux grosses doses sans addition d'anesthésique, résultat qui n'avait jamais été atteint jusqu'ici. Les sels bismuthiques sont très actifs ; le dicamphocarbonate de bismuth, l'olbia, semble réaliser la meilleure forme thérapeutique ; c'est un produit qui présente une grande activité tréponémicide ; il est indolore.

« Si l'on pouvait châtrer tous les scélérats, jeter dans un cloître toutes les sottes, donner aux hommes de noble caractère tout un harem et fournir à toutes les filles de bon sens et d'esprit des hommes, et des hommes tout à fait hommes, on verrait bientôt naître une génération qui nous rendrait, et au-delà, le siècle de Périclès ». (SCHOPENHAUER. Cité par le Dr P. BERGONDI, *in* L'hérédité alcoolique, *Thèse de Lyon*, 1930.)

BIBLIOGRAPHIE

La Compagnie de Jéhu, épisodes de la réaction lyonnaise, par G. LENOTRE. Un volume in-8° écu ; prix 22 fr. Librairie académique Perrin 35, Quai des Grands-Augustins, Paris (VIe).

Des mouchards, dont les délations ont conduit tant de victimes à l'échafaud, sont pris, frappés, précipités dans la Saône. Quelqu'un, qui se rappelle la Bible, s'écrie : « Cela ressemble aux Compagnons de Jéhu ». Et ce mot suffit pour que la légende d'une Compagnie de Jéhu, soit créée et que l'imagination d'Alexandre Dumas prenne feu. A son tour M. Lenôtre s'empare de ce titre et nous en montre l'origine. Mais son livre, un des plus beaux et des plus dramatiques qu'il nous ait donné, ce livre qui nous raconte avec tout son art d'écrivain et toute son érudition la Terreur à Lyon nous montre bien autre chose. On a longtemps accusé les prêtres et les royalistes d'avoir assassiné les plus honnêtes républicains. M. Lenôtre établit, en se fondant sur des documents inédits que c'est une calomnie jacobine. Ces exécutions ont été l'œuvre de vengeances particulières. Le livre n'en est que plus pathétique et n'intéresse pas seulement la région lyonnaise. C'est un des côtés de la Révolution les moins connus : et tout y est passionnant.

ENCYCLOPÉDIE par L'IMAGE : **Les plantes.** 97 illustrations. Un volume in-8°, sur papier de luxe, couverture en 4 couleurs, broché : 5 francs. LIBRAIRIE HACHETTE.

Bien que l'inventaire du règne végétal ne soit pas terminé, on compte déjà 300 000 espèces végétales réparties dans 12.000 genres et plus de 420 familles formant 3 ordres et 2 embranchements.

Comme chaque espèce végétale est souvent représentée par des milliers de milliards d'individus disséminés dans toutes les contrées du globe, l'esprit reste confondu devant l'immensité du monde végétal...

C'est dire l'intérêt et l'actualité de ce nouveau fascicule de l'« Encyclopédie par l'Image ».

ENCYCLOPÉDIE par L'IMAGE : **L'Indochine Française** avec 100 illustrations. Un vol. in-8°, papier de luxe, couverture en couleurs, broché : 5 francs. LIBRAIRIE HACHETTE,

Bien d'actualité au lendemain de l'ouverture de l'Exposition Coloniale, ce nouveau fascicule de l'Encyclopédie par l'Image » intéressera vivement.

On y verra avec plaisir que les relations de la France et de l'Indochine évoluent vers une association chaque jour plus étroite d'intérêts.

On y apprendra avec une surprise joyeuse qu'il s'est formé là-bas une bourgeoise indigène élevée dans nos écoles, pénétrée, parfois jusqu'à l'excès, de nos idées et qui touche à la très grosse fortune avec les grands propriétaires fonciers de l'Ouest cochinchinois, les industriels et les commerçants du Tonkin.

FONDÉ EN 1873. — N° 31 LE NUMÉRO : 50 Centimes 1er AOUT 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Hôpital Broussais -96, rue Didot-14e. — *Maladies du cœur et des vaisseaux*. (Cours complémentaire. Service de M. le Dr Ch. LAUBRY.) — Objet du cours : Les grands syndromes cardiaques.

Ce cours , qui aura lieu du lundi 5 au samedi 17 octobre 1931 se fera sous la direction de M. le Dr Ch. LAUBRY, chef de Service, médecin de l'hôpital Broussais, avec le concours de MM. les Drs Jean WALSER, ancien interne des hôpitaux de Paris, assistant de l'hôpital Broussais ; Daniel ROUTIER, ancien interne des hôpitaux de Paris assistant de la consultation de cardiologie ; G. MARCHAL, médecin des hôpitaux ; L. DEGLAUDE, chef du laboratoire d'électrocardiographie ; A. JAUBERT, chef de laboratoire ; A. VAN BOGAERT et L. MATTON, assistants étrangers ; R. HEIM DE QALSAC, radiologiste du service ; P. THIROLOIX, J. LENEGRE, A. BUSSON, Mlle Th. BROSSE P. BERNAL, internes et anciens internes du service.

HORAIRE ET PROGRAMME DU COURS. — Lundi 5 octobre, 9 h. 30, Dr LAUBRY : Formes cliniques de la péricardite. — 11 heures, Dr WALSER : Les symphyses cardiaques et leur traitement. — 15 heures, Dr HEIM DE BALSAC : Notions pratiques de radiologie cardiaque.

Mardi 6 octobre, 9 h. 30, Dr BUSSON : Les endocardites infectieuses. — 11 heures, Dr THIROLOIX : Localisation des souffles et leur mécanisme. — 15 heures, Dr DEGLAUDE : Notions pratiques d'électrocardiographie.

Mercredi 7 octobre, 9 h. 30, Dr LAUBRY : Signification des lésions valvulaires. — 11 heures, Dr LENEGRE : Rétrécissement mitral. — 15 heures, Dr HEIM DE BALSAC : Exercices pratiques de radiologie cardiaque.

Jeudi 8 octobre, 10 heures, Dr LAUBRY : Consultation clinique. — 15 heures, Dr DEGLAUDE : Interprétation des tracés électrocardiographiques.

Vendredi 9 octobre, 9 h. 30, Dr LAUBRY : Examen radiologique des malades vus à la consultation du jeudi. — 11 heures, Dr BROSSE : L'insuffisance aortique. — 15 heures, Dr VAN BOGAERT : Cardiographie et son intérêt clinique.

Samedi 10 octobre, 9 h. 30, Dr MARCHAL : Le cœur sénile. — 11 heures, Dr VAN BOGAERT : L'infarctus du myocarde et les anévrismes pariétaux.

Lundi 12 octobre, 9h. 30, Dr WALSER : Les syndromes myocardiques. — 11 heures, Dr ROUTIER : Les traumatismes cardiaques. — 15 heures, Dr HEIM DE BALSAC : Exercices pratiques de radiologie cardiaque.

Mardi 13 octobre, 9 h. 30, Dr BERNAL : Syphilis cardiaque. — Dr WALSER : 11 heures, Le rhumatisme cardiaque. — 15 heures, Dr JAUBERT : Etude bactériologique du rhumatisme articulaire aigu et de ses complications cardiaques.

Mercredi 14 octobre, 9 h. 30, Dr ROUTIER : Maladies congénitales . — 11 heures, Dr MATTON : Insuffisance ventriculaire droite. — 15 heures : Dr VAN BOGAERT : Artériographie. Valeur diagnostique et pronostique.

Jeudi 15 octobre, 10 heures, Dr LAUBRY : Consultation clinique. — Dr VAN BOGAERT : 15 heures, Epreuves d'excitabilité vasculaire. Réflexes normaux et pathologiques.

Vendredi 16 octobre, 9 h. 30, Dr LAUBRY : Examen radiologi-des malades vus à la consultation du jeudi. 11 heures, Dr MARCHAL : Formes de l'insuffisance ventriculaire gauche. — 15 heures, Dr MATTON : Oscillographie. Tensions systolique, diastolique et moyenne.

Samedi 17 octobre, 9 h. 30, Dr LAUBRY : Indications générales du traitement des cardiopathies . — 11 heures, Dr LAUBRY : Traitement de l'insuffisance cardiaque.

Tous les jours, à 16 heures, examen de malades dans les salles, sous la direction des internes du service. Le prix de l'inscription est fixé à 150 francs. On s'inscrit le jour de l'ouverture du cours. S'adresser au Dr MATTON, à l'hôpital Broussais. Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, sur leur demande, recevoir à la fin du cours un diplôme.

Cours de vacances 1931. — *Douze leçons sur les tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires et quelques affections de l'appareil locomoteur*, par MM. Etienne SORREL, ancien chirurgien en chef de l'hôpital maritime de Berck-Plage, chirurgien de l'hôpital Trousseau et André RICHARD, chirurgien en chef de l'Hôpital maritime de Berck-Plage, chirurgien des hôpitaux de Paris avec la collaboration de MM. les Drs ANDRIEU, BOUQUIER, DELAHAYE, chirurgiens assistants de l'hôpital maritime : M. et G. MOZER, chefs de laboratoire de l'hôpital maritime : PARIN, chef du laboratoire de radiologie de l'hôpital maritime et G. HUC, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph de Paris, assistant d'orthopédie à l'hôpital des Enfants-Malades, du 3 au 14 août 1931.

PROGRAMME DES COURS. — Lundi 3 août : Mal de Pott. Lésions anatomiques, aspect clinique et radiologique. Diagnostic et traitement. — Mardi 4 août : Coxalgie, anatomie pathologique, signes cliniques et radiologiques. Diagnostic, traitement. Les pseudo-coxalgies (ostéochondrites, arthrites infectieuses, coxa-vara). — Mercredi 5 août : Tumeur blanche du genou. — Jeudi 6 août : Les scolioses, formes anatomiques et cliniques. Traitement. L'épiphysite vertébrale : aspect radiologique et clinique. — Vendredi 7 août : Ostéo-arthrites tuberculeuses du membre supérieur (épaule, coude, poignet). — Samedi 8 août : Ostéites et ostéo-arthrites tuberculeuses du cou-de-pied et du pied. — Dimanche 9 août , 9 heures du matin. — Ostéites et abcès froids des parois thoraciques. — Lundi 10 août : Ostéites, ostéo-arthrites et lésions ganglionnaires non tuberculeuses (syphilis, mycoses, maladies ganglionnaires, etc), diagnostic clinique, diagnostic de laboratoire et traitement. — Mardi 11 août : La luxation congénitale de la hanche et son traitement. — Mercredi 12 août : Ostéites, ostéo-arthrites du bassin. Généralités sur la tuberculose osseuse, articulaire et ganglionnaire. — Jeudi 13 août : Traitement des pieds bots et des pieds plats. Déformations rachitiques. Etude clinique et thérapeutique. — Vendredi 14 août : Traitement orthopédique et chirurgical de la maladie de Little et de la paralysie infantile. Présentation de pièces anatomiques de tuberculose osseuse.

Les cours auront lieu à l'hôpital maritime, l'après-midi, à 2 heures. Les matinées seront consacrées aux opérations de grande chirurgie, aux ponctions, à la confection d'appareils plâtrés, aux démonstrations de laboratoire. — La première réunion aura lieu le lundi matin 3 août, à 9 heures et sera suivie d'une visite des différents services de l'hôpital maritime.

Droit d'inscription : 300 francs (les internes des hôpitaux de Paris en sont dispensés). Pour tous renseignements, écrire au Dr Delahaye, hôpital maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais).

Le diplôme d'université n'ouvre aucun droit à l'exercice de la médecine.— Le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine vient de voter à l'unanimité l'ordre du jour suivant :

« Alors que nous nous efforçons d'obtenir du Parlement le vote de la proposition de loi Armbruster pour limiter l'établissement en France des médecins étrangers, un certain nombre de confrères font appel dans leurs cliniques à des docteurs diplômés d'Université qui les aident et en fait les suppléent.

« Ce peut être au point de vue financier une combinaison avantageuse. C'est, à l'égard de la profession, un acte anticonfraternel exposant même dans certains cas à des poursuites pour violation de la loi sur l'exercice de la médecine.

Déontologie médicale. — La médecine étant une profession libérale, ceux qui l'exercent ne doivent pas utiliser des méthodes d'allure commerciale pour se faire valoir auprès du public.

Ainsi l'a compris le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine qui rappelle aux membres de notre syndicat l'article 3 du règlement de déontologie, publié dans le numéro de novembre 1930 du *Médecin de France*, organe officiel de la Confédération des syndicats médicaux français.

Cet article est ainsi conçu :

« Le médecin ne doit user dans la recherche de la clientèle que de procédés corrects. Sont interdits comme ne l'étant pas :

« 1° Toute publicité nominative :

« 2° Tout affichage, toute distribution de prospectus, tracts ou brochures :

« 3° Toute enseigne ou plaque murale d'apparence commerciale :

« 4° Toute publication d'article d'apparence scientifique écrit pour un but de réclame. »

La proposition de loi Legros. — La déclaration des maladies contagieuses et des décès.

Le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine vient d'approuver à l'unanimité dans sa séance du 7 juillet les propositions de sa Commission de médecine publique rédigées dans la forme suivante :

« En dépit du point de vue que le Dr Legros développe dans son rapport, la Commission reste unanime à penser que le maintien de l'art. 378 du Code pénal et sa rigoureuse observation sont une des meilleures sauvegardes de la santé publique.

« La déclaration de la maladie contagieuse ne doit pas incomber au médecin traitant, mais au contagieux lui-même ou s'il est physiquement incapable, à ses répondants légaux. A plus forte raison devons-nous rejeter les attestations de ce genre qu'on voudrait nous faire donner par télégramme ou téléphone.

« La désinfection d'ordre administratif est un leurre, car elle devance ou laisse passer l'heure de choix, elle ne porte que sur les locaux et vêtements, elle ignore le rhino-pharynx ou le tube digestif qui sont les foyers virulents, semeurs immédiats de nouveaux germes dès que l'équipe municipale a remballé ses outils. Que la commune et l'Etat laissent donc le médecin traitant à son métier et se bornent à lui apporter leur concours lorsqu'il le demande...

« En ce qui concerne l'attestation de la maladie contagieuse qui a causé le décès, la Commission est unanime à proposer, sans hésitation aucune au Conseil :

« Le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine se déclare formellement opposé à la révélation dans quelque cas que ce soit par le médecin traitant de la cause de décès de son client. »

Ve Voyage médical international Cévennes-Pyrénées. — Parmi les voyages annuels créés par la Société médicale du littoral méditerranéen, et la Fédération médicale, thermale et climatique pyrénéenne, le Cévennes-Pyrénées mérite une place à part. La région qu'il parcourt, réunit et synthétise, en effet, les attraits climatiques, thermaux, historiques et touristiques, des vastes territoires représentés par les deux grandes fédérations méridionales : littoral méditerranéen et Pyrénées.

Le voyage est placé sous le patronage de la Faculté de Montpellier. Il commence dans cette ville, le dimanche 30 août, par la visite de la vénérable Faculté (qui compte dix siècles d'existence. Après la réception du Professeur Euzières, doyen, et la conférence inaugurale du Professeur Giraud sur la géographie climatique et hydro-minérale de la région, le voyage, sous la direction du Professeur Paul Delmas (dont l'érudition est aussi sûre dans le domaine de l'histoire que dans le domaine de la médecine), consacrera ses premiers jours à l'étude des monuments grandioses dont cette région est si richement parée : les Cités médiévales de Maguelone, Aigues-Mortes, Carcassonne, les Arènes de Nîmes, la Maison Carrée, les Bains de Diane, le Pont- du Gard, rediront leur glorieux passé, par la voix des archéologues qui accompagneront le voyage à cet effet.

Puis l'on visitera les merveilles naturelles des Cévennes, le Mont Aigoual, l'Abîme de Bramabiau, l'Aven Armand, les Gorges du Tarn, la cité industrielle de Mazamet et la Montagne Noire, la station climatique de Lacaune, enfin La Malou, capitale hydrominérale et climatique des Cévennes.

La deuxième partie du voyage, moins riche en documents historiques et géologiques, sera par contre plus fournie en ressources médicales : l'on visitera en effet les stations climatiques de Font-Romeu et de Super-Bagnères, le sanatorium des Escaldes et les stations thermales d'Usson, d'Ax-les-Thermes et de Luchon, tout cela au long de la splendide route des Pyrénées, avec les arrêts classiques en Cerdagne, aux cols de Puymorens et du Tourmalet (2.122 m.) à l'Hostellerie des Frontignes, aux Abbayes de Saint-Lizier et de Saint-Bertrand de Comminges.

Le voyage se terminera à Luchon, le 10 septembre, mais une excursion facultative le suivra (10-12 septembre) qui permettra de voir les deux plus beaux sites des Pyrénées : le Pic du Midi et le Cirque de Gavarnie, ainsi que la très intéressante Station de Lourdes, où l'on assistera à un pélérinage et à l'examen des malades.

Il est impossible de trouver ailleurs tant d'objets divers, du plus haut intérêt historique, scientifique, médical et touristique réunis dans un seul itinéraire et dans un temps si court et c'est bien là ce qui fait l'attrait exceptionnel du Cévennes-Pyrénées.

Comme dans les voyages précédents, des permis de parcours à demi-tarif seront mis à la disposition des adhérents, valables pendant un mois, sur les chemins de fer français. Des démarches sont entreprises pour obtenir le même avantage dans la traversée de la Suisse et de l'Italie, à l'aller et au retour.

Les demandes doivent être adressées à la Direction des Voyages Cévennes-Pyrénées, à La Malou (Hérault). Les membres de la famille du médecin sont admis aux mêmes conditions que lui-même. Le nombre des places étant limité, et un délai étant indispensable pour obtenir les permis de parcours, il y a lieu de hâter le plus possible les demandes d'adhésion.

Douzième salon des médecins. — Le Docteur P. Rabier, secrétaire organisateur, prie ses confrères ainsi que les membres de leur famille désirant y exposer, de lui envoyer le plus tôt possible, leur adhésion, leur cotisation et la liste de leurs œuvres, soit avant le 1er août, soit enfin avant le 1er septembre, dernière limite. Ceci dans la crainte que les vacances ne leur fassent oublier ces dates.

Hospices du Mans.— Un concours pour *deux places d'internes titulaires en médecine et chirurgie sera ouvert à l'hôpital du Mans* le samedi 5 septembre 1931.

Les internes sont nommés pour deux ans. Ils touchent : 300 francs par mois, la première année, 350 francs la seconde. Ils sont logés, nourris, éclairés, chauffés, blanchis et raccommodés.

Pour tous renseignements et inscriptions, s'adresser à M. le Secrétaire général des hospices du Mans, avenue Rubillard, 194, avant le 1er septembre 1931, date de clôture des inscriptions.

Nécrologie. — Dr Paul Gandy, de Bagnères-de-Bigorre. — Dr Albert Macé, de Paris. — Dr Ch. J. Richard, de Paris, 12 rue de l'Isly, décédé accidentellement. — Dr Louis Robert, d'Arbois (Jura). — Dr Jacques Targowla, de Dercy (Aisne). — Dr Charles Dujarier, chirurgien de l'hôpital Boucicaut, officier de la Légion d'honneur.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les azotémies et les hyperazoturies d'origine nerveuse

Par Ch. RICHET fils et Jean DUBLINEAU

I

Nous avons prouvé expérimentalement que la piqûre du 4e ventricule déterminait chez le lapin soumis à une alimentation constante une augmentation de l'élimination azotée urinaire sous la dépendance elle-même d'une hyperazotémie (1).

Les travaux de Claude Bernard pour le métabolisme des glucides, ceux de Roussy et Jean Camus pour l'élimination de l'eau, ceux de Cushing, Babinski, Nageotte pour le métabolisme des lipides, ceux de Jean Camus et Gournay pour celui des nucléo-protéides montrent bien l'existence d'un *cerveau végétatif* qui règle notre nutrition et dont les centres occupent les planchers des 3e et 4e ventricules.

Ces faits permettent, à notre avis, d'interpréter un certain nombre d'azotémies qui accompagnent les lésions cérébrales et qui ne s'expliquent, ni par une lésion rénale, ni par une déchloruration exagérée, seuls facteurs d'azotémie, croyons-nous, admis jusqu'à présent. Ce fait pourrait paraître insolite, si la glycosurie, la polyurie ou l'adiposité d'origine tubérienne, l'albuminurie des hémorragies méningées ou les polyglobulies secondaires à des lésions encéphaliques, dont Guillain et ses élèves viennent de prouver la réalité, n'étaient pas, à l'heure actuelle, bien démontrées.

Hyperazotémies et hyperazoturies peuvent se trouver, croyons-nous, dans nombre de lésions fonctionnelles ou organiques du système nerveux et sont conditionnées par lui.

Dans les maladies infectieuses, dans certains diabètes non sucrés, dans certaines affections organiques du système nerveux, dans les psychoses on rencontre de tels faits.

II

Au cours des infections, le taux de l'urée sanguine s'élève souvent. Dans l'immense majorité des cas, on invoque avec raison une tare rénale, bien qu'il puisse y avoir disproportion entre le taux élevé de l'azotémie et les lésions rénales qui restent légères.

L'hyperazoturie assez fréquente dans les maladies infectieuses, malgré que le sujet s'alimente peu, ne s'explique que par un hyperfonctionnement hépatique : De même Jouvve-Baniès, Achard et Leblanc (2), Merklen (3), Lemierre, Rathery et Vausteenberghe (4), etc., ont étudié ces azotémies infectieuses.

Au cours de la fièvre typhoïde, Jouyve-Baniès a prouvé que c'était dans les formes ataxo-adynamiques surtout que l'on rencontrait une azotémie considérable ne coexistant pas toujours avec des altérations rénales, s'exagérant avec les progrès de l'ataxo-adynamie (c'est-à-dire de la participation nerveuse) et diminuant ou disparaissant, quand les symptômes nerveux s'atténuaient. Bref, il y avait parallélisme entre manifestations nerveuses et azotémie.

Achard et Leblanc, Merklen et Kudelski admettent (et à très juste titre), pour expliquer les hyperazotémies et les hyperazoturies des maladies infectieuses, une exagération du métabolisme azoté, l'élément rénal étant relégué au second plan.

Ne peut-on dans de tels cas invoquer un hyperfonctionnement hépatique, soit sous l'influence directe de la fièvre, soit sous celle du système nerveux qui conditionne lui-même l'élévation thermique ?

III

Le diabète azoturique était fort à la mode il y a trente ans. A l'heure actuelle, on est tenté d'en nier l'existence. C'est à peu près l'opinion de Rathery et de M. Labbé qui considèrent que sa démonstration n'en est pas rigoureuse .

En effet, l'élimination azotée n'est que le reflet de l'alimentation azotée et on admet que de tels malades sont hyperazoturiques parce qu'ils sont polyphages .

En réalité, il semble que pour nombre de polyuriques d'origine tubérienne c'est parce qu'ils sont polyuriques que les sujets sont polydipsiques (soif des tissus pour l'eau) ; de même, dans les diabètes azoturiques, la destruction en excès des protéides commande, croyons-nous, la polyphagie protéique (appétit des tissus pour les protéines). En effet, restreignons les matières azotées chez ces tubériens hyperazotémiques et nous voyons l'amaigrissement apparaître ou s'exagérer en même temps que les forces diminuer.

IV

C'est, dans les affections du système nerveux et tout particulièrement dans les psychoses que l'on trouve le plus fréquemment cette hypercombustion protéinique (hyperazoturie relative et hyperazotémie) coexistant avec un état rénal peu altéré.

Sur les psychoses, nous ne voulons pas insister, car nous devons prochainement en faire une étude plus complète.

Cependant citons ici les travaux de MM. Toulouse, Marchand, Courtois (5) sur les psychoses avec azotémie, ce sont des sujets qui entrent à l'hôpital pour délire, l'azotémie progresse en même temps que le délire ; la mort est fréquente. Lésions rénales insignifiantes, lésions cérébrales, cérébelleuses et bulbaires surtout.

L'observation récente de Targowla (6) est également typique : femme de 34 ans, petite anxieuse à la suite d'une grippe. En 1927, premier internement, azotémie de 0,34. La malade sort très améliorée, mais rentre en 1929 dans un état d'anxiété intense. De plus, on constate un aspect parkinsonnien avec secousses myocloniques. L'azotémie est de 3,69, puis elle revient à la normale.

Un malade observé par l'un de nous dans le service du Prof. Claude présente un état de manie aiguë. L'azoturie est considérable (30 gr.), pour une alimentation nulle. L'azotémie est de 1 gr. 26, l'amaigrissement de 7 kgr. puis l'amélioration clinique baisse, se dessine. L'azoturie baisse alors à 21 gr., alors que l'alimentation est reprise, l'azotémie à 0,39. Le poids du malade augmente. Nouvelle rechute, l'azotémie augmente à nouveau.

Ces faits d'azotémie symptomatique des lésions encéphalo-méningées ne doivent pas être confondus avec la folie brightique de Dieulafoy sur laquelle récemment revenait Lemierre (7) : troubles psychiques évoluant chez des brightiques avérés. Dans ces derniers cas, la lésion rénale ou, si l'on veut, l'azotémie est primitive, les troubles psychiques sont secondaires. Dans les cas sur lesquels nous insistons, le trouble ou la lésion encéphalique est primitif, l'azotémie est secondaire.

Dans les affections, intoxications ou lésions organiques du système nerveux, l'azotémie est loin d'être exceptionnelle.

Voici par exemple les observations d'Abadie, Baldan et Dornier (8) qui signalent la constance de l'azotémie à la suite de la rachianesthésie. Azotémie parfois discrète, mais pouvant aller jusqu'à 1 gr. 55. Ils incriminent non pas l'acte opératoire, mais une action du toxique sur le système nerveux.

Ranucci avait signalé le même fait et l'attribuait également à l'irritation nerveuse.

Chalier et Levrat (9) ont publié l'observation d'un homme qui à trois reprises en quelques semaines présenta le tableau suivant : température élevée, coma, azotémie de 1 gr. et syndrome humoral rachidien caractérisé par des globules rouges des lymphocytes et une hyperglycorachie.

Les auteurs considérant que les « petites hémorragies ménin-

**

gées n'expliquent ni l'hyperazotémie, ni l'hyperglycorachie », émettent l'hypothèse d'une infection atteignant simultanément les méninges et le rein.

Cette atteinte simultanée est possible, Savy et Thiers (10) ont signalé de tels cas, mais nous croyons que, dans l'observation de Chalier et Levrat, il s'agit d'une azotémie d'origine nerveuse.

Merklen et Kudelski ont publié l'observation d'une méningite tuberculeuse où l'azotémie passe de 0,54 à 0,75 le 3e jour et à 1 gr. 20 le 4e jour.

Un intéressant travail de Courtois (11) montre qu'il peut y avoir dans les encéphalites aiguës, une azotémie progressive pouvant aller jusqu'à 8 gr. par litre, sans autres signes de néphrites aiguës et sans lésions rénales.

Dufour et Zivy (12) ont publié l'observation d'un malade ancien syphilitique probablement tabétique fruste faisant un syndrome neurasthénique et chez qui on décèla une azotémie de 2 gr. 46 non explicable par les tares rénales puisque les auteurs soulèvent l'hypothèse de facteurs encore inconnus pouvant créer l'hyperazotémie.

Dans la syphilis cérébrale, May et Lhermitte viennent de signaler une azotémie alors que la lésion prédominante était dans le voisinage du 3e ventricule, avec altération de l'épendyme.

Marchand et Courtois (13) observent dans la paralysie générale à marche rapide des hyperazotémies progressives (avec intégrité des reins) dépassant parfois 7 gr. ; Claude admet à propos de ces cas qu'elle est d'origine nerveuse.

On pourrait rapporter encore ces cas multiples de cachexie avec hyperazotémie et fonte musculaire qu'on observe chez des déments, au cours de l'abcès subaigu d'origine otitique, etc., ou des azotémies aiguës secondaires au rhumatisme (14) cérébral.

Quand l'attention des cliniciens et spécialement des neurologistes sera attirée sur ces faits et qu'on établira les trois bilans azotés, alimentaire, urinaire et sanguin, de façon systématique, ces faits se multiplieront encore, croyons-nous.

V

Bien d'autres questions se posent, que dans le cadre de cet article nous ne pouvons résoudre.

Quelle est l'action du système nerveux dans cette azotémie agonique pré-mortelle, dont Dimitresco et Popesco (15) signalent la quasi-constance et sur laquelle Toulouse est revenu ?

L'hyperazoturie et l'azotémie post-chloroformiques si fréquentes ne sont-elles pas en partie une conséquence du trouble fonctionnel hépatique provoqué par l'intoxication des centres nerveux autant que par l'intoxication directe de la cellule hépatique ?

Ne peut-on invoquer cette même action dans l'azotémie du coma diabétique, azotémie qui progresse avec la prolongation et l'intensité des phénomènes nerveux et qui cesse quand sous l'influence de l'insuline, le coma disparaît ? Dans le récent article de M. Labbé et Boulin (16), certaines observations (celles de Joslin, celles des malades Bas. et Pau.), permettent de suspecter le rapport entre cette azotémie et l'effondrement cérébral ?

Aussi croyons-nous et ce sera notre conclusion que, dans certains cas, l'azotémie et l'hyperazoturie (relative ou absolue), sont fonctions d'un trouble du système nerveux, d'une perturbation dans le fonctionnement des centres qui règlent le métabolisme protéique, probablement par l'intermédiaire du foie.

Evident dans certaines psychoses, et certaines lésions organiques de l'encéphale, ce rôle peut être dès maintenant parfois suspecté dans les maladies infectieuses et quelques intoxications.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Ch. Richet fils et Jean Dublineau. — Effets de la piqûre du 4e ventricule sur la combustion des matières protéiques. (Acad. des Sciences, 15 juin 1931.)

(2) Achard et Leblanc. — Etat de rétention azotée dans l'organisme au cours des maladies aiguës. (S. méd. des hôp., 26 juillet 1918, p. 849.)

(3) Merklen et Kudelski. — Sur la valeur pronostique de l'azotémie dans les infections aiguës. (S. méd. hôp. Paris, 20 juin 1919.)

(4) Rathery et Vansteenberghe. — Syndrome méningé et azotémie au cours des maladies typhoïdes. (S. méd. hôp. Paris, 19 nov. 1915.)

(5) Toulouse, Marchand et Courtois. — L'encéphalite psychosique aiguë azotémique. (*Presse médicale*, 12 avril, n° 30, 1930.)

(6) R. Targowla. — Psycho-encéphalite à forme anxieuse dépressive et hallucinatoire. Syndrome parkinsonnien fruste ; hyperazotémie transitoire. (*Bull. Soc. clin. méd. mentale*, XVII, 1929, pp. 161-166.)

(7) Lemierre. — Azotémie et troubles psychiques. (S. méd. hôp. Paris, 26 octobre 1923.)

(8) Abadie, Baldan et Dornier. — Rachianalgésie et azotémie. (*Presse médicale*, 27 mars 1926, p. 387.)

(9) Chalier et Levrat. — Syndrome aigu fébrile à poussées successives d'azotémie et de méningo-encéphalite. (S. méd. des hôp. de Lyon, 28 février 1928.)

(10) Savy et Thiers. — Les méningo-néphrites : les méningites infectieuses latentes dans les urémies nerveuses des néphrites et des ictères graves. (*Ann. de méd.*, n° 1, janvier 1930, T. XXVII.)

(11) Courtois. — De la valeur diagnostique et pronostique de l'azotémie dans un groupe d'encéphalites aiguës. (*S. de biol.*, 13 avril 1929.)

(12) Dufour et Zivy. — Neurasthénie avec troubles de la nutrition décelés par l'examen du sang : azotémie. (S. méd. hôp. Paris, 18 mai 1917.)

(13) Marchand et Courtois. — Paralysie générale à évolution aiguë. (*Bull. S. méd. des hôp.*, sance du 12 juin 1931, p. 1113.)

(14) Toulouse, Marchand et Courtois. — Rhumatisme aigu cérébral. Considérations anatomo-pathologiques.

(15) Dimitresco et Popesco. — L'azotémie et la mort. (*Presse méd.*, 27 juin 1914.)

(16) M. Labbé et Boulin. — Les modifications de l'urée du sang au cours du coma diabétique. (*Ann. de méd.*, T. XXXIX, n° 4, avril 1931.)

Les méningo-encéphalites des psychoses toxi-infectieuses

Par Henri DAMAYE et Bernard POIRIER

Médecins des Asiles d'aliénés

C'est, maintenant, au bactériologue plus qu'au psychiatre qu'appartiendront les grands progrès étiologiques, pathogéniques, étiologiques et thérapeutiques appelés à être réalisés en l'immense chapitre des psychoses toxi-infectieuses. Du substratum de ces affections nous savons déjà beaucoup, mais seulement des choses assez vagues et ne connaissons que les lésions grossières. Nous savons seulement que ce substratum est une méningo-encéphalite plus discrète et plus sournoise, que celles décrites classiquement en nos traités de médecine générale. C'est une méningo-encéphalite diminutif de celle de la paralysie générale, déjà elle-même cliniquement si sournoise, et dont le tableau clinique se borne, ici, à des phénomènes psychiques.

C'est la méningo-encéphalite psychiatrique, qui ne dépasse jamais un certain degré d'intensité inflammatoire, qui jamais n'atteint la purulence. Si cette méningo-encéphalite était causée par des germes figurés connus, elle atteindrait quelquefois la purulence, donnerait lieu aux symptômes moteurs, sensitifs et sensoriels des méningites de nos traités. Or, elle se borne à des symptômes psychiques. Pour ces raisons, et parce que les examens bactériologiques sont, jusqu'à présent, demeurés négatifs, on attribue cette méningo-encéphalite cliniquement de purs symptômes psychiques à des germes filtrants d'espèces connues ou, peut-être, selon l'opinion de Duvic, d'espèces encore inconnues.

Dans les cas de psychoses toxi-infectieuses chroniques, il n'y a pas de fièvre. S'agit-il alors de méningo-encéphalites à bacilles tuberculeux filtrants ? Dans les cas de psychoses toxi-infectieuses aiguës, il y a une fièvre plus

ou moins élevée, très élevée avec langue sèche ou rôtie dans les formes graves, c'est-à-dire dans le délire aigu et le delirium tremens. S'agit-il alors de méningo-encéphalites à germes filtrants neurotropes de staphylocoques, de streptocoques ou de pneumocoques ?...

Est-ce la méningo-encéphalite à germes filtrants qui donne cette fièvre élevée, cette langue sèche ? Ou bien ces symptômes infectieux relèvent-ils des germes figurés en circulation dans l'organisme révélés par l'hémoculture ?...

Car dans les délires aigus et les deliriums tremens, l'hémoculture, parfois négative, révèle, en d'autres cas très fréquents, les agents pathogènes que nous venons de nommer. Courtois-Suffit et Georges Garnier ont trouvé le bacille d'Eberth, dans un cas de délire aigu.

Le liquide céphalo-rachidien des délirants aigus et des deliriums tremens ne donne pas de colonies, quand on l'ensemence. C'est ce qui fait penser aux bactériotogistes actuels que les agents microbiens des méningo-encéphalites des psychoses doivent être des formes filtrantes neurotropes. Telle est l'opinion de notre très distingué collaborateur P. Duvic, directeur du Laboratoire d'hygiène et de sérologie de la Vendée. Duvic pense que ces agents microbiens sont ou des formes filtrantes de ceux figurés révélés par l'hémoculture, ou des formes filtrantes, théorie dualiste, d'autres espèces encore inconnues.

Dans le délire aigu et le delirium tremens, il y a septicémie par des germes figurés connus. Outre les résultats positifs d'un très grand nombre d'hémocultures, il y a comme autre preuve, à notre avis, ces localisations inflammatoires (métrites, abcès du rein, broncho-pneumonies, pneumonies, annexites...), constatées assez fréquemment aux nécropsies. Le délire aigu et le delirium tremens n'ont pas pas que des lésions du cerveau : ils ont parfois aussi des lésions aiguës en d'autres organes.

On ne peut guère admettre l'hypothèse d'une méningo-encéphalite par seule action à distance et sans présence locale de germes infectieux.

Il y a très vraisemblablement, septicémie par les agents que décèle l'hémoculture. La localisation méningo-encéphalite serait, ainsi que le pense Duvic, le fait soit de formes filtrantes neurotropes des agents figurés révélés par l'hémoculture, soit de formes filtrantes neurotropes d'espèces encore inconnues.

M. Duvic a toujours trouvé stérile le pus des abcès de fixation que nous pratiquons, à la térébenthine, chez nos délirants aigus et nos deliriums tremens.

Le vaccin de Minet, si actif vis-à-vis des formes figurées de staphylocoques, de streptocoques et de pneumocoques, nous a donné quelques bons résultats, dans les délires aigus et deliriums tremens ; mais parfois aussi il fut inefficace. Cette inefficacité tiendrait-elle précisément aux germes filtrants ?... Serait-elle en faveur des espèces encore inconnues dont parle M. Duvic ?...

La prédisposition accentuée, l'hérédité pathologique chargée jouent, nous l'avons montré en d'autres études, un rôle énorme, dans l'étiologie du délire aigu et du delirium tremens. Nous avons observé des cas familiaux (mère, fille, frères). Nous avons vu aussi des récidives de délire aigu et de delirium tremens guéris, trois, quatre ou cinq ans après la guérison, quand le malade se retrouvait dans les mêmes conditions défectueuses. Il y aurait donc une prédisposition particulière bien nette du cerveau et de la méninge.

Nous traitons délires aigus et deliriums tremens par l'électrargol ou l'urométine intra-veineuse et l'abcès de fixation.

Au sujet de l'action de l'urométine dans les psychoses toxi-infectieuses, nous rapprocherons nos succès thérapeutiques habituels des recherches expérimentales effectuées par M. le Prof. Cruchet sur l'urotropine (1). Cruchet reconnaît à l'urotropine une action phylactique dans les infections neurotropes. L'urotropine se décomposerait dans les tissus en libérant le formol, qui irait se fixer sur les lipoïdes des centres nerveux, après en avoir chassé les toxines. Ce qui a été constaté avec l'urotropine s'applique, bien vraisemblablement aussi, au mécanisme thérapeutique de l'urométine.

La solution de ces problèmes d'étiologie psychiatrique si gros de conséquences thérapeutiques relève du bactériologiste. Si l'on veut un grand progrès en pathologie mentale, il faut une collaboration constante des laboratoires départementaux ou municipaux d'hygiène ou des Instituts Pasteur avec les services de neuro psychiatrie (1).

(1) Cruchet. — Traitement du tétanos, de la diphtérie et des maladies neurotropes par la méthode phylactique. *Acad de médecine*, 10 fév 1931.

(1) Damaye et Bernard Poirier. — Neuro-psychiatrie et laboratoires d'hygiène. *Le Progrès Médical*, 7 mars 1931.

CHRONIQUE

La crise de goutte

Je connais un médecin qui, depuis de longues années, sans se lasser, se complaît dans l'observation de ses clients et, plus spécialement, de ses clients arthritiques. J'ai nommé Jacques Sédillot. Après des journées de travail professionnel, il a, encore, le courage d'écrire ce qu'il a vu et ce qu'il déduit. Ses publications (bien que leur allure de polémique rebutent certains lecteurs) constituent une source de données infiniment intéressantes. Dans la *Médecine internationale illustrée* (mars et mai 1931, p. 82 et 171), il a précisé sa conception de l'accès de goutte et je crois utile de la résumer.

Qu'est-ce qu'un accès de goutte au point de vue clinique ? Un pseudo-phlegmon.

Qu'est-ce qu'un goutteux ? « C'est toujours un pléthorique, c'est-à-dire un arthritique du type floride. Ne fait pas qui veut des accès de goutte francs. Les goutteux à accès de goutte aiguë présentent tous l'aspect d'un excès de santé : ils ont une mine avantageuse, un robuste appétit, souvent un penchant avoué pour la bouteille. »

Les goutteux sont en très petit nombre dans l'immense famille des arthritiques. (Dans sa clientèle, Sédillot compte un goutteux pour 78 asthmatiques).

« Tout permet légitimement de supposer au goutteux des tissus d'une exceptionnelle vitalité, y compris son sang, tissu liquide, dont les globules rouges lui fournissent une excellente hématose et les globules blancs une vigoureuse défense leucocytaire, comme on va le voir. »

Qu'est-ce qu'un accès de goutte au point de vue pathologique ? Pour Sédillot, « à certaines périodes de l'année, bien précisées déjà par Trousseau, périodes « où la chère a été plus succulente encore que de coutume », les goutteux fabriquent encore plus d'acide urique qu'à leur ordinaire.

Leurs tissus doués d'une puissante vitalité se défendent contre l'imprégnation urique. Alors, l'acide urique va s'accumuler dans le sang, l'acide urique du plasma va atteindre des taux (jusqu'à 0,127 $^0/_{00}$, Chauffard, Grigaut) voisins du taux (0,14 $^0/_{00}$) à partir duquel *in vitro* il précipiterait.

En temps habituel, il se formait bien déjà des floculats, mais par petites quantités à la fois, et, au fur et à mesure de leur apparition, les leucocytes se chargeaient de la mission de les faire disparaître par simple phagocytose. Cette fois, au contraire, les floculats se forment en telle abondance et,

de façon si continue, que le goutteux éprouve pendant plusieurs jours les malaises avant-coureurs de la crise, malaises à la description desquels Trousseau a consacré plus de trois pages dans sa leçon.

Les leucocytes débordés dans leur rôle de phagocytose individuelle, surchargés de floculats qu'ils n'arrivent plus à détruire individuellement, sont allés sortir des vaisseaux, s'agglomérer en masses en un point de l'organisme pour mettre en jeu leur moyen de destruction le plus puissant : la libération de leurs oxydases par éclatement.

Il faut qu'ils sortent des vaisseaux à tout prix en un point donné de l'organisme : si par une application intempestive de glace, on les empêche de faire leur diapédèse au niveau du gros orteil, ils peuvent aller la faire au sein d'un organe noble (cœur, cerveau) et causer des désastres (goutte remontée).

Pourquoi choisissent-ils pour leur diapédèse la région du gros orteil ?

Peut-être parce que c'est là un point de circulation très ralentie, et que la diapédèse leur est là plus facile (et la pression d'une chaussure neuve peut jouer occasionnellement un rôle en ce sens) ; peut-être parce que la nature cherche pour ce travail d'épuration l'endroit du corps le plus éloigné des organes nobles (cœur, cerveau), comme on éloigne le plus possible du centre des villes ces usines spéciales qui traitent leurs matières usées. »

« Une abondante diapédèse de leucocytes, à la faveur d'une réaction inflammatoire locale de la région de l'avant-pied est donc sortie des vaisseaux sanguins. Le pseudo-phlegmon goutteux s'est constitué. De nouvelles vagues massives de leucocytes sortiront des vaisseaux périodiquement pendant plusieurs jours, ces diapédèses successives se trahissant cliniquement par les paroxysmes douloureux et les poussées de température, jusqu'à ce que l'organisme soit enfin nettoyé, épuré, débarrassé de ses résidus toxiques. » Les histiocytes fixent les floculats ; mais en même temps il y a blocage du tissu réticulo-endothélial jusqu'à ce que les éléments bloqués soient remplacés par d'autres éléments néoformés. Or, Sédillot a constaté que la rate est grosse au cours de l'accès de goutte : il y voit la preuve qu'elle fabrique des légions d'histiocytes qui, par vague d'assaut, chaque jour ou chaque nuit, iront assurer la diapédèse dans la région du gros orteil.

Qu'est-ce que le tophus ? C'est l'ensemble des épaves du champ de bataille. Si la leucocytose devient moins bonne, il restera des tophus de plus en plus persistants.

« Un peu plus tard encore, le même goutteux qui, d'abord, faisait des crises sans tophus, puis avec tophus résorbable, fera à la suite de ses crises moins franches, plus fréquentes (goutte à paroxysmes successifs de Trousseau), un tophus qui non seulement ne sera pas résorbé, mais s'accroîtra lentement d'apports lents de floculats d'acide urique et de bien d'autres substances (sels de chaux, cholestérine, etc.). C'est là le passage de la goutte aiguë libératrice à la goutte chronique déformante et ankylosante.

Mais certains goutteux (surtout des femmes après la ménopause) qui n'ont jamais fait d'accès de goutte aiguë font des tophus d'emblée sans réaction inflammatoire, tophus véritables centres de cristallisation, points de départ de graves rhumatismes chroniques. Ce tophus d'emblée est certainement constitué, au moins à ses débuts, par des floculats apportés par des leucocytes diapédésés, mais par des leucocytes vieillis, incapables de libérer à leur éclatement les oxydases nécessaires à la destruction des floculats qu'ils apportent. »

Telle est la conception de la crise goutteuse et du tophus qui apparaît à Jacques Sédillot comme interprétant le plus justement les phénomènes observés.

Il est vraisemblable qu'elle comporte une notable part de vérité.

H. V.

VARIÉTÉS

L'ivrogne antique

La littérature classique gréco-romaine contient peu de scènes d'ivrognerie pure, mais elle est assez riche en détails sur l'ivresse et l'alcoolisme pour nous convaincre que l'ébriété n'a pas été un accident exceptionnel et que le pochard antique n'était pas nécessairement un ilote en service commandé.

C'est ainsi que l'on trouve un certain nombre de surnoms, qui n'indiquent pas des qualités spéciales de tempérance ; Œnochéron (l'ami du vin) dans Alciphron, Dipsas (l'assoiffée) dans Ovide, Œnothée (celle qui se fait un dieu du vin) dans Pétrone.

D'autre part les termes, employés pour désigner les ivrognes, ne manquent pas à Rome : ebrius, madens, madidus, potulentus, potus, temulentus, uvidus, vinolentus, vinosus, vino gravis, vino infusus, vino plenus ; le buveur était appelé bibax, bibulus, potor ou vino deditus ; il y avait même une gamme ascendante : ebriolus, ebrio proximus, bene potus, qui correspondent approximativement à nos expressions : éméché, gris, noir. Les Grecs avaient un vocabulaire non moins abondant. J. D. Rolleston constate avec satisfaction (*British Journal of Inebriety*, 1927) que la langue anglaise est encore plus riche et que le *Thesaurus* de Roget de 1925 contient 70 termes, ce qui est tout à l'honneur de la vieille Angleterre et de la civilisation moderne.

Toujours est-il que les Anciens n'ignoraient rien, pas même la lourdeur de tête consécutive à l'ivresse, qui s'appelait la κραιπάλη à Athènes, ce qui était plus élégant que la *crapula* romaine ou même que notre vulgaire gueule-de-bois.

Les satiristes Horace, Juvénal, Martial et Lucien, les philosophes et les moralistes Platon, Plutarque et Sénèque, et surtout les encyclopédistes Pline l'Ancien et Athénée nous ont donné de nombreux renseignements sur la manière dont mangeaient et buvaient les Grecs et les Romains, qui paraissent avoir été assez bien « avitaillés » et largement pourvus de « harnoys de gueulle » comme eut dit Rabelais.

La culture de la vigne était très importante dans l'antiquité. Pline connaît 116 sortes de crus, dont 50 généreux, et Athénée 35 pour l'Italie seulement. Les vins grecs provenaient des îles de Thasos, Samos, Lesbos, Cos et Chios ; les crus italiens réputés étaient le falerne, le cécube, le sorrente et le vieil albain. On dédaignait au contraire les vins secs de Pramnos, râpeux de Corinthe, ou laxatifs d'Aba. La bière, connue sous les noms de cervoise ou de vin d'orge, constituait plutôt la boisson des barbares : Egyptiens, Ibériens, Gaulois et Germains.

Les vases à boire témoignent, par leur nombre et leur variété, du rôle joué par le culte de Dionysos et de Bacchus, non seulement dans les réjouissances publiques, Dionysies et Liberalia, mais encore dans la vie courante. Ils étaient en métal ou en verre chez les riches, en terre cuite ou en bois chez les pauvres. Les tonneaux en argile (dolium) étaient fixes et contenaient les vins ; les amphores les transportaient dans les cratères à deux anses, où se faisait le mélange avec l'eau, que les cyathes versaient dans les coupes (pocula). Il y avait toute la série des vases à boire : canthare à forme de mortier à anses et à pied, carchésion à taille, cothon à faux-col haut sur patte, cylix à oreilles, phiale à ombilic, rhyton cornu, etc.

Quoi qu'il paraisse, l'antiquité était assez sobre, tout au moins par rapport aux barbares (Scythes, Lydiens, Perses, Ibériens et Celtes) et aux Macédoniens, qui avaient une solide réputation d'ivrognerie. Les Spartiates, qui furent des prohibitionnistes de la première heure, faisaient exception, une exception fâcheuse compensée par leur valeur militaire ;

BIBLIOGRAPHIE

Histoire de la tuberculose, par PIÉRY (M.) et ROSHEM (J.). Un vol. in-8° cartonné de 480 pages avec 77 figures dans le texte. (Prix : 80 fr.) G. Doin et Cie, Paris, 1931.

L'histoire de la tuberculose est l'histoire de la maladie qui décime l'humanité depuis ses origines. Histoire unique puisqu'elle nous montre les âges successifs de la Médecine dressés avec toutes leurs ressources médicales et déjà sociales, contre la « grande maladie », histoire éminemment suggestive aussi, puisqu'elle nous révèle que toutes les thérapeutiques actuelles ont été entrevues au cours des siècles souvent les plus reculés, médications dont peut-être quelques-unes mériteraient réhabilitation.

Afin d'intéresser à un tel travail d'histoire de la médecine — à une époque où le temps paraît manquer pour une culture en apparence désintéressée — l'universalité des médecins et même le grand public scientifique ou cultivé, les auteurs se sont efforcés avant tout de faire un exposé constamment didactique et aussi clair que possible. A cet effet, ils ont divisé leur œuvre qui s'étend des origines de l'humanité à 1930, en trois parties :

Le premier livre à l'étude largement synthétique, est consacré à l'évolution des idées sur la tuberculose, à l'histoire des grandes étapes de cette maladie, surtout dans ses liaisons avec les doctrines et la médecine de chaque époque. Cet exposé intéressera plus spécialement les historiens de la médecine.

Pour les phtisiologues, curieux d'approfondir la génèse et le développement des grands problèmes de la tuberculose, le second livre expose analytiquement l'évolution historique de chacun d'eux, et c'est ainsi que sont conduits, des origines à nos jours, les problèmes de l'étiologie et de la pathogénie, de la contagion, de l'hérédité, des lésions, de la sémiologie et du diagnostic.

Enfin l'importance des acquisitions que les médecins ont pu faire aux cours des âges, sur la thérapeutique de la tuberculose, sur les médications singulières, parfois bizarres, toujours suggestives et d'un empirisme qui devançait le temps, ont conduit les auteurs à consacrer la troisième partie de l'ouvrage à la phtisiothérapie à travers les âges. Et peut-être ce dernier chapitre intéressera-t-il particulièrement tout ce public cultivé de l'époque qui s'avère passionné d'histoire et auquel le problème de la « lèpre des temp modernes » ne saurait demeurer étranger.

Enfin l'iconographie abondante et particulièrement soignée de l'ouvrage rendra attrayante et facilement compréhensible pour tous l'exposé d'une histoire la plus riche, la plus complexe, mais aussi la plus passionnément attachante de la Médecine.

Les Musées du Puy-en-Velay, par Ulysse ROUCHON. Un vol. in-8 (13 × 18). 50 gravures. Broché 5 fr. H. Laurens, édieur, 6 rue de Tournon, Paris VIe

La ville du Puy-en-Velay, une des plus curieuses de France, est depuis le Moyen-Age le centre du pèlerinage mondial de la Vierge Noire. Cette double qualité a créé une tradition d'art qui explique la présence dans ses murs de deux Musées : le Musée Crozatier dont les collections ont commencé à être réunies en l'An IX et dont les galeries d'Archéologie, de Mobilier, de Sculpture, de Peinture et de Dentelle ont été appréciées par des critiques tels que Bouchot et Louis Gonse ; le Musée d'art religieux fondé en 1895 dans les dépendances de la basilique Notre-Dame et qui en constitue l'histoire vivante.

Des richesses incontestées sont groupées dans l'un et dans l'autre établissement. M. Ulysse Rouchon, dans le volume sur *Les Musées du Puy* paru dans la collection des *Memoranda*, présente ces œuvres d'Art, en les éclairant de nombreuses illustrations qui inciteront à les examiner et montreront comme en une synthèse éloqente, les aspirations séculaires d'une province trop peu connue, vers la Beauté.

Le Musée d'Avignon. Musée Calvet peinture et sculpture, par Joseph GIRARD. Un volume in-8. 50 gravures. Broché 5 fr. H. Laurens, 6, rue de Tournon, Paris-VIe.

Le Musée d'Avignon est un des plus riches musées de province. Il en est peu qui puissent s'enorgueillir de fonds d'une si grande abondance et d'une telle qualité ; certaines séries, comme celles des antiquités grecques et romaines, comme la collection de ferronnerie Biret son justement réputées. Bien peu également présentent une si grande diversité d'objets. Mais ce qui attire le plus le public, ce sont les grandes pièces de sculpture et la collection des tableaux. C'est à cette partie du musée qu'est consareré le nouveau volume de la collection *Mémoranda*.

Parmi les sculptures on a choisi pour la reproduction les spécimens les plus importants de l'art antique et les plus caractéristiques de l'art gothique avignonnais si majestueux et si expressif. Les tableaux sont ensuite représentés par une suite composée pour une grande partie d'œuvres de provenance locale qui montrent quel magnifique foyer d'art a été Avignon aux siècles passés. Primitifs de l'école avignonnaise, portraits du XVIIe et XVIIIe siècle, paysages et compositions romantiques témoignent de la richesse de la galerie de peinture.

Les Problèmes du Désarmement, par Jacques LYON. Préface de Henry de JOUVENEL. Un volume in-16 jésus de 320 pages d'alfa : 20 fr. Boivin et Cie, Editeurs, 5, rue Palatine, Paris (VIe).

Ouvrage nécessaire et qui vient à son heure. La Conférence du désarmement s'ouvre bientôt. Le public international la suivra de loin. Toute méconnaissance de sa part des obstacles qui se dressent sur la route risque de se traduire en irritations, en déceptions, en pessimisme, également périlleux. Or, du désarmement et de ses problèmes, le public est à l'ordinaire très imparfaitement instruit. Il ignore les dix ans d'effort, la masse de travaux préparatoires qui lui ont été consacrés par les commissions de Genève. Il est enclin, tantôt à imaginer qu'il suffit d'un témoignage de bonne volonté et d'une intervention magique pour que le désarmement soit, tantôt à soupçonner dans ce désarmement une manœvre destinée à priver un pays du libre usage des moyens traditionnels et tenus pour seuls efficaces d'assurer sa sécurité.

C'est à dissiper ces ignorances et ces préjugés que s'attache l'ouvrage de M. Jacques Lyon : il donne au public éclairé, pour suivre les débats de Genève, un fil conducteur.

car les buveurs d'eau étaient, alors comme de nos jours, assez mal vus ; les cyniques buvaient de l'eau « comme des bêtes » et on les en méprisait davantage.

Les Grecs semblent avoir été modérés d'une façon générale ; les citoyens de bonnes mœurs ne buvaient pas pendant le jour, ils ne buvaient presque pas pendant les repas, ils ne buvaient pas de vin pur.

Le vin était réservé au symposion, dont le sens correspond à peu près à celui de festin ou de banquet, et le symposion n'avait lieu qu'après le coucher du soleil. On disait alors : « Bois ou va-t-en ! » (ἢ πῖθι ἢ ἄπιθι) et les secs se retiraient. Après s'être lavé les mains, on invoquait Zeus sauveur, on buvait au bon génie ou à la santé, on entonnait un péan.

Seuls les barbares prenaient du vin pur. Les Grecs mélangeaient le leur dans le cratère, où l'on versait d'abord le vin, puis l'eau. Le mélange comprenait une partie de vin pour trois d'eau ; un personnage de Pherecrate trouve cette mixture tout au plus bonne pour les grenouilles ; les buveurs entraînés s'octroyaient un mélange à parties égales (ἴσον ἴσῳ).

Du cratère le vin passait dans les coupes au moyen de l'œnochoe, qui circulait de gauche à droite ; chacun buvait à la santé de son voisin en prononçant son nom ; puis on entonnait en chœur des chants, les scolies, dont le plus célèbre était consacré à l'éloge d'Harmodius et d'Aristogiton, ou on se livrait à des jeux innocents, comme les charades (γρῖφοι).

Les Romains étaient déjà moins sobres ; ils buvaient du vin au repas principal (cena) et même à jeun à l'époque impériale. Le souper (comissatio) correspondait au symposium ; on y buvait *more græco*, après que le sort avait désigné le président (arbiter bibendi).

La loi des convives ordonnait de boire par trois rasades :

> Ter bibe, vel toties ternos, sic mystica lex est.

On buvait aussi autant de cyathes (45 cc. environ) qu'il y avait de lettres dans le nom des convives (ad numerum bibere).

> Laevia sex cyathis, septem Justina bibatur,
> Quinque Lycas, Lyde quattuor, Ida tribus.
> Ommis ab Iufuso numeretur amica Falerno.

Si les convives étaient nombreux et leurs noms interminables, les lumières ne tardaient pas à se dédoubler.

> Jam lucernæ mihi plures videbantur ardere.

On ne se contentait plus des charades ; il fallait des intermèdes artistiques avec des danses et de la musique.

Tout se terminait très bien, si bien même que Cicéron pouvait comparer la salle d'un festin donné par Verrès au champ de bataille de Cannes. Le banquet de Thaïs se rapprocherait donc beaucoup plus de la vérité que le banquet de Platon.

Les cabarets (caupona, popina, taberna) étaient des lieux mal famés, que fréquentait seulement la lie du peuple. Les maisons de prostitution avaient à peine plus mauvaise réputation ; Flora, la déesse des fleurs, était spécialement honorée par les prostituées et les Floralia représentaient une bonne occasion pour fêter à la fois Vénus et Bacchus : l'ivresse était alors à l'ordre du jour.

Les vins grecs et italiens ayant un degré alcoolique élevé, les intoxications aiguës n'étaient pas rares, les pneumonies non plus. Quelques ivrognes infortunés périssaient d'accident, comme cet homme qui dégringola un escalier, ce qui, dit Martial, ne lui serait pas arrivé, s'il avait seulement bu de l'eau.

Telle est l'impression de grandeur, marquée dans nos esprits par la civilisation gréco-romaine, que l'ivrogne antique, vautré dans ses vomissements, ne nous paraît pas trop déchu ; si bas qu'il fut tombé, il restait citoyen d'Athènes ou de Rome.

J. Lafont.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 juillet 1931

Modification des réflexes vago-sympathiques sous l'influence de l'hydrothérapie. — *MM. Laignel-Lavastine* et *J. Rolland.*

Néphrose lipoïdique. Lipoïdurie dans les néphrites. — *M. Achard* estime que le seul caractère constant de la néphrose lipoïdique est une surcharge lipoïdique, une lipoïdose rénale, dont le signe le plus sûr est une lipoïdurie. Cette lésion se rencontre à divers degrés dans des néphrites de toutes sortes, aiguës et chroniques, épithéliales et scléreuses, hydropiques et azotémiques. Il y a là toute une chaîne de faits entre lesquels une coupure ne saurait être que conventionnelle.

Aussi conviendrait-il de renoncer à décrire parmi les maladies propres du rein une néphrose lipoïdique et d'envisager plutôt la lipoïdose rénale, se traduisant par la lipoïdurie, dans des affections rénales diverses, légères et réparables parfois (c'est le type dit pur de la néphrose) ou graves et progressives (c'est le type dit associé).

La lipoïdurie peut être tardive, elle peut subir des éclipses. Mais on ne peut parler de néphrose lipoïdique sans la constatation de lipoïdes dans l'urine ou dans le rein.

Un procédé simple pour constater à l'autopsie les lipoïdes dans le rein consiste à chercher à l'état frais les corps biréfringents dans les frottis de la substance corticale.

Les modifications humorales de la néphrose lipoïdique ne sont pas caractéristiques par leur nature. On les retrouve dans d'autres états morbides, avec ou sans néphrites. Même dans la néphrose lipoïdique avec lipoïdurie, elles peuvent varier et chacune d'elles peut manquer.

Ce qui est plus particulier, c'est le haut degré de ces altérations humorales qui n'est généralement pas atteint dans les autres états morbides que les néphrites lipoïduriques, notamment la faible valeur du rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{lipides}}$ l'abaissement de la myxoprotéine, l'abondance des lipides entraînés avec la sérine précipitée par acidification.

La réaction de Wassermann, anomalie isolée du liquide céphalo-rachidien des syphilitiques. — *MM. Sézary, Barbé* et *G. Lévy* signalent une altération rare du liquide céphalo-rachidien des syphilitiques, consistant uniquement dans une réaction de Wassermann positive, tandis que la leucocytose et l'albuminose sont normales. Cette formule dissociée est indépendante de l'état de la réaction sanguine. Elle est exceptionnelle chez les syphilitiques non traités. Les auteurs l'ont trouvée cependant dans un cas de syphilis héréditaire tardive et chez un paralytique général. Ils l'ont rencontrée dans 4,5 % des cas de paralysie générale traités par le stovarsol sodique. Dans 11 cas sur 15 suivis suffisamment, le liquide a repris ensuite toutes ses anomalies : il s'agissait d'une rémission biologique peu intéressante. Dans deux cas, elle persiste depuis de nombreux mois sans modification. Dans deux derniers cas enfin, elle a précédé le retour à la normale des caractères du liquide céphalo-rachidien.

Il est à noter qu'il n'y a aucun parallélisme entre l'évolution clinique et l'évolution des réactions biologiques, ainsi que les auteurs l'ont antérieurement établi.

Un cas de méningoparatyphus B. — *M. L. Rivet* et *Mlle R. Gauthéron* relatent l'observation d'une femme de 43 ans, chez laquelle, en décembre 1929, on avait constaté l'existence d'un signe d'Argyll-Robertson, avec 24 lymphocytes par mmc. dans le liquide céphalo-rachidien. En avril 1931, elle fut amenée à l'hôpital avec une méningite aiguë nettement caractérisée au point de vue clinique, avec un liquide céphalo-rachidien clair, mais contenant par mmc. 131 éléments, qui étaient exclusivement des polynucléaires. Cinq jours après, les signes méningés avaient disparu, et la polynucléose avait fait place à une lymphocytose de 50 éléments. Cette méningite aiguë marquait le début d'une paratyphoïde B., qui évolua ensuite normalement, détermation méningée initiale ayant été

vraisemblablement appelée par la syphilis diffuse du névraxe préexistante.

Traitement des troubles quiniques de nature idiosyncrasique.— *E. Manoussakis* apporte une série d'observations démontrant que l'idiosyncrasie quinique n'est pas un obstacle à l'emploi du traitement quinique chez les paludéens. Pour faire tolérer la quinine il suffit de l'administrer avant que la dose déjà absorbée et qui déclenche les accidents soit éliminée. Il rappelle à cette occasion les caractères pathognomoniques de l'idiosyncrasie quinique.

Hémoglobinurie quinique et fièvre bilieuse hémoglobinurique. — *E. Manoussakis* montre que l'hémoglobinurie liée à une idiosyncrasie quinique est nettement distincte de la fièvre bilieuse hémoglobinurique. Elle s'accompagne d'une chute de la tension artérielle, de leucopénie, d'une diminution de la résistance globulaire. La crise hémoglobinurique appaeraît chaque fois que le sujet essaye de prendre de la quinindans un délai qui ne dépasse pas une heure à une heure 1/2 après l'ingestion ; elle est proportionnelle à la dose absorbée. L'hémoglobinurique d'origine quinique peut être traitée par la quinine à la condition que le traitement soit continu et non intermittent.

Coma insulinique et grossesse. — *F. Rathery, J. Sigwald* et *M. Dérot* rapportent l'observation d'une malade atteinte de diabète consomptif, traitée par l'insuline depuis deux ans et demi. Une grossesse améliore le diabète, car, au quatrième mois de la gestation survient un coma hypoglycémique, avec une dose minime d'insuline supportée jusqu'alors. Ils rappellent l'action de la folliculine sur le diabète, et à propos de ces accidents hypoglycémiques, ils discutent l'influence des hormones génitales sur la sécrétion interne du pancréas.

Immunité antimorbilleuse naturellement acquise et anergie grippale.— *M. Le Bourdellès* relate l'histoire d'une épidémie récente de rougeole, chez des adultes, où la proportion des récidives a atteint 40,8 p. 100. Dans une épidémie satellite d'oreillons, cette même proportion atteignait 14 p. 100. Ces épidémies évoluaient en fonction d'une récurrence de grippe, et l'auteur estime que le fléchissement de l'immunité naturellement acquise doit être interprété comme une conséquence épidémiologique de l'anergie grippale. Ce fléchissement de l'immunité, dans les circonstances épidémiques envisagées, s'est encore trouvé mis en lumière par d'incontestables récidives à brève échéance (moins d'un an). La durée d'incubation de la rougeole-récidive, souvent difficile à apprécier, a, dans certains cas, paru très courte, ce qui permettrait d'envisager la deuxième atteinte comme un fait d'allergie. Enfin les renseignements recueillis sont en faveur d'un mode d'action indirect de l'anergie grippale, facteur épidémiologique d'hypervirulence microbienne, plutôt que de modification du terrain.

Rist et *Ravina* rapportent l'observation d'un homme de 30 ans présentant des abcès froids.

Il n'existait aucune tuberculose pulmonaire.

Ces abcès froids furent rapportés à une typhoïde antérieure.

Ces abcès se reproduisirent pendant dix ans et guérirent spontanément.

La ponction ramena du bacille d'Eberth mais le séro-diagnostic se montra négatif.

Mounier Vimard et *Bonnet*.— Eruption herpétiforme préalable à une méningite cérébro-spinale.

Influence des saignées quotidiennes sur le taux de l'urée sanguine du lapin.— A propos de la récente communication de M. Etienne Bernard sur la saignée et l'azotémie, *MM. Pasteur Vallery-Radot, G. Mauriac* et *Mme A. Hugo* rapportent qu'au cours de recherches sur l'influence des saignées quotidiennes chez le lapin, ils ont observé que le taux de l'urée sanguine peut atteindre, au bout de quelques jours, un taux parfois très élevé.

De l'existence d'un double bruit par la percussion abdominale dans l'ascite. (Importance du double bruit ascitique et du signe de la matité horizontale dans la station debout pour le diagnostic des ascites de minime abondance).— *MM. C. Lian* et *J. Odinet* ont constaté que la percussion combinée à l'auscultation fait entendre un seul bruit dans un abdomen normal, et un double bruit dans un ventre ascitique: c'est ce phénomène qu'ils décrivent sous le nom de *signe du bruit de flot ascitique ou du double bruit ascitique*.

La constatation de ce symptôme est plus nette que celle de la recherche du signe du flot par la percussion combinée à la palpation, de plus elle est plus facile car elle ne nécessite pas l'interposition d'une main sur la ligne médiane.

Le double bruit ascitique augmente beaucoup d'intensité dans la station debout. En outre la percussion dans cette attitude fait percevoir le *signe de la matité horizontale* même dans des ascites très minimes, impossibles à diagnostiquer par l'examen dans les décubitus dorsal et latéraux.

Par conséquent l'examen dans la station debout est susceptible de rendre de grands services dans le diagnostic des ascites peu abondantes, grâce à la recherche du signe du bruit de flot ascitique et du signe de la matité horizontale, tous deux très nets même dans les ascites minimes.

La prépondérance ventriculaire droite électrocardiographique. (Ses caractères et sa grande valeur séméiologique). — *MM. C. Lian* et *V. Golblin*. — Il y a lieu de limiter l'appellation de prépondérance ventriculaire droite aux cas où l'accident initial du complexe ventriculaire se résume à peu près exclusivement en un grand S en DI et un grand R en DIII.

Dans ces conditions, abstraction faite du bloc de branches et de l'inversion des organes, non seulement la constatation d'une prépondérance ventriculaire droite implique que certainement le sujet examiné est un cardiaque, mais elle permet en outre d'affirmer qu'il y a une surcharge fonctionnelle du ventricule droit.

Dans 66 % des cas, la prépondérance ventriculaire droite se rencontre dans le rétrécissement mitral, pur ou associé à une autre cardiopathie valvulaire. Dans 20 % des cas, elle s'observe dans les maladies de l'orifice pulmonaire, les artérites pulmonaires, et les diverses cardiopathies congénitales.

Fièvre typhoïde grave guérie par immuno-transfusion. — *Lœper* et *Lemaire*.

Le facteur constitutionnel dans la réceptivité à la diphtérie. Les familles à diphtérie. — *Ch. Zœller*.

Hémoglobinurie quinique et bilieuse hémoglobinurique. — *Manoussakis*.

Traitement et troubles quinique de nature idéocynerasiques.

M chelle VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 juillet 1931

A propos du traitement de M. Finikoff des tuberculoses chirurgicales. — *M. Delbet* rappelle que M. Finikoff n'a pas fait lui-même la totalité des traitements à l'hôpital maritime de Berk. Il insiste de plus sur le fait que de nombreuses publications ont rapporté des succès.

M. Basset ajoute une observation de malade atteint d'une double épididymite et d'un mal de Pott guéri par ce fraitement depuis plusieurs années.

Contusion rénale. — *M. Proust* rapporte une observation de *M. Y. Bourde* (de Marseille). Jeune homme de 20 ans ayant reçu un coup de pied dans l'abdomen. Il existe une contracture intense du côté gauche. Il y a du sang dans la vessie. Laparotomie : pas de sang. Le péritoine postérieur est refoulé. Le rein est rompu en plusieurs fragments. Néphrectomie.

Le rapporteur insiste sur l'existence de la contracture sans la moindre trace de sang dans l'abdomen.

M. Alglave a vu un malade qui, à la suite d'un coup de feu, avait une contracture intense de la paroi et une paraplégie. A la laparotomie il n'y avait aucune lésion abdominale.

M. Duval dit que la contracture dans les plaies de la moelle est bien connue.

M. Cunéo a vu un malade qui avait un ventre de bois sans aucune lésion.

M. Hartmann rappelle qu'il a publié des observations d'hématomes derrière les muscles droits où il existait une contracture de ceux-ci.

Infarctus segmentaire de l'intestin grêle. — Cette observation de *M. Petit-Dutaillis* est analysée par *M. Gosset*. La résection entraîna la guérison.

Coxite gonococcique. — Ce travail de *M. Fruchaud* est rapporté par *M. Mondor*. Une résection fut faite six semaines après le début des accidents et la guérison survint en deux mois et demi. M. Mondor apporte quelques cas personnels qui montrent qu'un traitement chirurgical actif peut être nécessaire.

Cancer du col utérin. — *M. Gernez* a traité ses malades d'abord par électro-coagulation du col, puis curiethérapie intra-vaginale puis télécuriethérapie sur le pelvis.

M. Hartmann n'est pas partisan de l'emploi systématique du Mikulicz. Quant à la question du ganglion principal décrit par M. Leveuf, M. H. ne croit pas à son importance. D'ailleurs on a renoncé généralement aux grandes exérèses pelviennes. De plus, M. H. est d'avis que la curiethérapie donne un pourcentage de guérisons éloignées aussi bon qu'après l'opération de Wertheim. Et il n'est pas partisan de l'hystérectomie systématique après usage du radium.

M. Cunéo montre que la description de M. Leveuf de son ganglion principal, ne permet de rattacher celui-ci à aucune nomenclature ancienne. De plus, il est impossible de dire si l'envahissement ganglionnaire est précoce ou tardif. Il est probable qu'il est généralement tardif et que l'envahissement du paramètre est beaucoup plus important.

Correction du thorax en entonnoir. — *M. Ombrédanne* montre qu'il est des cas où la déformation est très importante, entraînant des troubles fonctionnels graves. M. O. a opéré personnellement trois cas : il a fait une sternotomie médiane en T ; puis il réalisa une éversion de chaque moitié du sternum. Des anses métalliques soulèvent chaque partie ; ces anses sont fixées à un bâti métallique.

M. Lenormant insiste sur la gravité des troubles respiratoires et cardiaques chez les gibbeux.

Ulcères peptiques post opératoires. — *M. Robert Monod* a opéré quatre cas survenus à la suite de gastro-entérostomie pour ulcère gastrique ou duodénal. L'un des malades, opéré par résection gastro-jéjunal et anastomose fut amélioré. Les autres, où l'on supprima la gastro-entérostomie, furent très peu améliorés : deux en particulier eurent une réactivation du premier ulcère avec perforation de cette lésion.

Ostéotomie cunéiforme du fémur pour une fracture du col du fémur consolidée vicieusement. — *M. Alglave* présente une malade avec bon résultat.

Résection des deux premières côtes pour apicolyse. — *MM. Proust* et *Maurer* présentent de belles radiographies.

G. MENEGAUX

« ... Je me suis souvent demandé, si le chirurgien lui-même, qui prodigue des conseils hautains, sinon rageurs, serait la plupart du temps en état de dispenser le sommeil à son opéré dans des conditions satisfaisantes. Il connaît les effets de l'anesthésique. Mais où et quand a-t-il appris à le donner ? On racontait dans ma jeunesse l'histoire d'un chirurgien célèbre, professeur à la Faculté, et qui voulut un jour enseigner à ses élèves la manière d'endormir un malade. Celui-ci resta sur la table. Il s'agissait, il est vrai de chloroforme, et je n'affirme pas que la mort du patient soit imputable au professeur. Mais je prétends que si le professeur avait disposé d'un anesthésiste spécialisé, il eût donné audit patient 98 chances sur 100 de plus de réussite et à l'anesthésique et à la démonstration... » (Dr Elie FAURE. Réflexions sur l'anesthésie générale, *Journal médical français*, avril 1931.)

« .. Si les gens ne mourraient plus, quelle catastrophe. Quelle voix aurions-nous nous autres gens de 40, 50, 60 ans au chapitre des gens qui compteraient des milliers d'années ! Que de progrès seraient mort-nés. Que d'erreurs seraient fixées et consolidées, si la survivance éternelle des inventeurs empêchait les nouveautés de vieillir et les vérités d'aujourd'hui de devenir préjugés de demain... » (Dr GÉNIAUX. Les bienfaits de la maladie. Conférence à la Société polymathique du Morbihan.)

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Infections

L'angine ulcéro-membraneuse de Vincent et les lésions ulcéro-membraneuses bucco pharyngées dans lesquelles on trouve le fuso-bacille de Vincent ne seraient pas le produit d'un agent microbien, mais plutôt celui d'une avitaminose qui prépare les conditions favorables pour que le fuso-bacille y vive en saprophyte. Le fait que la thérapeutique par la vitamine D agit favorablement dans ces lésions ulcéro-membraneuses mérite de retenir l'attention et paraît apporter un appui à la manière de voir des A. (J. David-Galatz. Avitaminose et lésions ulcéro-membraneuses bucco-pharyngées dans lesquelles on trouve le fuso-bacille de Vincent. *La Presse médicale*, 20 juin 1931.)

Ophtalmologie

Le symptôme céphalée doit avoir comme corollaire un examen oculaire, et le symptôme vertige un examen labyrinthique. Les auteurs ont cherché une explication à ce fait classique de la céphalée due aux amétropies, si petites qu'elles sont parfois insignifiantes, et ont ainsi été amenés à constater qu'en vérité, *le petit amétrope (le plus souvent astigmate) qui consulte pour céphalée présente à peu près toujours un état général déficient, avec asthénie et tension artérielle basse*, alors que l'amétrope qui ne se plaint que d'acuité visuelle mauvaise ne présente pas ce syndrome.

L'existence d'une hypotension artérielle générale semble bien être soulignée par la constatation de petits signes oculaires : *tension artérielle rétinienne* assez souvent basse, *rétrécissement du champ visuel*, signalé par Terrien et Cousin dans l'asthénopie de certains neurasthéniques, *phénomène du halo* analogue au halo glaucomateux, observé deux fois (dont une observation personnelle des auteurs), enfin peut-être l'*hyperémie papillaire* (si l'on peut la considérer comme une vaso-dilatation locale en rapport avec l'hypotonie artérielle) : tous signes qui constituent sans doute autant de témoins d'une modification de la circulation intra-oculaire et d'un déséquilibre entre la tension oculaire et la tension rétinienne.

Partant de l'étude précise de la petite amétropie associée à l'asthénie hypotensive, les auteurs ont été amenés à ne considérer l'hypotension artérielle que comme un symptôme faisant partie de l'ensemble : ainsi, c'est vers l'étude des *hypotonies organiques*, de leur pathogénie et de leur étiologie, qu'ils se trouvent automatiquement entraînés. (Ch. Flandin et Jean Gallois. Contribution à l'étude des hypotonies. Astigmatisme, asthénie, hypotension artérielle. *La Presse médicale*, 20 juin 1931.)

Chirurgie

Le kyste essentiel des os bien connu en France depuis le mémoire publié en 1912 par Lecène et Lenormant dans le *Journal de Chirurgie* est une lésion spéciale aux sujets jeunes, localisée à la métaphyse d'un os long et consistant en une formation cavitaire isolée, un pseudo-kyste solitaire, sans altération du tissu osseux avoisinant. Observé chez les adolescents dans 70 % des cas, on note assez souvent le traumatisme dans les commémoratifs, mais la valeur de ce facteur étiologique est discutable. *Siège* : le plus souvent au niveau de l'extrémité supérieure de l'humérus, du fémur ou du tibia.

Les symptômes sont très peu caractéristiques et peuvent aussi bien répondre aux lésions les plus diverses du squelette. *Signes fonctionnels* : Inconstants. Limités à des douleurs rhumatoïdes de siège vague et de faible intensité. La tuméfaction qui est le plus important des signes physiques n'atteint que rarement les dimensions du poing. *Forme* : plus ou moins celle d'un tronc de cône à grande base juxta-épiphysaire. *Surface* : régulière. *Constance* : ferme, mais parfois en certains points, la pression détermine un léger affaissement avec sensation de crépitation parcheminée. Pas de modification des parties molles. Peau normale. Pas de réseau veineux de circulation complémentaire. *Mouvements de l'articulation voisine* : Conservés.

A la *radiographie* l'extrémité de l'os atteinte apparaît défor-

mée « en navet », comme boursouflée par une tache claire, homogène, centrale, de forme irrégulièrement ovale, plus rarement triangulaire — cernée par une ligne opaque continue, large de quelques millimètres. Son pôle épiphysaire est au contact du cartilage de conjugaison, *toujours respecté et intact*. Son pôle diaphysaire est séparé du canal médullaire par une sorte de cupule. *Evolution* : Remarquablement lente et silencieuse. La fracture pathologique, complication inévitable, n est pas toujours une complication tardive. mais parfois le premier symptôme d'un kyste jusque-là ignoré. Bien qu'on ait signalé des fractures itératives, cette complication est en quelque sorte un *événement heureux*, une excitation de l'ostéogénèse qui aboutit au comblement de la vie kystique, paraissant en résulter. Le diagnostic clinique est très difficile, on aura toujours recours à la *radiographie*. On éliminera :

1° *L'ostéosarcome central*. Evolution plus rapide. Altération de l'état général. Circulation veineuse collatérale. Température locale augmentée. Radiologiquement, coque périphérique rapidement détruite.

2° *Tumeurs à myéloplaxes*. Aspect radiographique qui est plutôt celui d'une masse aréolaire que d'une cavité unique à contour net.

3° *Abcès des os*. Faible augmentation de la région juxta-épiphysaire. A la radiographie : coque limitante épaisse et dense autour de la cavité centrale qui est petite.

4° *Syphilis*. Les cavités consécutives aux nécroses juxta-épiphysaires sont souvent multiples. Epaississement osseux périostique considérable.

5° *Tuberculose osseuse*. Rarement confondue avec un kyste des os, étant donné son siège épiphysaire et les lésions articulaires qu'elle provoque.

6° *Kyste hydatique des os*. Rare. Aspect radiologique en grappe de raisins. Réactions biologiques

Le *contenu* du kyste qui peut être à peu près nul est habituellement formé par un liquide séreux, qui peut être séro-hématique et même franchement hématique. Liquide stérile. Parfois dans la cavité début d'organisation fibro conjonctive. Le problème de la *pathogénie* reste encore à peu près entier. Quatre théories s'efforcent d'expliquer le kyste essentiel des os. La théorie dite *néoplasique*. La théorie dite *traumatique*. La theorie dite *inflammatoire* qui considère le kyste comme une véritable ostéite raréfiante à évolution fibreuse. Son argument principal est la présence d'une réaction histologique d'aspect inflammatoire. La théorie *trophique* invoque une dystrophie osseuse causée par l'insuffisance de certaines glandes vasculaires sanguines. Le *traitement* consiste à faire artificiellement une fracture en trépanant la cavite kystique par effondrement large d'une de ses parois. Nettoyage à la curette. Plaie opératoire refermée, sans tamponnement ni drainage. Immobilisation dans le plâtre. Dans les gros kystes, comblement de la cavité par les *greffes ostéo-périostiques* à la Delagenière. Le plombage de la cavité a été employe quelquefois. Dans les cas de très vaste cavité, on peut interposer une tige osseuse autoplastique entre l'épiphyse et la diaphyse. Les indications de cette greffe segmentaire sont exceptionnelles. (Le kyste essentiel des os. Leçon clinique du professeur Massabuau. Le *Bulletin Médical*, 20 juin 1931.)

Tuberculose

L'allergine n'est pas la tuberculine, dit M. André Jousset. L'allergine n'est en rien, de par son mode de préparation, sa composition et ses effets, assimilable à la tuberculine classique, la vieille T. A. de R. Koch. prototype de toutes les préparations similaires ; elle n'est pas davantage la tuberculine n° 2 ou T. R. du même savant. Si les procédés d'extraction sont « voisins », ils ne sont pas « identiques ». Les propriétés sont nettement différentes. La tuberculine, substance cuite et surcuite, vraie *scorie* du bacille est foncièrement différente de l'allergine, puisque dialysable et thermo-résistante, ce qui la distingue non seulement de l'allergine mais des toxines en général. L'allergine peut fournir des cuti réactions *analogues* à celles de la tuberculine seule particularité qui leur soit commune et encore avec des nuances. Ces réactions ne sont pas spécifiques de la T. A., d'autres corps peuvent déclencher la cuti. Le parallélisme des réactions est loin d'être constant. L'allergine et la tuberculine ne fournissant pas toujours les mêmes résultats, bien qu'employées dans des conditions identiques, sont des substances « de parenté indiscutable » *mais néanmoins* différentes. Dans la préparation de l'allergine, tous les efforts de l'auteur tendent à la libérer de la T. A. qu'il considère comme néfaste. L'*allergine* guérit, alors que ses parents sont inefficaces ou désastreux. Connaît-on un seul médicament capable, parfois en quelques injections, d'assécher les trajets fistuleux les plus rebelles, de guérir en quelques semaines les kératites phlycténulaires les plus tenaces ? Je doute, dit André Jousset, que la tuberculine soit capable de pareils miracles, couramment observés avec l'allergine. N'exigeons pas de l'allergine qu'elle révèle le mystère de sa composition, mieux que les autres poisons organiques, mieux que les autres toxines, mieux que les venins dont nous ignorons complètement la nature. (André Jousset. L'Allergine n'est pas la tuberculine. *La Presse médicale*, 20 juin 1931.)

Tube digestif

Dans l'histoire de l'ulcère gastro-duodénal il faut faire une place à la perforation par traumatisme externe. Un homme ayant un long passé gastrique, fait une chute d'une hauteur de 2 m. 50. Il tombe debout sur ses pieds et ressent immédiatement une douleur violente au creux épigastrique, rapidement généralisée à tout l'abdomen. 17 heures après l'accident, on constate : défense généralisée à tout l'abdomen avec douleur à la pression. Rien au toucher rectal. Température 38°6. MM. Leclerc et R. Albertin, étant donnés les antécédents et le début de l'affection, pensent à une perforation d'ulcère gastrique et interviennent 19 heures après le début des accidents, sous-anesthésie générale. Ils trouvent des adhérences gastro-coliques qui, dissociées, laissent voir une perforation du diamètre d'une pièce de 0 fr. 50 reposant sur une base modérément indurée et épaissie, au niveau de la région prépylorique. Suites sans incidents. Au bout de 20 jours le malade quitte le service.

Dans ce cas, le traumatisme n'a pas porté sur le ventre ; le mécanisme de la rupture a été celui de l'effort. Sous l'influence de l'effort fait pour éviter la chute, les muscles de la paroi abdominale entrent en contraction, le diaphragme se contracte de son côté en inspiration, et l'estomac, pris entre les deux, se rompt au point faible (Magnan, de Bordeaux).

Il faut bien distinguer les cas où le traumatisme a frappé directement et violemment la région épigastrique (mécanisme direct) et les cas où le traumatisme a été faible ou a porté sur un point du ventre éloigné de l'estomac (mécanisme indirect de l'effort).

Le nombre des observations analogues qui ont été publiées est de dix (4 en moins d'un an à la Société de chirurgie de Paris). De l'ensemble des cas publiés il résulte :

1° Que dans l'ulcère gastro-duodénal, les traumatismes abdominaux peuvent être la cause d'une rupture au niveau de l'ulcère et qu'ils sont à éviter ;

2° Que dans les traumatismes non abdominaux, la perforation de l'ulcère est encore possible ;

3° Que dans les contusions de l'abdomen, il faut penser à la rupture possible d'un ulcère préexistant ; on y pensera surtout quand il y a des antécédents d'ulcères ou si le traumatisme, ayant été faible, le diagnostic de perforation s'impose cliniquement.

Au point de vue médico-légal, MM. Leclerc et R. Albertin soulignent une fois de plus l'exagération avec laquelle la jurisprudence — qui ne tient pas compte de l'état antérieur — interprète la loi de 1898 sur les accidents du travail. Si le malade était mort l'employeur aurait été condamné à payer la totalité du sinistre, bien que dans le cas en question, l'accident n'a fait qu'aggraver une lésion préexistante. Si au moment où le patron embauche un ouvrier, il est relativement aisé de déceler une hernie, une faiblesse de la paroi, il est bien plus difficile de reconnaître la présence d'un ulcère gastrique. (G. Leclerc et R. Albertin, de Dijon. Sur un cas de perforation d'ulcère gastrique à l'occasion d un traumatisme. *Gazette des Hôpitaux*, 20 juin 1931.)

Pédiatrie

Les hémorragies intestinales du nouveau-né peuvent se présenter sous deux formes. Dans la première elles font partie d un *syndrome hémorragique généralisé* (hémorragies multiples au niveau de la peau et des autres organes. Température très élevée. Infection streptococcique en cause le plus souvent). Dans la deuxième, *les hémorragies proviennent uniquement du tube digestif* (présence de sang dans les selles avec ou sans vomissements sanglants).

C'est entre le premier et le dixième jours de la vie que se localise le moment habituel de son apparition. Le plus souvent l'accouchement a été normal.

Signe essentiel : *Langes rougis, caillot vermiforme* au sein des selles ou du méconium. Dans 50 % des cas, l'émission de sang

se fait *par l'anus* seulement — dans 34 % des cas, à la fois *par l'anus et par la bouche* — dans 16 % des cas, *hématémèse* isolée. A l'examen : léger *météorisme abdominal* — un certain degré de *splénomégalie*, souvent — de la *polyadénopathie*. *Signes généraux* : tantôt très légers (pâleur modérée, tendance aux convulsions) ; tantôt graves (pâleur extrême, hypothermie, accélération du pouls, convulsions prolongées, répétées).

Examen du sang : Diminution du nombre des globules rouges, globules blancs, en général peu modifiés dans leur nombre. Retard de la coagulation.

Evolution du syndrome. Mort dans 50 % des cas, tantôt après une hémorragie unique, tantôt plus tardivement : première hémorragie peu importante, suivie d'une récidive 4 ou 5 jours après, suivie elle-même d'une autre, de plusieurs autres récidives.

Diagnostic. — Chez les nouveau-nés du sexe féminin s'assurer qu'il ne s'agit pas d'*hémorragies vulvaires*. Au cours de l'accouchement, *du sang maternel peut avoir été dégluti*. Certains hérédo-syphilitiques naissent avec un coryza dont *l'écoulement sanglant aura pu être avalé*. Le sang de l'hémorragie intestinale est du sang rouge, le sang dégluti est noirâtre (parfois cercle rose autour du méconium).

L'invagination intestinale est rare, mais possible dans les premières semaines de la vie. Se manifeste par l'expulsion de glaires rougeâtres et sanguinolentes avec des signes d'occlusion en plus (vomissements, arrêt des gaz et des selles).

Lésions anatomo-pathologiques : Anémie considérable du foie et de la rate, contrastant avec l'état de congestion extrême de l'intestin, dont la cavité est gorgée de sang. Petites ulcérations, érosions en coup d'ongle, particulièrement au niveau du duodénum et de l'extrémité supérieure de l'intestin grêle.

Comme facteurs étiologiques on retrouve le plus souvent : 1° l'*hérédo syphilis*, dans 70 % des cas (Thèse de Véron).

2° L'*Intoxication gravidique*. Facteur moins fréquent que le précédent.

3° L'*Infection* (phlébite de la veine ombilicale). Facteur plus rare que le premier.

Si pendant longtemps on a admis qu'il s'agissait d'un processus d'auto-intoxication agissant électivement sur le foie et le rein par les poisons circulant dans le sang, actuellement on tend à mettre en cause, une *action directe de la syphilis héréditaire sur la muqueuse intestinale* (fréquence des lésions d'endo-périvascularité de la paroi intestinale). Une modification profonde et soudaine se produisant au moment de la naissance, dans le système circulatoire de l'enfant, la surcharge subite du système porte amènerait une masse particulièrement importante de toxines syphilitiques.

Traitement. — Pour pallier à la perte de sang, on pourra injecter, deux fois par jour, environ 100 cc. de sérum glycosé à 3 %.

Comme *traitement hémostatique* :

Formes légères : choisir une médication qui ne choque pas trop l'enfant : mélange de chlorure de calcium et de gélatine, ou encore injections de sérum gélatiné à 3 %. La solution suivante conseillée par Marfan paraît préférable aux injections :

Gélatine	10 parties
Lactate de chaux	3 parties
Eau distillée	100 parties

Dissoudre à chaud, stériliser, liquéfier au bain-marie. Une cuillerée à café toutes les heures.

Formes graves. On pourra utiliser :

1° *La sérothérapie*. Ampoules de sérum frais de cheval, spécialement traité en vue d'obtenir une puissante action hémostatique. A défaut, employer le sérum antidiphtérique.

2° *L'hémotothérapie* — Injecter 20 cc. de sang maternel pur (non défibriné) dans les muscles, par 24 heures.

3° *Cas foudroyants*. On est autorisé à faire une transfusion sanguine. (Rechercher auparavant s'il n'y a pas agglutination entre les sangs). Aller d'emblée soit à la veine fémorale, soit à la veine jugulaire, soit encore à travers la grande fontanelle, au sinus longitudinal supérieur.

Ne pas négliger les précautions générales : réchauffer le petit malade. Température suffisante de la pièce.

Si le danger immédiat a été conjuré, faire un *traitement étio-*

logique, c'est-à-dire un traitement spécifique sous forme de frictions mercurielles.

Psychiatrie

Des phénomènes d'hyperémotivité se produisent chez certains sujets au cours de la procédure de divorce, dès la première phase devant le président du Tribunal, et aussi pendant toute la durée de la seconde devant le Tribunal lui-même. Les individus atteints sont des hommes plutôt que des femmes. Ces phénomènes d'hyperémotivité sans délire, sans aliénation mentale, arrivent à constituer des syndromes hyperthymiques qu'on peut appeler : hyperthymie mélancolique obsédante, avec ou sans asthénie secondaire. Tantôt ces syndromes hyperthymiques sont simples, tantôt ils sont complexes. En principe il est assez aisé de les débrouiller, mais l'observation n'en peut être recueillie qu'avec beaucoup de temps et de patience. Le Dr Benon qui rapporte trois cas d'affaires de divorce dans lesquels ont joué des phénomènes d'hyperémotivité, décrit ainsi l'attitude de ces sujets devant leur avoué, leur avocat et devant le Tribunal :

.... Cet homme voudrait dire le mal moral dont il souffre, il voudrait exprimer ses idées, ses sentiments. Or, il reste muet. Maintes fois, par énervement contenu, on voit ses membres agités de tremblement. (Ce tremblement émotionnel est pris pour un tremblement alcoolique). Il ne veut ou il ne peut formuler aucune plainte contre sa femme, car son désir à lui, est de ne pas divorcer, soit à cause de ses enfants, soit encore parce que l'amour qu'il a pour sa femme n'est pas éteint. Questionné à plusieurs reprises par ses défenseurs, il ne s'expliquera pas, ou il dira simplement : « Je ne veux pas me séparer de ma femme », et il versera des larmes. Il en sera de même devant le Président du Tribunal, s'il se présente devant lui ; le plus communément, il ne répond pas aux citations. Bien qu'ayant le sentiment d'une profonde injustice commise à son endroit, il ne parle donc pas parce qu'il souffre atrocement ; il ne fait pas sa « confession » près des personnes susceptibles de le défendre, parce qu'il est devenu comme stupide devant l'énormité des faits allégués contre lui. Il va de soi que si le défenseur de ce client est pressé, s'il est impatient, il ne tarde pas à avoir des préventions contre un tel individu, d'emblée en quelque sorte, quoique sans mauvaise intention. Bref, les droits du patient seront manifestement méconnus et ses intérêts largement lésés. »

(R. Benon. Divorce. Hyperémotivité. Conséquences. *Journal des Praticiens*, 30 juin 1931.)

Que deviennent les aliénés sortis des asiles ? — Les alcooliques, surtout, dès qu'ils sont abandonnés à eux-mêmes, sont plus encore que les intermittents, les maniaques, les mélancoliques et les déments précoces, et les paralytiques généraux sujets à des retours d'accès délirants. Les asiles sont encombrés par des alcooliques internés pour la quatrième, cinquième, parfois dixième rechutes, rechutes moins fréquentes, de même que les accès délirants sont moins nombreux chez les intermittents, et les crises d'épilepsie chez les comitiaux, lorsque après la sortie de l'asile, le sujet se trouve dans des conditions de milieu, de famille, de travail qui le protègent contre lui-même. Certains médecins ne signent la sortie d'un malade qu'à la suite d'une enquête de la Préfecture de police auprès de la famille et du milieu dans lequel ce malade sera appelé à vivre après sa mise en liberté.

C'est pourquoi Fabret, avec ses propres ressources, Legrain et Marie avec une subvention du département de la Seine, ont installé à Paris des maisons de refuge, l'un au 52 de la rue du Théâtre, les deux autres au 77 de la rue du Château-des-Rentiers. Les malades sortis des asiles, qui sont sans famille ou amis pour les recueillir, sont hébergés et nourris, pendant plusieurs jours, jusqu'à ce qu'ils aient trouvé un domicile et du travail. L'œuvre comporte un service social de visites et de secours à domicile.

Le médecin qui assume le service d'enquêtes a pour mission de n'assister que les familles nécessiteuses, le seul moyen de faire œuvre utile est d'enquêter à domicile, la mauvaise foi de certaines familles et d'autre part la tendance à l'exploitation de certains assistés faisant obstacle à cette œuvre de protection. Les anciens malades, interrogés par le médecin enquêteur lorsqu'il fait ses visites à domicile, se plaignent souvent de l'obligation où ils ont été de vivre en communauté avec des malades grossiers, malpropres, obscènes et pervers. Les visites du médecin délégué ou de la visiteuse sont à la plupart, agréables à recevoir.

Seuls les alcooliques chroniques échappent à tout contrôle ; dès leur sortie leur premier soin est de fuir le médecin auquel ils ont fait la promesse de ne plus boire. (A. Rodiet. Que deviennent les aliénés sortis des asiles ? *Gazette des Hôpitaux*, 1er juillet 1931.)

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vrai dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

L'organisation de la médecine rurale de l'U.R.S.S. — *Extrait d'un article du Dr A. Roubakine paru dans le* Mouvement sanitaire (31 *mai* 1931) *et intitulé* : Hygiène rurale dans l'U. R. S. S.

« ... L'organisation du service de santé dans les campagnes (1) qui a pris une très grande extension depuis la révolution, suit actuellement l'organisation des exploitations collectivistes, de même que « le service de santé de l'armée suit les troupes ». C'est par l'intermédiaire des Kolkhoz (exploitations collectivistes) et des Sovkhoz (grandes exploitations appartenant à l'Etat et exploitées par lui) que l'hygiène et la médecine pénètrent dans les campagnes... » « Déjà avant la révolution on a eu des tentatives d'organisation de médecine dans les campagnes par les « Zemstvos ». La misère des paysans était telle qu'il n'a jamais pu être question des soins médicaux payants. Depuis la Révolution d'octobre 1917, l'Etat a pris entre ses mains tout ce qui concerne la santé publique. Dans chaque république fédérée on a organisé un commissariat du peuple de la santé publique qui a concentré tout ce qui concernait l'hygiène, la médecine et la pharmacie. C'est depuis cette époque que le développement de la médecine a pris une marche très rapide. Un système de secours médicaux à la population a été créé, le nombre des districts médicaux a été augmenté, des hôpitaux construits, enfin la puissante organisation d'assurances sociales assure actuellement les soins médicaux gratuits à plus de 12 millions de salariés. Les paysans ne bénéficient pas des assurances sociales, c'est donc uniquement l'Etat et les Soviets (Conseils) ruraux qui ont été obligés de se charger des soins médicaux, il fallait non seulement un nombre plus grand de médecins, mais également des médecins connaissant l'hygiène. Or, les anciennes écoles de médecine d'une part, ne pouvaient pas former suffisamment de médecins, d'autre part, la formation de ces médecins ne répondait pas aux besoins nouveaux. Ces médecins étaient surtout des médecins traitants, or on avait besoin de médecins-hygiénistes. On a donc réorganisé tout le système dans l'enseignement médical. En cinq ans, on devait former 110.000 médecins, tandis qu'à l'heure actuelle il n'y en a que 64 000 environ dans toute l'U. R. S. S. On devait donc former environ 11.000 médecins nouveaux par an, tandis que toutes les écoles de médecine n'en pouvaient former jusque là que 2.500. On a remplacé l'ancienne Faculté de médecine par trois écoles différentes :

Ecole de thérapeutique et prophylaxie.
Ecole d'hygiène, avec une section de technique sanitaire.
Ecole pour la protection de la maternité et de l'enfance.

Cette spécialisation a permis d'abréger la durée des études et de former suffisamment de médecins.

Quant à l'organisation sanitaire des campagnes, elle relève tout d'abord de l'ancienne organisation existante depuis la révolution d'octobre 1917. Chaque région (on sait qu'actuellement dans l'U. R. S. S. une nouvelle division administrative répondant aux régions économiques a remplacé l'ancienne division en gouvernements et districts) possède son service de santé régional, qui comprend les mêmes sections que le commissariat central : section de lutte contre les maladies infectieuses (épidémiologie), section de la tuberculose, section des maladies vénériennes, section de la protection de la maternité et de l'enfance, de la protection des adolescents, etc... Mais le principe adopté actuellement est celui des « dispensaires uniques », c'est-à-dire des « centres de santé » qui groupe toutes les institutions s'occupant du traitement des malades, de la prophylaxie des maladies et du service social à domicile, de même que de la propagande sanitaire. Les malades y sont traités par des médecins spécialisés et la méthode de dispensaire est appliquée à toutes les maladies et non seulement à celles qu'on isole sous le nom de « maladies sociales ». Ce « dispensaire

(1) Sur 161 millions d'habitants que comptait l'U. R. S. S. au 1er janvier 1931, 28 millions seulement habitent les villes.

unique », comprenant un hôpital, des consultations spécialisées, etc... a déjà été réalisé dans certaines villes. Des dispensaires de ce genre seront créés dans tous les centres ruraux. Mais il s'agissait d'organiser les secours médicaux dans les campagnes tant que ces dispensaires ne sont pas créés partout et dans ce but les services de santé locaux (régionaux et de districts) ont envoyé dans les kolkhoz et les sovkholz, pendant la périodedes travaux des champs, c'est-à-dire au printemps et en automne, des brigades mobiles (équipes de médecins) avec tout l'outillage et le personnel infirmier nécessaire. Le but poursuivi par ces équipes n'est pas seulement le traitement des malades et des blessés, mais également les enquêtes sur l'état physiquedes populations, sur les maladies répandues dans la région et le travail de propagande sanitaire dans tous les domaines. En 1929 et 1930, l'envoi de ces équipes s'est pratiqué sur une large échelle. Au printemps de 1930, dans la R. S. F. S. R. seulement, il a été envoyé 411 brigades avec 960 médecins et 568 infirmiers. Leur travail a permis d'établir que la collectivisation rapide des campagnes a fait apparaître certaines maladies professionnelles agricoles qui n'y existaient pas auparavant : intoxications professionnelles avec des substances employées soit comme engrais, soit pour la préparation des graines ; d'autre part, des traumatismes provoqués par l'emploi de machines agricoles et de tracteurs. L'importance de ce fait est d'autant plus grande que le passage de l'état primitif de l'agriculture à une technique perfectionnée a été brusque et que les habitants des campagnes n'ont pas pu s'y adapter encore.

Les équipes mobiles ne se sont pas contentées d'une activité saisonnière ; elles ont organisé sur place dans les villages et les Kolkhoz qu'elles ont visités des postes de premiers secours. Ces postes comprennent dans la plupart des cas une pharmacie, souvent on y laisse aussi une sage-femme pour desservir les accouchées et pour faire le travail de propagande sanitaire. Parallèlement à ce travail qui n'est qu'à son état d'ébauche, bien qu'il se développe rapidement, les médecins de districts et les hôpitaux de districts continuent à desservir la population. Il faut noter que dans les villes les paysans reçoivent tous les soins dans les hôpitaux gratuitement et que dans tous les hôpitaux des petits centres un pourcentage de lits est réservé aux paysans. Le but fondamental de la médecine soviétique vise le réveil de l'activité des masses elles-mêmes. Dans ce but, dans chaque village on a créé une « commission sanitaire » composée de paysans et chargée de l'organisation de l'hygiène.

....

« ... Le typhus exanthématique, qui, avant la révolution causait en moyenne 120.000 cas par an, n'en a causé que 29.417 en 1929. La variole également, dont on enregistrait en moyenne 150.000 cas par an avant la révolution, n'a causé en 1929 que 6.079 cas. La vaccination obligatoire a été décrétée en 1919. Mais pratiquement, à cause des distances et de difficultés matérielles, on n'a pu vacciner tout le monde. La proportion des vaccinés est de 75 % environ de tous les « vaccinables » et le nombre de vaccinations atteint près de 10 millions par an. Un décret établit l'obligation d'avoir un vaccinateur par 25.000 habitants dans les campagnes. La lymphe vaccinale est préparée dans 28 instituts.

Par contre, il faut signaler des chiffres très élevés pour le paludisme dans les campagnes, bien que ceux-ci soient inférieurs actuellement à ceux d'avant-guerre. C'est ainsi qu'en 1913, d'après une statistique très incomplète, le nombre de cas de paludisme a été de 3.521.213 et en 1929 de 2.993.072. Cependant en 1923-25 le paludisme, dispersé sur toute l'étendue de l'U. R. S. S. par les déplacements des habitants et la guerre civile, s'élevait à plus de 5.000.000 de cas par an.

La lutte contre le paludisme est assurée par les stations antipaludiques (170 environ en 1930), des dispensaires spéciaux et des équipes médicales mobiles (en 1928, dans la R. S. F. S. R. 88 équipes, en Ukraine 20, etc.). Il a été importé en 1929, environ 58.000 gr. de quinine. Près de 500 médecins ont été spécialisés dans la malarialogie.

Le trachome atteint également des chiffres très élevés, et qui augmentent continuellement, ce qui est du reste dû en partie à un meilleur enregistrement. C'est ainsi que de 265.213 cas en 1923 le nombre de cas de trachome a passé à 1.144.059 en 1928. Il est combattu par des dispensaires et les équipes mobiles.

La tuberculose semble aussi répandue dans les campagnes russes que dans les villes. Son taux qui était de 54,5 par 10.000 habitants en 1924 s'est élevé à 86,1 en 1929, grâce surtout au meilleur dépistage et enregistrement. Avant la révolution, il n'y avait que 23 dispensaires antituberculeux. En 1921, leur nombre était de 15 dans la R. S. F. S. R. seulement et il est monté à 297 en 1928. Dans toute l'U. R. S. S. il y avait en 1928 près de 500 dispensaires.... »

M. Lapicque et la vivisection. — *Lu dans* l'Orientation actuelle des sciences, *de M. Lapicque* :

« .... La vivisection heurte une sensibilité qui s'est développée tard, mais que, pour ma part, je considère comme un progrès. Le spectacle de la douleur est pénible, et je trouve juste d'étendre cette sympathie aux animaux...

Plus je vais, plus la vivisection m'est pénible, et plus je l'évite tant que je peux...

Le chien, compagnon de l'homme depuis l'âge de la pierre, le chien, qui considère l'homme comme un dieu, et qui sait si bien exprimer son adoration par le regard : ce n'est pas seulement un animal hautement évolué, un mammifère avec un fort cœfficient cérébral, c'est un ami.... Si mon regard s'est croisé avec celui du chien, c'est fini, je ne pourrai pas mettre le scalpel dans sa chair. Et cependant il y a encore des physiologistes qui font des expériences bien cruelles sur les chiens : qu'il me suffise de citer ici celles sur la tête isolée : on maintient en vie une tête coupée de chien, comme on maintient en vie un cœur isolé, en entretenant artificiellement dans ses vaisseaux une circulation ; on observe ses réactions... »

L'anneau des médecins. — De M. H. Pensa, dans le *Journal des Débats* (11 juin 1931) :

... Les médecins des Facultés de Lyon et de Montpellier, au jour de leur doctorat, recevaient, avant la Révolution, un anneau d'or remis avec les paroles suivantes : *Accipe annulum aureum in signum nobilitatis ab Augusto et senatu Romano medicis concessa*. C'était en effet Auguste qui, frappé d'une maladie dangereuse et réduit à toute extrémité, avait été guéri en peu de jours par les soins et l'habileté d'Antonius Musa.

Auguste et le Sénat lui donnèrent d'abord une somme considérable et le droit de porter l'anneau d'or, lui et tous les médecins ; enfin, car Musa, ayant commencé esclave, était insatiable, Auguste lui fit dresser une statue proche celle d'Esculape.

Les hommes les plus illustres sont parfois le jouet du destin ; Musa, qui avait si bien réussi en guérissant Auguste, échoua complètement avec Marcellus, tombé malade dans le même temps et du même mal, en recourant pourtant aux mêmes remèdes !

Auguste se désola de la mort de Marcellus, mais il ne punit point Musa, dont il se réserva les services.

La chimie, science hermétique. — *Extrait de la leçon inaugurale du cours de chimie biologique du Prof. G. Florence, de Lyon, leçon parue dans la* Revue de l'Université de Lyon, (*tome IV*).

« ..... Un humoriste a dit : « Quand un philosophe vous répond, on ne comprend plus ce qu'on lui avait demandé » ; j'ai bien peur, de mon côté de faire dire à ceux qui me font l'honneur de m'écouter : « quand un chimiste vous explique sa science, on ne sait même plus de quoi il s'agit », et l'on serait tenté de répéter la fin du délicieux sonnet que Claudius Popelin adressait à Joseph Bertrand, professeur de mathématiques à l'Ecole polytechnique.

> Mais toi, foulant, pensif, un solide terrain
> Tu poursuis ta recherche en la forêt des nombres.
> Qu'entoure et que protège un triple mur d'airain.

La chimie porte bien son nom de science hermétique ; elle ne se dévoile que devant les seuls initiés et il est bien difficile de la vulgariser. Le grand physicien E. Picard a dit avec beaucoup de finesse : « Pour comprendre les théories relativistes, il est plus simple d'apprendre les mathématiques que de vouloir s'en passer » ; on peut dire de même : « pour comprendre les possibilités de la chimie, il est indispensable de la connaître ». La méconnaissance, bien excusable du reste, de cette science, de ses méthodes, de ses techniques, est cause que nos travaux sont si souvent mal compris. Le clinicien, dont le but est d'aboutir à un résultat immédiat, est par la formation même de son esprit, peu adapté à comprendre les efforts d'une science dont les buts lui paraissent si lointains. Certes, chacun se plaît à reconnaître les bénéfices qu'elle a apportés à la clinique. Les progrès réalisés dans les techniques analytiques ont permis ces élégantes micro-méthodes, couramment employées à l'heure actuelle et grâce auxquelles il est possible de suivre pas à pas les réactions humorales du malade... »

Les lois sociales de la République turque. — *De M. le Professeur Gougerot dans la* Presse médicale (*27 juin* 1931).

..... Un des buts de mon voyage était de voir l'application de certaines lois sociales qui font le plus grand honneur au gouvernement de la République turque.

— Déclaration et traitement obligatoires des maladies vénériennes que trop peu de pays ont déjà acceptés.

— Examen médical, certificat prénuptial obligatoire qui a fait en France l'objet de tant de discussions et que la Turquie fut le premier grand Etat à avoir résolument adopté.

— Service médical obligatoire qui envoie pendant deux ans dans toutes les régions déshéritées, les jeunes médecins avant leur installation.

— « Ordre » ou « Chambre » des médecins, dont le professeur Tefik Salim Pacha, l'éminent président des chambres médicales m'a détaillé l'action si utile.

Ces lois et surtout la loi 90 du 5 février 1922 dont les textes ont paru dans l'office international d'hygiène publique 1928, 1929, etc., montrent ce que peut faire un gouvernement fort soucieux du bien public, et je renouvelle au gouvernement turc l'expression de mon admiration, souhaitant voir adopter en France ces mesures si longuement étudiées par nous, et encore en attente devant notre Parlement. (*Voyage médical en Turquie*).

Le Gérant : A. ROUZAUD — LERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE. — R. C. C. 1261

FONDÉ EN 1873. — N° 32 | LE NUMÉRO : 50 Centimes | 8 AOUT 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V°)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies.......... 40 fr.
Étudiants...... .... 30 fr.
Belgique.......... .... 45 fr.
Étranger 1re zone .... 70 fr.
Étranger 2e zone .... 90 fr.

Les Bureaux de Rédaction sont ouverts le Vendredi, de 5 h. 1/2 à 6 h.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Clinique obstétricale Baudelocque (121, boulevard de Port-Royal, professeur : A. COUVELAIRE). — *Stage et cours de perfectionnement du 1er au 31 octobre.* — Sous la direction du Professeur COUVELAIRE avec l'assistance de M.M. LEVANT, VIGNES, CLEISZ, PORTES, DESNOYERS, RAVINA, LACOMME, accoucheurs des hôpitaux ; Powilewicz, SÉGUY et SUREAU anciens chefs de clinique ; M. DIGONNET et Mme ANCHEL-BACH, chefs de clinique, M. LAENNEC aide de clinique à la Maternité MM. MERGER et MAYER internes des hôpitaux.

a) STAGE CLINIQUE ET CONFÉRENCES. — Le stage pratique comporte : des exercices pratiques individuels (examens des femmes gravides, parturientes ou accouchées, avec discussion du diagnostic et du traitement) ; l'assistance aux accouchements et opérations, aux consultations de la policlinique et du dispensaire antisyphilitique.

Les conférences porteront sur les sujets suivants : M. DIGONNET : Diagnostic de la gestation au cours des premiers mois. Anomalies de forme et de situation de l'utérus gravide. — M. DIGONNET : Conduite à tenir pendant l'accouchement et la délivrance. — M. SUREAU : Hémorragies pendant la gestation et l'accouchement (endométrite hémorragique, placenta inséré sur le segment inférieur. — M. RAVINA : Complications de la délivrance. — M. DESNOYERS : Diagnostic des viciations pelviennes (rachitiques, bossues, boîteuses). — M. DESNOYERS : Traitement des viciations pelviennes. — M. CLEISZ : Albuminurie. Hypertension. Azotémie. Rétention chlorurée au cours de la gestation. — M. SÉGUY : Eclampsie à forme convulsive. Eclampsie à forme hémorragique (apoplexie utérine et utéro-placentaire. — M. SÉGUY : Vomissements graves. — M. VIGNES : Anomalies de la contraction utérine. — M. DIGONNET : Anomalies de la dilatation du col. — M. LEVANT : Formes cliniques des infections puerpérales. — M. LEVANT : Traitement des infections puerpérales. — Mme ANCHEL-BACH : Avortement. Arrêts de développement de l'œuf. Môle vésicul.

M. LACOMME : Gestations gémellaires. — M. RAVINA : Examen du placenta. — M. LACOMME : Tuberculose et gestation. — M. POWILEWICZ : Prophylaxie et traitement de la syphilis congénitale. — M. LAENNEC : Cardiopathies et gestation. — M. SUREAU : Infections collibacillaires et gestation. — M. RAVINA : Infections gonococciques au cours de la gestation et de la puerpéralité. — M. POWILEWICZ : Hygiène et alimentation du nouveau-né normal et prématuré. — M. AUROUSSEAU : Chirurgie du nouveau-né. — M. LACOMME : Infections du nouveau-né.

b) COURS D'OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES (sous la direction de M. PORTES, agrégé, accoucheur des hôpitaux, du 5 au 25 octobre). — Ce cours aura lieu tous les après-midi à 14 h. 30. Il comprendra des exposés oraux sur les indications et la technique des opérations, des exercices pratiques individuels et des séances de projection de films cinématographiques.

M. MERGER : Forceps dans les variétés directes et obliques antérieures. — M. MERGER : Forceps dans les variétés transverses et obliques postérieures. — M. MAYER : Forceps dans les présentations de la face et du front. — M. LAENNEC : Extraction de siège. — M. MAYER : Version par manœuvres internes. — M. SUREAU : Basiotripsie. — M. SUREAU : Embryotomie rachidienne. — Mme ANCHEL-BACH : Dilatation artificielle du col. Dilatateur. Dilatation manuelle. Ballons. — M. DIGONNET : Hystérotomies par voie vaginale. Incision du col. Césarienne vaginale. — Hystérotomies par voie abdominale. Césarienne corporéale : Césarienne basse (Projection de film). — M. PORTES : Césarienne avec extériorisation temporaire de l'utérus. Hystérectomies intra et post-partum (Projection de films). — M. DIGONNET : Pelvitomies. — Mme ANCHEL-BACH : Chirurgie de la période de délivrance (Délivrance artificielle traitement des inversions-transfusion. — M. MAYER : Chirurgie réparatrice. — M. SÉGUY : Chirurgie des tumeurs compliquant la gestation et la parturition. — M. LAENNEC : Chirurgie des gestations ectopiques. — M. SÉGUY : Chirurgie de la stérilité.

Droit d'inscription : 400 francs. S'inscrire au Secrétariat de la Faculté (guichet N° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.)

Concours pour l'admission à des places d'interne en médecine et en chirurgie à la Maison départementale de Nanterre et à des places éventuelles d'interne provisoire. — Le 15 décembre 1931 s'ouvrira un concours pour l'admission à des places d'interne en médecine et en chirurgie à occuper à partir du 1er janvier 1932, à la Maison départementale de Nanterre et pour la désignation de candidats qui pourront être appelés, le cas échéant, à partir de la même date, à des places d'interne provisoire.

Le nombre des places d'interne titulaire mises au concours est actuellement fixé à sept et sera augmenté s'il y a lieu du nombre des vacances qui se produiront dans cet emploi à partir du jour du présent arrêté jusqu'au jour du concours.

Hôpital Saint-Antoine. — Le cours d'automne de gastrologie du Docteur Félix RAMOND aura lieu à partir du lundi matin 9 novembre 1931 à l'hôpital Saint-Antoine, et durera une quinzaine de jours. Les conférences gratuites seront suivies de démonstrations pratiques d'ordre clinique, radiologique, chimique et gastro-photographique.

S'inscrire à l'A. D. R. M. à la Faculté ou à l'hôpital Saint-Antoine, 182, faubourg Saint-Antoine, auprès de la surveillante du chef de service.

Fédération internationale des Sociétés de médecine et d'hygiène tropicales. — Cette Fédération internationale constituée sous la présidence de M. le Professeur Achard, membre de l'Institut, avec le concours de personnalités de la médecine tropicale et exotique, groupe les Sociétés adhérentes d'une vingtaine de pays qui ont approuvé les statuts et collaborent à son programme.

Sur l'invitation du Comité de rédaction de la *Revue des maladies des pays chauds*, des échanges de vue ont eu lieu en 1930 et 1931 avec diverses sociétés, dont les adhésions contribuèrent à la constitution légale de cette Fédération internationale ».

Dispensaires du Finistère. — Un concours sur titres en vue du recrutement de médecins spécialisés des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse du Finistère, aura lieu dans la deuxième quinzaine du mois d'octobre 1931.

Les candidats doivent être Français, âgés de moins de cinquante ans, être pourvus du diplôme de docteur en médecine français et s'engager à ne pas faire de clientèle. Ils peuvent toutefois être appelés en consultation par les médecins traitants.

Le traitement de début est fixé à 45.000 francs, susceptible d'augmentation de 1.000 francs tous les deux ans, jusqu'au maximum de 50.000 francs. Les médecins spécialisés bénéficient de frais de déplacement et d'une indemnité annuelle de logement de 1.200 francs. Les médecins mariés reçoivent, en outre, une indemnité annuelle complémentaire de 1.000 francs et, le cas échéant, perçoivent des indemnités familiales.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général

du Comité d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse du département du Finistère, ancien évêché, Quimper.

Cours de chirurgie oculaire. — — M. le Professeur F. TERRIEN, assisté de M. le Professeur REGAULT et de MM. VELTER, professeur agrégé, CASTERAN, VEIL, RENARD, Jean BLUM, DOLLFUS et Mlle BRAUN, chefs de clinique, commencera le vendredi 23 octobre, à dix heures, un cours de chirurgie oculaire.

Le cours complet en douze leçons, aura lieu, matin et soir, pour les leçons théoriques à l'amphithéâtre Dupuytren (Hôtel-Dieu) ; pour les exercices pratiques au laboratoire de la clinique ophtalmologique et à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine.

Les leçons seront illustrées par une série de projections en couleur : des séances opératoires spéciales permettront aux élèves de se familiariser avec l'application des techniques nouvelles (techniques chirurgicales et diathermie). Une visite à l'Institut du radium, précédée d'une leçon de M. le Professeur REGAULT, aura lieu pendant la durée du cours.

Les droits à percevoir seront fixés à 300 francs. Les bulletins de versement sont délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) les lundis, mercredis, vendredis, de 14 à 16 heures, ou à la salle Béclard, Faculté de médecine (A. D. R. M.)

Congrès médical en 1932 à Vichy.— Parmi les grands travaux d'extension qui doivent s'échelonner à Vichy pendant les prochaines années, un nouvel et vaste Etablissement thermal est en voie d'achèvement.

Pour mieux célébrer son inauguration, la Société des Sciences médicales vient de prendre l'initiative d'organiser sur place, pour les premiers jours de septembre 1932, un Congrès international de la lithiase biliaire.

Cette manifestation sera la première d'une série de réunions médicales analogues qui seront périodiquement consacrées, dans cette station, aux maladies du foie et aux affections qui s'y rattachent.

Hôpitaux de Paris. — *Service de santé.* — Les articles 139 et 179 du règlement sur le Service de santé des hôpitaux et hospices de Paris sont modifiés ainsi qu'il suit :

ART. 139. — Le service de la garde est réglé dans les hôpitaux par les soins des directeurs, les élèves internes entendus.

La liste de roulement est faite en double : elle est affichée à la fois dans la salle de garde et dans le bureau des entrées.

Aucune modification, même temporaire, ne peut être apportée au tableau qu'avec l'autorisation du directeur de l'établissement (arrêté du 5-11 février 1898).

Toutefois, en cas d'urgence, ce dernier pourra procéder d'office à la désignation d'un interne pour assurer le service de la garde.

Tout interne qui aura refusé de prendre le service de garde pour lequel il aura été désigné ou qui, étant de garde, aura abandonné son service ou se sera fait remplacer sans l'autorisation expresse du directeur de l'établissement, sera passible de l'une des peines prévues à l'article 179 du présent règlement.

ART. 179. — Les fautes commises par les élèves sont punies, savoir : en ce qui concerne les internes en médecine et en pharmacie :

1° Par l'avertissement :
2° Par le blâme notifié par le directeur de l'établissement :
3° Par le blâme notifié directement par le directeur général de l'administration :
4° Sans changement :
5° Sans changement.
6° Par la suspension de fonctions. La suspension comprend, avec la suppression de toute indemnité, l'interdiction d'accès, soit dans le service, soit dans l'hôpital, soit dans l'ensemble des établissements hospitaliers ;
7° Sans changement ;
8° Sans changement ;
9° Sans changement.

Les internes en médecine et en pharmacie qui auront été, par application des dispositions insérées au § 6 ci-dessus, frappés de la peine de suspension pourront être autorisés sur leur demande par le directeur général de l'administration, après avis du Conseil de surveillance, à être maintenus en fonctions, à l'expiration de leur quatrième année d'exercice, pendant un laps de temps équivalent à la durée de l'interruption de leur service.

Ils resteront maintenus, en surnombre, sans rétribution ni allocations accessoires (logement et nourriture) dans le service auquel ils se trouvent affectés.

(Le reste sans changement.)

— L'article 48 du règlement sur le Service de santé des hôpitaux et hospices civils de Paris est modifié ainsi qu'il suit :

ART. 48 (§ 31). — L'examen des titres universitaires, hospitaliers scientifiques des candidats sera soumis à une Commission spéciale comprenant cinq membres : un médecin et un chirurgien tirés au sort parmi les médecins et chirurgiens chefs de service en exercice et parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux non encore titularisés, mais exerçant leurs fonctions depuis huit années à compter du 1er janvier qui aura suivi leur nomination :

Trois électro-radiologistes, titulaires ou adjoints tirés au sort parmi les électro-radiologistes titulaires ou parmi les électro-radiologistes adjoints exerçant leurs fonctions depuis huit années à compter du 1er janvier qui aura suivi leur nomination ; l'un de ces juges, toutefois, devant être tiré au sort parmi les électro-radiologistes titulaires spécialisés en électrologie.

L'épreuve pratique sera jugée par le jury de la Commission spéciale chargée de l'examen des titres des candidats: elle aura donc lieu, pour les candidats ayant accompli les deux années de stage prévues par le présent règlement, immédiatement après la clôture des opérations de la Commission spéciale de classement concernant l'examen des titres des candidats ayant terminé leur première année de stage.

Cette épreuve de manipulation comportera deux parties : l'une afférente à la radiologie et l'autre à l'électrologie.

Pour chacune de ces parties de l'épreuve, les candidats disposeront de quinze minutes qu'ils utiliseront à leur gré tant pour la manipulation que pour la présentation et l'exposé oral de la question.

Le nombre maximum des points attribués pour cette épreuve est fixé à 20 pour la radiologie et à 20 pour l'électrologie.

Cette épreuve sera faite en plusieurs jours si le nombre des candidats ne permet pas de la faire subir à tous au cours de la même séance. Les questions, au nombre de trois pour chacune des deux parties de l'épreuve, sont rédigées et arrêtées par le jury, chaque jour d'épreuve, immédiatement avant la séance. Les questions à traiter sont désignées par le sort.

(Le reste sans changement.)

Légion d'honneur. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Justice. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Léon Tixier, médecin des hôpitaux de Paris.

Substances vénéneuses. — Le *Journal officiel* du 28 juillet 1931 publie l'arrêté suivant :

Article premier. — Ne sont pas applicables aux préparations médicamenteuses pour l'usage de la médecine humaine, qui renferment les substances inscrites aux tableaux annexés au décret du 14 septembre 1916, modifié par le décret du 20 mars 1930, en quantité et à des concentrations égales ou inférieures aux quantités et aux concentrations indiquées aux tableaux annexés au présent arrêté :

1o Les dispositions des articles 18 et 21 à 27 du titre Ier du décret du 24 septembre 1916, modifié par le décret du 20 mars 1930 ;

2o Les dispositions des articles 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38 et 39 du titre II du décret précit, mais seulement en ce qui concerne la détention, l'offre, la distribution, le courtage, l'achat, la vente, l'importation et l'exportation desdites préparations.

Art. 2. — Conformément à l'article 29 du décret du 14 septembre 1916, cet arrêté, ainsi que les tableaux qui y sont annexés, seront insérés au Codex.

Le nouveau tableau est publié dans le même numéro, p. 8258 à 8262.

Nécrologie. — Dr André-Roger Ballin, maire de Gournay-sur-Marne (S.-et-O.), décédé à Port-Navalo (Morbihan). — Dr Jean Camail, ancien médecin général des troupes coloniales, décédé à Paris à l'âge de 69 ans. — Professeur Auguste Forel, décédé à Gvorne (Suisse) dans sa 83e année. — Dr Charles Cumberson Boyle, professeur d'ophtalmologie à New-York. — Dr Charles- Allan Porter, professeur de chirurgie à Harvard (Massachusets). — Dr Louis Boulard, de Seurre (Côte-d'Or), décédé à l'âge de 56 ans.

« Au point de vue pratique, le trouble glyco-régulateur, si fréquemment observé chez les acromégales, se présente sous deux aspects bien différents :

1 Le *paradiabète hypophysaire*, avec trouble glyco-régulateur modéré, qui ne nécessite pas la mise en œuvre du traitement antidiabétique habituel et reste entièrement sous la dépendance de l'affection causale, adénome pituitaire en l'espèce, dont il épouse le mode évolutif.

2o Le *diabète vrai des acromégales*, qui, à quelques nuances près, se comporte comme un diabète insulo-pancréatique ordinaire et mérite d'être combattu comme lui, par un régime alimentaire sévère et des injections d'insuline... » (M. Labbé, A. Escalier et Gilbert Dreyfus. Acromégalie et diabète, *Annales de médecine*, mars 1931.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Les fièvres alimentaires du nourrisson [1]

Par M. P. LEREBOULLET.
Professeur d'Hygiène et de Clinique de la première enfance.
Médecin de l'hospice des Enfants-Assistés.

Messieurs,

Dans ma dernière leçon, je vous ai parlé de *la fièvre de lait* (2) *sec*, et je vous ai dit comment, par sa netteté, par son allure quasi-expérimentale, ce syndrome, en dépit de sa rareté, méritait d'être considéré comme l'exemple le plus typique des *fièvres alimentaires*. Je vous ai encore montré comment cette fièvre, liée à l'administration du lait sec et cessant avec celle-ci, reconnaissait vraisemblablement pour cause une *hyperconcentration de l'aliment par rapport à l'eau de dilution* et comment cette hypothèse (somme toute assez satisfaisante) conduisait à formuler une théorie plus générale, tendant à rapporter *toutes les fièvres alimentaires à la rupture de l'équilibre thermique* existant dans l'organisme entre la chaleur produite par l'assimilation des aliments, d'une part, et la réfrigération due au rayonnement de la surface cutanée et à l'évaporation d'eau, d'autre part.

C'est en effet une hypothèse analogue qui a été émise pour expliquer les autres fièvres alimentaires qui nous restent à examiner aujourd'hui, et en particulier le syndrome que les auteurs allemands ont étudié sous le nom de *fièvre de soif*. Corcan et Klein (3), Rietschel ont montré que si l'on diminue l'eau de la ration alimentaire d'un demi ou même seulement d'un tiers, on peut provoquer des accidents graves, et notamment *de la fièvre*, une chute de poids, de la déshydratation, des troubles nerveux, de l'albuminurie et de la leucocyturie. D'une façon générale la fièvre apparait dès que la quantité d'eau absorbée par le nourrisson tombe au-dessous de 80 gr. (ou même de 100 gr.) par kilo de poids corporel (au lieu de 120 à 150 gr., chiffre normal). Ces accidents, qu'on a surtout constatés au cours des régimes expérimentaux, sont rares en clinique ; pourtant, on les observe parfois chez des nourrissons soumis à des régimes très concentrés (au lait évaporé, par exemple) et MM. Weill et Chatin, M. Gardère, à Lyon, M. Dominguez Luque (4), MM. Lesné et Marquézy (5) en ont rapporté des exemples. Pour ma part, j'avoue que j'ai souvent prescrit des repas concentrés chez des nourrissons, sans jamais constater de fièvre, même quand la mère omettait de donner de l'eau dans l'intervalle des prises alimentaires. Mais mon ami le Dr Maillet, qui a une grande expérience de l'emploi de lait évaporé dans les vomissements du nourrisson, signale aussi la possibilité d'élévation thermique, si la ration d'eau complémentaire n'est pas suffisante.

Erich Muller pense que la *privation d'eau* est plus grave, plus pyrétogène que la privation d'aliments. En réalité, ici comme dans la fièvre de lait sec, ce qui conditionne la fièvre, c'est la *concentration trop grande* que détermine la restriction d'eau : la fièvre de soif résulte bien de la privation d'eau, mais de la privation d'eau *relative*, qui n'est pas accompagnée de la privation simultanée d'aliments. La preuve en est que l'*inanition totale ne s'accompagne pas de fièvre*, et que si au contraire, on fournit dans une quantité d'eau normale une quantité trop grande de sels ou d'albumine, la fièvre paraît. De ces notions, Finkelstein (1), qui a beaucoup étudié cette question de la fièvre de soif depuis 25 ans, a tiré sa théorie de l'« *exsiccose* » que l'on peut résumer de la façon suivante : tout apport alimentaire de substances exigeant pour être utilisées ou éliminées la mobilisation de réserves importantes d'eau, s'il n'est pas accompagné d'une quantité d'eau suffisante au moment de son absorption, aggrave l'exsiccose, c'est-à-dire la déshydratation, et provoque la fièvre.

Nous allons retrouver une explication analogue pour les autres fièvres alimentaires, et notamment pour la fièvre de sucre.

La fièvre de sucre, depuis une vingtaine d'années, a suscité en Allemagne, de nombreux travaux, de la part de Tugendreich, Schaps et Meyer, et surtout de Finkelstein. Ce dernier auteur, pensant que l'infection ne suffit pas à expliquer la fièvre dans le choléra infantile, mais que celle-ci peut relever dans une certaine mesure de l'alimentation, arriva en 1911 à la conclusion que c'était *le lactose* qui, des composants du lait, était le grand responsable de la fièvre ; le galactose, le saccharose, le maltose sont également fébrigènes, mais beaucoup moins que le lactose, qui est du reste le plus fermentescible de tous les sucres. Ces vues de Finkelstein lui ont servi de point de départ pour l'emploi du *lait albumineux*, lait privé de la presque totalité de son lactose et dont MM. Nobécourt et Schreiber ont montré les dangers (2).

Au reste les idées de Finkelstein ont quelque peu varié sur ce sujet ; il a d'abord admis que l'adjonction au sucre de petit-lait facilitait la production de la fièvre, puis (en 1924) que fièvre de sucre et fièvre de petit lait n'existent que si l'on donne en même temps de l'albumine. Actuellement (3), Finkelstein semble penser que la fièvre de sucre se ramène *à une fièvre de déshydratation* et que c'est la déperdition d'eau qui cause la fièvre, déperdition due à la diarrhée déclenchée par le sucre. Malheureusement, ainsi que l'a montré mon collaborateur Marcel Lelong dans une expérience récente, il existe des fièvres de lactose sans diarrhée, et d'autre part, la plupart des diarrhées causées par le lactose sont apyrétiques.

En France, nous ne connaissons pas la fièvre de sucre. Variot, mon collègue Nobécourt et ses élèves, d'autres auteurs, ont employé le sucre (sous forme de saccharose, il est vrai) à hautes doses dans le traitement des hypotrophies sans noter d'incidents du côté de la courbe thermique. J'ai moi-même employé bien souvent le régime hypersucré, tant en clientèle de ville que dans cet hospice, sans jamais constater de fièvre qui puisse lui être imputée. Il ne faut pas oublier que le lait condensé, écrémé et sucré qu'on emploie si couramment pour l'allaitement du nourrisson, est déjà par lui-même un *aliment hypersucré*, puisqu'un litre de sa dilution normale contient environ 130 *gr. de saccharose*, et qu'ainsi un nourrisson de 6 mois, prenant en 24 heures 900 gr. de cette dilution, reçoit près de 120 gr. de sucre par jour. Or, ce régime n'est pas fébrigène, *du moins tant que la dilution est correcte*.

Tout aussi contestables sont les accidents fébriles qu'on aurait constatés, toujours en Allemagne, après des injections sous-cutanées de solutions sucrées : on sait en effet que ces injections peuvent s'accompagner de réactions locales liées à l'infection et qui n'ont rien à voir avec la fièvre de sucre proprement dite.

Jusqu'à plus ample informé, la fièvre de sucre doit donc être considérée comme *une erreur d'interprétation* ; dans les cas extrêmement rares où elle a peut-être quelque individualité, il semble bien que ce ne soit pas le sucre lui-même qu'il faille incriminer, mais seulement son taux de concentration, de sorte que la fièvre de sucre rentre dans le cadre général des fièvres de déshydratation.

La fièvre de sel paraît avoir une existence objective plus réelle. Il s'agit de faits déjà anciens, puisqu'il y a une trentaine d'années, mon maître Hutinel insistait déjà sur la fréquence des *réactions fébriles* après les injections sous-cutanées de sérum physiologique, les lavements d'eau salée, ou l'in-

(1) Leçon faite à l'hospice des Enfants-Assistés le 10 juin 1931 et recueillie par le Dr P. BAIZE, chef de clinique.
(2) LEREBOULLET. — La fièvre de lait sec, *Progrès médical*, 25 juillet 1931.
(3) CORCAN et KLEIN. — *Revue française de pédiatrie*, 1927, n° 4.
(4) DOMINGUEZ LUQUE. — *Arch. Espanol de Pediatria*, III, mars 1929, p. 155 (in *Nourrisson*, nov. 1929, p. 374).
(5) LESNÉ et MARQUÉZY. — *Bull. Soc. Méd. hôp. Paris*, 26 mai 1930, n° 17.

(1) FINKELSTEIN. — *Revue française de pédiatrie*, n° 2, 1931.
(2) NOBÉCOURT et SCHREIBER. — *Paris médical*, 2 décembre 1911 et Soc. de Pédiatrie de Paris, 10 juin 1913.
(3) FINKELSTEIN. — Congrès de Budapest, 1927, et *loc. cit.*

gestion de bouillon de légumes salé ; on avait même proposé, à cette époque l'injection de sérum salé comme une épreuve fébrigène capable de déceler la tuberculose latente du jeune enfant. Mais ce sont surtout les expériences de L. F. Meyer qui ont montré la réalité de la fièvre de sel. Cet auteur, utilisant des solutions de chlorure de sodium à 3 et même à 1 p. 100, qu'il donne en ingestion à la dose de 100 gr. en deux prises, a obtenu de la fièvre dans la moitié des cas et cela plus facilement quand l'enfant présentait antérieurement des troubles digestifs et notamment de la diarrhée. A vrai dire, on ne donne jamais le sel ainsi chez le nourrisson sain. Les expériences de Meyer ont été confirmées par divers observateurs, notamment par Naumann, qui a cherché à préciser les conditions d'apparition du phénomène et a pu montrer que la fièvre était d'autant plus nette et plus aisée à produire que l'enfant était plus jeune, qu'il présentait plus de troubles digestifs antérieurs (diarrhée surtout) et qu'il était plus « nerveux » (fréquence chez les spasmophiles).

La fièvre de sel présente d'ailleurs tous les caractères des fièvres alimentaires, c'est-à-dire qu'elle est nettement provoquée par l'addition de sel au régime et qu'elle disparaît par cessation de l'aliment incriminé. Son début est brusque, parfois retardé de quelques heures ; la température peut monter à 38°2 ou 38°5 ; la fièvre ne s'accompagne ni de modifications bien nettes du poids (les auteurs allemands sont peu explicites sur ce point) ni de troubles digestifs ; elle cesse brusquement lorsqu'on suspend l'administration du sel, ou persiste parfois quelques jours encore. J'ai pu vérifier l'exactitude de la plupart de ces points cliniques avec mon collaborateur J. Chabrun chez plusieurs nourrissons de la nourricerie Parrot.

L. F. Meyer et Cohn ont comparé l'action pyrétogène de divers sels et concluent que c'est *le sodium* qui est à cet égard le plus actif ; le *potassium* agit aussi dans le même sens, mais moins. Par contre le *calcium* serait nettement *hypothermisant* et se présenterait ainsi comme l'antagoniste du sodium : de là l'intérêt de son association au chlorure de sodium dans la solution de Locke-Ringer par exemple.

La *pathogénie* de la fièvre de sel a suscité plusieurs théories assez confuses et peu différentes les unes des autres : Rietschel (1) pense qu'il y a *hyperproduction de chaleur* par action dynamogénique spéciale du chlorure de sodium : le métabolisme basal serait augmenté, ainsi que les besoins en eau de l'organisme. Pour Finkelstein, le fait essentiel est *le manque d'eau*, absolu ou relatif et c'est *l'exsiccose* qui crée la fièvre.

Enfin, Heim et John (2) admettent que la fièvre de sel est liée à *l'accumulation de chaleur* qui résulte d'une insuffisance d'évaporation d'eau : le mécanisme de régulation thermique est faussé, parce que le sel crée une *soif tissulaire* qui attire et retient dans l'intimité des cellules une quantité considérable d'eau ; ainsi l'évaporation pulmonaire et la perspiration cutanée », sont diminuées, et la température s'élève. Ces théories, assez voisines, ne sont pas exemptes de critiques ; dans l'ensemble ; elles se rattachent à l'hypothèse générale que j'avais émise au début de cette leçon : *un déséquilibre* du mécanisme de la régulation thermique, une production de chaleur que ne compense plus une évaporation insuffisante.

Au reste, il n'y a pas que l'ingestion d'eau salée qui soit susceptible de provoquer la fièvre de sel ; les *injections sous-cutanées de solutions salines* peuvent agir dans le même sens et probablement par le même mécanisme. J'ai insisté plusieurs fois devant vous sur certains inconvénients des injections d'*eau de mer* qui provoquent des réactions fébriles parfois violentes ; le sérum de Locke-Ringer, solution physiologique par excellence, semble à ce point de vue nettement préférable mais il est de stérilisation relativement delicate. M. Ribadeau-Dumas et son élève Fleury (3) ont récemment constaté les effets fâcheux des injections d'eau salée chez certains nourrissons et ont montré que, dans les syndromes de déshydratation avec acidose et chlorémie supérieure à la normale, il est préférable de remplacer les solutions salées par des solutions alcalines ou sucrées.

(1) Rietschel. — *Zeitschl. f. Kinderheilk*, 14 fév. 1927.
(2) Cités par Czerny.
(3) Fleury. — Thèse de Paris, 1930.

Il existe d'autres fièvres alimentaires, plus rares encore que les précédentes. Ainsi, M. Aviragnet a signalé une *fièvre de bouillon de légumes* qui rentre très probablement dans le cadre de la fièvre de sel. En 1906, Tugendreich a décrit une *fièvre de babeurre* que nous ne connaissons guère en France et dont la pathogénie et la réalité même sont des plus discutées. En plusieurs années, dans cet hospice des Enfants-Assistés où l'on fait une large usage de babeurre, je n'en ai pas observé un seul cas. Toutefois, M. Nobécourt, dans ses « Conférences pratiques sur l'alimentation des Nourrissons » en rapporte un cas, et M. Rivet a publié des faits de fièvre imputable au babeurre survenus au cours de la convalescence de diarrhées cholériformes. Ces faits ont reçu diverses explications : Tugendreich attribue la fièvre de babeurre à une intoxication par une albumine hétérogène ; Schaps en fait une fièvre de sucre (en rapport avec le sucrage du babeurre à 40 p. 1000) ; M. Rivet l'interprète, lorsqu'elle survient, comme c'est la règle, dans les premiers jours de la réalimentation au babeurre après des troubles digestifs aigus, comme la traduction d'une reprise de l'infection intestinale.

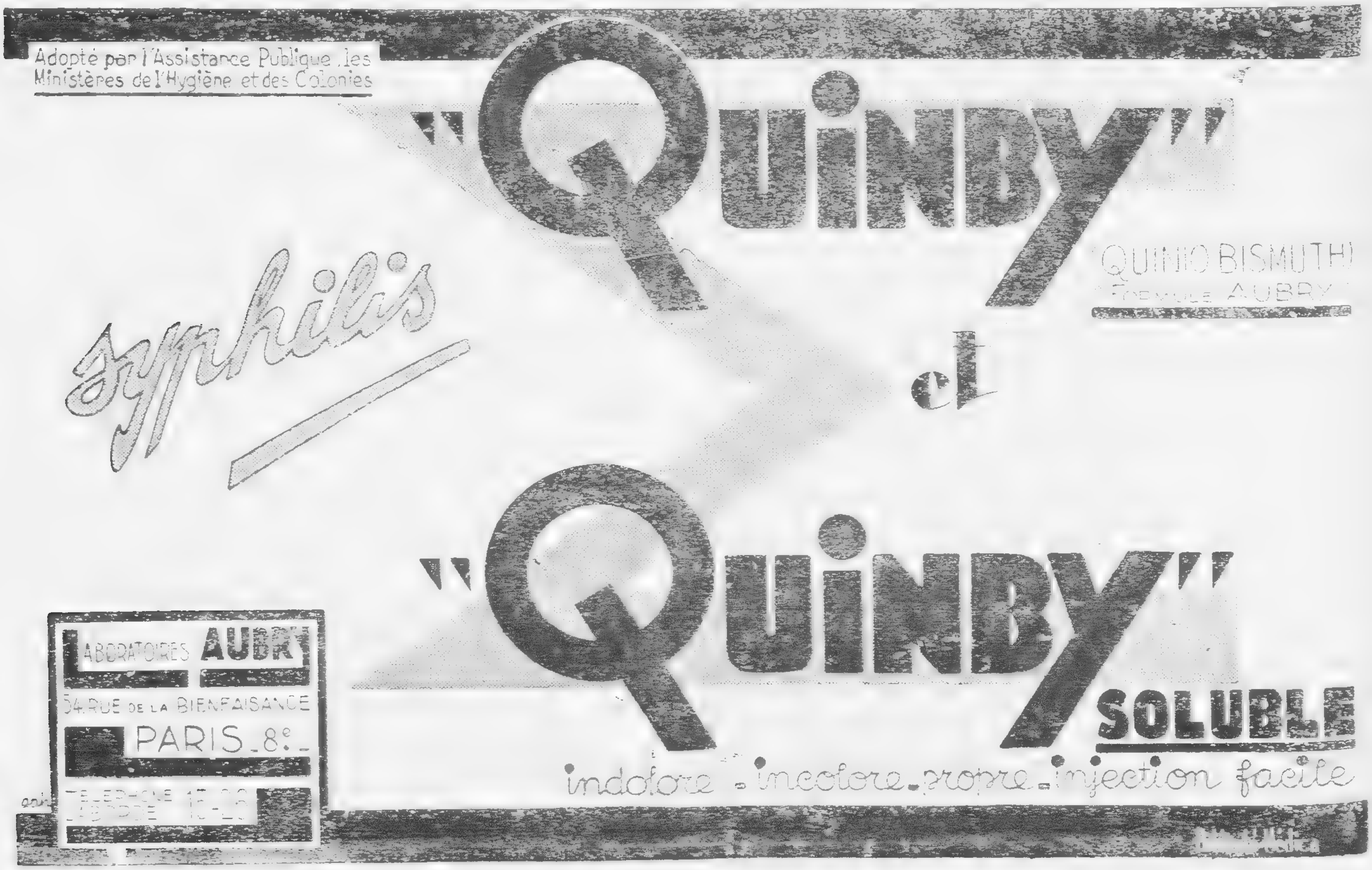
Il convient d'être extrêmement prudent dans l'interprétation de ces faits ; je n'en veux pour preuve que l'histoire d'un nourrisson que j'ai soigné dans ma clientèle de ville, qui était alimenté au babeurre et qui présenta *une fièvre assez élevée* et de la constipation, fièvre d'abord rattachée à l'usage prolongé du babeurre. Or, l'évolution ultérieure montra l'existence de troubles digestifs plus marqués qui en imposèrent pour un état typhique : celui-ci ne se confirma pas mais la preuve fut faite d'une *colibacillurie intense* et le babeurre n'était certainement pour rien dans la genèse de la fièvre. L'origine infectieuse des prétendues fièvres de babeurre survenant au décours des choléras infantiles est à mon sens des plus vraisemblable.

Je ne vous dirai qu'un mot de la *fièvre de petit-lait* décrite en Allemagne, notamment par Moro, et qui pour certains auteurs serait due aux albumines, car le petit-lait qui ne donne pas la réaction du biuret n'est jamais pyrétogène (Finkelstein). Il est possible aussi que la fièvre de petit-lait (si tant est qu'elle existe réellement) ne soit qu'une fièvre de lactose. Je n'insisterai pas non plus sur les *fièvres de lait*, non sur les fièvres de lait condensé observées par M. Comby, M. Lesné et M. Hallé et qui se rapprochent avec évidence de la fièvre de lait sec, mais sur *ces états à peine fébriles* que l'on observe chez les enfants nourris *au lait de vache*, même bien portants, simples oscillations nycthémérales un peu fortes de la courbe thermique qui opposent ces enfants aux nourrissons *élevés au sein*, dont vous connaissez la *monothermie* caractéristique.

Toutes les fièvres que je viens d'étudier devant vous sont liées à *l'apport de substances alimentaires* dont le degré de concentration par rapport à l'eau qui les accompagne joue vraisemblablement un rôle primordial. Je veux maintenant vous parler d'un dernier type de fièvre qui mérite bien le nom d'alimentaire en ce sens qu'elle est conditionnée par une alimentation défectueuse et qu'elle s'améliore parallèlement à celle-ci : il s'agit cette fois-ci d'une *fièvre de carence*, je veux parler de la *fièvre scorbutique* sur laquelle mes collaborateurs M. Lelon et J. Chabrun ont attiré l'attention dans une étude récente (1) et que j'ai moi-même signalée dans une autre leçon (2).

Vous savez tous ce qu'est le *scorbut infantile* : cette affection est liée à la *carence en vitamine C*, carence en rapport avec une alimentation trop pauvre en principes frais, trop stérilisé (lait homogénéisé, farines lactées, lait et babeurre condensés, etc.), trop monomorphe. Chez les bébés, le plus souvent âgés de 6 à 18 mois, qui sont soumis à cette alimentation carencée, apparaissent de l'anémie ; un ralentissement ou un arrêt de la croissance ; des hémorragies, surtout gingivales ; et enfin des *douleurs vives*, siégeant au niveau des membres, surtout inférieurs, entraînant de l'impotence et relevant d'*hématomes sous-périostés* pouvant aller jusqu'à la fracture spontanée et que, à défaut de l'exploration clinique, la radiographie montre avec netteté, comme vous pouvez le voir sur ces clichés. A

(1) M. Lelong et J. Chabrun. — *Revue française de Pédiatrie*, VII, n° 2, 1931.
(2) P. Lereboullet. — Le scorbut infantile, *Le Concours médical*, 12 juillet 1931.


Adopté par l'Assistance Publique, les Ministères de l'Hygiène et des Colonies
"QUINBY"
QUINIO BISMUTH
syphilis
et
"QUINBY"
SOLUBLE
indolore - incolore - propre - injection facile
LABORATOIRES AUBRY
54, RUE DE LA BIENFAISANCE
PARIS - 8e -

cette période où le diagnostic est évident, il y a souvent de *la fièvre*, que la plupart des auteurs ont signalée (Netter, Hutinel, Marfan, Comby, Czerny, Nassau, Finkelstein, etc.) et qui est bien d'origine scorbutique, puisqu'elle cède rapidement au traitement antiscorbutique.

Or, il existe des cas où la fièvre peut longtemps à l'avance précéder les signes manifestes du scorbut ; ce sont ces cas sur lesquels ont insisté récemment MM. Ribadeau-Dumas et Chabrun et MM. Lelong et Chabrun. Cette fièvre, qui mérite le nom de « *fièvre préscorbutique* » ou mieux de « *fièvre initiale du scorbut* » est variable, irrégulière, parfois très élevée (40 ou 41°). Son origine est des plus obscures, car il est difficile de la rapporter à la résorption d'hématomes dont l'apparition est bien plus tardive, ou d'admettre son origine infectieuse, car elle cède trop bien au changement de régime. Dans le cas que j'ai suivi avec MM. Lelong et Chabrun, pendant deux mois, bien avant l'apparition des hématomes, la fièvre resta constamment élevée, alors que l'enfant était nourri d'une alimentation pauvre en vitamines (farine dextrinée, babeurre condensé). Elle devint très modérée dans une autre période où l'alimentation était plus variée et plus fraîche, reparut avec une alimentation de soja et de tournesol relativement carencée, céda lorsque le jus de citron fut largement prodigué. Ce fait que j'ai ailleurs exposé en détail montre qu'une telle fièvre est très rapidement et très favorablement influencée par l'apport d'aliments frais et *riches en vitamine C*, et notamment de jus de citron à doses suffisamment élevées ; les résultats de ce traitement diététique d'épreuve sont les meilleurs arguments en faveur de l'origine scorbutique — et partant alimentaire — de cette fièvre, évidemment un peu distincte des précédentes, mais qu'on ne peut complètement séparer.

***

J'en ai fini avec les fièvres alimentaires du nourrisson ; parmi les divers types que je viens d'étudier devant vous, les plus nets, les plus indiscutables sont la *fièvre de lait sec*, la *fièvre de sel*, et, dans un ordre d'idées un peu différent, *la fièvre scorbutique* ; les autres variétés de fièvre alimentaire sont plus contestables.

Que devez-vous retenir de tout ceci ? C'est que l'intérêt des fièvres alimentaires est surtout *doctrinal* en ce qu'elles posent un problème important de pathologie générale : elles permettent en effet d'affirmer qu'il existe *des fièvres sans infection*, tenant exclusivement au mode d'alimentation, et liées au déséquilibre de l'appareil de régulation thermique. Leur étude montre l'*importance extrême de l'eau* dans le métabolisme général, en soulignant la nécessité d'un certain rapport, d'une certaine *proportion* entre la quantité d'aliments ingérés et la quantité d'eau qui les accompagne ; dans les fièvres alimentaires (le scorbut excepté) c'est le *degré de concentration alimentaire* qui joue le rôle capital : le sel et peut-être aussi le sucre n'interviennent qu'en attirant et en fixant l'eau dans les tissus.

Quant à l'*intérêt pratique* des faits que je viens de vous exposer, il est assez limité, car il s'agit de manifestations rares voire même exceptionnelles auxquelles vous ne penserez que par élimination. Néanmoins, il est bon que vous connaissiez la possibilité de ces accidents, ne serait-ce que pour *les prévenir* : lorsque vous prescrivez du lait sec, en réalisant une dilution suffisante ; lorsque vous devrez injecter une solution saline en vous rappelant qu'elle peut être nuisible et pyrétogène ; lorsque enfin vous aurez à établir le régime d'un nourrisson, en introduisant dans son alimentation une proportion de vitamines qualitativement et quantitativement suffisantes et en ne craignant pas les doses élevées de jus de fruits.

L'injection d'extrait testiculaire à des rates castrées n'a pas eu d'effet. Elle a supprimé le rut chez des femelles non castrées. (IHRKE et D'AMOUR. *Amer. Journ. of Physio*, t. 96, p. 289.)

H. V.

Le calcium et l'allaitement

Par Eug. ABUREL

Le nourrisson a un grand besoin en calcium parce que cet élément remplit des actions physiologiques capitales pour cette période de la vie.

1. Le calcium joue en effet un rôle fondamental dans la construction du squelette.
2. Il prend une part importante dans la constitution des protoplasmas et assure la stabilité colloïdale de la matière vivante. Les tissus jeunes qui contiennent des colloïdes plus stables sont plus riches en Ca que les tissus adultes.
3. Le calcium est encore un excitant de la croissance comme il résulte des recherches d'Edward.
4. A taux élevé, il diminue l'excitabilité neuro-musculaire, réduisant de cette façon les dépenses énergétiques de la vie de relation en faveur de la vie végétative.
5. Cet élément augmente la résistance aux toxi-infections, fait si important pour l'organisme neuf du nouveau-né.

***

Pour suffire à ce grand besoin calcique, le nourrisson demande un apport calcaire continuel et appréciable. Utilisant à son développement actif tout le calcium qui lui arrive, le jeune être n'a pas encore une réserve calcique de compensation, et subit donc plus facilement les répercussions d'une carence.

Normalement, les tissus en voie de développement trouvent facilement le Ca à un taux élevé dans le plasma du nourrisson. Des conditions biologiques particulières règlent en effet la calcémie des nourrissons bien au-dessus de celle des adultes. C'est ce qui résulte de nos recherches en collaboration avec J. Ornstein ainsi que les dosages de Bogert et Plass.

Les variations physiologiques de la calcémie des nourrissons se répercutent forcément sur la croissance et sur la santé du jeune être.

Le pouvoir calcipexique des tissus peut compenser quelquefois le désavantage d'un taux bas de la calcémie. Hess et Matzner ont montré que les nourrissons à calcémie basse ne sont pas plus exposés à faire du rachitisme que les nourrissons à calcémie élevée.

***

L'apport du Ca est assuré aux nourrissons par le lait. — Il n'existe pas un équilibre physique entre le Ca du lait et la calcémie du nourrisson. Mais l'enfant puise dans le lait le calcium qui lui est nécessaire pour régler le taux de sa calcémie et ses besoins calciques.

Les variations de la teneur en calcium du lait, répercutent sur le métabolisme calcaire du nourrisson. — 1. Un lait riche en Ca favorise la croissance quantitativement et l'accélère ; augmente la résistance de l'organisme.

Inversement, l'inanition ou un lait pauvre en Ca retarde la croissance, détermine la décalcification des tissus, favorise l'éclosion du rachitisme, de la tétanie, de la spasmophilie et augmente même le pourcentage de mortalité des nourrissons. Et cela arrive d'autant plus que le nourrisson ne présente pas un dépôt calcaire pour compenser la déficience. C'est ce qui résulte des recherches de Forbes, Macomber. Dans un très récent mémoire, Courtney et Brown ont montré que dans la plupart des cas de tétanie et de spasmophilie des nourrissons on trouve une baisse calcique dans le lait qu'ils prennent.

2. La dépendance entre le taux calcique du lait et l'état des jeunes êtres qui en font usage apparaît encore évidente si on compare la teneur en Ca des divers laits en

comparaison avec la vitesse de croissance des jeunes êtres :

L'espèce animale	Femme	Jument	Vache	Chienne	Lapine
Le pourcentage calcaire	0,04	0,12	0,17	0,45	0,89
Le nombre des jours nécessaires aux jeunes pour doubler de poids	150	35	30	7	6

On voit que les petits doublent de poids d'autant plus vite que le lait contient plus de calcium.

La chienne contient 20 fois plus de Ca dans son lait que la femme. C'est pour cela que les petites chiennes nourries au lait de femme qui est si insuffisant en Ca pour eux, dépérissent. Depaul qui avait remarqué ce fait supposait que le lait de femme était toxique pour les chiennes.

Au contraire, comme l'a montré le Dr Bernard, le lait de chienne est très nourrissant pour les enfants. Et c'est peut-être pour cela que la légende prétend que les vigoureux Romulus et Remus ont été allaités par une louve.

Dans la série animale la teneur en Ca des laits ne dépend pas seulement de la vitesse de croissance des jeunes êtres mais aussi de l'état de développement des petits. La jument, dont le poulain est né vigoureux et peut se nourrir seul, a un lait pauvre en Ca. Au contraire l'ânesse qui doit suffire exclusivement aux besoins du chétif ânon, présente un lait plus riche en Ca.

***

Le lait est un vecteur optima du calcium. — En effet, à côté de sa teneur appréciable en Ca, le lait contient d'autres éléments qui favorisent l'assimilation calcique.

Ainsi il contient abondamment de la lactose qui rend le milieu digestif acide et favorise donc la solubilité et la résorbabilité du Ca.

Il paraît que avec la caséine et la lactose l'organisme reçoit fixée la vitamine B à action synergique avec le Ca sur la croissance.

Encore le beurre a un double rôle favorisant sur l'assimilation calcique : en tant qu'élément chimique favorise la résorption du Ca ; par la vitamine A qu'il contient le beurre favorise la fixation du calcium par le jeune organisme.

La résorption du Ca est assez complexe et il faut savoir qu'un jeune être n'assimile pas avec la même facilité le Ca de n'importe quel lait.

Le lait de la même espèce, de la mère, est celui qui convient le mieux. Ainsi un enfant résorbe 80 % du Ca contenu dans le lait maternel et seulement 60 % du Ca contenu dans le lait de vache.

***

Certaines modifications physiologiques de la mère changent la teneur en Ca du lait. — 1. Les nourrices jeunes en croissance qui ont besoin du Ca pour la construction de leur propre organisme ont à cause de cela un lait plus pauvre en Ca que les nourrices adultes.

2. Toutes les fois que le lait reste plus longtemps en rétention dans la mamelle, le taux du Ca augmente dans le lait. Le premier lait qu'on obtient a une émulsion plus riche en Ca que le lait obtenu à la fin de la traite.

3. Au cours d'une période d'allaitement on observe des variations du calcium lactique.

Pendant la période colostrale et à l'approche du sevrage le lait contient plus de Ca que dans la période intermédiaire.

4. Il paraît, d'après Pagès, que le lait des femelles qui allaitent des jeunes mâles est plus riche en Ca que le lait de celles qui allaitent des femelles.

5. Ce qui est plus curieux c'est qu'il paraît que la teneur du lait en Ca dépend de l'influence que le fœtus a exercé sur la mère pendant la gestation. Pagès a montré par des chiffres que le lait d'une jument poulainienne est moins riche en Ca que le lait d'une jument mularienne.

6. Tout récemment, Courtney et Brown ont montré qu'il y avait une certaine relation entre la valeur de la calcémie maternelle et la teneur du lait en Ca. Il est vrai qu'il n'existe pas un équilibre osmotique entre le Ca du sang et celui du lait. Mais les auteurs ci-dessus ont observé presque toujours les taux bas du Ca dans les laits correspondant à des femmes ayant une calcémie basse et vice-versa. A l'appui de ce fait viennent encore nos recherches qui nous ont montré que les nourrices avec une calcémie basse ont fourni la plupart des nourrissons qui ont présenté une courbe de croissance paresseuse. La plupart des nourrissons dont les nourrices présentaient une calcémie élevée, ont eu des courbes de croissance ascendantes.

De belles courbes ascendantes peuvent s'observer aussi chez des nourrissons ayant des mères avec hypocalcémie. Dans ces cas le pouvoir calcipexique du nourrisson compense le manque relatif de Ca dans le lait.

7. Les régimes alimentaires pauvres en Ca des nourrices, peuvent répercuter sur la croissance des nouveau-nés. Macomber en expérimentant sur des rats, a montré que les petits dont les mères suivaient un régime carencé en Ca ont eu des courbes de croissance moins ascendantes que les témoins. En pesant comparativement le Ca contenu dans les nouveau-nés (rats) âgés de 13 jours il a trouvé :

0,0851 gr. pour un nouveau-né dont la mère suivait un régime normal.

0,0536 gr. pour un nouveau-né dont la mère suivait un régime carencé en Ca.

A l'âge de 26 jours, les différences trouvées ont été plus grandes.

0,2200 gr. pour un nouveau-né d'une nourrice à régime normal.

0,1535 gr. pour un nouveau-né d'une nourrice à régime carencé en Ca.

8. Les modifications du régime de la nourrice quant à sa teneur en Ca peuvent répercuter aussi sur la santé des jeunes êtres.

Byfield et Daniels en donnant un régime carencé en Ca à des rates qui allaitaient, ont obtenu des nourrissons rachitiques, mais seulement alors quand ils ont prolongé la carence sur plusieurs générations. Macomber a montré que la carence calcaire des nourrices augmente le pourcentage de spasmophilie et même de mortalité chez les nouveau-nés allaités par ces femelles.

Inversement Hess et Weinstock par un régime riche en Ca des rates qui allaitaient ont pu améliorer l'évolution du rachitisme expérimental des petits rats.

Les troubles profonds du métabolisme calcique de la nourrice peuvent répercuter sur les nouveau-nés. On a dit par exemple que l'ostéomalaxie maternelle peut déterminer quelquefois l'ostéomalaxie ou le rachitisme des nourrissons.

Mais probablement que dans ces cas il ne s'agit pas simplement d'une modification du taux calcaire du lait, mais aussi d'un transfert d'un état hormonal qui favorise l'éclosion chez le nouveau-né de troubles similaires.

***

La grande nécessité calcique du nourrisson provoque une spoliation calcaire chez la mère. — Cette spoliation est chez la femme de 0,40 gr. Ca par 24 heures. En tenant compte de la longueur de la période d'allaitement on comprend que cette spoliation est sensiblement plus grande au cours de l'allaitement qu'au cours de la gestation. Macomber a observé chez les rates, par études comparatives radiographiques, que la décalcification apparaît surtout après l'allaitement parce que les petits rats constituent leurs squelettes osseux presque exclusivement après leur mise bas. L'importante décalcification des rates, au cours

BIBLIOGRAPHIE

Le rôle du sel dans les néphrites. *Etude clinique physiothologique et thérapeutique*, par Léon BLUM et C. VAN CAULAERT, avec la collaboration de P. S. Petrequin. Un volume de 294 pages, avec 4 figures : 30 fr. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Cet ouvrage contient l'exposé des recherches du Professeur Léon Blum et de ses collaborateurs sur la physiopathologie des néphrites. Ces études poursuivies pendant 10 ans dans sa Clinique de Strasbourg ont eu une répercussion considérable et aboutissent à des déductions thérapeutiques importantes.

Bien que cet ouvrage ne prétende pas être un traité didactique complet, les différents chapitres qui le composent, forment un ensemble parce qu'il traite des points essentiels de la pathologie rénale, et principalement de ceux au sujet desquels se sont affrontées les doctrines.

Les travaux du Professeur Blum et de son école portent à la fois sur les humeurs et sur les organes.

Les études sur le rôle des ions dans les humeurs établissent en particulier le rôle hydratant de l'ion sodium et l'opposent à celui de l'ion chlore dont l'effet est déshydratant par chloro-acidose. Cette notion importante aboutit à deux conclusions ; elle introduit dans la thérapeutique l'action diurétique du chlorure de calcium dans les rétentions aqueuses (œdèmes, cirrhoses, pleurésies), elle explique en outre le mécanisme interne des néphrites à rétention chlorurée sèche.

Ainsi sont posées les bases de classification biologique des néphrites : néphrites hydratantes, néphrites sèches, néphrites à hydratation normale. Cette classification ne s'inspire que d'un seul principe ; elle est basée sur des éléments ayant une importance physiologique capitale : hydratation et déshydratation, hyper et hypo-chloruration.

Le problème de l'urémie auquel le Professeur Blum s'était attaqué occupe une part importante de ce livre. Le syndrome de l'azotémie réunit des faits à pathogénie disparate. A côté de l'azotémie terminale des néphrites, il décrit un nouveau type d'urémie dû à l'appauvrissement du chlore et au trouble de la sécrétion rénale par manque de sel.

Ces travaux, on le voit, ont un intérêt pratique capital, puisque certains malades considérés comme des urémiques, et condamnés de ce fait, n'ont en réalité qu'une azotémie par manque de sel.

Si la constatation d'une urémie avec chloropexie doit faire appliquer avec toute la rigueur possible un régime déchloruré strict, la constatation d'une urémie par chloropénie doit faire appliquer un traitement énergique consistant, au contraire, en une rechloruration et une réhydratation intenses de l'organisme par toutes les voies possibles. Ces conséquences pratiques ne sont pas d'une application exceptionnelle, et permettent souvent d'appliquer une thérapeutique efficace dans des cas que l'on aurait pu considérer comme désespérés.

Physiologie normale et pathologique des reins, par L. AMBARD, troisième édition entièrement remaniée. Un volume de 502 pages avec 52 figures : 55 fr. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Cet ouvrage dont la 2e édition était épuisée depuis plusieurs années reparait aujourd'hui très remanié avec certaines parties entièrement nouvelles. C'est une étude très précise et très étendue de la Physiologie des reins, écrite au point de vue de la Physiologie normale aussi bien qu'à celui de la Pathologie et même de la Clinique médicale.

Les travaux qui ont attaché le nom du Professeur Ambard à des découvertes maintenant répandues dans le monde entier et dont les applications ont une portée générale et pratique considérable, donnent à cet exposé d'ensemble une garantie et une portée qu'ont appréciées les lecteurs des deux premières éditions.

Dans cette 3e édition, le professeur Ambard a repris l'ouvrage en entier; la précédente édition comprenait 368 pages, celle-ci en compte 502. Si les modifications apportées à cette édition portent sur l'ensemble de l'ouvrage, certains chapitres ont été entièrement modifiés ou écrits ; ils traitent principalement des questions suivantes :

Mécanisme intime de la sécrétion rénale. Conception générale du transit des substances solides. Le seuil du chlore. La sécrétion de l'eau. Le rôle du rein dans la régulation de la réserve alcaline. L'hypertrophie compensatrice et l'hyperfonctionnement compensateur. — Ces deux chapitres sont l'objet d'une étude très nouvelle.

Et dans la partie consacrée aux néphrites : causes générales des symptômes de l'urémie. Syndromes d'hypochlorurémie.

Embonpoint et obésité : conceptions et thérapeutiques actuelles par Jean LERAY, préface du Dr CHIRAY. Un volume de 196 pages : 20 fr. Masson, éditeur 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'auteur se basant sur des recherches et une longue expérience personnelles, contribue à une mise au point des problèmes délicats qui se posent au sujet de l'obésité, et sont l'objet de vives controverses.

de la lactation a été démontrée aussi chimiquement par Mac Leod et Scherman.

Il est intéressant de remarquer qu'avec toute cette spoliation calcaire appréciable, les nourrices n'ont des modifications de leur calcémie que tout au début de l'allaitement, quand on observe une baisse du taux normal.

Ensuite l'hypocalcémie se compense vite par déminéralisation du système osseux. Les échanges calciques sont intenses chez la nourrice et on peut voir apparaître chez elle pendant cette période physiologique la spasmophilie, la tétanie ou une insuffisance parathyroïdienne. Le meilleur traitement de ces complications c'est l'arrêt de la spoliation calcaire : l'interdiction de l'allaitement.

***

Au cours de l'allaitement, l'étude du Ca a aussi un intérêt pratique.

1. La calcémie de la nourrice peut nous indiquer si son équilibre calcique est normal ou non ; si elle n'est pas exposée aux phénomènes de spasmophilie ou si elle n'expose pas le nourrisson à de telles complications.
2. Le Ca du lait est intéressant à connaître pour comprendre les raisons d'une courbe de poids stationnaire, une spasmophilie du nouveau-né ou au début du rachitisme.
3. La calcémie du nourrisson quoique plus difficile à rechercher peut être quelquefois utile au diagnostic des troubles qu'il présente.

BIBLIOGRAPHIE

Aburel et Ornstein. — C. R. S. B., nov. 1930.
Aburel et Ornstein. — C. R. S. B., oct. 1930.
Courtney and Brown. — *Arch. of. Dis in child hood.* London, fév. 1930.
Hockmanns. — *Bioch. Jurnal.* 1924, t. XVIII, p. 925.
Hess et Weinstock. — *J. of the Amer. Méd Ass.*, 1924, p. 1558.
Macomber. — *J. of the Amer. Med. Ass.*, 1927, p. 6.
Hess and Matzner. — *Amer. Journ. Dis Child.*, 1923, p. 285.
Pagès. — Thèse de science, Paris.
H. Vignes. — Rev. de path. comparée. 1923, p. 641.

MÉDECINE PRATIQUE

Un lavement évacuateur inconnu ou méconnu : la mélasse

Il est bien souvent nécessaire, dans la pratique journalière, d'avoir recours aux lavements évacuateurs, mais bien souvent aussi le médecin qui a affaire à un intestin irritable, sensible ou douloureux, ne sait à quel produit avoir recours pour provoquer une évacuation sans déterminer aucune réaction fâcheuse. Le procédé que nous indiquons ici offre à cet égard toutes garanties de sécurité, tout en étant aussi énergique que le classique lavement purgatif du codex.

Depuis nombre d'années, nos confrères d'Outre-Manche ont couramment recours aux lavements au « treacle », que nous avons toujours employés nous-même avec plein succès. Le « treacle » n'est autre chose que la bonne vieille mélasse que nos aïeux mangeaient à la place de confitures, et qui est un résidu du raffinage du sucre. Elle s'administre en lavements à la dose d'une bonne cuillerée à bouche dissoute dans un demi-litre d'eau tiède, c'est-à-dire à la température du corps, à une pression d'environ 25 centimètres.

Cette solution ne provoque aucun malaise, aucune douleur, même dans des cas d'ulcération, et présente sur les lavements savonneux par exemple l'avantage, fort apprécié des malades, de ne pas irriter les hémorroïdes, tout en étant infiniment plus active. Le résultat désiré se produit en moyenne de 10 à 20 minutes après l'administration du lavement. Il faut alors recommander au malade de rester en position de défécation pendant un quart d'heure environ afin de faciliter l'évacuation complète de son côlon. En fin de compte le patient déclare presque infailliblement qu'il a eu une selle très copieuse et « sans rien sentir ».

Les contre-indications sont évidemment les mêmes que celles des lavements évacuateurs en général, et par conséquent nous n'y insisterons pas. Cependant il nous parait utile de signaler que si la mélasse était il y a belle lurette un produit de consommation courante dans notre pays, où tous les épiciers vendaient jadis de la mélasse et de la cassonade, il n'en est plus de même de nos jours, et que c'est aux pharmaciens qu'il faut s'adresser pour en obtenir ; encore nombre d'entre eux n'en possèdent-ils point dans leur officine et il est bon de prendre ses précautions à l'avance...

Dr A. E. E. Reboul,
de Châtel-Guyon.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La littérature thérapeutique

Avant d'entrer dans le vif du sujet, qu'il soit permis de citer intégralement ces lignes si intéressantes, si instructives et, avant tout, si spirituelles de Germaine Beaumont (1) :

« Plus puissantes que les dieux, les lois, les gouvernements, plus impérieuses que les tyrans, plus éloquentes que les filous, suivies de plus de fidèles que les grands initiés, inspiratrices de plus d'idolâtrie que les fétiches et à peu près aussi inintelligibles que les textes sacrés, telles sont les ordonnances. Tous les êtres humains sont pourvus d'une ordonnance. Ils mourraient s'ils ne possédaient pas une ordonnance. Ils peuvent se passer de rentes et d'amour, mais ils ne peuvent pas se passer d'ordonnance. Ils détruisent les papiers de famille, les lettres de la bien-aimée, et le portrait de leurs grands-parents, mais ils gardent les ordonnances. Ils n'aiment pas évoquer la pluie d'étoiles des beaux souvenirs, mais ils aiment penser qu'en 1900 ils prenaient de la magnésie, et en 1912 du somnifol.

« Ils doutent de leur avenir et de leur meilleur ami, ils ne croient rien de ce que leur dit, sous la foi du serment, une épouse fidèle, mais deux lignes d'une écriture illisible les baignent de quiétude sacrée et d'éternelle sécurité. Ces ordonnances que l'on « délivre » les enchaînent. C'est le coupe-file idéal qui leur permet de circuler dans la santé. La santé sans ordonnance ne serait plus la santé, ils ne la reconnaîtraient pas et ne sauraient pas s'en servir. Mais pourquoi ne pas étendre le pouvoir sacré des ordonnances aux maux dont souffre l'âme ? A cet homme pâle, tout prêt à prendre la pilule rose, pourquoi ne pas recommander par écrit de respirer dix fois le matin, dix fois le soir, d'une aspiration profonde, un bouquet de lilas ? Pourquoi ne pas prescrire, à cette gorge frêle, de s'enrouler quotidiennement dans une phrase de

(1) G. Beaumont, — Disque. Les nouvelles littéraires. 20 juin 1931, p. 1.

Maurice Barrès ? On envoie à la mer, mais pourquoi n'envoie-t-on pas à la poésie ? On pose un cataplasme et jamais un sonnet. Pourquoi Diafoirus a-t-il le pas sur Arvers ? Pourquoi de l'armoise et pas du Paul Fort ? Pourquoi le tilleul de l'arbre et pas celui de Proust ? On prend pour le corps des bains affreux qui sentent le bureau de bienfaisance, mais, à l'âme altérée, on ne dit pas de se tremper dans la musique ou dans le silence. On répète sur tous les tons les bienfaits du cacodylate, mais quel Plutarque écrira la vie des sérums illustres Charlie et Douglas ? On limite la guérison au bocal, à la cuiller, à l'emplâtre, quand il y a l'amour, le rire et la beauté. Il est vrai que le bocal, la cuiller, l'emplâtre sont visibles. Le reste ? Ah ! le bon billet ! »

***

Il est bien possible que Germaine Beaumont conserve, dans ses tiroirs, parmi les objets inutilisés ou inutilisables, un diplôme de docteur en médecine. Peut-être a-t-elle seulement commencé ses études abandonnées bientôt avec un sentiment de révolte contre une science impuissante qui fait parfois fausse route, qui ne sait point choisir toujours les traitements appropriés ? Ou bien fréquente-t-elle seulement certains milieux médicaux, sinon paramédicaux, dont le contact suffit pour permettre de faire œuvre de critique sévère ou de professeur attristé et bienveillant ? Enfin, il peut aussi s'agir d'une musique, jouée sur un de ces fameux violons d'Ingres, et alors saluons avec empressement et cordialité notre aimable « consœur » qui nous ouvre des horizons nouveaux, qui bat en brèche notre codex ou plutôt le complète d'une façon si avantageuse.

Sans doute, la voie que nous trace G. Beaumont n'est-elle pas tout à fait nouvelle pour beaucoup de médecins. La valeur thérapeutique de la littérature est connue de quelques praticiens qui savent prescrire, en temps utile, l'un ou l'autre ouvrage, suivant l'effet escompté. Certes, la tâche n'est pas toujours aisée et l'on risque d'aboutir à un résultat contraire, mais une tentative s'impose envers divers symptômes dont l'atténuation, voire même la disparition, peut être obtenue grâce à un auteur approprié.

Puisque les modificateurs du système nerveux central, occupent, en général, la première place dans les traités de pharmacologie, l'on se demande, tout d'abord, si la littérature ne nous fournit point, dans ce domaine, quelques médicaments efficaces. Notre réponse sera affirmative, car, sans doute aucun, le pouvoir hypnotique de divers auteurs mérite d'être reconnu et apprécié.

Nous pourrions, à l'appui de notre affirmation, sans craindre le moindre démenti, citer des noms et des noms, mais disons-le de suite, notre article restera dans le domaine des idées générales, sans froisser si peu soit-il les personnalités. Et, pour garder l'équilibre, nous renoncerons également à l'encens, pourtant si mérité, des écrivains illustres et si heureusement soporifiques.

Le sommeil simple qui survient parfois après la lecture de quelques pages seulement ne suffit pas et l'on peut être obligé de forcer la dose, d'entraîner la malade à faire un effort dans sa lecture insipide, de lutter contre la lourdeur envahissante, afin de mieux se plonger dans une espèce d'anesthésie générale et légère, suivie d'un réveil agréable.

L'action sédative d'un sommeil réparateur est bien connu, mais il se peut que l'on recherche, chez des excités, une dépression sérieuse. Ici, la littérature thérapeutique n'a pas encore dit son mot décisif, à en juger d'après quelques hommes et femmes qui, tout en ayant à leur portée la médication nécessaire, trahissent un état chronique et incurable de surexcitation morbide.

Pour les analgésiques, les antithermiques et les antispasmodiques, l'influence de la littérature peut être d'un secours appréciable. Malheureusement, la vente des produits nocifs — et il en existe beaucoup trop — n'étant pas défendue, il arrive que les malades, sans faire attention à leur affection, y trouvant même un plaisir spécial, l'aggravent d'une façon dangereuse à la suite d'une lecture dont on peut dire, pour le moins, qu'elle est loin de calmer la fièvre et d'exercer une action antispasmodique, indispensable à un organisme malmené par des abus de toute sorte.

Après les modificateurs du système nerveux central, ceux du périphérique doivent retenir notre attention. Les excitants et les paralysants des terminaisons du parasympathique sont à chercher parmi les volumes dont les rapports étroits avec les sécrétions salivaires et sudorales ne sont point à nier.

Puisque, parmi les effets physiologiques des excitants du sympathique, l'on note l'accélération cardiaque, nous sommes heureux d'aborder la question des médicaments cardio-vasculaires. Combien de fois est-on étonné et émerveillé lorsqu'on entend parler un malade d'une lecture réconfortante. Le malheureux oublie tout, et l'effet bienfaisant se fait sentir, non seulement dans le système cardio-vasculaire, mais dans le domaine de la nutrition dont la pathologie se présente parfois sous une forme tenace et décourageante.

Pour terminer notre rapide et trop sommaire étude de la littérature médicamenteuse, par groupes pharmacodynamiques, l'on devrait encore parler des purgatifs, vomitifs et expectorants, mais, à cette occasion, l'on risquerait d'offenser quelques esprits délicats. Chaque médecin possède à ce sujet des souvenirs précis et il saura en tenir compte lorsqu'il aura pour tâche de faire vomir, cracher, etc.

Comme on le sait, la forme médicamenteuse joue un très grand rôle dans la thérapeutique habituelle. En est-il de même pour la littérature thérapeutique ? Pour répondre à la question posée, il faudrait passer en revue les procédés employés, ce qui nous mènerait trop loin. Disons seulement que les auteurs abusent beaucoup trop de l'eau comme véhicule. De plus, les dilutions sont fâcheusement homéopathiques. Pour un milligramme d'esprit, des litres d'eau qui n'est même pas distillée.

Il est regrettable que les extraits et les comprimés ne soient pas en honneur chez les littérateurs. A notre époque de hâte où le temps est si précieux, il est impossible d'être obligé de parcourir parfois tant et tant de pages pour trouver bien peu de choses substantielles et d'une valeur thérapeutique quelconque.

G. Ichok.

Hématome périrénal. — Pavel Slanina (L'hématome périrénal, *Rozhledy v chirurgii a gynaekologii*, 1930, t. X, fasc. I, p. 22), a observé chez un homme de 44 ans, une tumeur à début brusque de la région lombaire gauche, accompagnée de douleurs violentes. Un néphropyélogramme montra un gros rein gauche et un bassinet petit et déformé. La fonction de sécrétion du rein gauche est cependant restée relativement intacte. A l'opération, des caillots sanguins volumineux furent trouvés dans le tissu cellulaire périrénal. Néphrectomie. Le point de départ de l'hémorragie était un hypernéphrome atypique sous-capsulaire.

H. V.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Circulation

La prédisposition héréditaire à l'hypertension est un fait clinique que l'on peut vérifier ; le mécanisme en est mal connu, bien que la syphilis héréditaire paraisse le plus souvent en cause.

La syphilis n'intervient pas comme cause directe, en créant l'artériolite ou la glomérulite ; le terrain syphilitique semble très anciennement constitué, assez pour que souvent le Wassermann soit franchement négatif ; on note par contre la remarquable fréquence de l'aortite.

L'intervention de la syphilis dans la genèse de l'hypertension serait possible sous forme d'une toxémie très atténuée exerçant son action sur le système végétatif, soit directement soit indirectement par l'intermédiaire de troubles endocriniens.

D'autres infections ou intoxications peuvent intervenir dans l'établissement du terrain de prédisposition ; on retrouve souvent la goutte et le diabète dans les antécédents héréditaires.

Sur le terrain ainsi constitué de nouveaux facteurs interviennent comme causes efficientes ; ce sont les émotions, les intoxications, les lésions rénales, les troubles endocriniens, les troubles digestifs ; ces divers facteurs se combinent et intriquent leurs effets pour faire du prédisposé un hypertendu. (Maurice Perrin et Gabriel Richard. La prédisposition héréditaire à l'hypertension artérielle. *Revue médicale de l'Est*, 1er novembre 1930.)

Voies respiratoires

Le syndrome d'imperméabilité gazeuse pulmonaire est le compagnon fidèle des affections pulmonaires cliniques.

Le syndrome clinique se compose de deux symptômes cardinaux : le cyanose et la dyspnée ; le syndrome biologique est caractérisé par la polyglobulie, les troubles de l'élimination carbonique et les modifications de la réserve alcaline.

Au point de vue anatomique on constate la présence de lésions constantes de l'alvéole (parenchyme et vaisseaux).

Le syndrome d'imperméabilité peut être 1° partiel : imperméabilité pour l'oxygène (maladie des montagnes, emphysème des altitudes par pléthore sanguine), imperméabilité pour l'acide carbonique (certains cas d'emphysème pulmonaire) ; 2° total (deuxième phase de la maladie d'Ayerza, des scléroses pulmonaires évoluant vers l'asystolie droite et des syndromes cyanotiques) ; 3° associé à un trouble nutritif (trouble du métabolisme des graisses et emphysème, réalisant le tableau de l'obèse emphysémateux : scléreux cachectiques) ou à un syndrome cardiaque (troisième phase de la maladie d'Ayerza).

L'individualisation du syndrome d'imperméabilité permet d'entrevoir une nouvelle orientation de la pathologie pulmonaire. (Antoine Raybau et Jean Dusan. Le syndrome d'imperméabilité gazeuse pulmonaire. *Marseille médical*, 5 février 1931.)

Tube digestif

Le traitement de l'ulcère de l'estomac et du duodénum peut être basé sur les notions suivantes :

1° Il est nécessaire de chercher le renforcement de l'alcalinité duodénale bien plus que la neutralisation de l'acide chlorhydrique ;

2° L'excès d'acidité gastrique et le déficit d'alcalinité duodénale peuvent être considérés comme provoqués par une altération de l'équilibre acide-base ;

3° Les lésions ulcéreuses en activité sont le siège d'un processus infectieux incontestable ;

3° Lorsque l'ulcus est constitué, l'existence d'une plaie plus ou moins ancienne indique la nécessité d'en rechercher systématiquement la cicatrisation.

Le traitement recommandé par l'A. est le suivant :

Le matin à jeun, une cuillerée à soupe de kaolin colloïdal dans un demi-verre d'eau, additionné d'une ampoule de stock-vaccin.

Dans la matinée, pendant 10 à 20 jours consécutifs, une injection de deux centimètres cubes d'extrait pancréatique désinsuliné. Après 10 jours de repos nouvelle série d'injections.

Après chaque repas deux ou trois pilules de bile et acide acétyl-cholique. (H. Gaehlinger. La notion de sympathèses digestives de M. le Prof. C. Oddo et le traitement médical de l'ulcère gastro-intestinal. *Marseille médical*, 5 février 1931.)

Chirurgie

Le polymorphisme de l'appendicite n'est qu'apparent, à la condition d'étudier le malade avec soin. Il est bien rare qu'on ne trouve pas à l'examen un maximum de douleur et de contraction correspondant à l'emplacement variable de l'appendice. La contracture lombaire, la douleur haut située du Douglas, la contracture du psoas sont souvent des synonymes de contracture abdominale.

Deux observations montrent les erreurs de diagnostic possibles, l'une avec la coxalgie, l'autre avec la hernie étranglée ; l'intervention montra dans le premier cas un gros abcès latéro-cæcal et dans le second une péritonite putride avec gangrène de l'appendice largement perforé. (Drouin. Réflexions sur l'appendicite. *Bulletin de la Société de médecine et de chirurgie de La Rochelle*, avril 1931.)

Le traitement de l'appendicite aiguë redeviendra-t-il médical ? L'emploi du sérum antigangréneux à titre préventif et curatif remplacera-t-il l'intervention ?

Voici la réponse de Marcel Chaton :

« L'infection anaérobie est la cause des péritonites appendiculaires aiguës et subaiguës par gangrène et perforation. Avec la glace et la diète le seul traitement logique à caractères pathogéniques paraît bien être le traitement systématique, immédiat et d'urgence, par la sérothérapie antigangréneuse. Or, cette pratique est loin d'être entrée dans les mœurs du praticien et nous croyons que c'est regrettable.

« Est-elle susceptible de guérir complètement une crise appendiculaire qui antérieurement eût abouti à un désastre. C'est très possible. Mais cette thérapeutique dispense-t-elle de l'acte opératoire ? Nous n'oserions l'affirmer. Nous ne la considérons que comme un adjuvant précieux et indispensable de l'acte opératoire. »

L'intervention reste pour le moment le seul traitement possible de l'appendicite aiguë : c'est ce qui ressort de cette étude ; il serait dangereux de la différer ; telle doit être la conduite à tenir, pour le moment. (Marcel Chaton. A propos du traitement des appendicites aiguës. *Revue médicale de la Franche-Comté*, 15 avril 1931.)

Urologie

L'illusionisme de la colibacillose doit être dénoncé.

Quelquefois le colibacille n'est qu'un associé et c'est terriblement dangereux quand l'autre associé est le bacille de Koch et qu'on l'ignore.

D'autres fois la présence du colibacille indique simplement un trouble d'évacuation des urines. Il s'agit d'une hydronéphrose parfois très petite, d'une tumeur ou d'une collection purulente comprimant l'uretère, d'un calcul de l'uretère.

On méconnaît la distension vésicale par obstacle prostatique comme on passe à côté du rétrécissement de l'urètre.

La maladie causale peut siéger ailleurs. Il est fréquent de déceler des appendicites qui se cachent derrière la colibacillose ; la cystite guérit alors par l'appendicectomie.

Le diagnostic de la colibacillose n'est qu'un premier pas. (Uteau. L'illusionisme de la colibacillose. *Gazette médicale du Sud Ouest*, 15 avril 1931.)

Pathologie coloniale

Le diagnostic différentiel du béribéri est difficile à la période *sèche*, car on le confond souvent avec la polynévrite.

Deux petits signes permettent de reconnaître le béribéri dans les cas difficiles ou à symptomatologie fruste.

1° On fait étendre le sujet à examiner dans le décubitus dorsal et on lui demande d'abord d'élever successivement chacun de ses membres inférieurs au-dessus du plan du lit, en maintenant la jambe étendue rigoureusement dans le prolongement de la cuisse. Quand il s'agit de béribéri, ce mouvement ne peut

être exécuté. La cuisse s'élève bien, mais la jambe retombe inerte, le genou fléchi.

2° On demande au malade de passer rapidement de la position couchée à la position assise sans s'aider des mains et sans fléchir les membres inférieurs qui doivent rester allongés sur le lit. Les béribériques vrais sont incapables de fléchir ainsi le tronc sur les cuisses et ils ne peuvent se relever quand ils ont été placés sur le dos, qu'en passant d'abord dans le décubitus latéral droit ou gauche et en s'appuyant ainsi sur un coude, puis sur le bras tendu. (Advier. Quelques éléments du diagnostic différentiel du béribéri. *Marseille Médical*, 25 janvier 1931.)

Les facteurs de morbidité des îles Saint-Pierre et Miquelon sont la rigueur du climat, la vie confinée dans des maisons manquant d'air et surchauffées l'hiver, l'alimentation riche en boissons excitantes (thé, café, alcool) mais pauvre en aliments azotés et les mariages consanguins.

La tuberculose y est fréquente, surtout sous la forme méningée chez les enfants ; la commune de Saint-Pierre (3.000 habitants) enregistre en 1921, 64 décès, dont 16 par tuberculose sous les formes suivantes : 13 pulmonaires, 2 méningées, 1 intestinale ; à Miquelon, la même année, sur 6 décès 4 sont dus à la tuberculose.

Le cancer n'est pas rare, mais la syphilis est peu répandue.

La lèpre n'existe pas, la typhoïde n'est jamais contractée sur place. Chaque année de petites épidémies de rougeole et de coqueluche frappent la population infantile. Les maladies du tube digestif ne retiennent pas particulièrement l'attention.

En dehors des affections de l'appareil pulmonaire (bronchites, congestions, pleurésies, broncho-pneumonies), ce qui occupe le plus le médecin, ce sont les traumatismes (entorses, luxations, fractures par chutes sur la glace ; gelures ; accidents de chasse ; plaies infectées avec ostéite chez les pêcheurs qui se blessent en préparant leur poisson.)

L'hôpital de Saint-Pierre comporte 80 lits ; le personnel médical comprend deux médecins de la marine hors-cadres et un médecin contractuel. (Guyomarch. Aperçu rapide sur les facteurs de morbidité aux îles Saint-Pierre et Miquelon. *Marseille medical*, 25 janvier 1931.)

La province de Vahomandry (Madagascar) se signale à l'attention médicale par le parasitisme intestinale des indigènes. Voici quelques chiffres :

Nombre d'examens 227. Parasités 227 (100 %)

Ankylostomes 227 fois (100 %) ; trichocéphales 196 fois (86 %) ; ascaris 175 fois (77 %) ; schistosomum Mansoni 64 fois (28 %) ; kystes d'A.coli 32 fois (14 %); kystes de lamblias 7 fois (3,5 %) ; oxyures, 7 fois (3,50 %) ; tænias 3 fois (1,5 %) ; anguillules (1 %) 2 fois trichomonas : 1 fois (0,5 %).

L'index des parasites pour 100 indigènes parasités s'élève à 316, soit une prédominance toute particulière des selles contenant les œufs de trois espèces de parasites.

Selles à 1 parasite 4 ; à 2 parasites 43 ; à 3 parasites 107 ; à 4 parasites 60 ; à 5 parasites 12 ; à 6 parasites 1.

On note la fréquence (84 fois) de l'association parasitaire : ankylostome, ascaris et trichocéphales. (R. Guilliny. Le parasitisme intestinal dans la province de Vahomandry (Madagascar. *Marseille médical*, 25 janvier 1931.

Aphorismes

La médecine doit être active et non résignée (Pitois, de Plerguer).

Moins on peut être sûr d'un diagnostic et plus il existe de signes ayant la prétention de permettre ce diagnostic (Amsler et Mary, d'Angers.)

J. Lafont.

Définition du mot « toxicomanie ». — Voici la définition proposée par le Docteur Vervaeck, au dernier congrès de médecine légale de langue française :

« *C'est le besoin impérieux de prendre habituellement, sans motif thérapeutique, un toxique, malgré les troubles et lésions organiques qu'il détermine, besoin caractérisé par des réactions d'accoutumance et de sevrage, besoin se traduisant par des idées obsédantes et des impulsions irrésistibles à s'en procurer, fut-ce au prix d'actes délictueux.* »

NOTES DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

Les ostéomes du tendon d'Achille

L'ostéome du tendon d'Achille est une affection rarement observée jusqu'ici. Chevalier l'étudie dans sa thèse (*Les ostéomes du tendon d'Achille. Thèse de Lyon*, 1931) à propos de deux cas observés, l'un dans le service de M. le Professeur Patel, l'autre dans le service de M. le Professeur Bérard. Les ostéomes du tendon d'Achille doivent leur originalité à leur *étiologie*, leur *pathogénie spéciale* et leur *rareté*. Ils sont bien *d'origine traumatique*, mais celle-ci est d'une nature particulière. Ils apparaissent indépendamment de toute fracture ; on ne retrouve dans les antécédents ni luxation ni lésion osseuse voisine apparente. Le traumatisme fait de lésions minimes mais répétées, passe inaperçu jusqu'au jour où la formation osseuse, *qui paraît s'être développée spontanément*, commence à déformer le cou-de-pied et à entraver la marche. L'ostéome se développe au milieu de *tissus absolument sains*, dit l'A. ne présentant pas ces lésions hémorragiques ou œdémateuses qui sont à la base de la formation des ostéomes généralement étudiés. Il serait tout à fait inexact, dit Chevalier, de parler d'une ossification du tendon telle qu'elle a pu être observée pour les tendons des adducteurs, du triceps, etc... En dépit de leur adhérence au tendon, les ostéomes du tendon d'Achille sont plus exactement *juxta-tendineux*. Après l'ablation de la formation osseuse le tendon d'Achille susbsiste dans son intégrité.

C'est le port de chaussures défectueuses qui est cause de leur formation, soit par irritation locale, soit par modification de la station debout et de la marche. Cette dernière éventualité est réalisée par *l'usage prématuré de chaussures à talons hauts* chez les jeunes filles. L'effort musculaire ainsi exagéré provoque des tiraillements du tendon qui déterminent, sur ces os jeunes, fragiles, et en pleine activité de formation de petits *arrachements périostés*, point de départ de l'ostéome. L'affection détermine une déformation de la région, l'impossibilité de se chausser et une *gêne fonctionnelle* pouvant s'accentuer jusqu'à l'impotence. Quand elle est de formation récente, la masse osseuse est *perméable aux rayons X*. L'ensemble des signes permettra néanmoins de poser un diagnostic facile en dépit d'une radiographie négative. Le *traitement prophylactique* découle des notions étiologiques : proscrire les chaussures traumatisantes, laisser aux jeunes filles des talons plats au moins jusqu'à 18 ans, et, accessoirement régler chez les femmes, la pratique des sports. Le *traitement curatif* est *l'ablation chirurgicale*, opération simple et efficace qui supprime tous les troubles et rétablit de façon parfaite les mouvements de la marche. L'A. n'a observé ni complication *ni récidive*. La lésion étant constituée, *on s'abstiendra soigneusement de tout massage* et, de façon générale de toute manœuvre susceptible de créer, comme lui, un traumatisme supplémentaire qui ne fera qu'accroître le volume de la production osseuse en renouvelant le processus de sa formation.

Le retentissement exagéré du cri dans les pneumopathies muettes du nourrisson. — « *Chez le nourrisson pneumonique*, nous avons trouvé du côté malade, par rapport au côté sain, un *retentissement exagéré*, un cri paraissant proche, éclatant et en quelque sorte déchirant. Il ne s'agit pas là d'une nuance auscultatoire, mais d'une différence incontestable que chacun peut percevoir sans discussion possible. Nous avons pu, de plus, constater que ce retentissement exagéré était un signe précoce, apparaissant dès le début de l'hépatisation avant le souffle et les râles que l'on pouvait entendre 12 ou 24 heures plus tard. Il est aussi constant, constituant dans certains cas, le seul signe de l'hépatisation, dans les foyers pneumoniques dits muets où souffles et râles manquent pendant tout ou partie de l'évolution. Il peut alors rendre de réels services permettant un diagnostic impossible sans lui. Sa pathogénie est facile à saisir et il est évident qu'un lobe pulmonaire dense transmet mieux le son qu'un lobe aéré.

. . . .

« ... Si nous avions à définir la valeur séméiologique exacte du retentissement exagéré du cri chez le nourrisson, nous dirions volontiers que, *chaque fois qu'on le perçoit nettement, on peut affirmer qu'il existe une ombre radioscopique ou au moins radiographique*. Du moins nous n'avons jusqu'à présent jamais vu

de cas qui infirme cette règle. Ce signe peut rendre en clinique des services incontestables en l'absence d'un examen aux rayons X parfois impossible. Son importance atteint le maximum dans les foyers pneumoniques ou congestifs muets si fréquents dans le premier âge. En particulier dans la pneumonie nous croyons qu'il doit être placé au premier rang, bien avant le souffle tubaire puisque nous l'avons constaté en son absence et que, dans deux cas récemment observés devant une température en plateau, sans aucun autre signe pulmonaire, il nous a permis de porter le diagnostic de pneumonie que l'examen radioscopique est immédiatement venu confirmer en montrant une ombre triangulaire typique». (G. Mouriquand et J. Savoye. *Société médicale des hôpitaux de Lyon*, 20 janvier 1931.)

Quadriplégie avec amyotrophie considérable ayant succédé à une injection de 10 cc. de sérum antitétanique. — M. Bouysset et R. (Cade *Société médicale des hôpitaux de Lyon*, 5 mai 1931), rapportent l'observation d'un jeune homme atteint depuis quelques mois d'un syndrome quadriplégique post-sérothérapique avec troubles trophiques considérables et modifications importantes des réactions électriques. Les phénomènes moteurs sont en voie d'amélioration très lente mais progressive ; l'amyotrophie semble plutôt s'accentuer. Les auteurs pensent qu'il s'agit là de lésions des cornes antérieures de la moelle par poliomyélite toxique et abordent le problème du mécanisme pathogénique des paralysies post-sérothérapiques, concluant à la possibilité de l'existence dans les tissus nerveux de réactions analogues à celles de l'urticaire sérique.

L'ouverture des strumites dans le pharynx. — Les « strumites » abandonnées à leur évolution spontanée s'ouvrent parfois dans les conduits aériens ou digestifs qui traversent le cou. L'ouverture dans le pharynx peut s'observer, mais demeure rare.

Dementhon l'étudie dans sa thèse. (*L'ouverture des strumites dans le pharynx. Thèse de Lyon*, 1931), à propos d'une observation de L. Bérard et Desjacques, seul cas connu où le diagnostic fut fait avant l'intervention sur les signes : issue du pus par la bronche sans efforts de toux ou vomissement quand on pressait sur la collection suppurée, constatation de l'orifice fistuleux à l'examen du pharynx au miroir.

Echos et Glanures

> « Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».
>
> MONTAIGNE.

A propos d'un projet de sanatorium. — Le *Progrès médical* du 18 juillet avait reproduit un article du *Mouvement sanitaire*. Le *Siècle médical*, qui était cité dans l'article, nous adresse copie d'une note qui doit paraître dans le *Mouvement sanitaire* et mettre les choses au point :

« Vous avez publié en tête de votre numéro du 31 mai un article qui laisse place à une fâcheuse équivoque. Il laisse croire en effet que le *Siècle médical* a publié un article dirigé contre la doctrine classique actuelle des sanatoriums, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir signaler à vos lecteurs, qui peuvent avoir été induits en erreur, en particulier par une phrase où il est dit que cet article *a eu les honneurs du « Siècle médical »*, l'exacte vérité.

Le *Siècle médical* a publié dans son numéro du 7 mai 1931, page 4, dans sa rubrique « Nouvelles départementales », une série d'informations sous le titre général « Vœux et décisions des Conseils généraux »; il y a dans cette page et sous ce titre général, 15 informations diverses concernant les assurances sociales, le régime des aliénés et la lutte contre la tuberculose. L'une de ces informations a son titre sur une colonne comme toutes les autres et est intitulée « Vifs incidents à l'assemblée de la Haute-Vienne à propos d'un projet de sanatorium » : il y est exposé que le projet de construction d'un sanatorium de cure pour le compte du Syndicat interdépartemental, compre-

Notez que les Spécialités du Laboratoire Freyssinge, normales et de vente légale, peuvent, comme telles, être prescrites et doivent être remboursées aux assurés sociaux.

(Cir. Min. 29 avril 1931).

nant les départements de la Haute-Vienne, de la Corrèze et de la Creuse, a été l'objet de vifs incidents et que ce projet reviendra ultérieurement devant le Conseil général et qu'il est critiqué par le Corps médical de la région d'après le Dr Mousnier qui écrit à ce sujet : « Je suis tout entier contre l'idée du sanatorium, même interdépartemental....... » ; suit le texte qui a été critiqué dans le *Mouvement sanitaire* et qui a été inséré par nous entre guillemets, ce qui a toujours été considéré comme l'indication conventionnelle qu'il s'agit d'une citation n'entraînant pas la solidarité du journal qui la publie.

Nous avons pensé que nous devions donner ce texte dans nos colonnes car il est utile de citer dans un journal d'informations médicales, tous les faits concernant la médecine, or, un fait existe, c'est qu'un médecin a écrit un article contre les sanatoriums ce qui a eu pour conséquence de faire rejeter, provisoirement, sans doute, le projet d'édification par le Conseil général. Il est indiscutable qu'un tel fait était à publier car il est utile que ceux qui s'intéressent à la lutte antituberculeuse, sachent les obstacles qu'ils peuvent rencontrer devant eux, même venant de leurs propres confrères.

Si nous nous permettons d'insister sur ce point c'est que ce n'est pas la première fois que pareil malentendu se produit depuis que le *Siècle médical* existe ; certains ne veulent pas comprendre que donner une information, à condition que ce soit avec exactitude et objectivité, n'est pas prendre parti et l'expérience nous a montré à maintes reprises par des lettres de remerciements que nous avons reçues, que c'est en publiant des faits du genre auquel il est fait allusion plus haut, que l'on rend plus de services. C'est ainsi par exemple, que nous considérons comme très utile de publier dans nos colonnes, toutes les attaques dirigées contre les médecins, dans les assemblées politiques départementales ou municipales, ce qui ne veut évidemment pas dire que nous les approuvions.

En journalisme comme en science, un fait est un fait, on a toujours tort de le cacher ou de le négliger car on ne sait jamais quelle valeur latente il contient ; on doit simplement s'attacher à le rapporter avec une parfaite objectivité et c'est ce que le *Siècle médical* s'efforce toujours de faire. »

Projets oubliés. — *Mercure de France* (1er juillet 1931).
On lisait dans les journaux du 22 janvier 1902 :

Le Président du Conseil déclare que la brigade des agents des mœurs va être supprimée et qu'une commission spéciale présidée par le Professeur Fournier sera chargée d'élaborer le projet d'une nouvelle réglementation de la prostitution. Cette suppression des agents des mœurs, constituera une réforme importante.

Jules Fontan (1849-1931). — *Extrait de l'éloge prononcé à l'Académie de médecine par M. le Médecin général Rouvillois*

... Chirurgien, il le fut dans l'âme ; il en avait l'ardeur et le tempérament. Alors que sa réputation chirurgicale était déjà consacrée depuis longtemps, il eut l'occasion d'en donner un nouvel et magnifique exemple le jour où, le premier, en France il sutura, avec succès, une plaie du cœur.

Le 1er janvier 1900, entrait d'urgence à l'hôpital maritime de Toulon un marin blessé à la poitrine de plusieurs coups de ciseaux de couturière. Le blessé était exsangue et était voué à une mort prochaine : la blessure du cœur était probable. En présence de ce moribond, Fontan n'hésite pas. Il taille et rabat rapidement un volet thoracique, incise le péricarde, empaume le cœur dont chaque contraction projetait un flot de sang et

parvient par une suture étanche à aveugler une plaie du ventricule gauche. Le succès couronna cette intervention hardie.

L'année suivante, dans le même hôpital, un deuxième cas se présentait, et cette fois encore, grâce à son esprit de décision et à sa dextérité opératoire, il guérissait son blessé.

Ces deux cas heureux suffiraient à la réputation d'un chirurgien ; ils ne firent que consacrer davantage, s'il en était besoin, celle que Fontan possédait déjà. Aussi, lorsque, avec une grande modestie, il vint rapporter à Paris ses deux succès opératoires à la Société nationale de chirurgie dont il était membre correspondant, il fut écouté avec un silence religieux et l'assemblée généralement avare d'applaudissements, ne les lui ménagea pas...

Terrains magnésiens et cancers : Angleterre et Pays de Galles. — M. Delbet a présenté dernièrement à l'Académie de médecine un travail de M. Robinet, de Moret-sur-Loing, sur les terrains magnésiens en Angleterre et Pays de Galles et la répartition du cancer dans ces mêmes régions.

C'est la suite d'une série d'études faites pour la France et l'Alsace-Lorraine suivant la même méthode : comparaison géologique et statistique.

Pour l'Angleterre et le Pays de Galles la répartition de la magnésie, à l'état de dolomies et de calcaires magnésiens se trouve : d'une part, dans le primaire : terrains carbonifères et permien (réunis sous le nom d'anthracolithique) et d'autre part, dans les terrains secondaires : trias et lias supérieur. Ces terrains magnésiens sont répartis pour l'Angleterre et le Pays de Galles suivant une ligne courbe partant du Sud-Ouest dans le Devonshire et passant par le Gloucester, le Warwick et le Worcestershire, pour se diriger au Nord-Ouest vers le Lancashire et au Nord-Est vers le Durham et le Northumberland, en passant par Leicester, le Nottingham et le Yorkshire.

D'après les statistiques officielles, les minima de cancers (coefficients de 10 à 30) pour l'Angleterre et le Pays de Galles suivent exactement cette ligne de terrains magnésiens. Au contraire, les maxima de décès pour cancer (40 à 54) se trouvent dans les comtés dépourvus de terrains magnésiens.

Deux cartes de l'Angleterre et du Pays de Galles, dressées par M. Robinet, sont présentées aux membres de l'Académie : l'une donnant la répartition de la mortalité par cancer, l'autre montrant la répartition des terrains magnésiens. Leur juxtaposition est probante.

M. Robinet ajoute que, dans toutes les études comparatives auxquelles il s'est livré jusqu'ici, jamais dans un terrain contenant beaucoup de magnésie, les statistiques n'accusaient un coefficient élevé de cancer.

L'auteur conclut comme pour ses études précédentes, que la composition magnésienne du sol a une influence certaine sur la répartition du cancer.

L'opinion de Juliette Adam sur Littré. — « Littré m'inspirait une sorte de culte ; il disait avoir pour moi de l'affection. Nous parlions de la Grèce, et ma passion pour elle l'amusait. Combien il me révéla de choses nouvelles, sur l'Iliade que mon père et moi nous n'avions ni comprises, ni devinées. Littré, outre sa direction de la *Revue positiviste*, continuait sa traduction des œuvres d'Hippocrate, qu'il ne devait finir qu'en 1861.

Il aimait beaucoup Mme d'Agoult, la netteté de son esprit, sa haute compréhension des idées les plus abstraites ; son milieu intime aussi lui plaisait, sauf M. de Girardin. Comme tous les anciens rédacteurs du *National*, lui non plus ne pouvait oublier la mort de Carrel.

Je n'ai pas connu de caractère supérieur à celui de Littré, d'intellectualité plus soucieuse de loyauté et de logique, de conscience plus haute, de cœur plus simplement dévoué, de convaincu plus tolérant. Tout ce dont les principes philosophiques, le sens de la justice, les exigences de la droiture, peuvent doter un homme désireux de perfectibilité, Littré le possédait.

Ses convictions politiques étaient en accord parfait avec ses doctrines philosophiques ; mais tout son savoir et toutes ses vertus ne lui inspiraient ni ne lui soufflaient la plus fugitive notion d'idéalisme. Il dépassait dans le sens du matérialisme la pensée même de son chef ; là où Stuart Mill, son égal comme disciple d'Auguste Comte, disait : « Le positivisme n'est pas nécessairement une négation du surnaturel, il renvoie simplement la question à l'origine des choses » : là où le fondateur du positivisme s'efforçait de dégager une sorte d'idéalisme religieux, Littré se cantonnait dans l'absolu matérialisme. Auguste Comte laissait l'esprit libre, déclarant qu'il n'y avait pas plus d'arguments pour que d'arguments contre, en faveur de l'au delà : Littré, lui, n'hésitait pas à nier.

Lorsqu'on le connaissait, on l'aimait et on l'honorait malgré la tristesse de voir le terre-à-terre d'une aussi vaste intelligence. Il est vrai qu'il y faisait entrer l'humanité tout entière, et cela lui suffisait. Histoire de tous les peuples, science dans toutes ses branches, langues de tous les pays, esprit humain à travers les siècles, Littré en possédait la connaissance comme nul ne l'a eue avant lui.

Le bagage était colossal ; il ne s'inquiétait guère d'où il venait, quelle était sa destination finale. Trouvant la charge lourde, il se contentait de la porter. Croyant en ses incroyances, il se disait respectueux de la foi des autres, quelque forme qu'elle pût prendre. Beaucoup de disciples d'Auguste Comte suivirent Littré dans son évolution, ou plutôt se détachèrent comme lui d'un système qui concluait en sens contraire de ses prémisses. » (Madame Adam : Mes premières armes littéraires et politiques, 5e éd., Paris, 1904.)

« ... Sur quelque 20.000 médecins mobilisables existant en France avant-guerre, à peine la moitié étaient officiers de réserve, beaucoup se contentaient du grade de médecin auxiliaire et quelques-uns même, se refusant à passer l'examen conférant ce grade, restaient de simples infirmiers. C'est dans cette situation que les a surpris la mobilisation. On raconte à ce sujet l'histoire d'un chirurgien des hôpitaux de Paris qui se trouva comme simple infirmier, sous la coupe, dans un établissement de la capitale, d'un de ses collègues des hôpitaux, beaucoup plus pénétré de ses devoirs militaires et élevé de ce fait à l'emploi de médecin-chef. Ce dernier, dit-on, ne voulut voir dans ce soldat de 2e classe qu'un homme apte aux diverses corvées de l'hôpital... » (Médecin général Uzac. De la spécialisation des officiers du Service de santé à la mobilisation et de leur affectation suivant les compétences, *La Presse médicale*, 17 juin 1931.)

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE. — R. C. C. 4264

FONDÉ EN 1873. — N° 33 LE NUMÉRO : 50 Centimes 15 AOUT 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V^{e})
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Étudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Étranger 1re zone	70 fr.
Étranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — M. Fiessinger, agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé à compter du 1er octobre 1931, professeur de pathologie expérimentale et comparée à ladite faculté, en remplacement de M. Rathery, transféré dans la chaire de clinique thérapeutique médicale.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Leuret, professeur sans chaire à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, est nommé, à compter du 1er octobre 1931, professeur d'hygiène à ladite Faculté, en remplacement de M. Auché, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Manceau, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, est nommé, à compter du 1er octobre 1931 professeur de matière médicale et botanique à ladite Faculté, en remplacement de M. Bretin, décédé.

Guerre. — SERVICE DE SANTÉ. (Armée active.) — Par décision du 26 juillet 1931, est nommé professeur à l'Ecole d'application du Service de santé militaire (chaire de radiologie, électrologie, physiothérapie et radiumthérapie) :

M. le médecin commandant Chaumet, professeur agrégé du Val-de-Grâce à l'Ecole d'application du Service de santé militaire.

Ecoles de médecine de Tours. — Un concours s'ouvrira le 15 octobre devant l'Ecole de médecine et de pharmacie de Tours pour la nomination d'un chef de clinique obstétricale.

— M. Rollet du Coudray est délégué dans les fonctions de chef de clinique obstétricale, jusqu'à l'issue du prochain concours.

— Par arrêté ministériel en date du 8 juillet 1931, M. le docteur Guillaume-Louis est renouvelé dans ses fonctions de directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, pour une nouvelle période de trois ans, à compter du 1er octobre 1931.

Légion d'honneur. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DU TRAVAIL. — *Au grade de chevalier*. — M. le docteur Grabois (de Paris).

Distinctions honorifiques. — Est nommé :

Officier de l'Instruction publique. — M. le docteur Binet (de Châteaurenault).

Médailles d'honneur de l'assistance publique. — *Médailles d'or*. — MM. les docteurs Beaudouin (de Neuilly-sur-Marne), Trenel (de Paris), Guillermain (de Ris-Orangis).

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Aubouin (de Laval), de Alberti (de Nice).

Médaille de bronze. — M. le docteur Luneau (de Saint-Sébastien-sur-Loire).

Ecole de puériculture de la Faculté de médecine de Paris. — 1° Les candidates aux divers diplômes d'infirmières visiteuses ont la faculté d'accomplir leur préparation intégrale à l'Ecole de puériculture.

Enseignement de 22 mois : diplôme d'infirmière visiteuse d'hygiène maternelle et infantile, délivré par l'Université de Paris, devenant diplôme d'Etat par équivalence.

Enseignement 26 mois pour l'obtention des deux diplômes d'infirmière visiteuse (enfance et tuberculose).

Enseignement de 33 mois : diplôme d'Etat d'hospitalière (22 mois) et diplôme d'infirmière visiteuse d'hygiène sociale.

2° L'Ecole de puériculture accueille en outre les élèves de deuxième année, en vue de la spécialisation de l'enfance. Le cours s'ouvrira, comme chaque année le 1er octobre.

Prière d'adresser les demandes avant le 15 septembre à Mlle Greiner, surveillante générale, 64 rue Desnouettes, Paris-15e.

Hôpital Tenon (4 rue de la Chine, Métro Gambetta). — *Cours de perfectionnement sur les grands syndromes cardiaques (Insuffisance cardiaque. Angines de poitrine. Douleurs précordiales. Syncopes)*. — Ce cours qui aura lieu du 9 au 19 novembre 1931, sera fait par M. Camille LIAN, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de ses élèves : MM. HAGUENAU, médecin des hôpitaux ; H. WELTI, chirurgien des hôpitaux ; A. BLONDEL, ancien interne lauréat des hôpitaux : Gilbert DREYFUS, P. PUECH, ALIBERT, P. MERKLEN, ODINET et RACINE, anciens internes et internes du service ; R. BARRIEU (de Royat), M. MARCHAL, assistant d'électroradiologie, chargé de la radiologie du service ; BRÉANT, chef du laboratoire du service.

Tous les matins à 10 h. conférence clinique avec projections. Le mardi et le vendredi matin sont consacrés entièrement à l'examen des malades de la consultation spéciale du service (un télécardiophone permet à tous les élèves d'ausculter simultanément un même malade).

Tous les après-midi à 15 h. et à 17 h. 1/2, deux conférences cliniques avec projections, à 16 h. : démonstration pratique.

PROGRAMME : Lundi 9 novembre, 10 heures, M. LIAN : Considérations générales sur l'insuffisance cardiaque. — 11 heures, M. BLONDEL : Examens cliniques. — 15 heures, M. BLONDEL : Dyssystolie et hyposystolie. — 16 heures, M. BARRIEU : Démonstration de sphygmomanométrie. — 17 h. 1/2, M. GILBERT-DREYFUS : La toux cardiaque.

Mardi 10 novembre, 10 heures, M. LIAN : Consultation clinique. — 15 heures, M. BLONDEL : Asystolie. — 16 heures, M. RACINE : Démonstration de sphygmomanométrie. — 17 h. 1/2, M. ODINET : Encombrement aigu de la circulation pulmonaire.

Mercredi 11 novembre, 10 heures, M. LIAN : Le bruit de galop. — 11 heures, M. BLONDEL : Exercices cliniques. — 15 heures, M. BLONDEL : Encombrement ventriculaire gauche. — 16 heures, M. MARCHAL : Démonstration de radiologie. — 17 h. 1/2, M. HAGUENAU : L'insuffisance cardiaque dans les néphrites.

Jeudi 12 novembre, 10 heures, M. LIAN : Le pouls alternant. — M. MARCHAL : Examens radiologiques. — 15 heures, M. BLONDEL : Encombrement ventriculaire droit. — 16 heures,

M. P. MERKLEN : Démonstration d'électrocardiographie. — 17 h. 1/2, M. GILBERT-DREYFUS : L'insuffisance cardiaque des maladies infectieuses aiguës.

Vendredi 13 novembre, 10 heures, M. LIAN : Consultation clinique. — 15 heures, M. BLONDEL : Diagnostic et causes de l'insuffisance cardiaque. — 16 heures, M. MARCHAL : Démonstration de radiologie. — 17 h. 1/2, M. P. MERKLEN : Electrocardiographie et insuffisance cardiaque.

Samedi 14 novembre, 10 heures, M. LIAN : Traitement de l'insuffisance cardiaque. — 11 heures, M. BLONDEL : Exercices cliniques. — 15 heures, M. ALIBERT : Accidents gravido-cardiaques — 16 heures, M. ODINET, : Démonstration d'électrocardiographie. — 17 h. 1/2 : M. BRÉANT : Les troubles du métabolisme dans l'insuffisance cardiaque.

Lundi 16 novembre, 10 heures, M. BLONDEL : Considérations générales sur les angines de poitrine. — 11 heures, M. LIAN : Interprétation des électrocardiogrammes de la semaine. — 15 heures, M. BLONDEL : Forme commune de l'angine de poitrine. — 16 heures , M. MARCHAL : Démonstration de radiologie. — 17 h. 1/2, M. RACINE : L'angor aigu coronarien fébrile.

Mardi 17 novembre, 10 heures, M. LIAN : Consultation clinique. — 15 heures, M. P. MERKLEN : Electrocardiographie et angine de poitrine. — 16 heurees, M. PUECH : Examen du cœur à l'autopsie. — 17 h. 1/2, M. BLONDEL : Angors réflexes et névropathiques.

Mercredi 18 novembre, 10 heures, M. LIAN : Traitement médical des angines de poitrine. — 11 heures, M. BLONDEL : Exercices cliniques. — 15 heures, M. WELTI : Traitement chirurgical des angines de poitrine. — 16 heures, M. RACINE : Epreuves fonctionnelles cardiaques. — 17 h. 1/2, M. MARCHAL : Radiothérapie des angines de poitrine.

Jeudi 19 novembre, 10 heures, M. BLONDEL : Douleurs précordiales. — 11 heures, M. MARCHAL — Exercices radiologiques. 15 heures, M. BLONDEL : Les syncopes. — 16 heures, M. P. MERKLEN : Démonstration de méthode graphique. — 17 h. 1/2. M. LIAN : Traitement des syncopes.

Un certificat sera délivré aux médecins inscrits au cours, ils pourront ensuite être attachés au service comme médecins stagiaires, et éventuellement comme assistants.

Chaque année, au début de juin et de novembre, est fait dans le service un cours de perfectionnement sur les affections cardio-vasculaires. Tout le programme est réparti en quatre cours 1) arythmies ; 2) grands syndromes cardiaques ; 3) artères, veines et capillaires ; il sera suivi d'un voyage aux stations hydrominérales cardio-vasculaires.

S'inscrire ou bien à la Faculté de médecine, tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi après-midi), salle Béclard (A. D. R. M.) ou bien à l'hôpital Tenon auprès du Dr BLONDEL, premier assistant du service, à l'hôpital Tenon soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours.

Droit d'inscription : 250 francs.

Union internationale contre la tuberculose. — La réunion annuelle du Conseil de direction de l'Union internationale contre la tuberculose, dont le président actuel est le Professeur FRÖLICH (Norvège), a eu lieu à Paris le jeudi 9 juillet ; dix-sept pays s'étaient fait représenter. A 10 heures du matin, une séance administrative réunissait les membres du Conseil au siège de l'Union, 2, avenue Vélasquez, Paris. La date de la prochaine conférence de l'Union internationale, qui doit avoir lieu à La Haye, a été fixée du 6 au 9 septembre 1932, et les trois questions suivantes, choisies sur une liste de sujets proposés par les divers pays membres de l'Union ont été inscrites à l'ordre du jour : Question biologique : *Relations entre l'allergie et l'immunité*, le rapporteur sera désigné ultérieurement ; Question clinique : *La chrysothérapie*, rapporteur, Professeur Sayé (Barcelone) ; Question sociale : *L'assistance post-sanatoriale*, rapporteur, Docteur B. H. Vos (Hellendoorn). Suivant le précédent adopté à la Conférence d'Oslo, on désignera pour chaque question, à côté du rapporteur principal, dix co-rapporteurs choisis dans différents pays.

La séance scientifique, a eu lieu dans les nouveaux laboratoires de la tuberculose, à l'Institut Pasteur, que les membres du Conseil ont visités sous la conduite du Professeur Calmette. La séance a été consacrée au rapport du Docteur SOPER (Etats-Unis) sur : *Un plan standard de lutte antituberculeuse* : en l'absence du Docteur SOPER, ce rapport a été présenté par le Professeur OPIE (Etats-Unis). Ensuite le Professeur VALTIS (Grèce), a exposé les étapes de la lutte antituberculeuse dans son pays. Ces deux rapports ont été suivis d'une discussion à laquelle ont pris part le Professeur Léon BERNARD, secrétaire général de l'Union, le Professeur Knud FABER (Danemark), le Colonel RUDZKI (Pologne), etc.

TRAVAUX ORIGINAUX

Compressions du cordon [1]

Par Henri VIGNES
Professeur agrégé à la Faculté
Accoucheur de la Charité.

Parler de compression du cordon, c'est employer un terme qui se définit de soi-même. Il est aisé de comprendre que, si le cordon est comprimé, la circulation entre le fœtus et sa mère est gênée et que, suivant l'importance de la gêne circulatoire, il peut y avoir souffrance du fœtus ou il peut y avoir mort du fœtus.

Le cordon court le risque d'être comprimé au cours de l'accouchement le plus normal ; certains auteurs disent qu'il est toujours comprimé : mais il possède un moyen de défense qui est une certaine résistance à l'écrasement et un autre moyen plus important qui est sa mobilité.

La compression du cordon peut exister pendant la gestation ; il est même arrivé qu'elle ait pu être diagnostiquée, mais c'est surtout un accident du travail, qui se constitue au fur et à mesure que la tête descend.

***

La compression du cordon se traduit par les signes de souffrance du fœtus : *premier signe*, les bruits du cœur, si on a soin de les ausculter souvent, passent par une première phase d'accélération ; puis dans une seconde phase, ils reviennent à la normale : puis dans une troisième phase, ils descendent au-dessous de la normale ; *deuxième signe*, l'intensité des bruits du cœur diminue ; *troisième signe*, le ralentissement des bruits du cœur qui est normal après chaque contraction se prolonge anormalement ; *quatrième signe*, le fœtus perd son méconium.

Il faut ajouter à ces signes de souffrance fœtale un *cinquième signe* propre à la compression du cordon ; c'est la présence d'un souffle funiculaire. Le souffle funiculaire doit être différencié des souffles cardiaques du fœtus. Ceux-ci siègent au foyer maximum des B D C ; les souffles funiculaires sont au contraire diffus et fugaces. Ils sont isochrones au pouls fœtal, ils sont simples ou doubles : ils sont faibles ou intenses.

***

Les causes des compressions funiculaires peuvent se grouper sous trois rubriques : situation anormale du cordon, anomalies du cordon, compression instrumentale.

***

Nous éliminerons, de suite, la compression instrumentale. Certaines applications de forceps peuvent comprimer le cordon entre la tête fœtale et la courbe du forceps et, si l'extraction n'est pas rapidement menée, ces compressions diminuent d'autant les chances du fœtus.

***

Nous parlerons plus longuement des anomalies de la situation du cordon.

Mais d'abord quelle est la situation normale du cordon? Normalement, le cordon est devant le tronc, avec les membres, dans le creux qui sépare la bosse céphalique de la masse pelvienne ; il flotte dans un lac amniotique. Il ne descend pas parce qu'il n'y a pas de place pour passer entre la tête et le segment inférieur qui la moule.

On peut décrire trois anomalies de position :

1° une anse du cordon s'engage entre la tête et le segment inférieur, c'est la procidence du cordon ;

2° une anse du cordon quitte sa situation normale et s'engage sans procider entre le dos et l'utérus ; ce fait dont la réalité est indéniable se rapproche, par son histoire clinique, de la procidence ;

3° une partie du cordon s'enroule autour du cou du fœtus ou autour d'un membre, c'est le circulaire du cordon.

***

Nous étudierons, d'abord, les anses procidentes.

Quelques mots de définition. On distingue les procidences du procubitus. Dans les deux cas, l'anse est prolabée ; mais, dans le procubitus, la poche des eaux est intacte et, dans la procidence, elle est rompue. Il s'agit donc d'un même fait topographique, mais de deux circonstances cliniques diverses. Cette différence d'appellation est justifiée, car le pronostic est très différent suivant l'éventualité : il est infiniment rare en effet que la situation soit grave pour l'enfant tant que les membranes sont intactes.

Par ailleurs, en nous tenant sur le terrain des définitions, il convient de différencier la laterocidence où l'anse prolabée est entre la tête et les parois du canal génital d'avec la procidence, où l'anse descend plus bas que la tête, et peut descendre dans le vagin ou même à l'extérieur.

La procidence du coude est, heureusement, une éventualité assez rare. La plupart des livres classiques lui attribuent une fréquence d'un pour quatre cents.

Les conditions qui favorisent la procidence du cordon sont multiples, mais elles peuvent se ramener à une cause principale qui est l'imparfaite adaptation de la tête et du segment inférieur.

Tout ce qui empêche la bonne adaptation peut amener une procidence du cordon. Comme d'habitude nous répartirons ces facteurs étiologiques en trois groupes : groupe de facteurs maternels, groupes de facteurs fœtaux, groupes de facteurs ovulaires.

Facteurs maternels : 1° Les multipares sont beaucoup plus exposées aux procidences que les primipares, parce que le tonus moindre de leur utérus empêche la bonne coaptation de la tête et du segment inférieur.

2° Le bassin vicié s'observe très souvent en association avec la procidence. Hildebrand l'a relevé dans un tiers des cas. Aussi quand on découvre une procidence, faut-il toujours se demander s'il n'y a pas un rétrécissement du bassin, ce qui est susceptible d'influer sur le problème thérapeutique.

3° La contracture utérine est une cause fréquente de prolapsus, parce qu'elle empêche la descente physiologique de la tête et qu'elle gêne ainsi la prise de contact avec le segment inférieur.

Facteurs fœtaux. — 1° Les petites têtes, les têtes de jumeaux laissent facilement passer à côté d'elles le cordon.

2° Les présentations vicieuses sont une cause de procidence facile à comprendre : sur 287 procidences, Guérin-Valmale relève 169 sommets, 75 sièges, 41 épaules et 2 faces.

3° Les procidences des membres favorisent les procidences du cordon. « Les procidences s'appellent, disait Madame Lachapelle ». Parmi les procidences des membres, il faut citer les procidences thérapeutiques qu'on réalise en faisant l'abaissement prophylactique du pied en cas de siège décompleté ou en faisant la manœuvre de Braxton-Hicks.

(1) Leçon faite à la Faculté de Médecine en juin 1931.

Facteurs ovulaires. — 1° Un cordon anormalement long favorise la procidence.

2° L'excès de liquide amniotique empêche l'exacte adaptation de la tête et du segment inférieur et elle agrandit le lac amniotique où le cordon est habituellement pelotonné.

3° L'insertion du placenta sur le segment inférieur expose tout particulièrement le cordon à être comprimé. On peut dire que le cordon court les plus grands risques d'être comprimé sans qu'il y ait procidence proprement dite. Les risques deviennent encore plus grands si sur ce placenta bas, le cordon a son insertion à la partie déclive ; or ce fait est très fréquent comme l'a montré Levret.

***

Voilà bien des conditions qui favorisent les procidences, qui prédisposent le cordon à descendre. *Voyons quelles sont les causes efficientes qui réalisent la procidence.*

Premier mécanisme. — Un flot de liquide amniotique qui s'écoule avec rapidité peut entraîner le cordon, cette éventualité se voyant en cas d'hydramnios ou en cas d'une forte tension intra-utérine.

Deuxième mécanisme. — MATTHEWS DUNCAN a supposé que le cordon pouvait être chassé, qu'il pouvait être « exprimé » par une contraction utérine anormale telle que cela s'observe en cas de contracture.

Troisième mécanisme. — Madame HENRY avait remarqué que beaucoup de procidences se produisent quand il y a déjà un circulaire lâche du cordon, qui a amené la tige funiculaire hors de sa situation normale.

***

Le diagnostic de la procidence se fonde sur les signes de souffrance fœtale et, en plus, sur la constatation de l'anse prolabée.

Si la poche des eaux n'est pas rompue et si on en explore soigneusement le contenu, on pourra percevoir le cordon mobile, fugitif, sautillant dans la poche. Il faudra le diagnostiquer d'avec les vaisseaux d'une insertion vélamenteuse : mais les battements de ceux-ci sont toujours sentis au même point sous forme d'une ligne droite ou sinueuse alors que les vaisseaux de l'anse prolabée sont mobiles.

Si la poche des eaux est rompue, on percevra directement le cordon, à moins qu'il ne s'agisse d'une laterocidence. Dans ce dernier cas, si on est amené à pratiquer un toucher manuel, on arrivera sur l'anse.

Le toucher permettra de percevoir les battements du cordon. Il va de soi que s'ils existent le fœtus est vivant. S'ils sont supprimés, il n'est pas forcé que le fœtus soit mort. BALARD a expliqué ces faits en supposant qu'un certain degré de compression peut amortir les battements tout en permettant la circulation du sang.

***

Le *pronostic maternel* ne comporte en soi nulle gravité. Cependant il faut tenir compte que le désir de sauver l'enfant a fait tenter des interventions dangereuses pour le col utérin, voire même pour le corps.

Le pronostic fœtal est grave : on a pu dire 40 % de mortalité dans les cas traités et 80 %, au moins, dans les cas non traités.

Le pronostic est plus grave dans les cas où l'état de procidence dure longtemps ; il est, donc, d'autant plus grave que la dilatation est moins avancée.

Le pronostic est plus grave dans les procidences antérieures que dans les procidences postérieures.

Le pronostic est plus grave dans les têtes que dans les sièges, il est plus grave dans les sièges que dans les épaules qui n'appuient presque pas sur le segment inférieur.

Le pronostic est moins grave que dans les cas où il y a procidence d'un membre, celle-ci pouvant empêcher la tête d'écraser le cordon contre les parois du canal génital.

***

Que faut-il faire en cas de procidence du cordon ?

Pendant le travail, nous considérerons d'abord *le cas de membranes intactes et de dilatation incomplète.* Il faut faire l'impossible pour éviter la rupture des membranes et pour obtenir la dilatation la plus poussée possible : il sera bon de mettre la patiente en position de Trendelenburg soit sur une table d'opération, soit au moyen d'un dispositif improvisé ; la position génupectorale pourra également rendre service pour combattre le prolapsus du cordon.

Quand la dilatation est complète, on rompra les membranes et, étant donné qu'il s'agit d'une tête élevée, on aura recours, le plus souvent, à la version par manœuvres internes. Cependant le forceps pourra quelquefois rendre des services surtout si on a pu rendre la tête plus accessible en faisant faire de l'expression au moment où on a rompu les membranes.

Passons enfin au cas *où les membranes sont rompues et où la dilatation n'est pas complète* ; là encore la position de Trendelenburg peut rendre de signalés services, mais il est exceptionnel, qu'à elle seule, elle permette la réduction du cordon prolabé ; il ne faut donc compter sur elle qu'à titre de moyen adjuvant. Ce qu'il faut, c'est réduire la procidence. Pour cela, on introduit la main dans le vagin et les doigts dans l'utérus. C'est quelquefois très laborieux de remonter le cordon : il faut remonter l'anse procidente plus haut que les saillies de la tête fœtale ou, comme l'enseigne Demelin, plus haut que l'anneau de contracture.

Certains auteurs au lieu d'employer la main emploient les rétropulseurs, rétropulseurs improvisés au moyen d'une sonde, rétropulseurs fabriqués de toute pièce.

Si la procidence se reproduit, il pourra être indiqué de mettre un ballon de Champetier de Ribes de façon à empêcher la descente de la tête et à assurer la dilatation. Certains accoucheurs ont réalisé en laissant leur main en place une protection manuelle du cordon pendant une heure, deux heures ou même trois heures ; mais il ne peut en être question que dans les cas où la dilatation marche bon train.

Enfin, dans les cas où, en plus de la procidence, il existe un obstacle à l'accouchement, dans les cas où il y a en somme, une dystocie complexe, on pourra être autorisé à employer la césarienne sous condition qu'il n'y ait pas de risque d'infection.

***

Ayant terminé l'étude des procidences, nous allons aborder une autre anomalie de situation qui est le *circulaire du cordon*.

Cette éventualité est très fréquente : 20 % environ.

Les circulaires peuvent être enroulés autour du cou ou, plus rarement, autour du tronc ou autour d'un membre.

Le circulaire le plus banal est moyennement serré. Parfois il est très serré et on l'a vu exceptionnellement assez serré pour creuser des sillons dans les tissus du fœtus. Le circulaire peut être lâche, ce qui est très dangereux, car il peut se compliquer de procidence.

Un circulaire roulé autour du cou raccourcit le cordon de 20 centimètres environ.

Il peut résulter de la présence de plusieurs circulaires une brièveté relative du cordon. Cette brièveté gêne la

descente de la tête : la tête remonte après chaque poussée. On pourra parfois faire le diagnostic par la constatation de cette « remontée » et, aussi, par le fait que les tractions exercées sur la surface d'insertion placentaire déterminent une tension inégale des deux moitiés de l'utérus, le côté où s'insère le placenta se contractant plus fermement.

Habituellement, un ou deux circulaires ne gênent en rien le travail. Il n'en est pas de même si les circulaires sont nombreux. Pourtant on a eu des enfants vivants avec sept ou huit circulaires ; mais il faut dire que, dans ces cas, le cordon est anormalement long, ce qui annihile les mauvais effets des circulaires.

Le pronostic est meilleur chez les multipares que chez les primipares.

Le pronostic est meilleur dans les sommets que dans les faces et dans les sièges. Dans la face, il arrive que le circulaire soit écrasé dans le sillon de la nuque. Dans les sièges, les tiraillements exercés sur le circulaire peuvent être dangereux.

Le *traitement* des circulaires est, en général, des plus simples. Au cours de l'expulsion, dès que le menton est à l'extérieur, on introduit un ou deux doigts le long du cou du fœtus pour s'assurer de la présence de circulaires et s'il en existe un ou plusieurs, on insinue l'index en crochet entre le cordon et le cou de façon à extérioriser l'anse du cordon. Si le circulaire est suffisamment lâche, on le fait passer par dessus la tête ou, encore, on s'arrange pour le faire passer par dessus les épaules, au fur et à mesure qu'on les dégage. Si, au contraire, le circulaire est serré, il faudra poser sur lui, à deux centimètres de distance, deux pinces de Kocher et sectionner entre ces deux pinces sous le contrôle du doigt avec des ciseaux mousses.

Il est exceptionnel que les circulaires du cordon soient diagnostiqués pendant la grossesse et qu'il soit nécessaire de les traiter à cette époque. Mentionnons, cependant, l'observation classique de Charrier : une dame, à sa première grossesse, met au monde un enfant mort et Charrier croit pouvoir attribuer cette mort à un triple circulaire du cordon. A la grossesse suivante, peu avant le terme, il interrompt la grossesse et extrait, baignant dans le méconium, un enfant qui avait lui aussi trois circulaires du cordon et qu'il put ranimer. Cette histoire est une belle histoire ; mais elle peut ne servir de fondement à une doctrine thérapeutique.

***

Nous citerons pour mémoire comme cause de compression du cordon la présence de certaines brides amniotiques qui écrasent le cordon au cours de la vie intra-utérine et amènent la mort du fœtus.

***

Nous allons maintenant étudier les anomalies morphologiques du cordon qui peuvent déterminer un trouble de la circulation funiculaire.

La compression du cordon est, alors, intrinsèque. Dans ce groupe, nous trouverons les nœuds du cordon, la torsion exagérée et les tumeurs du cordon.

***

Les nœuds du cordon ne sont pas rares. Ils se rencontrent environ une fois sur deux cents.

Les *causes* en sont un excès de longueur du cordon ou un excès de mobilité, soit qu'il y ait hydramnios soit que le fœtus soit trop agité.

On a décrit des *nœuds récents* qui se forment au cours de l'accouchement et des *nœuds anciens* qui sont plus serrés. Souvent, ces nœuds anciens sont fixés par des adhérences de l'amnios ; la gélatine de Wharton est atrophiée au niveau du nœud : les vaisseaux sont plus ou moins lésés ; il y a œdème du cordon entre le nœud et le placenta et, parfois, il y a œdème du placenta. De tels nœuds peuvent gêner le développement du fœtus et amener sa mort *in utero*.

Il est rare, cependant, qu'un et même plusieurs nœuds tuent le fœtus. Pourtant on a vu des cas où un seul nœud semblait bien devoir être responsable (1).

Je voudrais attirer votre attention sur une éventualité qui rend les nœuds plus dangereux, c'est quand il y a présence d'un nœud sur une anse procidente. Les expériences de Lefour ont bien expliqué la gravité de ces cas.

***

J'en arrive maintenant aux troubles circulatoires que peut causer une **torsion exagérée du cordon**. En général le cordon fait cinq à dix tours de spirale et, parfois, seulement, trois, deux, un. Mais inversement, il peut y avoir un plus grand nombre de tours : trente, soixante ou plus encore, puisque dans un cas SCHAUTA en a compté trois cent quatre vingts. Il arrive qu'une torsion exagérée puisse déterminer l'arrêt de la circulation et la mort de l'enfant. Mais il arrive aussi que malgré de très nombreux tours de torsion, le sang passe et que l'enfant se développe parfaitement.

Observations sur des malades pulmonaires traités à l'air ionisé

Par le Prof. Dr **A.-L. DE TCHIJEVSKY** et Dr **N.-K. UTZ** (Moscou)

La région de la médecine, aussi vaste qu'est la physiothérapie en général et la climatothérapie en particulier, est étroitement liée à la question de l'influence de l'air ionisé sur l'organisme. Beaucoup de méthodes physiques de traitement sont accompagnées par l'apparition dans l'air environnant le malade d'une quantité considérable d'ions de tel ou tel caractère. Beaucoup de localités, où le séjour est favorable à l'état de l'organisme se distinguent parce que l'air y est saturé d'ions à un degré surpassant généralement le moyen degré d'ionisation.

Voici pourquoi la question surgit tout d'abord : l'effet thérapeutique obtenu comme résultat de telle ou telle action physico-thérapeutique ou de traitement climatique, ne peut-il être expliqué par l'action en somme de tous les facteurs physiques donnés, les ions y compris. Il est donc naturel de considérer la question de l'influence des ions aériens sur l'organisme comme une question climato- et physiothérapeutique dans la pleine acception du mot.

Les ions, comme on le sait, surgissent dans l'air (ou dans le gaz) sous l'action d'un espace défini de facteur physique (rayons ultra-violets et rayons X, radiations radioactives, radiation pénétrante, réactions chimiques, pulvérisation de l'eau, effluve électrique, etc.) Ce sont des parties de molécules gazeuses, fondues à l'effet de quelque ionisateur et portant des charges électriques de tel ou tel caractère (ions positifs et négatifs). Les ions se divisent en deux classes, selon leur grandeur : les ions petits ou légers et les ions grands ou lourds. Ces derniers sont un agrégat de petits ions et ne possèdent qu'une mobilité insignifiante dans le champ électrique.

La quantité de tels ou tels ions dans l'air atmosphérique dépend de la force de l'ionisateur et de la pureté de l'air

(1) A la séance du 2 mars 1931 de la *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, j'ai présenté une observation qui illustre la difficulté de rapporter la cause de la mort *in utero* à un nœud du cordon ou à une autre cause.

(poussière, particules d'eau). Les mesurages de degré d'ionisation de l'air ont démontré que la quantité des ions dépend de conditions météorologiques, géologiques et topographiques et varie selon les saisons et les heures (du jour ou de la nuit), subissant parfois de fortes oscillations. Comme règle générale la quantité d'ions de l'air est beaucoup plus considérable en été qu'en hiver, de même que, pendant un temps beau et sec, il y en a plus que pendant la pluie, etc.

Il n'y a que peu de temps comparativement que surgit la question de l'influence de l'air ionisé sur l'organisme, de même que celle de l'action prophylactique et thérapeutique des ions gazeux. C'est à Caspari et Aschkinass que sont dues les premières suggestions en cette direction (1903), de même qu'à A. P. Sokolov (1903). Ce dernier émit entre autre l'hypothèse sur le mécanisme de l'action de l'air ionisé sur l'organisme. A son avis cette action s'effectue principalement au moyen des voies respiratoires pendant que nous aspirons l'air, qui entraîne avec soi les ions légers, de même que lourds, ces derniers surtout, c'est pourquoi il est possible à l'air ionisé de se manifester dans les processus pulmonaires, aux endroits du contact de l'oxygène avec le sang et dans le processus de l'oxydation du sang.

Plus de vingt ans s'écoulèrent depuis ces premières suggestions jusqu'au moment où les travaux expérimentaux de A. L. de Tschijevsky (1922-1929) établirent pour la première fois le fait que l'air ionisé est, en effet, un agent biologique et exerce une action prophylactique, de même que thérapeutique, dans toute une série de cas.

L'auteur ci-dessus nommé, étudia tout d'abord la question de l'influence de divers degrés d'ionisation de l'air sur l'activité motrice et sexuelle des animaux. De nombreuses investigations l'amenèrent à la conclusion que l'air ionisé hausse le nombre d'actes moteurs et sexuels, et influe, conséquemment d'une façon excitante sur la sphère névro-psychique de l'animal.

Tout en faisant ces expériences, qui durèrent pendant plusieurs années, l'auteur fit toute une série d'observations, qui furent la base de beaucoup d'investigations ultérieures. Nommément il faut noter que les animaux, soumis systématiquement à l'effet de l'air ionisé, grandissaient plus vite et augmentaient en poids plus que ceux de contrôle, produisant en même temps une génération plus saine.

Dans le but de vérifier cette observation spécialement, A. L. de Tchijevsky effectua en 1925-1926 des recherches sur l'influence de l'air ionisé sur le cours de la tuberculose du péritoine et des poumons des cochons d'Inde. Le résultat en fut résumé par l'auteur de la sorte : l'influence thérapeutique de l'air ionisé se manifesta, paraît-il, non en une action bactériocide directe de l'air ionisé, mais en une mobilisation permanente de toute une série de forces protectrices de l'organisme en une excitation constante de l'organisme à une activité vitale.

La dite conclusion fut confirmée ultérieurement dans les années 1925-1926 par des expériences du même auteur faites avec un chimpanzé et des hommes ensuite, malades de la tuberculose et avec d'autres animaux (1926-1930) au laboratoire pratique de zoopsychologie (Moscou).

A partir du printemps 1929 ce fut N. K. Utz, qui, sur la proposition de A. L. Tchijevsky, procéda à la recherche ultérieure de l'influence de l'air ionisé sur les maladies pulmonaires, profitant, dans ce but de l'aeroionocamera, construite par V. A. Mikhin d'après le système de A. L. de Tchijevsky.

On obtenait l'ionisation de l'air dans le cas sus-dit, au moyen d'effluve électrique, c'est-à-dire moyennant l'affluence de l'écoulement de l'électricité de pointes, ajustées à un filet métallique ayant un courant de haute tension et suspendu au plafond de la salle sur un cadre isolé spécial avec un pulvérisateur aérien. Le degré d'ionisation se tenait d'ordinaire dans les limites de 50.000 à 100.000 ions dans 1 cc. d'air. L'ionisation était principalement du signe électro-négatif. Il est nécessaire de noter que le mesurage de la quantité d'ions dans l'air, étant fort compliqué, ne pouvait toujours être effectué et le dosage portait un caractère plutôt empirique. Les malades étaient soumis quotidiennement à l'influence de l'air ionisé, les séances étant de 15 minutes au commencement et jusqu'à une heure, une heure et demie à la fin de leur séjour dans l'air ionisé.

Nous citons ici quelques observations faites sur des malades pulmonaires, traités par l'air ionisé sous le contrôle médical de N. K. Utz.

I

Malade T., 40 ans, ouvrier, responsable. Sœurs mortes de la tuberculose. Conditions d'existence et de nutrition ont toujours été satisfaisantes. A souffert de pleurésie sèche en 1913.

Tuberculose des poumons établie au moyen des rayons X après grippe en 1926.

S'est bien senti jusqu'en 1929. Après grippe en janvier-février 1929 le processus devient actif.

Bacilles Koch 1-10 dans le champ visuel découverts en expectorations en mai 1929. Entra au sanatorium Grebnevo le 15 juillet 1929 et y resta jusqu'à octobre. Bacilles Koch et fibrilles élastiques furent trouvés en expectoration au commencement de son séjour au sanatorium et disparurent à son départ, quand il se sentait bien. Diagnostic du sanatorium. : 11 B. K., tuberculose pulmonaire fibreuse. *Rœntgenoscopie*, mai 1929. Obscurcissement du sommet droit, nœud épaissi sous la côte. Sommet gauche trouble, deux foyers au-dessus de la clavicule. Dans la région de l'articulation sterno-claviculaire, clarification annulaire (caverne extrémité costale).

Réaction de la précipitation des érythrocytes : 7. Arriva le 20 mars 1930, se plaignant de maux de tête, de faiblesse générale, de prompte fatigue.

Phénomènes objectifs découverts : respiration dure avec un semblant bronchial à droite, jusqu'à la 3e côte à la face antérieure et jusqu'au milieu de l'omoplate à sa face postérieure. Râles humides après toux. Respiration affaiblie de la même région à gauche.

Après deux semaines d'aéroionothérapie le malade se sentit plus fort et plus robuste. La quantité d'expectoration diminua jusqu'à quelques crachats par jour. Le sommeil redevint bon.

L'ionisation fut terminée le 26 juin 1930. Température normale. Point de toux, ni d'expectoration. La dyspnée disparut même au mouvement de course. Appétit et sommeil bons. Les maux de tête cessèrent. Supporta facilement son service officiel ; se sentit enfin tout à fait bien portant.

Phénomènes objectifs : respiration dure à droite jusqu'à la 3e côte à sa face antérieure et jusqu'au milieu de l'omoplate à sa face postérieure. Absence de râles. Respiration affaiblie de la même région à gauche. Respiration affaiblie à gauche sous l'omoplate. Réaction de la précipitation des érythrocytes, 7.

II

Malade M., 25 ans, ouvrière, invalide. III. B. K., tuberculose pulmonaire caverneuse progressive.

Point de tuberculose dans la famille. Conditions d'existence et de nutrition étaient satisfaisantes. Absence de maladies pulmonaires.

Entre le 4 novembre 1929, se plaignant de maux dans le dos et dans les omoplates, faiblesse, toux avec expectorations.

Après une pleurésie sèche en 1924 des bacilles de Koch furent manifestés dans l'expectoration et alors même un penumothorax artificiel fut appliqué au poumon droit. Le pneumothorax fut continué jusqu'en 1927 quand une exsudation apparut avec haute température et l'état général empira visiblement : commença à perdre du poids. Au moment actuel température le matin, 37°2, vers le soir 37°6. Toux, expectoration, 20-30 c. Douleurs dans le dos et dans le sommet gauche. B. K. de 1-2 dans le champ visuel. Réaction de la précipitation des érythrocytes. 25. Humeur abattue. Fréquents maux de tête.

Phénomènes objectifs. Son assourdi à la percussion à droite jusqu'à la 4e côte par devant et jusqu'à l'extrémité inférieure de l'omoplate à sa face postérieure. Respiration dure, avec nuance bronchiale. Beaucoup de râles humides. A gauche respiration altérée par devant jusqu'à la 3e côte, jusqu'au milieu de l'omoplate à sa face postérieure. Râles humides dans cette région.

Rœntgénoscopie 4 janvier 1929, à l'hôpital Babuhinsky.

Obscurcissement du tiers supérieur du champ pulmonaire droit avec une éclaircie relative sous la clavicule et ayant une brusque limite inférieure. Obscurcissement du quart extérieur de la moitié inférieure du poumon droit. Le dôme droit du rein est immobile. Le sinus droit ne s'ouvre presque pas.

Après 9 séances d'application de l'air ionisé la température devint normale. Se sent mieux et ne sent pas la fatigue. Bon appétit. Tousse moins, expectoration diminua et devint moins purulente.

Le processus devint plus aigu au mois de décembre grâce à un refroidissement, ce qui se manifesta par une hausse de température à 37°3, l'apparition d'une grave quantité de râles dans les poumons, la réaction de la précipitation jusqu'à 33 et l'état général empira. La

malade continue les séances d'ionisation et remarque après chaque fois une certaine amélioration dans l'état génétal de sa santé.

A la fin de janvier elle tomba malade de grippe et d'angine avec température à 38° et ne fut plus en état de fréquenter les séances. Les poumons ne furent pas atteints par la grippe. Précipitation des érythrocytes 19. En février la malade recommença ses séances d'ionisation, et l'état général de sa santé s'améliora promptement. Malgré qu'elle souffrît de la diarrhée pendant 2 semaines au mois de mars son état général et les phénomènes objectifs continuèrent à s'améliorer. Au commencement de mai la malade quitta pour la campagne, pour y passer deux semaines et observa un brusque changement pour le pis de son état général, avec température subfébrile et des maux au côté. Ceci fut la raison de sa rentrée à Moscou, où elle continua exactement ses séances.

Vers le 30 juin elle finit l'aéroionithérapie se sentant parfaitement bien, avec pleine absence de toux et d'expectoration et la température étant normale. La précipitation des érythrocytes était alors 20.

Phénomènes objectifs : respiratoin assourdie et dure avec un semblant bronchial à droite par devant jusqu'à la 4e côte et jusqu'à l'extrémité inférieure de l'omoplate à sa face postérieure. Respiration dure à gauche, par devant jusqu'à la 3e côte, jusqu'au milieu de l'omoplate à sa face postérieure.

Il y faut ajouter que la malade demeure à Kuntzevo et vient à Moscou en autobus, s'arrêtant à 3 kilom. de distance de son domicile. Durant tout le temps des observations elle n'a jamais pu être rassasiée grâce à de pénibles conditions matérielles.

La rœntgénoscopie du 15 avril montra : pas de cavernes manifestées, ni à droite, ni à gauche.

III

Malade M. 35 ans, s'occupa du ménage III. tuberculose pulmonaire fibro-caverneuse.

Dans sa famille, son frère, âgé 20 ans, malade de la tuberculose beau-frère, 32 ans, *idem*. Conditions d'existence et de nutrition étaient toujours satisfaisantes. Maladies pulmonaires, pas annotées.

En 1912, souffrit d'un processus caverneux du côté droit avec température 38°5. Pneumothorax artificiel appliqué jusqu'en 1915. Complètement remise, elle se marie et donne naissance à quatre enfants, tous robustes. Durant les derniers six mois elle commença à se sentir mal, perdit du poids, température jusqu'à 37°4.

Phénomènes objectifs :

A droite : respiration dure avec un semblant bronchial jusqu'à la 3e côte par devant.

Respiration dure avec nuance amphorique jusqu'au milieu de l'omoplate.

A gauche : expiration dure au sommet à sa face antérieure, respiration dure avec nuance bronchiale, jusqu'au milieu de l'omoplate à sa face postérieure.

Réaction de la précipitation des érythrocytes, 28.

Elle fut observée depuis le 11 novembre 1929. Elle avait commencé son traitement d'aéroionothérapie le 15 octobre et avait été à ma demande sous observation d'un autre médecin. Au dire de la malade l'état de sa santé, de même que sa disposition d'humeur avant le traitement par l'aéroionothérapie avaient été très mauvais ; température 37°3, 37°6, grave faiblesse le matin, vertige et abattement psychique. Son mari avait été arrêté à cette époque et était sous jugement révolutionnaire. Les premières 8 séances ne provoquèrent aucun changement, mais, à commencer par la 9e séance, la température devint tout d'un coup normale, elle sentit l'énergie lui revenir et le désir de travailler. L'appétit lui revint de même qu'un bon sommeil pendant la journée, après quoi elle était en état de travailler, jusqu'à 10-11 heures. Au dire du médecin observant qui l'avait examinée le 25 octobre 1929 et le 7 novembre 1929, beaucoup de râles disparurent dans le poumon droit.

Du 7 au 12 novembre la malade fut obligée d'interrompre sa cure, grâce à des circonstances de famille et la température monta de suite à 37°4, avec toux et sueurs nocturnes, qui commencèrent à disparaître à mesure qu'elle visitait régulièrement les séances.

Grâce à ces dernières la malade se sent parfaitement bien. La réaction de la précipitation des érythrocytes, vacille entre 8 et 12 et ne monta qu'une fois à 18 pendant la période menstruelle. Absence de toux et d'expectorations. Température normale. Durant la période menstruelle monta pendant deux jours à 37°4 vers le soir.

Cet état admirable de la malade continua jusqu'en avril. Le 14 avril 1930 elle eut extrêmement froid, la température monta à 37°4, maux de poitrine, dyspnée, sueurs nocturnes lui revinrent. Réaction de la précipitation des érythrocytes, 35.

25 avril 1930 : Toux le matin, température 34°3 vers le soir. Dyspnée disparue. Sueurs nocturnes, points. Réaction de la précipitation des érythrocytes, 30.

Au mois de mai la malade passe deux semaines au sanatorium. Augmente 7 livres de poids et termine son traitement le 30 juin avec température normale, absence de toux et expectoration.

La malade prit du service et travaille intensivement 10-12 heures par jour ; avec cela il est à remarquer que les conditions matérielles ne lui ont pas donné la possibilité de se nourrir suffisamment durant tout le temps du traitement.

IV

Malade O., 37 ans. Profession : trichinoscopiste. III. B. K., tuberculose pulmonaire fibro-caverneuse progressive.

De tuberculose dans la famille, point. Conditions d'existence et de nutrition ont été satisfaisantes. Ne note pas de maladies pulmonaires.

Tomba malade en 1910. Tuberculose du poumon gauche. Absence de B. K. en expectoration. Après que la température redevint normale se traita par la tuberculine. Se sentit parfaitement bien jusqu'en 1927, quand un cas pénible de malaria provoqua une exacerbation du processus. Après grippe en 1928, B. K. apparurent dans l'expectoration. Se traite pendant 4 semaines à l'air ionisé. Au début du traitement avait la température subfébrile, avec forte dyspnée et maux de tête. Grande toux. Expectoration. Réaction de la précipitation des érythrocytes, 46.

Phénomènes objectifs. *A droite* : respiration dure avec nuance bronchiale par devant jusqu'à la 3e côte et jusqu'au milieu de l'omoplate à sa face postérieure. Râles humides dans cette région. Bruit de friction de la plèvre sous l'omoplate.

A gauche. Respiration dure avec nuance amorphique par devant jusqu'à la 4e côte et jusqu'à l'extrémité inférieure de l'omoplate à sa face postérieure. Râles humides en grandes quantités. Symptômes morbides ont diminué pendant le traitement.

En novembre la malade manifeste meilleur appétit et bonne humeur. Moins de toux, beaucoup moins d'expectoration. Réaction de la précipitation des érytprocytes, 37.

En janvier, la malade remarque diminution de dyspnée : elle monte facilement un escalier de trois étages, traverse de grandes distances à pied. Presque plus de toux et d'expectoration. Augmentation de capacité de travail. A la fin d'avril fut affectée de la grippe avec température jusqu'à 38°4. La grippe ne donna pas de complications aux poumons. Toux insignifiante, seulement le matin. Absence presque complète de dyspnée. Se sent bien.

19 juin un mal subit au côté droit avec température jusqu'à 38°5 mais redevient normale au bout de 3 jours. Le 26 juin, aucune modification dans les poumons ne se fait remarquer. Se sent parfaitement bien. Toux avec une quantité insignifiante d'expectoration seulement le matin. Réaction de la précipitation des érythrocytes, 32. Il est à noter que la malade demeure au delà de l'une des barrières les plus éloignées de Moscou, est continuellement au service et vient aux séances d'aéroionothérapie à l'autre bout de la ville. Elle a perdu du poids depuis octobre jusqu'à juin et tout dernièrement 3 livres encore, ce qu'elle explique par un changement de conditions matérielles et une plus maigre nutrition.

V

Malade N., 25 ans, invalide. III. B. K., tuberculose pulmonaire fibro-caverneuse progressive. Sous observation depuis le 21 novembre 1929. Plaintes : grande faiblesse, toux avec expectoration et dyspnée.

Point de tuberculose dans sa famille. Conditions d'existence et de nutrition furent toujours satisfaisantes. N'a pas souffert de maladies pulmonaires.

Les premiers symptômes de la maladie. (toux, expectoration, maigreur) se manifestèrent en 1924. C'est alors que furent trouvés les B. K., la température étant normale.

En 1926, hémoptysie avec température jusqu'à 38°. Fut au sanatorium pendant 3 mois et se remit assez bien, quoique l'hémoptysie se répétât deux fois par an.

Depuis l'automne de 1926 perdit la capacité de travailler. Se traita à la sanocrysine et se sentit bien pendant ce traitement. Bientôt après commença à se mal sentir, température le matin 37°2, soir 38°. Toux, dyspnée, mais peu de poids perdu.

Commença le traitement à l'air ionisé au mois de mars 1929. Fut soumis à 80 séances. Commença à se mieux sentir, température vers le soir, 37°2. Ses forces augmentèrent. Les séances cessèrent au milieu de l'été.

Recommença le traitement à l'aéroionothérapie le 24 septembre 1929. Au commencement d'octobre exacerbation alternative avec température de 40°, mais n'interrompit pas le cours d'ionisation et cette exacerbation fut de plus courte durée qu'à l'ordinaire. Réaction de la précipitation des érythrocytes, 58.

Rœntgenoscopie des poumons et du cœur.

2 févrièr 1930. Champ pulmonaire gauche trouble et rétréci ; de grands foyers de densité, des condensations compactes se font remarquer sur toute l'étendue, des altérations destructives peuvent être possibles à certaines places ; une ombre annulaire suspecte dans

le sens de caverne se fait voir sous l'extrémité acromiale de la clavicule. On observe un faisceau vasculaire, bronchial augmenté, des condensations pulmonaires renforcées et par places, de petits foyers denses dans le champ pulmonaire droit. L'ombre cordiale vasculaire est altérée et déplacée à gauche par suite d'altérations cyrrotiques dans le poumon gauche.

Phénomène objectif.

A droite : Râles humides au-dessus de la clavicule, aspiration dure au dessus de l'omoplate.

A gauche : Râles humides de divers calibres sur toute l'étendue du poumon.

Le malade fut sous observation jusqu'au 24 mars 1930. Pendant ce temps là, la température était parfois 37°4 vers le soir, mais généralement se tenait à 37°2 à la même heure de soir. La toux ne continua que le matin. Peu d'expectoration et quantité de B. K. de 10-20 dans le champ visuel (auparavant 100 et plus). Se sentait parfaitement bien. Bon appétit. Il y eut hémoptysie en janvier, mais sans aucune hausse de température. Ses forces augmentèrent au point de pouvoir travailler. Réaction de la précipitation des érythrocytes, 52. Les râles humides de divers calibres se convertirent durant cette période de temps en râles secs de craquement.

Il faut noter que le malade était toujours dans des conditions matérielles exclusivement pénibles.

VI

Malade M., 16 ans, étudiant. C. III. B. K., tuberculose pulmonaire exsudative. Entra sous observation le 15 janvier 1930. Etat de santé des plus pénibles. On lui a donné le bras pour l'amener, on parlait pour lui, car à force de faiblesse et de dyspnée, il ne pouvait rien dire lui-même.

Point de tuberculose dans sa famille. Conditions d'existence et de nutrition étaient toujours satisfaisantes. Maladies pulmonaires, non notées.

Fut affecté en été 1925 par une maladie non expliquée avec température jusqu'à 40° et des maux dans le côté gauche. Commença ensuite à maigrir. En 1926 une caverne subclaviculaire fut diagnostiquée. Ne se sentait pas mal. Il passa 7 mois au sanatorium, la question fut soulevée, concernant l'application du pneumothorax, mais fut décidée négativement.

Fut affecté de la grippe en 1928. Revisita le sanatorium, mais sans se remettre.

B. K. trouvés en avril 1929.

Etat de santé empira brusquement en août 1929 ; température 38°8 vers le soir. Maigreur brusque, sueurs nocturnes, dyspnée, faiblesse progressive ; toux poignante. Beaucoup d'expectoration. Réaction de la précipitation des érythrocytes, 47.

Phénomène objectif :

A droite : Bruit de friction de la plèvre au-dessus de la clavicule ; râles humides au-dessous de la 3e côte par devant. Respiration affaiblie au-dessus de l'omoplate.

A gauche : Respiration amphorique par devant jusqu'à la 3e côte, râles humides de divers calibres sur toute l'étendue du poumon.

Malgré que le cas donné fut manifestement désespéré, il fallut se rendre aux prières d'essayer l'application de l'aéroionothérapie. Vu que le malade demeurait non loin de l'électro-cabinet, sa mère l'amenait en fiacre deux fois par jour.

Le 3 février 1930, le malade vint tout seul. Les modifications qui s'étaient opérées durant ce laps de temps offrirent le plus grand intérêt. Il se sentit déjà beaucoup mieux. Grand appétit. Moins de toux et d'expectoration. Les sueurs nocturnes disparurent presque entièrement. Quoiqu'il eût encore de la dyspnée, il fut capable de venir tout seul en tramway. Réaction de la précipitation des érythrocytes, 45.

VII

Malade F., 45 ans. S'occupe de ménage.

Diagnostic : Asthme bronchiale.

Fut sous observation depuis le 19 décembre 1929. Plaintes : attaques d'asthme après la moindre agitation, toux sèche, douloureuse.

Père et mère bien portants. Une sœur morte de la tuberculose ; une sœur malade de la tuberculose. Conditions de nutrition moyennes. Conditions d'existence très pénibles. Souffrit souvent de la bronchite dans son enfance.

En juin 1929 fut affectée d'une neuralgie du côté gauche de la tête après quoi le côté gauche du larynx fut paralysé. Attaques pénibles d'asthme, après la moindre agitation en août 1929. Siccité du gosier. Se traita par la gymnastique respiratoire. Attaques fréquentes, mais moins pénibles.

On manifesta : respiration affaiblie dans les parties inférieures du poumon gauche. Râles secs sifflants sur toute l'étendue du poumon gauche.

Le 6 janvier 1930 la malade annote absence d'attaques. A la suite d'agitation elle ne souffre que de dyspnée qu'elle supporte facilement. Appétit revenu. Etat beaucoup plus calme. Toux sèche soudaine jusqu'à vomissement. Réaction de la précipitation des érythrocytes, 42.

La malade annote le 20 janvier, diminution de toux, avec restant de siccité dans le gosier.

3 mars, diminution de toux et de siccité.

21 mars 1930, la malade achève son cours de traitement par l'aéroionothérapie.

La pression et la siccité du gosier avaient disparu. Gêne de la poitrine complètement disparue, respire librement. Expectoration se dégage bien. Rarement après forte agitation, il s'en suit que quelques minutes. Réaction de la précipitation des érythrocytes, 32.

Comme résultat du traitement la malade sent un très grand soulagement, qu'elle n'avait pu atteindre jusqu'ici.

VIII

Enfant Z., 2 ans 2 mois. Bronchite.

Sous observation depuis le 3 février 1930 avec manifestation de bronchite bilatérale. Malade depuis 1 mois 1/2. Mère malade de la tuberculose depuis 1924.

L'enfant est pâle, flasque, irritable et somnolent, absence complète d'appétit ; forte toux.

Objectivement : beaucoup de râles secs dans les deux poumons ; râles humides dans la région de l'omoplate gauche. L'enfant tire son origine d'un milieu médical : il fut décidé consultativement d'appliquer l'aéroionothérapie.

L'enfant ne fut examiné qu'une fois encore, toujours grâce à ce qu'il originait d'un milieu médical et étant sous observation continuelle celle d'un autre médecin était superflue.

Deux semaines après le garçon n'était plus à reconnaître. Il lui vint un bon appétit, une excellente humeur et le désir de faire des folies.

Ses parents annotent, qu'une semaine après l'application de l'aroéionothérapie ils reconnaissaient le retour de l'enfant de la séance par son chant à haute voix.

Objectivement tous les sons avaient disparu. Le traitement continua pendant un mois à peu près, après quoi l'enfant partit pour la campagne, complètement guéri.

Enfin, je citerai un cas encore, exclusif par son importance et qui eut lieu au laboratoire de la zoopsychologie à Moscou.

A la fin de 1929 une tuberculose miliaire après grippe fut constatée par les médecins chez un rare exemplaire de chimpanzé « Lulu » (propriétaire V. L. Dourow), auquel je prescris simultanément un traitement à l'aéroionothérapie. L'état de santé du chimpanzé subissait des chocs assez brusques pendant quatre mois les plus proches, de la constatation de la maladie et l'animal se sentait parfaitement bien de temps à autre ; cependant au printemps de 1930 sa santé empira brusquement et l'animal succomba bientôt en état de pleine cachexie. Voici cependant ce que révèle l'autopsie : des coutières furent manifestées dans les poumons, comme résultat de la tuberculose guérie, quant à la mort, elle fut la conséquence d'une toute autre maladie, l'actinomicose.

La constatation à l'autopsie nous peint avec éloquence le tableau de l'effet thérapeutique de l'air ionisé sur le tissu pulmonaire.

A l'examen de la dite matière c'est l'action essentielle de l'ionisation aérienne qui se jette aux yeux avant tout :

1° Malade T., fibreux, bacillaire offre un tableau de guérison clinique.

2° Malade M. ayant un processus pénible caverneux et progressif donne baisse de température jusqu'à la normale et commence à se bien sentir. Il est du plus grand intérêt que les quelques maladies infectieuses dont elle souffrit pendant son traitement ne donnèrent pas d'exacerbation au processus pulmonaire, s'écoulaient facilement et étaient de courte durée. En même temps l'interruption du traitement grâce à son départ donna une détérioration brusque. Le traitement achevé, le rœntgen ne découvrit plus de cavernes ni dans le poumon droit, ni dans celui de gauche.

3° Malade M. donna disparition complète de température, augmentation de poids et restauration d'aptitude au travail au point que, jusqu'à présent même un travail forcé et une mauvaise nutrition ne donnent pas d'action négative.

4° Malade O. donna baisse de la réaction de la précipitation des érythrocytes , diminution de la dyspnée, de la toux et de l'expectoration, augmentation de capacité au travail et facilité à supporter une infection.

5° Malade N., qui continuait son traitement pendant une exacerbation annote la facilité avec laquelle il la supporta. Il s'établit une température basse et subfébrile, la toux ne lui

BIBLIOGRAPHIE

Chirurgie du rectum. par Henri Hartmann. Un volume de 400 pages avec 161 fig. (*Travaux de Chirurgie. 8e série*) : 75 fr.

Cet ouvrage contient un exposé très complet des principales questions de la chirurgie du rectum. On y trouvera les idées personnelles de l'auteur basées sur une expérience de plus de trente années, confrontées avec les travaux et les écrits des spécialistes.

La fièvre ondulante, par H. Violle. Un volume de 116 pages (*Collection Médecine et Chirurgie pratiques*) : 18 fr.

Depuis quelques années la fièvre ondulante que l'on croyait être une maladie essentiellement méditerranéenne, s'observe un peu partout dans le monde et, avec la rapidité des communications intercontinentales il ne parait pas douteux qu'aucun pays n'en sera épargné. C'est comme l'a dit le Professeur Charles Nicolle, « *La maladie de l'avenir.* »

Il est donc nécessaire que les médecins se familiarisent avec ses symptômes et qu'ils apprennent à en organiser la prophylaxie. On trouvera dans cette collection d'actualités une étude complète et pratique sur *l'Urologie, la Contagion, le Diagnostic, les Symptômes, l'Evolution, le Diagnostic, la Prophylaxie et le Traitement* de cette maladie microbienne.

Les syndromes cérébelleux mixtes. Etude anatomo-clinique, par A. de Almeida Prado. Traduction du Dr M. Nathan. Un volume de 170 pages avec 17 figures : 30 fr.

Le Professeur Almeida Prado considère surtout les cas dans lesquels les symptômes associés au symptôme cérébelleux apparaissent si nettement en clinique qu'on peut les reconnaître à des caractères bien nets et bien tranchés. Il retient comme syndromes mixtes les seuls cas dans lesquels des signes cérébelleux évidents s'accompagnent de manifestations cliniques postulant l'atteinte de régions voisines (bulbe, protubérance, pédoncule cérébraux) il ne suffit donc pas que l'examen anatomique révèle des lésions plus ou moins importantes de ces dites régions : il faut que ces lésions se traduisent par des symptômes de localisations typiques.

Pour la clarté et la facilité de la description, l'auteur groupe les symptômes suivant le pédoncule cérébelleux atteint ; il envisage donc successivement *les syndromes du pédoncule cérébelleux supérieur, du pédoncule cérébelleux moyen et du pédoncule cérébelleux inférieur*. A côté des schémas de localisation pédonculaire, il y a place pour des syndromes liés à la compression directe des lobes cérébelleux.

Enfin, il fait figurer sous la rubrique des syndromes cérébelleux mixtes certaines maladies du système nerveux central dont le tableau clinique comporte occasionnellement des manifestations d'ordre nettement cérébelleux : à titre exceptionnel (*paralysie générale*), à titre épisodique (*encéphalite léthargique, sclérose en plaques*), à titre pour ainsi dire habituel (*hérédoataxie, maladie de Friedreich*).

Hérédité et Races, par le Groupe lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques. Un volume in-12, 280 pages, prix : 15 fr. Les Editions du Cerf, Juvisy (Seine-et Oise).

Les aspects que peut prendre le problème de l'hérédité et celui des races sont tellement variés qu'ils ont fait l'objet d'études très poussées de divers spécialistes : biologistes, sociologues, psychologues, médecins, moralistes, etc... Aussi ceux qui désirent prendre une vue d'ensemble de cette question si grave sont obligés de se reporter à de nombreux traités dispersés.

On aimerait avoir en un seul volume une synthèse qui permît de faire comme un tour d'horizon. Le livre que présente aujourd'hui le Groupe lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques répond précisément à ce désir.

Une série de spécialistes dont la compétence est incontestée ont dit ce qu'il y avait d'essentiel, chacun dans son domaine propre : l'hérédité. Mécanisme de l'hérédité mendélienne, par M. Létard, professeur à l'Ecole vétérinaire de Lyon ; l'hérédité des caractères acquis, par M. Cuénot, professeur à la Faculté des sciences de Nancy ; hérédité et pathologie, par M. le Docteur Mac-Auliffe, directeur adjoint à l'Ecole des Hautes Etudes ; hérédité et psychologie, par M. le Docteur Léonet, ancien chef de clinique à la Faculté de Lyon ; hérédité et sociologie, par M. C. Petit, avocat à la Cour d'appel de Lyon ; hérédité et morale, par le R. P. Albert Valensin, professeur à la Faculté de théologie de Lyon ; les races, par M. le Docteur Mayet, chargé de cours à la Faculté des sciences de Lyon ; le problème biologique et psychologique des races, par le Colonel Constantin, membre de la Société d'anthropologie ; le problème social des races, par M. Philip, professeur à la Faculté de droit de Lyon ; l'espèce humaine, par M. l'Abbé Monchanin, membre de la Société lyonnaise de philosophie. Ainsi la suite de ces témoignages fragmentaires s'organise en une synthèse qui chemine de la biologie à la médecine, et de la psychiatrie à la vie spirituelle.

Les Iles dangereuses. par Basil Traduction F. Laroche Carey. Un volume in-16 : 12 fr. Les Editions G. Crès et Cie, 11, rue de Sèvres (VIe)

C'est un archipel singulier, perdu dans le Pacifique, loin des routes ordinaires. Les récifs qui affleurent, fréquentés par les requins, entourés de courants rapides, sont presque inaccessibles aux marins. Et les Canaques effrayés prétendent les parages hantés par des esprits inquiets que l'homme ne doit jamais troubler.

Et pourtant, on se hâte vers ces îles. Sans répit les aventuriers, ceux de Bangkok, de Frisco, de Tahiti, voire même de Sydney ou de Londres, marins hardis, bandits en rupture de prison, Chinois avides de butin, cherchent à l'envi les passes, se dépistent anxieusement, se livrent des luttes sans merci. Les îles sont dangereuses aussi à cause des passions des hommes.

revenait que le matin, la quantité des B. K. diminua brusquement, l'aptitude au travail lui revint partiellement et il commença à se bien sentir.

6° Le malade M. est d'un intérêt tout particulier, vu l'effet que produisit le traitement par l'aéroionothérapie dans un cas tout à fait désespéré au point de vue habituel. La température tomba, l'état général s'améliora, les forces lui revinrent.

Cela donne involontairement à penser qu'il n'y a rien d'impossible à ce que l'ionisation, appliquée dans des cas analogues dans l'installation d'un sanatorium, pourrait donner le temps à l'organisme de venir à bout de cette infection funeste.

7° Malade Z. donna le tableau d'un rétablissement clinique relatif.

Et enfin, 8°, enfant malade Z. présente le tableau d'un rétablissement clinique complet.

Hors cela, tous les malades eurent une amélioration considérable des phénomènes objectifs, ce qui peut être tracé par les empreintes des clichés : les râles changeaient d'humides en secs et disparaissaient entièrement. La respiration amphorique changeait en celle bronchiale et la dureté de respiration se perdait.

Les histoires des maladies d'autres malades, que nous ne citons pas ici confirment, en leurs points généraux nos conclusions essentielles de l'effet de l'air ionisé sur les maladies pulmonaires. D'autres observations nous donnèrent le même tableau d'amélioration manifeste de l'état général d'un malade, traité à l'ionisation, ce qui se fit voir aussi dans toute une série de faits objectifs, sans laisser aucun doute sur l'action salutaire de l'air ionisé sur l'organisme.

Toutes ces observations (1925-1930) nous amènent à la conclusion, que l'effet de l'air ionisé sur les malades se manifesta en :

1° Une amélioration graduelle de l'état général de la santé des malades ;

2° Une augmentation de la résistibilité générale de l'organisme aux infections saisonnières et aux maladies catarrhales;

3° Une stabilisation de la capacité d'endure, les traumas psychiques, qui ne provoquaient plus d'exacerbation du processus pulmonaire ;

4° Un accroissement de l'aptitude au travail, ce qui fut manifesté avec beaucoup de relief et d'éclat en toute une série de cas ;

5° Des effets tout à fait inattendus d'une amélioration extrêmement rapide de l'état de santé général du malade ;

6° Une diminution et un relâchement graduels de la toux jusqu'à complète cessation ;

7° Une amélioration du processus même de la respiration ;

8° Une diminution graduelle de la quantité des expectorations ;

9° Une diminution de la quantité des B. K. dans le champ visuel ;

10° Une baisse graduelle de la température jusqu'à la normal et une disparition des oscillations de température ;

11° Une baisse de l'index des réactions de la précipitation des érythrocytes, qui en certains cas atteignit la normale ;

12° Une diminution de la pression du sang jusqu'à la normale ;

13° Une augmentation de poids, ce qui fut clairement tracé en plusieurs cas ;

14° Une modification des phénomènes objectifs dans les poumons du côté de la icatrisation et en toute une série d'autres phénomènes substantiellement démonstratifs.

Les observations prises sur des malades par N. K. Utz à partir du printemps 1929 jusqu'en automne 1930 confirment en leurs traits généraux les observations de A. L. de Tschijevsky, prises dans la période de temps de 1922-1929 sur différents animaux de même que, ensuite, sur des personnes soumises à l'effet de l'air ionisé — et qui furent publiées dans la presse scientifique russe de même qu'étrangère.

Toutes ces observations prises sur des malades pulmonaires soumis à l'influence de l'air ionisé nous amènent nécessairement à la conclusion que cette influence est indubitablement salutaire, ce qui fut manifesté avec pleine évidence dans toute une série de cas, dont quelques-uns extrêmement graves.

Le mécanisme de cet effet salutaire nous est inconnu. L'air ionisé agit-il immédiatement sur le processus tuberculeux lui même, ou bien contribue-t-il à la restauration des forces résistantes de l'organisme, afin qu'il lutte lui-même avec l'élément pathogène, tout cela sont des questions, qu'il est à l'avenir de résoudre.

Il est donc nécessaire de reconnaitre, que nous sommes à un moment où l'on devrait organiser des investigations spéciales du problème donné dans une installation clinique, pourvue d'un appareil de mesurage précis, afin que les résultats de ces recherches puissent acquérir une propagation extensive dans la prophylaxie et la thérapie des maladies pulmonaires et de la tuberculose pulmonaire en particulier.

Peut-être avons-nous un agent puissant naturel, climatothérapeutique et artificiel physio-thérapeutique dans les ions aériens et gazeux.

VARIÉTÉS

Le « chloralisme » de Nietzsche

La librairie Gallimard vient de publier la traduction d'un livre du Dr Podach intitulé : *L'effondrement de Nietzsche* (**1**). L'auteur « en utilisant les matériaux inédits qu'il a entre les mains, ne prétend apporter qu'une nouvelle contribution aux recherches déjà faites sur l'époque du déclin et de la fin intellectuelle du philosophe, contribution, dit-il surtout destinée à établir définitivement certains faits et à rectifier les fautes volontaires ou les erreurs dont pullule toute la littérature consacrée à Nietzsche».

Dans les nombreuses études publiées en Allemagne sur la maladie de Nietzsche, on s'est beaucoup occupé du « chloralisme » du philosophe. Le Dr Podach, après avoir évoqué l'arrivée de Nietzsche à Turin, le 21 septembre 1888, et son séjour dans cette ville consacre le deuxième chapitre de son livre au « pathologique » chez Nietzsche et reprend la question du « chloralisme ». « Quoi que l'on prétende, dit-il, aussi longtemps qu'il n'en existera pas d'autres preuves, la supposition d'un « chloralisme » chez Nietzsche, restera tout à fait sans fondement, soit que par « chloralisme » on entende une accoutumance à de fortes doses, soit que l'on veuille désigner par ce terme un usage de médicaments ayant pu agir sur son état moral, et sur ses écrits. »

Mme Förster, sœur de Nietzsche a vu une des principales causes de la maladie de son frère dans l'abus du chloral et des stupéfiants qui auraient agi considérablement sur son état intellectuel et moral ainsi que sur ses propos. En 1900, année de la mort de Nietzsche, elle publia dans la *Zukunft* un long article où elle prétendait que son frère avait déjà fait un usage abusif du chloral pendant l'hiver 1882-1883, « à la suite d'aventures très désagréables » écrit-elle, — il s'agit probablement de « l'aventure avec Lou » — puis dans la biographie qu'elle a publiée en 1904 et dans le *Einsame Nietzsche* (1913) elle dit que cet abus de chloral a eu lieu « à la suite de cette funeste influenza ». Elle raconte que le chloral que son frère absorbait avant de se coucher l'aurait laissé le matin suivant, après son réveil, dans un état d'extrême agitation qui lui faisait voir choses et gens sous un jour complètement faux — que cet état se dissipait dans l'après-midi et faisait place à des sentiments plus philanthropiques.

(1) Dr E. F. Podach. — L'effondrement de Nietzsche. Traduit de l'allemand par Andhrée Vaillant et Jean R. Kuckenburg. Revu pour les termes médicaux par le Dr Ch. Claoué (de Bordeaux). Librairie Gallimard, 43, rue de Beaune, Paris.

« Une fois, dit-elle, mon inquiétude me poussa à lui demander si parfois ce médicament ne pourrait pas influer sur les opinions qu'il exprimait dans ses écrits, alors il rit de bon cœur et me répondit que lui aussi était assez intelligent pour avoir prévu cette éventualité et que pour cette raison il ne manquait jamais l'après-midi, alors qu'il était revenu à son état normal, de relire ce qu'il avait noté le matin ». Nietzsche aurait essayé de se déshabituer du chloral, mais il y revenait chaque fois qu'il éprouvait des chagrins et des contrariétés.

Möbius qui s'est beaucoup occupé du « chloralisme » de Nietzsche, n'a rien trouvé de précis, dit le Dr Podach, concernant l'usage que Nietzsche a fait du chloral et ne croit pas qu'il ait eu un effet profond et durable sur lui.

Il s'est cependant demandé si certains passages du *Zarathoustra* et certaines singularités dans la conduite de Nietzsche n'étaient pas à mettre au compte du chloral. Pour Hildebrandt « Une partie des accès de mauvaise humeur de Nietzsche, est probablement due à l'effet immédiat du chloral. Je veux parler surtout, dit-il, de ses violents accès de mauvaise humeur contre lui-même (Les dithyrambes de Dionysos).

Des passages de lettres choisis dans l'intention de prouver le « chloralisme » de Nietzsche, n'ont pas convaincu le Dr Podach. On ne peut accorder, dit-il, que peu de crédit à une phrase de Mme Nietzsche, datant de l'époque où son fils était déjà malade et prétendant qu'il aurait acheté le chloral « par livres » et qu'il en aurait absorbé « des quantités ».

Hildebrandt dit lui-même : « La famille avait intérêt à indiquer la plus haute quantité de chloral possible, puisqu'elle voulait la donner comme cause de la maladie. »

Hildebrandt est pourtant resté sur sa théorie du chloralisme et cite à l'appui de ses dires une lettre de Nietzsche à Overbeck, du 25 décembre 1882 : « J'ai souffert des souvenirs honteux et douloureux de cet été comme d'une folie... J'appelle à mon secours tout mon empire sur moi-même, mais j'ai vécu trop longtemps dans la solitude et je me suis nourri trop longtemps de « ma propre substance » pour ne pas être, plus que quiconque, écartelé sur la roue de mes propres sentiments. « Si au moins je pouvais dormir ! *Mais les plus fortes doses de mes soporifiques ne m'aident pas davantage que les six ou huit heures de marche que je fais.* »

Hildebrandt, qui s'appuie sur cette phrase pour déclarer catégoriquement : « Depuis ce moment Nietzsche a pris l'habitude du chloral », a dû ignorer, dit le Dr Podach, des lignes analogues appartenant aux documents secrets de l'*Archiv* et où il fait cette confession :

« *Que dois-je faire ! Chaque matin je me désespère à l'idée de recommencer une journée. Je ne dors plus ! A quoi bon marcher pendant huit heures !... Ce soir je prendrai de l'opium à en perdre la raison...* ». On relève également une phrase à Rée, où il dit que seule l'absorption d'une « *énorme dose d'opium* » lui a fait voir clair dans les pensées de ses amis. Pour la sœur de Nietzsche, il ne s'agissait pas d'opium. Il est difficile de tirer une conclusion, et quand Nietzsche parle de fortes doses, on doit faire une part, dit le Dr Podach, à l'exagération « pardonnable chez un homme torturé par les reproches qu'il s'adresse à lui-même ». Le 3 février 1883, Nietzsche écrit à Overbeck : « Dans ces circonstances, ma santé aussi s'améliore. Mais j'ai pris, — je l'ai calculé aujourd'hui, — dans les derniers mois, 50 grammes d'hydrate de chloral. Je n'ai jamais pu dormir sans avoir recours à ce moyen ». Nietzsche ne parle donc que de 50 grammes, répartis sur soixante-deux jours, ce qui ferait une dose moyenne d'environ 0 gr. 8 par jour. Avec des doses si faibles, la possibilité d'effets ultérieurs quelconques est inadmissible ; il est à remarquer, dit le Dr Podach, que Nietzsche doit s'être exagéré beaucoup la nocivité du chloral.

Dans son dernier volume de la biographie de Nietzsche (1904) et dans le *Einsame Nietzsche* (1913) Mme Förster raconte aussi que son frère a usé aussi d'un « calmant javanais » et que ce médicament qui lui avait été indiqué par un Hollandais, dont il avait fait la connaissance pendant l'été de 1884, doit être tenu tout spécialement responsable de la « paralysie du cerveau » de son frère. « Ce liquide, écrit-elle, me fit l'impression d'un alcool assez fort, il avait une odeur bizarre et portait un nom étranger dont je n'ai pu me souvenir car nous le désignions toujours sous l'appellation de « calmant javanais ». Le Hollandais avait vivement recommandé de n'en jamais prendre plus de quelques gouttes dans un verre d'eau. Je voulus moi-même en essayer et j'en ressentis une certaine disposition à la gaieté. Cependant j'éprouvais une forte répugnance contre l'emploi d'un tel moyen et je suppliai mon frère de ne pas user de médicaments aussi peu étudiés. Plus tard, pendant l'automne de 1885, il m'avoua en avoir pris indéniablement quelques gouttes de trop, de sorte qu'il avait dû se jeter brusquement par terre et que la sensation de gaieté éprouvée tout d'abord avait dégénéré en un rire convulsif... L'usage de ce stupéfiant me semble bien prouvé par les lettres à Overbeck et à Gast ». Un médecin berlinois qui a fait, ainsi que l'écrit Mme Förster, « avec les plus grands soins, des recherches et des expériences » pour découvrir de quelle nature pouvait bien être le fameux « calmant javanais » est arrivé à cette conclusion qu'il devait contenir comme substance principale du *cannabis indica*. Il semble bien, fait remarquer le Dr Podach, que Mme Förster a rassemblé tout ce qui, dans ses souvenirs, pouvait aider à l'interprétation qu'elle désirait donner de la maladie de son frère.

On trouvera dans le livre du Dr Podach tous les détails concernant le départ de Nietzsche, de Turin, pour la maison de santé du professeur L. Wille, à Bâle. Le 6 janvier 1889, Burckardt, de Bâle, le grand historien de la Renaissance, reçut une lettre de Nietzsche l'invitant à venir le voir à Turin, pour être le « compagnon d'un roi, père des rois » et cela sans se mettre en cérémonie « le négligé du costume, écrivait-il, est la condition qu'exigent les convenances ».

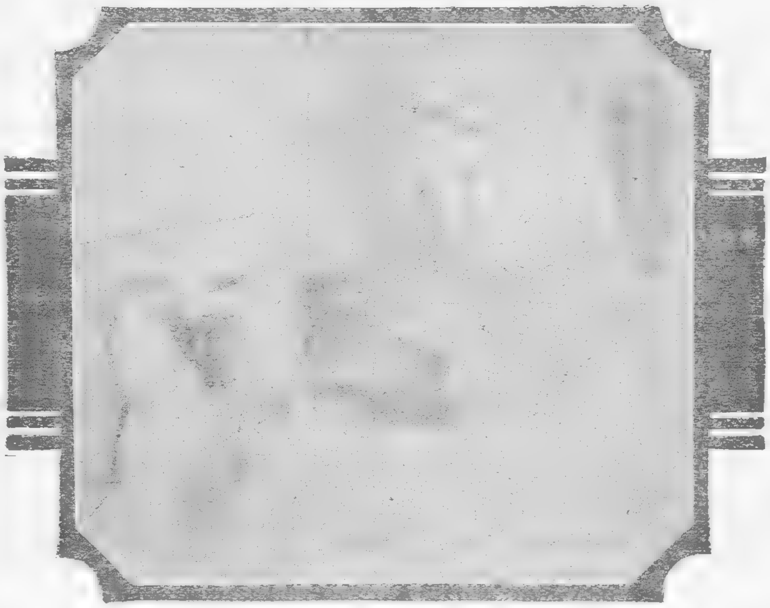
Burckhardt comprit que cette lettre était l'œuvre d'un fou. « Vous pouvez, écrivait Nietzche, dans la note marginale de la première page, faire de cette lettre tout usage qui ne me diminuera pas dans l'estime des gens de Bâle ».

Connaissant l'étroite amitié qui liait Nietzsche à Overbeck, Burckardt communiqua cette lettre à ce dernier. Overbeck relut les dernières lettres de Nietzsche, et lui écrivit séance tenante de venir chez lui à Bâle. Mais le lendemain, il reçut une nouvelle lettre signée Dionysos « Bien que vous n'ayez montré jusqu'alors qu'une foi minime dans ma solvabilité, j'espère cependant prouver encore que je suis quelqu'un qui paie ses dettes, — à vous par exemple... A l'instant je fais fusiller tous les antisémites... Dionysos ».

Sur le conseil du Professeur L. Wille, chef de la clinique de psychiatrie de Bâle, il partit sur le champ à Turin pour y chercher son ami. Au moment du départ, des difficultés imprévues surgirent. Nietzsche qui était au lit refusait d'en sortir. Miescher, un dentiste allemand, qui plusieurs fois déjà avait eu l'occasion d'accompagner des aliénés et qui s'était chargé avec l'aide d'Overbeck de l'emmener à Bâle, lui fit croire que la population de cette ville avait préparé diverses solennités en son honneur. Il le décida à partir. Le 10 janvier 1889, Nietzsche entrait à la maison de santé du Professeur Wille qu'il devait quitter le 17 janvier pour entrer à la « Irren-Heil-und Pflege-Anstalt » (maison de santé pour les aliénés) du grand-duché de Saxe-Weimar, située à Iéna.

On trouvera dans le livre du Dr Podach une copie du certificat médical du Dr Baumann, de Turin, les notes de la clinique de Bâle, ainsi que les notes de la maison de santé d'Iéna qui sont reproduites au complet. Dans les notes de la clinique de Bâle on lit notamment :

« ... *Asymétrie des pupilles, la droite plus grande que la gau-* [illegible] *rgent.* Myopie prononcée. Langue très chargée ; ni déviation, ni tremblement. Innervation faciale peu troublée ; pli naso-labial un peu moins marqué à droite. Réflexes patellaires accentués, réflexes de la plante du pied normaux. Urine claire,



aigre, ne contenant ni sucre ni albumine... Prétend qu'il s'est infecté deux fois... »

Nietzsche mourut, à cinquante-six ans, de paralysie générale, à Weimar, le 25 août 1900 à midi.

Le livre du Dr Podach est avec le livre du Dr Prinzhorn (*Nietzsche et Gœthe*) et les travaux de Ch. Andler, ce que l'on a écrit de plus remarquable sur le long calvaire mental de l'auteur d'*Ainsi parla Zarathoustra*.

V. G.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine expérimentale

Chez le lapin, *l'ergostérol irradié* amène une mobilisation du calcium et permet son accumulation dans le poumon du malade. Mais il est douteux que cette surcharge du calcium pulmonaire représente un moyen de défense réellement efficace : il apparaît comme un témoin de la lutte de l'organisme contre le bacille, peut-être comme un déchet, mais à aucun moment il n'a joué dans les expériences des auteurs le rôle de moyen curatif contre la redoutable infection. Tout ce qu'on a réussi à faire, ce fut d'en provoquer un apport important au poumon : l'organisme s'est montré impuissant, ou le temps lui a manqué, pour s'en servir comme d'un bouclier contre le bacille et ses toxines.

(H. Simonnet et G. Tanret. Recherches expérimentales sur l'action de l'ergostérol irradié. *La Presse Médicale*, 24 juin 1931.)

Radiothérapie

Par la *radiothérapie surrénale*, MM. Zimmern, Chavany et R. Brunet ont obtenu d'intéressants résultats dans les gangrènes sèches. Dans les troubles trophiques des extrémités, observés dans les artérites juvéniles du type Buerger, von Oppel en 1921, a proposé et exécuté pour la première fois la surrénalectomie unilatérale, introduite en France par Leriche, à qui elle a donné des résultats intéressants. Cette opération est grevée d'une mortalité assez élevée (13 p. 100 d'après Leriche) et risque de provoquer des accidents d'insuffisance surrénale aiguë. Avec la radiothérapie surrénale, on a la perspective d'une action plus complète, puisqu'elle s'attaque à l'appareil surrénal en entier et non seulement à une seule glande comme la surrénalectomie. Dès les premières séances de radiothérapie on assiste à des transformations profondes portant surtout sur deux symptômes : la coloration des tissus et leur température.

La cyanose diffuse entourant la lésion pâlit, les régions les plus cyanosées virent au rouge sombre. Réchauffement très notable de l'extrémité, la zone nécrosée gardant seule sa frigidité. Apparition relativement rapide du sillon d'élimination.

Arrêt de la progression par la périphérie et tendance très nette de la plaie à s'aplanir.

Marche régulière vers la guérison définitive dont la durée peut varier de quelques semaines à deux ou trois mois. La douleur locale n'est pas toujours favorablement influencée par la radiothérapie surrénale. Tout traitement local, comportant des applications liquides, et essayé dans le but d'atténuer les douleurs, doit être interdit. Le pansement humide, susceptible de provoquer de l'infection secondaire, de la macération, non seulement n'atténue pas les douleurs, mais provoque leur exacerbation à plus ou moins longue échéance. L'emploi des corps gras ne paraît guère plus recommandable. On s'en tiendra aux poudres antiseptiques (poudre de Lucas-Championnière) qui ne sont pas toujours bien acceptées par le malade dont la tendance est d'attribuer à la légère cuisson provoquée par ce topique, l'intensité de sa douleur locale.

L'action frénatrice des rayons X s'exerce-t-elle directement sur la cellule sécrétante ou indirectement par le nerf qui commande cette sécrétion ? A l'origine des accidents artéritiques y a-t-il un excès de fonctionnement de la surrénale, ou une sécrétion viciée (Leriche) ?

Cette distinction a peu d'importance, disent les auteurs, puisque l'objectif thérapeutique, qu'il soit chirurgical ou radiologique, réside dans la limitation de la sécrétion.

(A. Zimmern, J. A. Chavany et R. Brunet. La radiothérapie des gangrènes sèches par irradiation de la région surrénale. *La Presse Médicale*, 15 juillet 1931.)

Thérapeutique.

Le rhodanate de potassium est un médicament très peu toxique, très maniable, ayant des ressemblances pharmacodynamiques avec les iodures et qui paraît mériter la place honorable que lui réservent les cliniciens américains dans le traitement de l'hypertension.

Ce médicament qui a fait l'objet d'un mémoire de Eineberg (1930) en Amérique, vient d'être étudié en France par Bénichou.

Ce sel étant très hygroscopique, l'eau qu'il absorbe pouvant fausser les résultats des pesées et entraîner des erreurs de posologie, l'auteur a employé une solution contenant 0 gr. 01 de rhodanate de potassium pur par goutte, et donne 30 gouttes de cette solution avant les repas du matin, du midi et du soir, soit 0 gr. 90 *pro die*. Trente hypertendus ayant une tension artérielle maxima comprise entre 17 et 28 centimètres au Vaquez ont été suivis par l'auteur. La cure hygiéno-diététique a entraîné chez dix d'entre eux un abaissement permanent de trois centimètres. Sur ces vingt malades résistant à la cure hygiéno-diététique, l'administration quotidienne de 0 gr. 60 d'hydrate de chloral — pendant trois semaines — a chez presque tous les sujets déterminé une amélioration des troubles fonctionnels. Mais quatre seulement (20 p. 100) ont vu leur pression artérielle baisser sous l'influence de ce traitement. Le rhodanate de potassium a été administré aux quinze malades réfractaires tout à la fois au traitement hygiéno-diététique et sédatif.

Echec à peu près complet dans cinq cas ; chez les dix autres, en deux ou cinq semaines, abaissement de la pression arterielle de trois centimètres mais troubles fonctionnels moins améliorés que par le traitement sédatif. En alternant par cures successives et intercalaires les médicaments spasmolytiques et sédatifs, puis les médicaments nettement hypotenseurs, tel le rhodanate de potassium, on pourra, dit l'auteur, obtenir dans un certain nombre de cas, un résultat clinique satisfaisant dans le traitement des hypertendus.

(Albert Bénichou. Le rhodanate de potassium dans le traitement de l'hypertension. *Paris Médical*, 4 juillet 1931.)

Varia

Suivant la terminologie de Brugsch et Horsters, il faut établir une distinction fondamentale entre les *cholagogues* qui évacuent le contenu des voies biliaires extra-hépatiques et les *cholérétiques* qui augmentent la sécrétion de la bile par le foie.

La série grasse est pauvre en cholérétiques lorsqu'on la compare à la série aromatique. Dans les cholérétiques de la série grasse émergent trois substances actives : *l'oléate de sodium, le chloralose et le monochloracétate de sodium*. La série grasse n'est pas pauvre en cholagogues. L'huile d'olive injectée dans les veines d'un chien, à la dose de 1 à 2 cmc., ne modifie pas la sécrétion de la bile ; par voie digestive la même substance facilite l'évacuation des voies biliaires. Il est légitime de penser que l'action cholérétique et l'action cholagogue sont souvent intriquées.

(Etienne Chabrol, R. Charonnat, M. Maximin et R. Waitz. Reherches expérimentales sur l'action cholérétique de quelques substances de la série grasse. *La Presse Médicale*, 24 juin 1931.)

Dans l'examen des *séquelles d'un panaris*, il faut se rappeler que l'ankylose complète en extension est déplorable. Un doigt raide et droit est peu utilisable. Pour les doigts du milieu cette attitude est une gêne. Au niveau du petit doigt, chef de file, cette attitude n'est pas gênante. Au pouce, le mouvement le plus important, c'est celui d'opposition.

S'il faut faire le sacrifice du doigt, il y a lieu de conserver la tête du métacarpien correspondant si le sujet désire conserver une main solide et utile. Il sera plus esthétique chez la femme de réséquer cette tête du métacarpien. Après cette résection la main paraîtra moins large, et on remarquera moins l'absence d'un doigt.

(Henri Lorin. Les panaris et les phlegmons de la main. *L'Hôpital*, juin 1931-A).

Les *pleurésies purulentes* sont à considérer sous deux aspects :

En ce qui concerne les *pleurésies purulentes chroniques* leur évacuation se fait dans les mêmes conditions que celle des *pleu-*

résies séro-fibrineuses chroniques quand elles sont tuberculeuses.

Les *pleurésies purulentes aiguës* sont plus délicates à traiter. Il faut retenir l'importance des lésions pulmonaires sous jacentes, qui fixeront le choix du traitement. Si elles se présentent sans lésions pulmonaires évolutives importantes, au décours ou après la disparition de ces lésions, la thoracentèse est inutile, c'est le traitement chirurgical qui sera entrepris.

Si, au contraire, la pleurésie purulente est associée à des lésions pulmonaires, en pleine activité, l'intervention chirurgicale ne doit pas être rejetée, mais être différée, car, faite hâtivement, elle donne toujours de fort mauvais résultats ; le traitement médical seul a sa raison d'être au début. Aux médications générales, à la sérothérapie, on devra parfois associer la thoracentèse dans les cas où les signes liquidiens sont assez marqués et permettent de penser à un épanchement dépassant un litre ; elle sera répétée les jours suivants si besoin est (COURCOUX).

(Pierre Pruvost. Les interventions médicales dans les affections respiratoires, juin 1931-H).

Fréquente dans les pays anglo-saxons, la maladie cœliaque, paraît exceptionnelle en France peut-être parce qu'elle est mal connue du praticien. Décrite pour la première fois par Samuel Gee, d'Edimbourg, elle a été désignée sous de nombreuses dénominations. La maladie débute en général vers les seizième ou dix-huitième mois et son évolution se répartit en plusieurs années.

La maladie constituée groupe trois ordres de symptômes :

Troubles digestifs (augmentation considérable de l'abdomen, volume anormal et aspect particulier des matières fécales, selles extraordinairement abondantes).

Troubles de croissance (arrêt de développement statural et pondéral marqué).

Signes associés (rachitisme, excitabilité neuro-musculaire. Traitement avant tout diététique reposant sur la suppression des graisses et des hydrates de carbone (à l'exception des bananes,)

(Saint-Girons. La maladie cœliaque. *Le Concours Médical* 28 juin 1931.)

NOTES DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

Les métrorragies après la ménopause sous la dépendance des lésions annexielles.

En présence de métrorragies survenant après la ménopause, il faut penser tout d'abord aux causes les plus fréquentes :

Le cancer du col de l'utérus.

Le cancer du corps utérin.

Il faut savoir qu'il peut exister d'autres causes utérines :

Les métrites séniles.

Les métrites polypeuses.

Enfin il est nettement établi qu'une tumeur ovarienne, après la ménopause, peut être la cause de métrorragies simulant celles du cancer de l'utérus.

L'existence des métrorragies liées à des lésions annexielles est bien démontrée par les faits cliniques, bien établis tel que celui qui est rapporté par P. Goutallier dans sa thèse et qui appartient à Pierre Brocq. La pathogénie de ces hémorragies reste obcure. Peut-être, d'après Moulonguet, pourrait-on poser l'hypothèse d'une action trophique exercée par l'appareil nerveux compris dans le mésovaire et le méso-salpinx sur l'utérus sénile. Le diagnostic ne peut se faire avant l'opération qu'après l'élimination des causes utérines par l'exploration endo-utérine (curettage, radiographie après lipiodol ou par la constatation des signes physiques de tumeur annexielle) ; sinon ce sera une découverte opératoire. Le seul traitement à envisager est l'hystérectomie totale. La question de la radiothérapie post-opératoire se pose. Elle est à l'étude et il semble d'ores et déjà qu'il y ait des tumeurs ovariennes *radio-sensibles* qu'il y a intérêt à irradier et d'autres *non radio-sensibles* pour lesquelles cette thérapeutique est illusoire. (Paul Goutallier. *Contribution à l'étude des métrorragies après la ménopause sous la dépendance de lésions annexielles*. Thèse de Paris 1931. Amédée Legrand, édit.)

Le traitement de la diphtérie à l'Hôpital des Enfants-Malades

« ... Avec le professeur Marfan, nous répéterons. dit M. Weill-Hallé (*Diphtérie et sérothérapie à l'Hôpital des Enfants-Malades en 1929 et 1930 : Académie de médecine*, 16 juin 1931) qu'il vaut mieux pratiquer une injection de sérum inutile que de risquer un retard dans le traitement d'une diphtérie confirmée.

La pratique courante que nous avons adoptée dans le service de la diphtérie consiste à effectuer d'emblée une injection intramusculaire, d'absorption particulièrement rapide, et d'y associer d'accord avec L. Martin, une injection sous-cutanée de diffusion plus lente, la première étant destinée à neutraliser le plus tôt possible le poison circulant, la deuxième à poursuivre l'effet antitoxique les jours suivants.

Enfin, dans le but d'essayer de sauver des enfants dont l'état, manifestement très grave, rendrait improbable la guérison, l'interne de garde, convoqué une demi-heure après les deux injections intra-musculaire et sous-cutanée, effectuait une injection intra-veineuse qui, pratiquée dans ces conditions, n'a jamais donné lieu à aucune conséquence funeste. Par ces méthodes thérapeutiques, où l'on utilisera dans les premières heures de traitement une dose de sérum atteignant 30 à 40.000 unités antitoxiques, il suffira de minimes doses d'entretien par injections intra-musculaires et sous-cutanées, prolongées quatre ou cinq jours, pour obtenir le meilleur résultat thérapeutique... »

Les manifestations encéphalitiques au cours de la fièvre typhoïde

Les symptômes d'origine encéphalitique sont *nombreux* et *variés* au cours de la fièvre typhoïde. Ils témoignent de l'atteinte *diffuse* de l'encéphale dont toutes les régions peuvent être intéressées, séparément, ensemble ou successivement. Leur ensemble constitue l'*encéphalite typhique* qui évolue sous deux grands types cliniques : l'*encéphalo-typhus sans dothiénentérie* et la *dothiénentérie avec manifestations encéphalitiques*. L'intensité de la réaction de l'encéphale au cours de la fièvre typhoïde varie du syndrome typhoïde nerveux habituel aux formes nerveuses graves, ataxo adynamiques. Parfois le processus morbide prend en certains points une intensité inaccoutumée et des symptômes insolites apparaissent.

L'encéphalite typhique présente alors une prédominance sur une région donnée de l'encéphale. Les mieux individualisées sont *les formes bulbaires*, *cérébello-spastique* et *méso-céphalique*.

La *forme bulbaire* est surtout une forme de début. Elle est particulièrement grave.

La forme mésocéphalique s'individualise surtout à la période d'état. Annoncée par l'hypertonie musculaire elle s'accompagne de paralysies des paires craniennes et finit souvent par des troubles bulbaires.

L'apparition de l'*hypertonie* est donc un symptôme de grande valeur pronostique et mérite d'être recherchée systématiquement au cours de la fièvre typhoïde. (Jean Stehelin. Contribution à l'étude des manifestations encéphalitiques au cours de la fièvre typhoïde. Thèse de Paris 1931. Le François, édit.)

La centrothérapie endo-nasale de l'asthme

1° La galvano-cautérisation endo-nasale pratiquée suivant une technique déterminée, sans constituer dans tous les cas un traitement étiologique et pathogénique de l'asthme, est susceptible dans les formes les plus diverses du syndrome, de diminuer, d'espacer et même de suspendre les crises pour un temps plus ou moins long.

2° Cette méthode est particulièrement indiquée, même en l'absence de toute altération endo-nasale manifeste, contre l'asthme infantile, contrairement au curettage de l'amygdale pharyngée et contrairement aux réductions chirurgicales des malformations de la cloison bien rarement en cause dans sa pathogénie

3° Les résultats de la centrothérapie naso-bulbaire mis en lumière il y a plus de 40 ans par Pierre Bonnier, trouvent, semble-t-il, leur explication dans une action inhibitrice partie du trijumeau nasal et s'exerçant sur les centres détenteurs de l'hyper-vagotonie : substratum physio-pathologique vraisemblable de l'accès d'asthme. (Prof. Escat, de Toulouse, L'Oto-Rhino-Laryngologie internationale, mai 1931.)

Echos et Glanures

> « Je m'en vois, escornifiant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».
>
> MONTAIGNE.

Assurances sociales et frais pharmaceutiques. — 12724. — M. Maurice ROBERT demande à M. le Ministre du Travail ce qu'il faut entendre par l'expression « *et autres* » dans la phrase suivante de l'article 4 de la loi sur les assurances sociales : « le taux de la participation aux frais pharmaceutiques et autres est uniformément fixé à 15 p. 100 ». (*Question du 5 mai* 1931.)

Réponse. — *Par l'expression « et autres » qui figure à l'article 4, paragraphe 5, 1er alinéa, de la loi du 30 avril 1930, il faut entendre les frais d'appareils et accessoires (appareils de prothèse dentaire, appareils orthopédiques, bandages, lunettes, etc.) et objets ou produits exclusivement commerciaux tels que pansements, coton, etc. (à l'exclusion des articles de parfumerie) qui sont susceptibles d'être remboursés par la caisse d'assurance dans les limites de son tarif de responsabilité.* (*J. O.*, 29 juin 1931.)

Le fisc et les frais de dernière maladie. — 972. — M. Gaston MENIER, sénateur, demande à M. le Ministre du Budget, la loi du 16 avril 1930 indiquant que sur justifications fournies par les héritiers, les frais de dernière maladie du *de cujus* seront déduits de l'actif de succession dans la limite d'un maximum de 2.000 fr., si le fait pour certains receveurs de n'admettre que la déduction de la moitié des frais de la dernière maladie comme passif de communauté (il faudrait donc 4.000 fr. de frais de dernière maladie pour obtenir une déduction de 2.000 fr.) est une interprétation conforme à l'esprit de la loi. (*Question du 18 mai* 1931.)

Réponse. — *L'article 17 de la loi du 16 avril 1930 ne déroge pas aux règles du droit civil suivant lesquelles les frais de dernière maladie de l'un des époux mariés sous un régime de communauté sont à la charge de la communauté. Il en résulte que, sous l'empire de la loi nouvelle, et dans l'hypothèse envisagée, ces frais ne sont, en principe, déductibles de l'actif héréditaire qu'à concurrence de moitié (C. civil, art. 1482 et 1521), cette moitié étant susceptible de s'élever au chiffre maximum de* 2.000 *fr.* (*J. O.*, 3 juillet 1931.)

Assurances sociales et mutualité. Pas de limitation au libre choix du médecin. — 12728. — M. Pierre TAITTINGER demande à M. le Ministre du Travail : 1° si une société de secours mutuels a le droit de prendre à sa charge moyennant une petite cotisation supplémentaire, la participation aux frais de maladie, fixée par la loi d'avril 1930, à 15 ou 20 p. 100 suivant la catégorie et considérée par le législateur comme une sorte de ticket modérateur indispensable pour prévenir les abus si cette société a, en outre, le droit d'imposer à ses assurés sociaux une limitation du libre choix, en n'accordant le paiement de la participation de 20 p. 100 qu'à ceux qui s'adressent aux praticiens désignés et agréés par elle.

Réponse. — *Les sociétés de Secours mutuels fondatrices ou non d'une caisse primaire d'assurances sociales ont le droit de garantir à leurs membres assurés sociaux, des prestations s'ajoutant à celles qu'ils reçoivent au titre des assurances sociales et, notamment de prendre à leur charge moyennant cotisation, tout ou partie de la participation légale des assurés aux frais médicaux, pharmaceutiques ou autres. Toutefois si elles subordonnent l'attribution de cet avantage à l'obligation pour les assurés sociaux de s'adresser aux praticiens désignés et agréés par elles, la caisse primaire qu'elles ont fondée ne saurait elle-même prévoir dans ses statuts ou son règlement une limitation au libre choix du praticien ni adopter un tarif de responsabilité différent suivant que les assurés font appel ou non à l'un des médecins agréés par la Société de secours mutuels fondatrice.* (*J. O.*, 29 juin 1931.)

Les familles de diabétiques. — *Extrait de la communication de M. Marcel Labbé à l'Académie de médecine* (*16 juin* 1931) : *Le facteur héréditaire dans le diabète.*

Quelques familles montrent une tendance frappante au diabète. Nous en avons un exemple dans la famille de Mme H. à

laquelle je viens de faire allusion. La malade que nous soignons, Mme H., a un diabète d'intensité moyenne. Sa mère n'était pas diabétique ; son père, diabétique, est mort dans le coma. Son grand-père et sa grand-mère paternels n'étaient pas diabétiques. La malade a une sœur et trois trois frères : la sœur n'est pas diabétique : mais un des frères, diabétique, est mort dans le coma ; les deux autres frères ne sont pas diabétiques ; mais l'un d'eux a eu une glycosurie passagère, et tous les deux soumis à l'épreuve d'hyperglycémie provoquée se sont montrés atteints de troubles de la glyco-régulation ; le frère glycosurique a une fille bien portante et qui n'a pas de troubles de la glycorégulation. Enfin Mme H. a un fils bien portant, n'ayant pas de troubles de la glyco-régulation. Divers auteurs ont cité des exemples non moins caractéristiques : Joslin rapporte l'histoire d'une famille ou sept frères et sœurs furent tous atteints de diabète, où la nièce fut atteinte de diabète à l'âge de vingt ans, et où cependant le père est mort à l'âge de soixante-douze ans, la mère à soixante-six ans, sans avoir été diabétiques. Il cite également une famille comptant douze frères et sœurs tous morts de diabète ; le père et la mère n'étaient pas diabétiques. Enfin, il relate l'histoire de la famille d'une nurse dans laquelle la mère et ses onze frères et sœurs étaient atteints de diabète et où deux tantes avaient chacune un enfant diabétique. Landis cite une famille de diabétiques dans laquelle la mère transmit le diabète à cinq filles blondes, tandis que quatre filles brunes n'étaient pas diabétiques. Le caractère familial et héréditaire du diabète est donc bien certain, et si l'on admet avec nous que, dans la moitié des cas, il s'agit d'éducation morbide et non d'hérédité, il n'en reste pas moins que, dans la forme grave surtout, le diabète se montre comme une maladie héréditaire.

L'œuf constitue un aliment précieux et commode. — *Les œufs, dit M. H. Martel, jouissaient autrefois de la meilleure réputation auprès du Corps médical. Les médecins en recommandaient l'usage aux enfants, aux convalescents et aux malades. Aujourd'hui, suivant le remarque de Debray et Boutroux, par un revirement assez habituel en médecine les œufs sont honnis ou fortement suspects.*

..... Avec G. Leven, on peut répéter : « La crainte de l'œuf n'est donc pas fondée. L'observation clinique contredit les théories. Il suffit de manger convenablement les œufs pour se convaincre que l'œuf demeure un aliment admirable. Il en fut ainsi pendant des siècles, il n'y a pas de raison pour que cela change ».

La diminution de la consommation des œufs, observée à Paris depuis 1921, n'est nullement justifiée. L'œuf de poule constitue un aliment de très grande valeur nutritive, de digestion facile lorsqu'il n'est pas ingéré à doses massives et qu'il se trouve présenté sous des formes agréables et appétissantes. Il est, au surplus, riche en lécithine et contient des vitamines (vitamine de croissance, vitamine antirachitique). Les qualités toniques de la lécithine, du jaune d'œuf sont utilisées depuis longtemps pour reconstituer les réserves en phosphore de l'organisme. La graisse fluide contenue dans le jaune a un point de fusion bas et se présente à l'état de fine émulsion qui rend facile sa digestion et son assimilation. La matière azotée (vitelline) du jaune est riche en phosphore et en fer et regardée par Bunge comme la substance mère de l'hémoglobine au cours de la vie embryonnaire du poulet. Les albumines et les acides aminés qu'apporte l'œuf sont indispensables à la croissance et à l'entretien de l'organisme. On peut dire qu'aucun aliment ne peut fournir autant de substances utiles, réparatrices ou nécessaires au développement de l'organisme, sous une forme aussi facilement utilisable. Exprimée en calories, la valeur énergétique des œufs est telle que deux œufs normands de grosseur normale peuvent être considérés comme valant près d'un tiers de litre de lait (321 grammes), environ 175 grammes de cervelle de bœuf et 166 grammes de tranche à beefstacks prise dans une viande peu grasse. Au surplus le prix des œufs est moins élevé que celui des viandes. Si l'on établit les coefficients de majoration des prix par mois, de 1913 à 1930, à Paris, on constate que la différence reste considérable pendant toute l'année en matière de viandes de boucherie : 5,07 à 6,66 pour les œufs normands contre 6,57 à 8,69 pour la viande de bœuf de première qualité. 6,47 à 7,21 pour la viande de veau de première qualité ; 7,35 à 8,47 pour la viande de mouton de première qualité. La différence en moins est très nette pour les prix des mêmes œufs comparés à ceux de la viande fraîche de porc de première qualité pendant la période qui s'étend de janvier à juin : 5,07 à 6,16 pour les œufs contre 6,12 à 7,54 pour la viande de porc. C'est en fin d'hiver et au printemps que les œufs sont frais et bon marché. Le consommateur se doit d'en profiter et les écoles ménagères devraient répandre cette vérité. Le contrôle sanitaire des œufs, établi par nos soins dès 1919 à Paris et dans le département de la Seine, se trouve renforcé depuis le 1er février 1930. Les garanties offertes par les contrôleurs-mireurs et les inspecteurs à la surveillance des œufs qui opèrent sous la direction et la responsabilité du service vétérinaire sanitaire de la Préfecture de police sont telles que l'on peut affirmer que les œufs offerts au consommateur présentent aujourd'hui un maximum de garanties au point de vue de l'hygiène. (H. MARTEL. Les œufs : consommation et valeur alimentaire, Contrôle sanitaire à Paris et dans le département de la Seine *Bulletin de l'Académie de médecine*, 31 mars 1931.)

Refus de se rendre à l'appel d'un malade. — Un médecin est libre d'accorder ou de refuser ses soins aux particuliers qui les réclament (s'il n'en est requis), mais sa responsabilité est engagée : *a*) S'il avait promis des soins et qu'il ne vient pas, sauf en cas de force majeure ; *b*) lorsque les soins étaient commencés ; *c*) lorsqu'il refuse d'appeler un consultant s'il est ultérieurement prouvé que cette abstention a nui au malade.

Le médecin peut refuser de continuer ses soins s'il ne reçoit pas un accueil conforme à sa dignité, si ses prescriptions ne sont pas exécutées, si un confrère est appelé à son insu.

La coalition de médecins contre un mauvais payeur a été condamnée par la cour de Bourges en 1909. Les rapporteurs ne trouvent pas ce jugement admissible au point de vue juridique (La responsabilité médicale. Rapporteurs : MM. DONNADIEU DE VABRES, DUVOIR et DESOILLE, de Paris. XVI[e] Congrès de médecine légale de langue française).

Magistrats et médecins allemands. — De *Je suis partout* :

Les magistrats allemands ne semblent pas avoir un grand respect pour la médecine. Dernièrement, le directeur du Musée de l'hygiène de Dresde y avait fait placer un certain nombre d'affiches condamnant les méthodes des « Knocks » allemands. Il faut dire que les médecins amateurs sont extrêmement nombreux en Allemagne et qu'ils font d'excellentes affaires, aucune loi n'interdisant aux ignorants l'exercice de la médecine.

Les rebouteux, homéopathes, etc., qui se sentaient visés par les attaques d'un médecin diplômé n'hésitèrent pas à le poursuivre devant les tribunaux. Les juges de Dresde leur ont donné raison, déclarant que « ces attaques étaient accompagnées d'une réclame illicite en faveur des médecins ».

Il ne faut pas s'étonner si ce verdict provoqua une vive émotion dans le corps médical. Le Professeur Golscheider, président de la Société médicale de Berlin, a été chargé de rédiger un rapport pour réfuter scientifiquement les arguments des juges. Il proteste contre la légèreté avec laquelle le tribunal s'est prononcé, sans prendre la peine de consulter des spécialistes, et contre le fait que les médecins diplômés et les autres sont placés sur le même pied et simplement considérés comme des concurrents commerciaux.

«..... La vitesse exerce un influence sur la valeur de la perception visuelle et sur l'efficacité des réactions psycho-motrices. Knapp, de Bâle constate expérimentalement que l'acuité visuelle diminue avec la vitesse. Ainsi, une personne est vue nettement à 75 mètres avec une vitesse de 25 kilomètres à l'heure, tandis que la distance de visibilité de la même personne est réduite à 30 mètres pour une vitesse de 50 kilomètres à l'heure .. » (Professeur agrégé Camille SIMONIN. L'automobile homicide).

REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude des pancréatites aiguës hémorragiques, par le D[r] André Reymond. (*Thèse de Lyon*, janvier 1931, n° 130. *Bosc et Riou, impr. édit.*, 85 p.)

L'A. conclut :

I. — Individualisées depuis peu, les pancréatites aiguës hémorragiques ont suscité des recherches théoriques importantes et assez peu en rapport avec le nombre des cas publiés chez nous.

II. — Actuellement les symptômes en sont bien connus. On distingue trois types cliniques, manifestations diverses d'une même lésion, la nécrose du pancréas.

a) La forme aiguë ou « drame pancréatique » de Dieulafoy est la plus typique et la plus habituelle (obs. I, II, IV, V, VI).

A côté d'elle, on a décrit une forme médico-légale à allure suraiguë.

b) La forme œdémateuse, n'est que le stade précurseur de la précédente (observation III).

c) La forme subaiguë à rechutes, comme la « pancréatite atténuée » sort de notre question.

III. — Le diagnostic de pancréatite aiguë hémorragique est rarement porté avant l'intervention (une fois sur les six cas que nous rapportons) :

« On n'y pense pas », elle se confond assez bien avec les autres drames abdominaux.

Quant aux épreuves de laboratoires, longues et minutieuses, elles ne semblent d'aucun secours pour le diagnostic différentiel.

IV. — Les lésions anatomo-pathologiques sont diverses suivant la progression de l'affection. On retrouve la forme œdémateuse aiguë diffuse, premier stade, et la forme typique avec l'hémorragie qui se voit presque toujours et la nécrose moins constante.

V. — La pathogénie est le point le plus obscur de la question. Les théories sont nombreuses et divergentes : infectieuse, vasculaire, canaliculaire (celle qu'on admet) et toxico-nerveuse.

VI. — Les circonstances étiologiques sont dominées par la notion de lithiase biliaire concomitante.

VII. — Le traitement est chirurgical et médical.

a) Au point de vue chirurgical :

— l'action première, d'urgence, porte sur le pancréas : dilacérer la glande et assurer son drainage,

— dans un temps ultérieur, l'acte complémentaire vise à supprimer la cause du processus (lithiase biliaire, le plus souvent).

b) Le traitement médical est dirigé contre la sécrétion pancréatique : ingestion de bicarbonate de soude, administration de belladone.

Essai sur l'emploi du sérum salé hypertonique en chirurgie abdominale. Ses indications dans les complications post-opératoires, par le Dr Casimir Albaret. (*Thèse de Lyon. Clinique chirurgicale de M. le Professeur Tixier*, 24 février 1931, 60 p. Bosc et Riou, impr. édit.).

L'A. conclut :

L'étude de 44 observations recueillies à la clinique de M. le Professeur Tixier et dans la littérature semble nous autoriser à émettre sur l'emploi du sérum sale hypertonique intra-veineux les conclusions suivantes :

I. — Cette médication a été surtout employée dans l'occlusion intestinale aiguë dont elle abaisse la mortalité opératoire de 60 % à 16 %. (Il faut cependant tenir compte du fait que les cas heureux ont été plus volontiers publiés).

Les résultats cliniques de cette médication sont remarquables et ont été notés, quoique à des degrés divers, dans les cas les plus variés d'occlusions, hautes ou basses, avec ou sans lésions de l'intestin.

Ces résultats, en quelque sorte polyvalents, tiennent à la triple propriété : humorale (hydratation, chloruration) ; péristaltique, et indirectement antitoxique des solutions salées hypertoniques.

II. — Le sérum salé hypertonique peut être un adjuvant utile dans certaines complications post-opératoires de la chirurgie abdominale : occlusions post-opératoires, iléus paralytiques, dilatations gastriques aiguës, phénomènes urémiques ou toxi-infectieux.

III. — Dans le cas fréquent où on ne peut faire procéder à un dosage des chlorures du sang, on pourra considérer utilement comme des indications cliniques à l'emploi du sérum salé hypertonique :

L'abondance des vomissements ;

L'abondance de liquides contenus dans l'intestin ou évacués par une entérostomie ;

L'oligurie ou l'anurie ;

La diarrhée consécutive à certaines interventions ayant levé l'obstacle cause d'une occlusion (choléra herniaire).

IV.— Le sérum hypertonique n'est cependant pas une panacée, il ne peut être qu'un adjuvant des moyens chirurgicaux dont il n'a fait disparaître aucune indication et dont il ne doit, en aucun cas, suppléer ou retarder l'emploi.

« ..... Il faut que le défaut actuel soit bien marqué pour qu'on en arrive à entendre dire par les étudiants eux-mêmes : on ne fait plus de clinique ! Tout notre temps est mangé par les spécialités et les enseignements d'à-côté... ». (Paul Chavigny. *Psychologie des études médicales et des aptitudes médicales.*)

Le Gérant : A. ROUZAUD CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie. — R. C. C. 4364

Fondé en 1873. — N° 34 LE NUMÉRO : 50 Centimes 22 AOUT 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (Ve)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40	fr.
Étudiants	30	fr.
Belgique	45	fr.
Étranger 1re zone	70	fr.
Étranger 2e zone	90	fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Congrès de médecine interne à Varsovie. — Du 24 au 27 septembre aura lieu à Cracovie le IX[e] Congrès de médecine interne. Les questions suivantes seront présentées :

1° Le rhumatisme. Rapporteurs : Professeur Skubiszewski (de Poznanie) : la pathogénie et l'anatomie pathologique ; Prof. Latkoski (de Cracovie) : la clinique.

2° Les hyperthyréoses. Rapporteurs : D[r] Koelichen (de Varsovie) : la pathogénie ; D[r] Maciag (de Cracovie) : la clinique et le traitement ; Professeur Glatzel (de Cracovie) : le traitement chirurgical.

Des excursions aux environs de Cracovie ainsi qu'aux stations balnéaires sont prévues.

Faculté de médecine de Paris. — Le titre de professeur sans chaire est conféré à M. Mulon agrégé pérénaisé.

Corps de santé des troupes coloniales. — Sont affectés en France : au 2[e] rég. d'infanterie coloniale, M. Riou, médecin capitaine ; au 3[e] rég. d'infanterie coloniale, M Etienne, médecin capitaine ; au 21[e] rég. d'infanterie coloniale, M. Lacaze, médecin commandant ; au 22[e] rég. d'infanterie coloniale, MM. Rehm, médecin commandant, et Marque, médecin lieutenant-colonel ; au 4[e] rég. de tirailleurs sénégalais, M. Bérard, médecin capitaine : au 12[e] rég. de tirailleurs sénégalais, M. Boisseau, médecin capitaine ; au 16[e] rég. de tirailleurs sénégalais, M. Pincon, médecin capitaine ; au 41[e] rég. de mitrailleurs malgaches, M. Delassiat, médecin capitaine ; au 42[e] rég. de tirailleurs malgaches, M. Guitton, médecin capitaine ; au 52[e] rég. de mitrailleurs indo-chinois, M. Favier, médecin capitaine ; au 2[e] rég. d'artillerie coloniale, MM. Gromier, médecin commandant, et Loustalot, médecin capitaine ; au dépôt des isolés des troupes coloniales (annexe de Bordeaux), M. Dupuy, médecin colonel ; à l'hôpital militaire de Fréjus, MM. Lossouarn, Bauvallet, médecins commandants.

Deuxième conférence internationale et Congrès colonial du rat et de la peste. — Organisés sous le haut patronage de M. le Président de la République, cette conférence et ce Congrès, dont le bureau est composé comme suit : Président d'honneur, M. le Professeur Calmette ; Président, M. le Professeur Marchoux ; Vice-présidents, MM. le Professeur Tanon et le médecin général Lasnet : Secrétaire général, le Professeur Gabriel Petit : Secrétaire, M. Neveu, se tiendront à Paris du 7 au 12 octobre prochain.

En outre, de MM. les délégués officiels désignés par le Gouvernement et par les colonies et des membres du Comité d'initiative, des membres adhérents ou participants dont la cotisation est fixée à 100 francs, seront admis à prendre part aux réunions de la conférence et du Congrès colonial.

Le montant de la cotisation est porté à 500 francs pour les sociétés, collectivités, groupements, firmes, etc., désireux de contribuer au succès du Congrès et de s'associer à l'œuvre poursuivie.

Les séances du matin, sauf modifications à intervenir, seront consacrées aux travaux de la Conférence internationale et celles de l'après-midi au Congrès colonial.

Adresser toute la correspondance au secrétaire général, M. le Professeur Gabriel Petit, 84 *bis*, rue de Picpus, Paris (12[e] arrondissement).

Troisième Congrès international de psychothérapie, d'hypnologie et de psychologie appliquée. — A l'occasion l'Exposition coloniale, ce troisième congrès, organisé par la Société de sychothérapie, se tiendra à Paris du 28 Septembre au 4 octobre.

Ce congrès comprendra : 1° Une séance solennelle d'ouverture au Palais des informations de l'Exposition ; 2° Des conférences générales (avec film et projections) ; 3° Des séances consacrées aux rapports et communications ; 4° Des excursions, des réceptions, des banquets et des fêtes. Le droit d'admission est fixé à 50 francs.

Adresser les adhésions, les titres des communications et le montant des souscriptions au congrès à M. Pierre Vachet, secrétaire général, 8, boulevard de Courcelles, Paris (17[e]) Téléphone : Galvani 63-40.

Bureau du Congrès : Présidents d'honneur : les Professeurs Charles Richet, Pierre Janet, Paul Carnot, Hartmann, Marcel Labbé, Gustave Roussy, Laignel-Lavastine, Jean Lépine (de Lyon), Euzière (de Montpellier), Chavigny (de Strasbourg), Forgues (de Montpellier), Fribourg-Blanc, Marânon (de Madrid), Forel (de Zurich), Marinesco (de Bucarest), Gabriel Petit (d'Alfort), Moret.

Président : M. Bérillon ; Vice-présidents : MM. Ch. Fiessinger, Paul Farez, Voivenel (de Toulouse), Henri Rollet.

Secrétaire général : M. Pierre Vachet.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. — *Au grade de chevalier.*—M. le Docteur Gallice (de Langeac).

PENSIONS. — *Au grade de chevalier.*— MM. les Docteurs Bessière et Thiers.

INSTRUCTION PUBLIQUE. — *Au grade de chevalier.* — M. le Docteur Mosse (de Saint-Etienne). — M. Hallion, membre de l'Académie de médecine.

Guerre. — *Corps de santé militaire.* — M. le médecin capitaine Ferrabouc est nommé professeur agrégé du Val-de-Grâce et est affecté à l'Ecole du Service de santé militaire à Lyon.

— Sont nommés assistants des hôpitaux militaires et sont affectés :

Section de médecine. — MM. Cingalen et Sohier, à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce ; Marot, à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon.

Section de bactériologie. — MM. Jaulmes et Crosmer, à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce.

Section de chirurgie. — MM. Mazeyrie, à l'hôpital militaire Dominique-Larrey, à Versailles ; d'Audibert, Caillé, du Bourguet, Rébérol, à l'hôpital militaire Bégin, à Saint-Mandé.

Section d'électroradiologie. — MM. Tanguy, à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon ; Nahon, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce.

Clinique chirurgicale de la Salpêtrière (Professeur A. GOSSET). — *Consultation des maladies du foie et de tube digestif.* — Le D[r] René A. GUTMANN, médecin des hôpitaux, réservera pour l'année scolaire 1931-1932, deux places d'assistant libre à deux médecins, français ou étrangers, désirant se perfectionner en gastro-entérologie.

Ecrire au D[r] GUTMANN, pavillon Osiris, hospice de la Salpêtrière, boulevard de l'Hôpital, Paris.

Nécrologie. — Dr André Ballu, maire de Gournay-sur-Marne (Seine-et-Oise). — Dr Bernard, de Bouclans (Doubs), décédé à l'âge de 81 ans. Il était le doyen des médecins du Doubs. — Dr Gabriel Berry, directeur de la *Médecine Internationale*, secrétaire adjoint de l'*Umfia*, décédé à l'âge de 69 ans. — Dr Bruhl, médecin honoraire des hôpitaux de Paris. — Dr Doit-Lombron, de Luchon. — Dr Joseph Moliné, président du Comité médical des Bouches-du-Rhône. — Dr Pézet, maire et co seiller général de Figeac (Lot). — Professeur Oscar Minkowski, décédé à l'âge de 74 ans. — Dr Piana, directeur pendant 25 ans de l'Institut de radiologie de Gênes. — Dr James Lorrain Smith, professeur d'anatomie pathologique à l'Université d'Edimbourg. — Dr Paul-Emile Lévy, de Paris. — Dr Willy Rieder, de Paris.

REVUE DES THÈSES

La stase papillaire en dehors des tumeurs intra-craniennes

Dans la plupart des cas, œdème de la papille veut dire *tumeur intra-cranienne*. Mais ce n'est pas une règle absolue ; il est un certain nombre de cas où il ne s'agit pas de tumeur, mais de manifestations *inflammatoires*, *infectieuses* ou *toxiques*, qui provoquent à elles seules un syndrome d'hypertension intracranienne caractérisé. Mlle Bussy, dans sa thèse (*La stase papillaire. Sa valeur en dehors des tumeurs intra-craniennes*. Thèse de Lyon, 1931) fait une étude d'ensemble des affections provoquant — en dehors des tumeurs cérébrales — un œdème de la papille.

Les causes de l'hypertension intra-cranienne avec stase papillaire, *en dehors des tumeurs cérébrales* sont multiples et leur variété rend leur étude plus difficile. Pour la commodité de l'exposé, Mlle Bussy divise les hypertensions en deux types :

1° les *hypertensions généralisées* ;
2° les *hypertensions par lésions localisées cérébro-méningées.*

A) Dans les hypertensions généralisées, l'auteur envisage :

— Les causes fréquentes : *syphilis, traumatisme, lésions otogènes ou rhino-sinusiennes.*

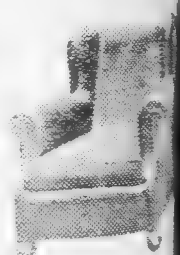
En présence d'un syndrome d'hypertension intra-cranienne, on pensera d'abord à la *syphilis*, même si le diagnostic de tumeur paraît le plus probable. « Il faut toujours faire un traitement syphilitique, même si la syphilis n'est pas en cause » (Terrien). Au cours des *traumatismes*, les œdèmes de la papille sont relativement fréquents. « Leur diagnostic est rendu plus facile du fait de la notion du traumatisme antérieur, notion généralement toujours présente à l'esprit du malade, sauf dans quelques cas où le traumatisme a été léger et très antérieur à l'apparition des symptômes. »

L'examen d'un malade porteur d'un œdème de la papille ne saurait être complet sans *un examen auriculaire*, examen qui ne consistera pas seulement en la recherche des signes subjectifs (surdité, vertiges, écoulement d'oreille) mais qui sera un examen complet (tympan, caisse, mastoïde, épreuves labyrinthiques et vestibulaires, recherche d'un abcès extra ou intradural). *L'examen du nez et des sinus* peut avoir sa valeur en présence d'une stase papillaire avec hypertension cranienne d'origine indéterminée. Pour être cent fois négatif, il peut être une fois positif, dit l'A.

— Deux autres causes importantes, sinon par leur fréquence, du moins par les difficultés de diagnostic qu'elles soulèvent : *néphrite chronique et encéphalite.* « Le syndrome ophtalmoscopique de la néphrite chronique, dit l'A., c'est l'œdème de la papille, la présence d'exsudats irréguliers s'étendant souvent sur la région maculaire, avec la forme d'une étoile, la présence d'hémorragies, soit en piqueté soit en flammèches le long des vaisseaux. Mais ces signes ne sont pas toujours au complet, et il n'est pas rare de voir un œdème papillaire pur qui constitue le seul symptôme, d'ailleurs très déroutant, de l'atteinte du fond de l'œil dans la néphrite ». Lorsque la stase est isolée, il est prudent de ne pas poser trop légèrement le diagnostic de néphrite chronique, car l'évolution pourrait réserver des surprises. Dans l'ensemble des cas publiés d'*encéphalite avec stase papillaire*, le diagnostic de stase n'est que rarement certain. Il est difficile de dire ce qui revient à l'inflammation et ce qui revient à l'hypertension intra-cranienne. L'A. insiste sur le fait qu'il s'agit là d'un *diagnostic d'exception*.

— Les autres causes sont infectieuses : *méningites* (cérébro-spinales et tuberculeuses), *la grippe, la pneumonie, la fièvre typhoïde* ; — ou toxiques : surtout *alcool* et *saturnisme* ; — diverses : *insolations, maladies du sang, hémorragies* et *ramollissement.*

La *méningite séreuse* tient une place importante parmi le syndrome d'hypertension intra-cranienne. Elle est caractérisée par



une augmentation générale, ou une accumulation localisée du liquide céphalo-rachidien.

« A première vue rien ne semble différencier la tumeur de la méningite séreuse ; elles ont la même symptomatologie subjective, présentent les mêmes accidents oculaires : hypertension rétinienne, puis stase avec œdème ; cependant, certaines nuances cliniques, l'évolution, une séméiologie fine de la tension céphalo-rachidienne, permettent d'orienter le diagnostic. Il semble bien que la méningite séreuse ait une évolution plus rapide que la tumeur cérébrale, elle évolue parfois en flambée et a un début assez bruyant ; la tumeur a un développement plus lent, plus progressif » (Claude et Lamarche). A l'heure actuelle, on possède une trentaine d'observations de méningite séreuse à symptomatologie de tumeur cérébrale. Mais le diagnostic de *méningite séreuse idiopathique*, étant un diagnostic d'élimination, demande, pour être admis, dit l'auteur, une étude sérieuse et complète. *La méningite séreuse est à l'heure actuelle un diagnostic d'attente.*

A la méningite de l'adulte l'auteur joint les *hydrocéphalles* de l'enfant auxquelles il rattache l'oxycéphalie.

B) Dans les hypertensions par lésions localisées. Les affections localisées de l'encéphale pouvant donner de l'œdème papillaire sont multiples. Ce sont : les *tubercules*, les *gommes*, les *abcès*, les *anévrysmes*, les *kystes parasitaires* et autres, la *pachyméningite hémorragique*, enfin les *méningites séreuses localisées*, dont le diagnostic aussi complexe que celui des méningites séreuses généralisées, est encore plus difficile et généralement une découverte au cours de l'acte préparatoire.

On peut voir des *stases papillaires sans que le syndrome d'hypertension intracranienne soit à leur origine*. Les affections qui les produisent siègent soit à l'intérieur de l'*orbite* (tumeurs, kystes, infections orbitaires) ; soit à l'intérieur du *crâne* (thrombose du sinus caverneux) ; soit dans le *nerf optique* (thrombose de la veine centrale de la rétine, hémorragie des gaines). La stase papillaire a été signalée dans certaines lésions oculaires traumatiques et même dans les troubles de la réfraction.

Les tumeurs intra-craniennes sont donc loin de former toutes les hypertensions ; pour certains elles en forment 75 %, pour d'autres 80 % ; la proportion des affections non tumorales est donc encore relativement élevée. « En étudiant les causes de l'œdème de la papille, en dehors des tumeurs intra-craniennes, nous n'avons pas voulu dire que l'attention du médecin devait être attirée uniquement sur les affections cérébro-méningées inflammatoires ou toxiques. Nous savons, dit Mlle Bussy, que ce diagnostic est un diagnostic d'exception ».

BIBLIOGRAPHIE

Sous le ciel africain 52° à l'ombre, par A.-René Brouilhet. Un volume avec 14 planches hors texte, Prix : 6 fr. Delpeuch, éditeur.

Sous ce titre Madame A.-René Brouilhet, représente le récit de sa randonnée en Afrique du Nord. Chargée d'une mission officielle, elle s'est risquée jusqu'aux postes les plus avancés du Sud Marocain, Algérien et Tunisien. Dans ces pages l'auteur de « *Les Héros sans gloire* » (à la mémoire des Médecins morts pour la France, ouvrage récompensé par l'Institut) rend un hommage aux Médecins de colonisation.

Pierre Le Grand D. Novik et V. Llona. Bibliothèque « Historia ». Deux volumes in-8° brochés de 550 pages, illustrés de 32 hors-texte en héliogravure. Prix : 50 fr. les 2 vol. Editions Jules Tallandier, 75, rue Dareau, Paris (14e).

L'outrance même du caractère de Pierre Le Grand, la grandeur de la tâche qu'il accomplit au milieu des difficultés sans nombre que lui opposaient son milieu, ses ennemis intérieurs et extérieurs, son époque et les mœurs de son peuple, ont poussé les historiens à « romancer » outrageusement sa gigantesque figure. Des écrivains russes, qui avaient pourtant à leur disposition des documents irréfutables dont la majeure partie n'a jamais été traduite en français, sont tombés dans ce travers. A plus forte raison les étrangers qui ont essayé d'écrire la vie du tzar réformateur et n'ont réussi à nous donner de lui qu'une grossière et mesquine caricature. Ils n'avaient en effet pour se guider que ce fatras de rapports et de mémoires émanant de résidents ou d'aventuriers étrangers qui ont séjourné à Moscou et dont toutes les bibliothèques de l'Europe se trouvent inondées. De tels écrits ne montrent que le côté anecdotique de l'histoire, souvent fort mensonger, ou ne donnent que l'aperçu le plus fantaisiste des caractères et des événements du fait que leurs auteurs ne pouvaient pas avoir une compréhension bien nette de ce qui se passait dans un pays où tout était pour eux sujets d'étonnement, tant ses mœurs et ses coutumes leur étaient étrangères.

Dmitri Novik et Victor Llona s'appuient au contraire sur une documentation de tout premier ordre et leur principal souci a été de dégager des voiles de la légende la figure grandiose de l'empereur Pierre Ier, de faire toute la lumière sur ses actes et sur son époque et d'en donner aux lecteurs, qui ne connaissent pas la langue russe, un aspect véridique et vivant à la fois.

S'appuyant sur une base rigoureusement historique, ils ont essayé de transporter par l'imagination le lecteur dans le Moscou du XVIIe siècle, dans le Pétersbourg du XVIIIe pour dérouler devant ses yeux les scènes terrifiantes ou sublimes du règne de Pierre Le Grand.

TRAVAUX ORIGINAUX

Quelques données récentes sur l'infection puerpérale

Par A. PITHON

Origine de l'infection puerpérale

J. Taylor et H.-D. Wright ont isolé du streptocoque hémolytique immédiatement avant la délivrance, dans le vagin de 32 parturientes sur 1.123 examinées (2.7 pour 100). Sur ces 32 cas, 18 possédaient les propriétés du streptocoque pyogène. Les streptocoques pseudo-hémolytiques furent trouvés dans 1.3 p. 100 de ces cas, et les anaérobies dans 1 p. 100 des cas. Il n'y a aucune évidence que ces organismes puissent donner naissance à des cas d'infection puerpérale. Le streptocoque hémolytique et des anaérobies ont été isolés dans les lochies et le contenu utérin de cas complètement apyrétiques.

Sur 125 cas fébriles examinés, 50 étaient dus certainement, et 27 autres probablement, à une cause extra-utérine. 48 furent septiques d'une manière déterminée. Sur ces 48 cas, 14 furent causés par le streptocoque hémolytique, 10 par les anaérobies, 8 par le bacterium coli. Sur 21 cas septiques, seulement, les auteurs ont montré la présence du microbe responsable dans le vagin avant la délivrance (2 bactériums coli, 2 streptocoques non hémolytiques). Les microbes présents dans le vagin avant la délivrance, présentent apparemment un danger moins grand que ceux qui y pénètrent pendant et après l'accouchement.

W.-W. King (1), présente 26 cas dans lesquels les malades ont été vraisemblablement infectés par des infections de la gorge survenues dans leur entourage. La preuve est faite par l'expérience du port des masques qui arrête l'épidémie dans un hôpital et prévient une recrudescence des cas dans un autre. Aucun cas d'infection par le streptocoque hémolytique n'a été signalé dans un hôpital où pendant sept mois, le port du masque a été obligatoire, le seul cas constaté était déjà infecté au moment de son admission.

L'auteur conclut au rôle prédominant de l'infection de la gorge dans l'entourage du malade comme facteur étiologique prédominant dans l'infection par le streptocoque hémolytique. Ces infections de l'entourage doivent être dépistées aussi précocement que possible. Dans ce but, l'auteur préconise les moyens suivants :

Pendant le travail et les suites de couches toutes les personnes approchant la parturiente, quand la vulve n'est pas protégée par un pansement, doivent porter un masque propre couvrant complètement la bouche et le nez.

Si l'on craint, dans l'entourage de la malade, la possibilité d'une infection de la gorge, il faut pratiquer des examens bactériologiques complets recherchant particulièrement le streptocoque hémolytique ; les mêmes recherches seront effectuées dans la gorge et le vagin de la parturiente.

Dans les cliniques, on doit isoler malades et infirmières présentant un léger état angineux. On doit également, à toute élévation de température dans les suites de couches, pratiquer un examen immédiat pour rechercher la présence du streptocoque hémolytique. Si l'examen est positif, il faut examiner la gorge de ceux qui entourent la malade et, si l'examen est positif, les isoler immédiatement.

(1) *Brit. med. Journ.*, 22 mai 1930.

Les médecins, en pratique civile, doivent fréquemment faire examiner leur gorge. S'ils ont un cas de fièvre puerpérale, ils doivent, pour leur propre sécurité, faire examiner la gorge de leur malade et de leur entourage.

Pathologie générale et allure clinique de l'infection puerpérale

P. Findley (1) remarque que la mortalité reste très élevée aux Etats-Unis pendant les suites de couches et que, pendant ces vingt dernières années, aucun progrès appréciable ne semble avoir été réalisé. C'est surtout la classe moyenne, celle qui dispose de revenus assez limités qui est particulièrement atteinte par l'infection.

Chaque accouchement ou avortement crée une véritable plaie utérine, toujours au niveau de l'insertion placentaire, souvent au niveau du col, des parois vaginales ou du plancher périnéal. Les microbes capables de déterminer une infection viennent toujours en contact avec ces plaies plus ou moins profondes ; cependant, dans la majorité des cas, on ne note ni fièvre, ni réaction locale au niveau des tissus déchirés. Il existerait donc une défense cellulaire au niveau de ces tissus. Nous pouvons affirmer qu'il existe une barrière de protection dans la déciduale, première ligne de défense qui prévient l'infection ou qui l'arrête un moment lorsqu'elle est déclarée en augmentant son épaisseur.

Quand les microbes sont nombreux et très virulents la première ligne de défense est envahie par une infiltration massive de cellules leucocytaires qui la renforcent jusqu'à ce que la paroi utérine soit complètement envahie par ces leucocytes.

Ceci constitue alors une seconde ligne de défense. Ceci était bien connu depuis de nombreuses années, mais Hofbauer a récemment démontré l'existence d'une troisième ligne de défense au niveau du paramètre. L'ensemble du système réticulo-endothélial peut être considéré comme la quatrième ligne de défense, et par extension il faut songer au rôle de tous les éléments sanguins et lymphatiques qui circulent dans le corps. Les qualités défensives des éléments du sang sont la cinquième et dernière ligne de défense contre l'infection puerpéralisée.

En matière d'infection puerpérale, il faut plus que jamais appliquer l'aphorisme « Mieux vaut prévenir que guérir »

Nous pouvons déjà diminuer les risques en agissant sans hâte inutile au moment de l'accouchement, nous devons réduire au strict minimum le nombre des explorations vaginales et nous astreindre à une asepsie et une antisepsie rigoureuses.

En général, on admet que tout ce qui tend à prolonger l'accouchement, tout ce qui oblige à des examens répétés, à des interventions manuelles ou instrumentales, crée des conditions favorables pour l'accroissement de la mortalité et de la morbidité.

Une large proportion de cas légers, et quelques cas graves semblent dus à la rétention des lochies. Le gonocoque est responsable dans 5 à 10 p. 100 des cas d'infection puerpérale.

La curette ne doit jamais être employée dans une infection puerpérale, les injections vaginales antiseptiques peuvent ne pas être mauvaises et même être utiles, mais les injections intra-utérines sont plus mauvaises qu'utiles.

La délivrance artificielle est un procédé toujours dangereux et, à moins de circonstances très favorables, le pourcentage de morbidité et de mortalité est très élevé.

Le drainage d'un abcès pelvien s'établit lentement et l'hystérectomie bien que préconisée par certains, n'est pas généralement adoptée. Pour être efficace, l'hystérectomie doit être pratiquée précocement, alors qu'il est

(1) *Ohio State Med. Journ.*, octobre 1928.

encore impossible de deviner l'allure ultérieure de l'infection. Adopter des mesures aussi héroïques au début d'une infection peut conduire à des sacrifices bien inutiles. Tout doit plutôt être mis en œuvre pour accroître la résistance de la malade : des soins éclairés, un air fréquemment renouvelé, une alimentation liquide substantielle, les autipyrétiques et les sédatifs agissent en général pour le mieux. Les sérums et les vaccins ont été souvent inefficaces les autres méthodes thérapeutiques agissent peu ou pas du tout. L'auteur pense que seule l'immuno-transfusion peut donner des résultats satisfaisants. Dans le cas où le sang de la malade a un pouvoir de résistance abaissé, l'apport du sang d'un sujet sain accroît remarquablement la résistance, à plus forte raison si le sang du donneur a été auparavant traité de façon à accroître son pouvoir bactéricide.

D'après B.-P. Watson (1) il n'y a aucun doute que les streptocoques se trouvent dans le vagin de femmes en apparent état de santé parfaite. Mais la très grande majorité de ces femmes ne présente pas de signes d'infection vraie, d'où on peut conclure que ces micro-organismes, et parmi ceux-ci le streptocoque hémolytique ne sont pas pathogènes ou que les sujets chez qui on les trouve sont naturellement immunisés contre eux. L'idée de cette immunité envers les microbes présents dans le vagin, la constatation de l'identité des germes avec ceux trouvés chez les malades voisines, amènent à cette constatation que les femmes les plus malpropres peuvent accoucher dans des conditions d'hygiène déplorables, entourées de gens peu soigneux, sans présenter le moindre signe d'infection.

Mais il y a également la possibilité pour les microbes de devenir beaucoup plus virulents : l'attrition des tissus, les déchirures vaginales ou périnéales, leur fournissent un terrain sur lequel l'infection se développe rapidement. Il est hors de doute que les microbes comme le streptocoque ont des périodes où leur virulence est exaltée : surtout pendant certaines années. Ces recrudescences d'infection puerpérale surviennent fréquemment parallèlement aux recrudescences des autres infections streptococciques.

Non seulement de nombreuses femmes ont des streptocoques dans leur vagin avant même tout travail, mais pratiquement, tous les utérus contiennent des germes divers dans les trois ou quatre premiers jours des suites de couches.

Il y a là une source d'infection directe pour l'utérus et le col quand la délivrance se présente de façon défectueuse. Dans les cas où des manœuvres de force sont appliquées pour l'expulsion du placenta, la cavité utérine et le col se trouvent rapprochés de la vulve, en contact presque direct avec les régions normalement envahies par les microbes, d'où grave danger d'infection.

Une des sources possibles d'infection serait constituée par l'emploi du pansement vulvaire. Beaucoup pour cette raison préconisent l'emploi d'un simple pansement stérile de coton absorbant recouvert de gaze.

L'auteur préconise l'emploi des masques devant la bouche et le nez pour les personnes approchant des parturientes pendant le travail et les premiers jours des suites de couches. Ces précautions sont particulièrement utiles pendant le troisième temps du travail.

La réaction de Dick et ses rapports avec la fréquence de l'infection puerpérale

L. Steut (2) montre que l'immunité au streptocoque appréciée par la réaction de Dick, ne fait pas décroître les possibilités des dangers de l'infection puerpérale. Dans une série de 500 cas, les erreurs d'interprétation sont évidemment en nombre élevé, et avant de tirer une conclusion, il conviendrait d'examiner un plus grand nombre de cas. Mais si l'on rapproche de ces résultats ceux fournis déjà par d'autres auteurs, il paraît raisonnable de conclure que le test de Dick n'est pas une méthode sûre permettant de conclure à une prédisposition à l'infection puerpérale.

Les traumatismes et les infections surajoutées peuvent favoriser le développement du streptocoque. Il est possible que certains virus aient un pouvoir d'invasion tellement élevé que l'immunité acquise par l'antitoxine ne puisse être suffisante pour arrêter le développement de l'infection. La question de l'identité des toxines produites par les voies de diverses origines peut toutefois être mise en doute, car même si elles sont identiques, la toxine qui produit une réaction cutanée n'est pas nécessairement la seule toxine responsable des signes cliniques observés.

(1) *Amer. Journ. obst. and Gyn.*, octobre 1928, p. 536.
(2) *Lancet*, 17 mai 1930.

Le métabolisme dans la septicémie puerpérale

Les recherches de M. Louros et E. Gaessler (1), les amènent à la conclusion que, dans toute infection puerpérale, existe un trouble marqué du métabolisme hépatique et que la mort dans les cas de septicémie est due aux troubles du fonctionnement du foie. Le degré du métabolisme des hydrates de carbone peut être déterminé par l'estimation du taux de l'acide lactique du sang, par le taux de la glycémie et par les réserves alcalines.

Les auteurs proposent que le terme « infection générale » soit remplacé par celui de « troubles généralisés du métabolisme ». Le traitement de la septicémie consisterait avant tout à restaurer la fonction hépatique.

Prophylaxie de la fièvre puerpérale

E. F. Murray (2) pense qu'en pratique hospitalière, les recrudescences de septicémie sont toujours dues à la contagion. Sans oublier les soins avant la naissance, ceci peut être évité en partie par les précautions suivantes :

Isolement rigoureux et soins attentifs pour tous les cas septiques ou seulement suspects. Isoler surtout les cas où le processus inflammatoire génital ou extra-génital semble évident. Il pense également à la contagion possible, par contact direct ou indirect, due aux porteurs de germes dans la gorge. Ceci paraît bien mis en évidence par les observations de contagions dues aux examens vaginaux pratiqués par des praticiens ayant au doigt un panaris ou par les chirurgiens atteints d'affections septiques de la gorge infectant l'abdomen au cours des laparotomies par des particules septiques projetées par la toux.

Tous les cas d'infection en pratique hospitalière sont dus à la contagion et peuvent être presque tous évités. Il faut cependant dire que, les porteurs de streptocoque hémolytique dans la gorge, sont très fréquemment rencontrés, mais qu'ils ne présentent un danger réel pour les femmes en couches que s'ils négligent les précautions nécessaires et élémentaires pour éviter la contagion.

H. A. Miller, D. B. Marteniez et M. E. Hodgson (3) ont commencé les cautérisations du col, dans tous les cas post-puerpéraux dans lesquels des érosions existaient dans le but de soulager les malades de pectes gênantes. Par la suite, ils découvrirent qu'ils avaient cautérisé complètement et profondément plusieurs utérus gravides : d'où la conclusion que les cautérisations du col peuvent être pratiquées sans danger dans les érosions peu accentuées du col, même si l'utérus est gravide. Au début, ils procédèrent avec circonspection et seuls les cas d'érosions modérées furent cautérisées ; plus tard, ils étendirent graduellement les indications des cautérisations. D'abord les cautérisations furent pratiquées dans les

(1) *Archiv. f Gynäk*, 1930, t. 140
(2) *Brit. med. Journ.*, mai 1930.
(3) *Journ. Amer Med, Ass.*, 27 septembre 1930.

dix ou douze premières semaines de la grossesse, jusqu'au moment où l'expérience montra qu'elles pouvaient être faites à n'importe quel moment pendant la première moitié de la grossesse. Toutes les malades cautérisées étaient invitées à garder le lit pendant les deux premières semaines du traitement, mais certaines ont sans doute continué leur existence habituelle, sans danger notable ni aucune différence dans le processus de la guérison.

La marche de la cautérisation des lésions est exactement la même que celle observée sur des utérus non gravides. Dans les cas même où la cautérisation paraissait incomplète, les auteurs ont pu sans danger recautériser, à condition que les malades n'aient pas dépassé la 28e semaine de leur grossesse.

Sur une série de 2.000 cas observés, un seul avortement survint. L'étude générale de ces cas montre les avantages suivants des cautérisations.

1) Elles ne prolongent pas la première période du travail et ne retardent pas la dilatation spontanée du col.

2) Elles n'augmentent pas le pourcentage des interventions obstétricales au cours du travail.

3) Aucun cas d'infection puerpérale n'a été noté dans les suites de couches chez les malades dont le col avait été cautérisé : tandis que deux cas d'infection sévère sont survenus chez les malades pour lesquelles des érosions trop étendues et trop profondes n'avaient pas permis de pratiquer des cautérisations successives.

4) Les températures sont restées remarquablement stables, en opposition avec les élévations modérées (100° F ou au-dessous) observées chez les malades non cautérisées.

5) Les cautérisations du col pratiquées au début de la grossesse, laissent un col en bon état à la fin des suites de couches, en opposition avec les 70 pour cent des cas dans lesquels les cautérisations n'ont pu être faites.

Au sujet de quelques résultats obtenus par l'emploi du sérum hypertonique

Par P. FABRE
Interne des hôpitaux de Toulouse

Notre intention n'est point d'apporter ici les observations déjà nombreuses des résultats heureux que nous avons obtenus par l'usage des solutions de sérum hypertonique, la chose apparaîtrait fastidieuse. Partout on a constaté ses effets et loué la méthode. Nous ne saurions rien ajouter.

Nous avons cru bon cependant de relater trois cas au cours desquels nous avons assisté à des améliorations immédiates telles que le terme de « résurrection », déjà employé par quelques auteurs, paraît pleinement justifié.

La première de nos malades est une femme de 67 ans, couchée à la salle Sainte-Marthe, au lit n° 17.

Elle entrait le 18 novembre d'urgence, avec le diagnostic de hernie crurale droite étranglée.

Les accidents graves ont apparu douze heures auparavant et l'état général est manifestement très mauvais.

Kélotomie et cure radicale sous anesthésie locale.

La malade demeure dans un état très inquiétant, et, le 20 au matin, la situation paraît désespérée.

Langue sèche et rôtie.

Abdomen ballonné, aucune émission de gaz par l'anus.

On injecte 20 cmc. de chlorure de sodium à 12 %, très lentement. Immédiatement, on constate une modification manifeste dans l'état de la muqueuse linguale qui devient humide et plus claire.

Deux à trois heures après, évacuatien de gaz nombreux et de matières. Polyurie. La malade accuse une sensation de bien-être marqué.

Les suites sont des plus heureuses et cette femme quitte l'hôpital au seizième jour.

Ba... Marie, est une très jeune femme de 21 ans qui entre à l'Hôtel-Dieu pour des métrorragies abondantes et d'odeur infecte, liées à un post-abortum.

Température : 39°3. L'interne de garde procède à un curettage.

Le lendemain, la fièvre se maintient élevée, le ventre a perdu sa souplesse. On temporise un jour en mettant en œuvre les moyens médicaux. (Glace sur le ventre, uraseptine intra-veineuse, Dakin intra-utérin, etc. ?)

Le surlendemain, 16 novembre, l'état général s'est encore aggravé. Devant la contracture du ventre, qui s'est généralisée, on décide d'intervenir par une hystérectomie.

Celle-ci est effectuée par voie abdominale sous anesthésie légère à l'éther. Intervention brève. Mickulicz.

Le lendemain, les suites paraissent devoir être favorables. On procède à des injections de sérum physiologique sous-cutané, on installe le goutte à goutte rectal.

Le 18, changement de tableau. Au matin, la petite malade présente un état général précaire, avec stupeur accentuée ; sa pommette droite, rouge, fait mieux ressortir encore la pâleur de son faciès et le cerne de ses yeux. Le nez est pincé.

La langue est rôtie, sèche, fendillée.

Le ventre est ballonné. Pas de vomissements.

On injecte 20 cmc. de sérum à 12 %. Le mieux-être est immédiatement apparent. La malade est moins prostrée, elle se réveille.

La langue est sitôt humide et fraîche.

Deux heures plus tard, elle émet des gaz très nombreux et quelques matières. Son ventre devient plat et souple.

Les suites sont très bonnes.

Et voici la troisième de nos observations, celle qui nous a, à la vérité, le plus fortement impressionnés.

Marie D..., 74 ans. Elle arrive à l'Hôtel-Dieu pour y être opérée d'une hernie crurale droite étranglée. L'étranglement date de la vingt-quatrième heure. Quelques vomissements.

A l'anesthésie locale on procède à la kélotomie et l'on découvre une anse noire et sur l'épiploon concomitant, des noyaux lie de vin. Sous le sérum tiède, la teinte s'atténue et l'on peut terminer l'opération par une cure radicale.

L'intervention, sans aucune difficulté, a normalement progressé, lorsque, devant l'aggravation subite de l'état général, on en précipite la fin, et la malade est remise dans son lit.

La torpeur s'accentue ; en quelques minutes s'installe un état comateux, quasi-agonique.

On injecte la dose habituelle de sérum : 20 cmc. à 12 %, et l'on assiste au tableau saisissant du réveil de cette femme qui coïncide avec l'avance de l'injection.

Plusieurs personnes assistaient à la scène qui ne manquèrent pas d'en être très vivement surprises.

Nous ne saurions mieux donner une idée de ce réveil, qu'en le comparant à celui qu'on obtient parfois dans le coma diabétique par l'injection d'insuline intra-veineuse : même soudaineté, même résurrection.

La malade évacuait des gaz le soir-même.

Les suites étant normales, elle nous quittait au quinzième jour.

Ces observations concernent toutes trois la variété d'occlusion dite paralytique. Si l'on compulse la littérature médicale, on constatera de même que les succès les plus brillants dus au chlorure de sodium font à peu près tous partie de ce même groupe.

Il s'agit dans la majorité des cas de ces formes d'iléus qui succèdent à de graves interventions chirurgicales portant sur l'abdomen. Il semble qu'il y ait là l'exacerbation d'un processus normal. Après toutes les opérations abdominales, on est accoutumé d'admettre un stade de 24 à 48 heures, durant lequel l'intestin, plus ou moins distendu par les gaz, est entièrement atone, et sans mouvement péristaltique efficace. C'est ce que Gosset a dénommé la « crise des gaz ». Nous ne saurions insister ici sur le caractère douloureux de cette phase.

Que ces phénomènes normaux s'amplifient en intensité et en durée, que les anses intestinales n'arrivent pas à reprendre leur motricité, et l'on verra s'installer une occlusion véritable qui ne saurait tarder de s'accompagner de son cortège habituel de signes toxiques.

Rapidement dès lors, parfois en quelques heures, vont s'installer des symptômes de haute gravité, sécheresse de la langue, tachycardie avec troubles du rythme, abattement et prostration. C'est le tableau clinique de l'iléus dans sa forme grave.

A-t-on cherché à préciser, dans ces cas, les modifications humorales et suivi, comme il serait souhaitable, l'évolution des principaux éléments sanguins comparativement à l'aggravation clinique ? Nous n'avons rien trouvé de semblable dans nos lectures.

Les rares fois où nous avons fait doser les chlorures chez des malades présentant cette forme d'occlusion, nous n'avons trouvé que de très légères modifications. Y aurait-il dans cette variété, à l'inverse de ce qu'il est classique d'admettre pour d'autres, une dissociation entre l'état humoral demeuré normal, et l'évolution clinique en voie d'aggravation ? Il peut y avoir là un point à préciser.

Mais, à quoi attribuer cette inertie intestinale ? L'hypothèse la plus simple est d'envisager un déséquilibre nerveux dont la cause est à la vérité obscure. C'est dans ce sens d'ailleurs, que concluent divers auteurs et Domenech Alsina en particulier ainsi que Ochsner, Gage et Cutting, pour expliquer le mode d'action de la rachianesthésie dans des cas semblables. L'anesthésie rachidienne supprimerait l'action inhibitrice du splanchnique et permettrait ainsi le rétablissement du péristaltisme intestinal.

D'expériences récentes, en cours de publication, nous croyons pouvoir conclure que le sérum hypertonique agit dans un sens analogue par une action marquée sur l'innervation extrinsèque.

Quoiqu'il en soit, c'est dans ces variétés d'iléus paralytiques que le chlorure de sodium, à n'en pas douter, fait merveille, et c'est, nous semble-t-il un point acquis.

Nous voudrions essayer maintenant de préciser les faits qui nous ont paru les plus nets et les plus importants au cours de nos observations et d'en dégager des hypothèses sur le mode d'action du sérum hypertonique.

En somme, et ceci ressort nettement de l'étude de tous nos cas, sous l'influence du sérum, nous avons vu apparaître les phénomènes suivants :

1° Modifications immédiates de la muqueuse linguale ;
2° Reprise du péristaltisme intestinal ;
3° Sensation de bien-être et amélioration objective de l'état général ;
4° Augmentation de la diurèse.

Nous avons noté, dans les observations plus haut rapportées, l'immédiate amélioration de la muqueuse linguale, c'est un fait que nous avons maintes fois constaté.

Le phénomène est immédiat. Dès la fin de l'injection, on voit les modifications : la muqueuse rôtie, fendillée, est devenue plus claire, plus douce et, fait paradoxal, humide !

Il y a là de quoi surprendre au premier chef. Nous avouons d'ailleurs être en opposition avec quelques auteurs sur ce point.

Nous ne chercherons pas à interpréter ce résultat, contentons-nous de rapporter une chose vue.

L'action péristaltique est nette. Elle est prouvée par les constatations que l'on a pu faire de visu, sur l'animal ou sur l'homme en cours d'opération. Tous les auteurs l'admettent, sans lui attribuer toutefois, semble-t-il, la part prépondérante que l'on doit bien souvent lui réserver.

Nous avons, en collaboration avec le Dr Bouisset, présenté à la Société de Biologie, des graphiques qui montrent manifestement le degré élevé de cette action.

Elle est mise en évidence en clinique par les évacuations rapides de gaz et de matières qui succèdent à ces injections.

Bonneau a insisté à plusieurs reprises sur la précocité de ce phénomène.

C'est généralement dans les deux à trois heures qui suivent l'injection que les malades évacuent leurs premiers gaz.

Le bien-être accusé par les malades est en général net et se manifeste très tôt, il contraste d'une manière évidente avec leur état antérieur : prostrés, abattus, geignants. C'est une véritable euphorie qu'ils extériorisent d'abondance.

Le pouls, de plus, jusque-là agité et instable, reprend un rythme normal et bat mieux frappé et plus calme.

Cette amélioration brusque, à quoi est-elle due ? Est-ce la reprise des mouvements intestinaux qui se traduit de telle sorte ? Vraisemblablement cette cause peut être invoquée.

L'abdomen est tiraillé par les gaz, tendu, douloureux, la débâcle suffit pour provoquer une détente nerveuse appréciable. Mais est-ce là tout ? Il ne le paraît pas.

L'évacuation du contenu intestinal évite de plus l'intoxication prolongée de l'organisme, véritable stercorémie, peut être rendue plus intense par l'état de paralysie de la musculature intestinale. Pour établir cette hypothèse d'une manière plus assurée, il conviendrait de reprendre toute une expérimentation sur les modalités de l'absorption intestinale.

Brièvement, résumons quelques travaux, sans entrer dans le détail cependant. Rappelons que dans toute occlusion, il existe en amont de l'obstacle une dilatation de l'anse occluse. Dans ce recessus pathologique vont pulluler les microbes intestinaux, c'est là qu'ils vont acquérir une virulence accrue, c'est là encore que vont s'accumuler les déchets toxiques produits par l'atteinte cellulaire.

Le rythme de l'absorption sera donc très important à considérer. Or, les expériences de Hugson et Craft, reprises et confirmées par Denis, démontrent que les solutions hypertoniques *ralentissent l'absorption*. Par quel mécanisme ? Peut-être par la reprise du tonus normal de l'anse, si l'on accepte l'opinion de Biaille de Langibaudière et Le Van Mieng, qui ont constaté un affaiblissement immédiat de l'intestin distendu sous l'influence du sérum. Mais Denis ne conclue-t-il pas autrement que les solutions hypertoniques ne font pas diminuer le calibre des anses intestinales !

Cet effet euphorique n'est-il point dû en partie, à l'action du sérum sur le pneumogastrique ? Le chlorure de sodium possède une action excitante sur le vague que l'on ne saurait négliger en l'espèce.

Enfin mentionnons également l'effet antitoxique du chlorure de sodium rappelé par Denis (*Presse Médicale*) à la suite des travaux de Roger.

Détente nerveuse obtenue par la « mise en liberté du ventre » ; effet péristaltique : ralentissement dans l'absorption des produits toxiques, hypervagotonie : propriété antitoxique, tels sont en résumé les facteurs qui semblent le plus efficacement agir pour expliquer cette action particulière des solutions hyperchlorurées.

Enfin, sous l'influence des injections, la diurèse est notablement augmentée. Ce sont encore les travaux de Roger qui ont attiré l'attention sur cette particularité. La polyurie est constante et abondante.

On se doute de l'influence favorable que peut avoir un tel facteur, puisqu'il est logique de considérer que cette propriété permet une évacuation accrue des produits nocifs.

Cette action diurétique est si nette, que l'on a pu employer en Amérique, le sérum hypertonique à ce seul titre, en dehors de l'occlusion, en particulier dans l'éclampsie.

Ainsi pour interpréter des faits patents (et facilement contrôlables) nous avons dû édifier à tout coup, des hypothèses fragiles ! Ce chapitre de pathologie que constitue l'occlusion intestinale, est l'un de ceux qui soulève les problèmes les plus ardus, du point de vue physiologique il n'est d'ailleurs que de voir la liste seule des travaux


SÉDOSINE
SÉDATIF
DU SYSTÈME
NEURO-VÉGÉTATIF
ASSOCIATION SYNERGIQUE
HYPERACTIVE
Passiflore
Cratœgus
Jusquiame
LABORATOIRES
LICARDY
38, Bd BOURDON
NEUILLY-PARIS


La PASSIFLORINE
uniquement composée d'Extraits Végétaux
ATOXIQUES
Passiflora
incarnata
Salix alba
Cratœgus
oxyacantha
est le TRAITEMENT
PHYTOTHÉRAPIQUE
des ÉTATS NÉVROPATHIQUES
ANXIÉTÉ
ANGOISSE
INSOMNIE
NERVEUSE
TROUBLES
FONCTIONNELS
DU CŒUR
TROUBLES
DE LA VIE
GÉNITALE
Laboratoires G. RÉAUBOURG
1, Rue Raynouard - PARIS (XVIe)

parus sur ce sujet, au cours des dernières années, pour concevoir l'ampleur et la difficulté.

Nous désirons attirer l'attention sur deux points qui nous paraissent importants.

C'est en premier lieu *la rapidité d'action de la drogue*, puisque l'amélioration, souvent constatée dès l'injection, s'avère manifeste dans les quelques heures qui la suivent. Nous avons noté plus haut cet effet, à propos de chacun des phénomènes que nous avons envisagés.

Mais ce qui nous paraît devoir être mis en évidence, *c'est le peu de chlorure de sodium que nous avons employé pour obtenir des résultats favorables.*

Nous avons utilisé au début de nos essais des injections fortement hypertoniques à 20 %, mais nous nous sommes ralliés depuis aux solutions moyennement chlorurées et nous employons couramment dans le service de notre Maître le Docteur Tourneux, du sérum à 12 %. On injecte en une fois et très lentement, suivant les recommandations habituelles, une ou deux ampoules de 10 cmc.

Il est très rare que nous fassions plusieurs injections au même malade, une seule est généralement suffisante. Oserons-nous ajouter que lorsque celle-ci ne s'accompagne pas des résultats cherchés, les doses itératives ne sont souvent pas plus favorables. Mais il n'y a peut-être là qu'une impression, basée sur une série.

Ce sont en général des doses minimes de sel que nous utilisons donc, soit environ 2 gr. 40 pour un adulte de 50 à 70 kilogs. On est à coup sûr fort loin des doses toxiques (Biaille de Langibaudière et Le Van Mieng injectent 5 cmc à 20 %).

On est fort loin également des doses préconisées par les chirurgiens américains !

A quoi est due cette différence ? Vraisemblablement aux variétés d'occlusions en cause, croyons-nous.

Nous employons le sérum surtout dans les iléus postopératoires ou réflexes, car ce sont ceux que nous avons le plus fréquemment l'occasion de rencontrer, les autres formes se présentant rarement dans nos salles.

Or, l'idée d'administrer de très hautes doses de sel, correspond à la constatation de la chute des chlorures dans l'iléus, et celle-ci ne paraît pas, avons-nous déjà dit, très appréciable, dans les cas que nous traitons habituellement.

Chez cette catégorie de malades, il semble que le fait humoral soit moins important que le déséquilibre nerveux. Le chlorure de sodium doit donc agir directement sur ce facteur et point n'est besoin d'envisager ici l'hypothèse du « remplacement des chlorures ». Celle-ci peut être valable pour d'autres variétés d'occlusions, et pour les formes hautes en particulier qui s'accompagnent de chloropénie intense, mais elle ne paraît pas susceptible de répondre à toutes les catégories.

Il existe des occlusions au cours desquelles il n'y a que peu ou pas de modifications du taux des chlorures du sang, ce sont ces cas qui seront améliorés par de faibles doses de chlorure de sodium. Puisque l'on ne saurait envisager, pour expliquer alors l'action heureuse du sérum hypertonique, l'hypothèse du rétablissement de l'équilibre chloré, il faut admettre que ces injections peuvent agir par un autre mécanisme. Vraisemblablement, (nous en avons plus haut discuté), on doit pouvoir accorder une place prépondérante à des effets tenus jusqu'ici pour secondaires : effets diurétique et antitoxique, action sur le système nerveux et sur l'équilibre acido-basique, etc.

De ces notions, pour la plupart théoriques, que nous venons d'exposer, nous avons cru pouvoir tirer des conclusions d'ordre pratique.

On peut penser à utiliser les propriétés diverses du chlorure de sodium hypertonique en dehors de l'occlusion. Ainsi nous avons eu l'occasion d'en essayer récemment l'emploi chez un grand brûlé (Soc. Chir. Toulouse) et les résultats nous ont parus suffisamment appréciables pour que nous reprenions à l'occasion cette méthode.

On peut envisager également l'emploi précoce du sérum dans les jours qui suivent les interventions abdominales graves, et sans attendre que des signes d'occlusion aient pu faire leur apparition. Il y a là un véritable traitement prophylactique de l'iléus postopératoire. Et si l'on songe à l'innocuité de ces injections, on ne peut que se rallier à une thérapeutique aussi efficace.

CHRONIQUE

La prophylaxie anticonceptionnelle en U. R. S. S.

La prophylaxie anticonceptionnelle a été étudiée, il y a quelques mois, officiellement, en U.R.S.S. Nous venons de recevoir le rapport d'une commission présidée par un gynécologue éminent, le professeur SERGE SELITZKY, rapport intitulé « Données nouvelles dans le domaine des moyens anticonceptionnels : les injections intra-utérines ». De nombreux spécialistes ont pris part aux travaux de cette commission, spécialistes venus des diverses villes de l'U.R.S.S.

Voici les principales idées des rapports entendus.

Le Prof. SCRABANSKY (de Léningrad) indique l'extrême faveur que manifestent les médecins russes pour les injections intra-utérines. Au début, ces injections n'étaient employées que comme moyen curatif dans les diverses affections locales des organes génitaux de la femme, puis on les a utilisé dans le but d'interrompre ou de prévenir une gestation. Ces injections intra-utérines peuvent-elles, réellement, être considérées comme un moyen préventif ? Il faut, en tout cas et de suite, indiquer un résultat fréquent de ces injections qui provoquent la stérilisation définitive de la femme. Les complications de cette intervention sont nombreuses, on a souvent observé la gestation ectopique dans les suites plus ou moins éloignées. Ces injections ou ces badigeonnages intra-utérines doivent être considérés, en dehors de tous les dangers qu'ils entraînent, encore comme étant une méthode infidèle. Somme toute, ces injections sont, le plus souvent, employées en pratique courante, non en tant que moyen préventif, mais bien en tant que moyen abortif, ce qui ne saurait être recommandé.

Le Prof. ILKEVITCH (de Moscou) affirme, au contraire, que les injections intra-utérines employées deux jours avant la date des règles et quatre jours après ces dernières, ou bien six à huit jours avant et six jours après ne donnent jamais de suite néfaste, telle que la gestation ectopique. Les injections intra-utérines de teinture d'iode employées à des fins curatives dans les cas d'hémorragie peuvent donner des aménorrhées qui sont susceptibles de se prolonger de six à neuf mois. Cette méthode devrait être interdite dans les consultations et en pratique privée.

Le Prof. SERDUKOFF insiste sur ce que les injections intra-utérines d'iode employées pendant longtemps peuvent entraîner l'arrêt de l'ovogénèse et sur ce que l'iode peut pénétrer dans les trompes, les irriter et provoquer leur oblitération. On remarque, aussi, dans quelques cas des accidents nets d'iodisme. La gestation ectopique est observée dans nombre de cas à la suite de ces injections.

Le Dr SAKHAROFF (d'Odessa), mentionne le fait que la tenacité de la stérilité à la suite des injections intra-utérines d'iode ne se trouve nullement en relation avec le nombre de ces injections. Il considère cette méthode comme très critiquable, infidèle et dangereuse, pouvant entraîner divers troubles et une stérilité souvent définitive.

POBÉDINSKY étudie l'hystérosalpingographie dans la stérilité due aux injections intra-utérines d'iode. Cette stérilité est due à l'oblitération ou aux modifications au niveau des trompes. La méthode peut entraîner des infections, des hémorragies, des processus inflammatoires au niveau des annexes. Il remarque que l'infantilisme contribue à toutes ces complications.

RABINOVITCH précise que 45 % des femmes stériles ont de l'imperméabilité des trompes, cette imperméabilité peut être recherchée par la méthode de l'insufflation. Cette imperméabilité des trompes est le résultat fréquent des injections intra-utérine d'iode.

Le Prof. MIRONOFF (de Kharkoff), apporte des données sur l'accroissement du nombre des avortements en Ukraine : leur nombre, en 1926, n'était que de 11.259 et, en 1928, il a atteint 14.135. Il explique ce fait par la déchéance de la religion, cette religion enfantine qui comportait la peur de l'enfer. Maintenant que la mentalité religieuse a disparu (et, espère l'auteur, pour toujours), les femmes, n'ayant plus peur des tortures d'au delà, ont plus facilement recours à l'interruption de la gestation. Pour lui l'injection intra-utérine d'iode serait le plus souvent non pas un moyen préventif, mais bien un moyen de liquidation de la gestation déjà existante.

LEIBOVICI (de Moscou) insiste principalement sur le point de vue médico légal. D'après le décret de 1930, l'avortement en U R.S.S. n'est plus considéré comme criminel, s'il est pratiqué dans des conditions appropriées, dans un milieu spécial, par des personnes compétentes. Les injections intra-utérines d'iode ne doivent être faites que dans le but préventif et ne sauraient être employées comme abortif.

Les rapports furent suivis de nombreuses discussions.
Le Prof. VIDRINE conseille d'exclure l'emploi des injections intra-utérines de la pratique privée.
Le Prof. TSCHERNEKHOVSKY les admet en tant que méthode curative, mais non en tant que moyen abortif.
KASAKOFF insiste sur le fait que l'iode est en général un poison pour le protoplasma des cellules.
LÉVI insiste sur la nécessité de trouver un moyen préventif pour ne pas être obligé de pratiquer les avortements ; il parle contre les injections intra-utérines d'iode.
RABINOVITCH admet très bien la méthode des injections intra-utérines en tant que méthode curative ; il ne les conseille pas pour les avortements, car les résultats ne sont pas constants et les complications sont fréquentes. Les injections iodées employées dans le but anticonceptionnel entraînent souvent la stérilité. Il faudrait donc, trouver un autre moyen pour préserver la femme de la gestation. Il mentionne les pessaires d'argent employés en Allemagne.

Les conclusions de ces deux jours de Commission ont été les suivantes :
1° les injections intra-utérines d'iode peuvent être employées dans un but thérapeutique ;
2° elles ne devront pas être employées s'il y a des signes de gestation, car, dans ce cas, on considérera ce traitement comme étant une manœuvre abortive ;
3° les injections intra-utérines d'iode ne doivent pas être pratiquées aux consultations pour malades externes.

HENRI VIGNES.

Les merveilles des R. U. V. — Le *Journal of the Amer. méd. Ass.* du 2 mai 1931 rapporte l'histoire d'une blanchisserie de Chicago qui se targue de merveilles en faisant agir des R. U. V. et de l'ozone sur le linge. Les chemises et caleçons pourraient se porter plus longtemps et auraient une propreté tout particulièrement favorable à la santé et une fraîcheur comme celle de l'aurore dans les montagnes.

A. M.

ACTUALITÉS

La médecine du travail en Belgique

En 1930, un séjour dans la province de Liège, à l'occasion du Congrès national belge de médecine du travail, nous a permis de constater combien la médecine et la chirurgie du travail représentait en Belgique une spécialité bien déterminée et des plus active.

Nos voisins ont su de bonne heure comprendre toute l'importance, qu'en pays industriel, il fallait donner à l'organisation rationnelle de la lutte contre la « maladie professionnelle », l'accident et la « maladie du travail ».

La pathologie du travail est un fléau qui, dans notre siècle d'extension croissante des activités industrielles, suit pas à pas les progrès de l'usine et grève chaque jour plus lourdement l'économie générale des nations. Le législateur s'efforce d'apporter des remèdes d'assistance et de réparations aux victimes du travail ; l'Etat et les provinces organisent des laboratoires, des hôpitaux, des offices d'hygiène et de prévention ; mais il appartient aux médecins d engager, sur le terrain même, la lutte difficile contre le mal.

Pour aider nos confrères belges dans cette bataille, il est bon de souligner que la nation tout entière a su réaliser une manière d'union sacrée, le mot n'est pas trop fort. Comme témoignage, il suffit d'évoquer le groupement des personnalités diverses auxquelles le congrès dont nous parlons plus haut a dû son éclat tout particulier.

Si nous y voyons Sa Majesté la Reine des Belges daigner accorder son haut patronage à une manifestation qui touche d'aussi près la protection de la santé de son peuple, nous y entendons également la parole éloquente de M. l'avocat Thonet, président de la puissante J. O. C. (Jeunesse ouvrière catholique belge) qui groupe 70.000 adhérents, jeunes ouvriers. Celle-ci vient, en marge de ses cours habituels de secouristes, d'organiser une exposition sur la prévention des accidents du travail.

Pour les industriels, M. Verwemp, remplaçant M. l'Ingénieur Deladrière, directeur de l'Association des industriels belges pour la prévention des accidents du travail, vint décrire tout ce que la Belgique réalisait dans la lutte pour la prévention des accidents : Propagande par la parole, le journal, l'affiche, le cinéma et les cours d'éducation ouvrière. Une exposition de tracts et d'affiches particulièrement éloquents accompagnait cette conférence et un excellent film fut présenté, où l'on pouvait suivre tous les efforts de la province de Liège dans ce domaine de médecine sociale, d'assistance publique et de prévention des accidents du travail.

Puis c'est l'Université de Liège. Sa Faculté de médecine possède un enseignement spécial de la pathologie et de l'hygiène du travail.

Celui-ci, en plus de l'étude individuelle des malades, n'oublie jamais de considérer toute question de physio-pathologie du travail en fonction des problèmes généraux de pathologie sociale et du rôle économique de la maladie ou de l'accident dans la vie nationale.

Nous nous rappelons non sans une certaine émotion l'éloquence si pleine de vivacité et d'humour de son propre doyen M. le docteur Malvoz, lors de la séance solennelle d'ouverture du Congrès, dans la salle académique de l'Université, à la belle ordonnance classique. C'est, en effet, en évoquant le nom de son maître, un précurseur, le docteur Hyacinthe Kouborn, de Seraing-sur-Meuse, que le professeur Malvoz fit pénétrer ses auditeurs dans le domaine si attachant de la médecine industrielle.

Le docteur Kouborn fut, tout d'abord, un simple méde-

BIBLIOGRAPHIE

La pratique médicale illustrée. L'INFARCTUS DU MYOCARDE, par le Dr E. DONZELOT. In-8°, de 24 pages avec figures dans le texte, 8 fr. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon. Paris (6e).

Si l'histoire anatomique de l'Infarctus du myocarde est relativement ancienne, son histoire clinique par contre est toute récente puisqu'elle commence seulement en 1910.

Le foyer de nécrose myocardique traduisant la thrombose d'une branche coronarienne donne lieu à une symptomatologie à coup sûr polymorphe, il est néanmoins possible de ramener les différents tableaux cliniques à deux types, l'un que dominent les douleurs angineuses, l'autre les phénomènes d'insuffisance cardiaque.

L'auteur décrit surtout la « forme angineuse » particulièrement fréquente et caractéristique. Il en indique les symptômes essentiels et accessoires, l'évolution et les complications.

Passant ensuite au diagnostic, il insiste spécialement sur les courbes électro-cardiographiques qui présentent en l'occurence une importance incontestable.

Enfin, il résume le traitement qui doit viser un triple but : calmer la douleur, remonter la capacité fonctionnelle cardiaque et éviter, si possible, la syncope.

La pratique médicale illustrée. MANIFESTATIONS PLEURO-PULMONAIRES ET THÉRAPEUTIQUE DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, MÉDICATION SALICYLÉE, par G. CAUSSADE et A. TARDIEU. Un volume in-8 de 48 pages, avec graphiques dans le texte, 15 fr. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

On trouvera dans cet ouvrage, que tout médecin voudra posséder, une excellente mise au point des manifestations pleuro-pulmonaires et de la thérapeutique du rhumatisme articulaire aigu.

Il faut distinguer, dans le vaste groupe des *pneumopathies* qui surviennent au cours de l'infestation rhumatismale, celles qui sont réellement de nature spécifique, manifestement influençable par la médication salicylée (cortico-pleurites histologiquement constituées de lésions de splénisation avec nodules d'Aschoff), de celles qui sont d'origine cardiaque (dilatation aiguë du ventricule gauche ou de l'oreillette gauche) ou dues à des germes d'infection secondaire.

Au déclin d'une crise de polyarthrite aiguë rhumatismale, surgissent quelquefois des manifestations tuberculeuses multiples : adénopathiques, laryngées et surtout pleurales, qui posent le problème des relations étiogéniques et pathogéniques des deux infections. La notion de maladie de Bouillaud n'exclut pas celle d'une tuberculose plus ou moins rapidement évolutive.

A côté des procédés classiques de traitement, le *mode d'administration discontinu de hautes doses (14 à 16 grammes) de salycilate de soude*, selon une technique bien précisée, en tenant compte de l'élimination urinaire quotidienne, et de la susceptibilité individuelle du sujet (idiosyncrasie, âge, sexe) permet d'exercer, sans risques, une action temporaire mais énergique, souvent suffisante à juguler une évolution qui s'annonçait maligne. L'entrée en convalescence ainsi provoquée s'exprime cliniquement par l'hypothermie, la bradycardie et la polyurie.

Enfin, dans les cas non exceptionnels de *salicylo-résistance*, quelques médications récemment préconisées (thyroïdine, soufre, eau d'Uriage), par leur association au salicylate de soude, prescrites plus couramment donnent des résultats très heureux chez certains rhumatisants pour lesquels la thérapeutique habituelle demeure inopérante.

Les tours de main du mécanicien dentiste. *Notions de prothèse dentaire*, par Henri TOYRES, mécanicien dentiste. Un volume in-8 de 208 pages, 1931. Prix : 25 fr. Editions médicales N. Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine. Paris, 6e.

Ce genre d'ouvrage faisait totalement défaut dans la Profession dentaire ; il sera apprécié de tous ceux à qui incombe la restauration de la bouche.

Plus de 300 procédés y sont décrits ; c'est l'aide mémoire que l'on consulte avec profit.

Les chapitres : Notions de prothèse dentaire, permettent à l'étudiant de suivre mot à mot, sans phrases inutiles, les travaux décrits.

Exploration tubaire et stérilité. par le Docteur J. VIMEUX. Un volume, 1931, Prix 12 fr. Editions médicales N. Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris(6e).

Ce petit ouvrage est une mise au point précise et claire de la question des injections de lipiodol appliquées au diagnostic et au traitement de la stérilité féminine.

Après avoir exposé pourquoi, dans l'exploration des trompes, l'injection de lipiodol doit être préférée à l'insufflation, l'auteur indique les différentes catégories de cas possibles, et une série de dix belles radiographies, judicieusement choisies, permet de connaître nettement et rapidement les divers aspects que peuvent présenter les trompes explorées.

L'auteur passe également en revue les principaux procédés thérapeutiques employés pour lever l'obstacle tubaire, en discute la valeur respective en s'appuyant sur des notions anatomo-pathologiques précises et montre ainsi ce qu'on peut penser actuellement de la chirurgie tubaire.

Enfin des chiffres intéressants sont donnés qui fixent la proportion des obturations tubaires chez les femmes stériles. Ce pourcentage a été rigoureusement établi sur une série continue de consultantes, et pose la nécessité d'un examen précoce des trompes chez la femme stérile, chaque fois que cela est possible, en vue d'éviter des recherches ou des traitements inutiles en cas d'imperméabilité.

cin-praticien du bassin houiller de Seraing, et qui, par la publication des travaux faits dans les milieux où il pratiquait son art, s'est élevé dans les 30 dernières années du XIXe siècle aux plus hautes fonctions médicales et scientifiques du pays.

En développant ensuite l'histoire de la lutte contre l'ankylostomiase et contre le nystagmus en pays minier, l'éminent doyen fit le résumé éloquent d'un demi-siècle de travail acharné : périodes clinique et scientifique ; organisation de laboratoires de physio-pathologie du travail, enfin création de bureaux et de lois d'assistance qui sont comme le couronnement de l'œuvre patiemment accomplie.

A leur tour, les praticiens donnent de leur nombre et de leur valeur un témoignage d'importance si nous en jugeons par la vitalité de la Société belge de médecine et de chirurgie du travail et des maladies professionnelles, dont ce congrès récent fut une œuvre des plus réussie.

M. le docteur Maurice François, qui en est l'actuel président en exercice, sait toujours, chaque fois qu'il prend la parole, définir l'excellent rôle de protection sociale que doit tenir le médecin d'usine, mais ne manque jamais d'ajouter combien la Belgique, grâce à l'intelligence et au bon sens de ses pouvoirs publics, soutient cette branche spécialisée de notre art.

Et si nous voulons continuer à parcourir les séances de ce Congrès à la manière d'une revue des forces qui concourent à organiser, en Belgique, la médecine du travail, nous devrons arriver aux encouragements que le gouvernement vint affirmer par le discours de M. de Voghel, chef de cabinet du Ministre du travail et de la prévoyance sociale, ainsi que par celui de M. Pirard, gouverneur de la province de Liège. Celui-ci, avec l'amour qu'il a de son ardente ville, nous apprit avec quelle persévérance et quelle ténacité, celle-ci s'était, depuis de longues années, accrochée, peut-on dire, à la lutte contre les grands fléaux sociaux du travail.

Enfin, il nous faut associer, à cette place, au nom de M. le doyen Malvoz ceux universellement réputés de M. le docteur Glibert et de M. le professeur René Sand.

M. le docteur Glibert, que connaissent bien les milieux français de la médecine du travail, inspecteur général honoraire du service médical du travail en Belgique, directeur du fonds de Prévoyance en faveur des victimes des dommages causés par les maladies professionnelles, sait toujours aborder toute question avec une expérience très nourrie et une admirable élévation d'esprit. Nous l'avons entendu à Liège déterminer la mission du médecin dans l'industrie, énumérer les services que l'on doit attendre de lui dans ses fonctions de clinicien et dans celles de conseiller technique d'hygiène et de médecine préventive qui organise des centres d'assurances ainsi que les dispensaires attachés aux groupements industriels.

M. le Professeur René Sand avait reçu l'honneur de donner la conférence inaugurale sur un sujet qui lui est cher : L'examen préventif dans la grande industrie. Il fit un ardent exposé d'architecture très claire auquel son autorité et son expérience de documentation internationale donnaient, avec une certaine audace, des vues d'avenir que le développement industriel moderne se trouvera dans l'obligation de réaliser. Il exposa le grand problème du choix de la main-d'œuvre et de l'orientation professionnelle, de l'embauchage, de la sélection du personnel : puis, à l'usine, de la prévention des accidents en faisant intervenir les épreuves de psycho-technique ; enfin, de l'étude de la valeur physiologique des individus, en s'adressant aux méthodes standardisées, analogues à celles mises en œuvre dans les remarquables instituts américains des centres de prolongation de la vie.

D'autres maîtres apportent à la médecine du travail en Belgique une compétence et une activité dignes de la puissance industrielle de ces vallées de la Meuse, de l'Ourthe et de la Vesdre.

M. le Professeur Stassen, que l'on retrouve à la tête des services chirurgicaux de la Société nationale des chemins de fer belges et du dispensaire de l'Espérance à Montegnée, est un animateur infatigable. Ses travaux sur la mobilisation active immédiate dans le traitement des blessés du travail font école, et les nombreux blessés qu'il nous a été donné d'examiner au dispensaire de l'Espérance (fractures graves de cuisses, fractures de rotules, fractures compliquées de membres supérieurs) affirment une étonnante rapidité de consolidation. Il s'ensuit une diminution remarquable des incapacités de travail. Celle-ci marche de pair, d'ailleurs, avec la satisfaction du personnel qui garde son affection pour le dévouement des chirurgiens, dont il comprend les remarquables qualités.

Les tableaux statistiques, que l'on peut voir affichés dans le couloir d'entrée de l'hôpital de Montegnée, démontrent les éloquents résultats obtenus par cette méthode. Il faut aussi admirer la puissante éducation de la volonté que celle-ci exige de la part du malade. Les paroles des blessés présentés exprimèrent leur confiance dans les exigences thérapeutiques de leurs médecins.

A Charleroi, pays noir, le docteur Courtois suit magistralement les affections respiratoires chez les ouvriers houilleurs, en particulier l'anthracose, la silicose pulmonaire et leurs complications.

Il nous fut donné de pouvoir écouter la conférence qu'il fit en juin sur ces affections, conférence accompagnée d'une documentation radiographique considérable apportant de nombreux et d'utiles matériaux sur cette question à l'ordre du jour et qui fait l'objet des préoccupations du législateur en matière de maladies professionnelles.

En nous excusant au cours d'une revue si rapide, de ne pas citer tous les noms, nous retenons cependant ceux de M. le docteur Stobbaerts, secrétaire général de la Société de médecine et de chirurgie des accidents du travail et des maladies professionnelles, dont nous écoutâmes la belle communication sur le diagnostic des lésions rénales traumatiques grâce à l'urosélectan ; de M. le docteur Watry, de Bruxelles, qui nous intéressa vivement par son procédé à la sphère pour la mobilisation active dans le traitement des fractures de maxillaires : enfin, dans l'ordre du secours d'urgence aux blessés à l'atelier même, M. le docteur Desemme, de Grivegnée, qui a imaginé un ingénieux appareillage pour le transport des ouvriers blessés sur les ponts roulants ou les charpentes des halles.

Tout le monde connaît le beau laboratoire de biométrie de M. le docteur René Ledent et de M. Wellens qui, à Liège, en dehors des applications industrielles, apprend, par ses consultations médico-pédagogiques, les aptitudes physiologiques, sensorielles et intellectuelles des enfants ou des adolescents examinés.

Nous ne voulons pas omettre M. le Professeur Langelez qui, maniant avec éloquence la sécheresse et la précision des chiffres, décrivit au Congrès l'étonnant labeur du Corps médical de l'industrie belge, les résultats remarquables obtenus dans la prévention des maladies et des accidents du travail. Et malgré ce qui pourrait déjà paraître hautement satisfaisant, en traçant le tableau de ce qui manque encore, M. Langelez affirma les grandes directives de l'effort considérable qui reste encore à fournir : preuve de l'énergie toujours présente de nos amis dans cet ordre de travaux.

La science française ne manque pas de garder avec nos voisins des relations étroites et le succès avec lequel furent accueillies par l'auditoire belge les conférences des éminents maîtres MM. les Professeurs Lahy et Sollier, fut une preuve d'amitié à laquelle nous conservons toute notre reconnaissance.

M. le Prof. Lahy, directeur d'études à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes de l'Institut de psychologie de l'Université de Paris, dont on sait les travaux si étonnants en matière de psycho-technique est bien connu des Belges,

qui lui doivent ces remarquables laboratoires de psychotechnique de la Fabrique nationale d'armes à Liége. Les confrères belges avec lesquels j'eus le plaisir de m'entretenir furent tous unanimes pour regretter que l'heure pendant laquelle M. Lahy parla dans le grand amphithéâtre eût été si courte. Son excellent raccourci, en effet, retraça l'œuvre immense de cette science nouvelle.

M. le Professeur Sollier, de l'Institut des Hautes-Etudes de Belgique, est directeur de l'Ecole d'ergologie à Bruxelles. En traitant de la médecine industrielle, il reprit la question du rôle du médecin dans l'industrie, de la science et de la physiologie du travail. Ses vues sur l'organisation des postes du premier secours et des services d'hospitalisation, sur les conditions physio pathologiques de surveillance du travail, son étude des accidents et de leur prévention, dessinèrent les grandes lignes d'un schéma idéal que chaque industriel serait à même de souhaiter.

Au point de vue des réalisations pratiques, à Liège même et dans les environs immédiats, trois types modèles d'organisation hospitalière s'offrent à l'intérêt des visiteurs :

En ville, c'est l'Institut provincial de physio-pathologie du travail.

A Montegnée, sur le plateau houiller, dans un paysage digne de Constantin Meunier, c'est le Dispensaire de l'Espérance.

Dans la vallée, à Ougrée, au cœur des puissantes usines, c'est l'hôpital d'Ougrée-Marihaye.

L'Institut Provincial de physio-pathologie du travail, de construction récente, groupe les services de l'Institut prophylactique, de la lutte anti-tuberculeuse, des laboratoires de bactériologie et d'hygiène, du centre d'études pour les maladies professionnelles, ainsi que le très beau dispensaire de la Société nationale des Chemins de fer belges pour la région de Liége. Celui-ci doit son organisation matérielle et administrative à la direction de son médecin-chef, M. le Professeur Stassen.

On ne peut qu'encourager nos collègues, auxquels incomberait la charge d'avoir à créer ou organiser un dispensaire analogue, à venir ici étudier la distribution des services médicaux et chirurgicaux, les salles pour pansements septiques et pour interventions aseptiques, le laboratoire et la salle de radiographie. Parallèlement, l'étude du fichier, ainsi que du système administratif de contrôle des indisponibilités-maladies et des incapacités par accidents serait particulièrement instructive pour beaucoup d'entre nous, médecins d'usines.

La loi belge du 24 décembre 1903, tout en permettant le libre choix du médecin par la victime, limite cependant celui-là au cas où l'employeur possède une organisation médicale gratuite, dont les services sont d'ailleurs soumis à la surveillance permanente du gouvernement. Dans ce cas, l'ouvrier est tenu, pour bénéficier des réparations, de s'adresser à un tel service hospitalier. Ainsi s'expliquent l'importance des installations créées par les compagnies industrielles et leur valeur d'organisation. Il faut y ajouter le bénéfice qu'apportent l'intime collaboration et les rapports constants entre les services techniques et le service médical.

Le Dispensaire de l'Espérance, à Montegnée, dépend des divers charbonnages de la banlieue de Liége, groupés pour assurer l'entretien et le fonctionnement de ce centre chirurgical et médical :

Service médical d'embauchage ;

Service des malades ;

Service d'hygiène industrielle et des maladies professionnelles ;

Enfin service chirurgical, qui effectue toutes interventions générales et de chirurgie d'urgence.

Nous retrouvons ici M. le Professeur Stassen, dont nous signalions plus haut les remarquables méthodes chirurgicales. Il a également organisé, aux côtés du dispensaire, un stand d'exercices pour sauvetages en cas de catastrophe minière. L'entraînement à la technique du cheminement en galerie noyée de fumée ou de gaz irrespirable y est effectué par les ouvriers munis d'appareils à oxygène portatif. De nombreux obstacles, qui reproduisent les difficultés de la mine, sont habilement semés sur les galeries d'entraînement. Une grande salle attenante entrepose l'appareillage prêt à être utilisé, masques et casques protecteurs de divers modèles. La construction mondiale en matière de sauvetage en atmosphère viciée est ici rassemblée, mise à l'épreuve et, en définitive, adoptée. Un large tableau porte avec minutie le mouvement précis des consignes d'appel destinées à alerter le service médical en cas de sinistre.

L'hôpital d'Ougrée-Marihaye est très grand, d'organisation splendide, au luxe utile, avec ses services dignes des plus modernes capitales de l'Ancien et du Nouveau-Monde ; laboratoire de chimie et de bactériologie, centre de cancérologie, radiothérapie à haute puissance ; chambre d'oxygène avec tente d'oxygène (système Collins), salles d'opérations à l'outillage remarquable. La description de tous ces services nous entraîne rait trop loin, si nous nous en rapportons à notre souvenir émerveillé.

Qu'il nous suffise de dire toute notre admiration au Dr Jules Gérard, son médecin chef créateur ; à son chirurgien, le Dr Christophe, qui a fait bénéficier son hôpital de tout ce que lui ont appris ses voyages d'études sur le continent et de l'autre côté de l'Atlantique.

Aussi ne faut-il pas oublier non plus la Société d'Ougrée-Marihaye, qui n'a pas reculé devant les sacrifices considérables qu'ont dû demander de pareils projets si complètement réalisés ; et l'on parle déjà d'agrandissements !

Lors de notre visite, M. le Dr Christophe fit une conférence, avec projections, dont le sujet inédit fut du plus puissant intérêt : il s'agissait de la catastrophe récente qui, par l'explosion d'un réservoir d'ammoniaque, provoqua en une heure l'arrivée à l'hôpital d'environ 200 blessés ou intoxiqués par le gaz. En une heure, l'hospitalisation de tous les accidentés était effectuée et l'alimentation en oxygène pour chacun d'eux réalisée.

3 était décédés au contact de l'explosion ;

201 gazés furent conservés ;

24 présentaient de l'œdème pulmonaire suraigu, se compliquant d'accidents mécaniques de fractures ;

Pour 27 autres, toutes les recherches de laboratoire furent immédiatement effectuées : hématologie, chimie du sang, chimie des urines, radiographie pulmonaire ; c'est dire combien les observations publiées seront complètes.

Au point de vue de l'évolution de ces cas (en abrégé) : 34 présentèrent des bronchites des fines bronches et il fut constaté 7 broncho-pneumonies tardives, évoluant vers la guérison en 12 à 20 jours ; 28 broncho-pneumonies s'accompagnèrent de complications rénales que le Dr Christophe est le premier à avoir décrites.

La publication par le Dr Christophe de ses observations offre le plus grand intérêt: et nous l'attendons avec impatience.

* * *

Nous nous excusons d'un aperçu aussi général, mais nous espérons qu'il donnera au lecteur non seulement l'idée de l'allant de nos confrères belges en matières d'études scientifiques et d'organisation hospitalière dans le domaine de la médecine du travail, mais encore le désir de se rendre en Belgique industrielle pour y prendre certains enseignements.

Et puisqu'il nous a été donné d'évoquer le Congrès de Liége, nous voudrions dire ici au Dr Maurice François, au Dr Stassen et au Dr Stobbaerts toute notre reconnaissance pour leur charmante amabilité ; ils ne négligèrent rien pour prouver à notre qualité de Français une sympathie qui nous a été droit au cœur.

Que dire aussi de l'habile repas servi par les soins des infirmières de Montegnée en une grande réunion de fa-


ANGIOXYL
DU Dr ROUSSEL
MÉDICATION SPÉCIFIQUE
PAR ACTION TROPHIQUE SUR LES VAISSEAUX
dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ARTÉRITES DE TOUTE NATURE
LES TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE
AMPOULES : 1 à 3 par jour en injection intra-musculaire.
SIROP : 3 cuillérées à café par jour
AUCUNE CONTRE-INDICATION
Angioxyl
Angioxyl Sirop
ÉCHANTILLONS : J. B. FIALIP PHAcien
97, RUE DE VAUGIRARD – PARIS (6e)
r. c. 18.000
Roger Dacosta. Edit.

mille et sous le décor sévère des planches anatomiques qui nous rappelaient, à l'Institut de physio-pathologie ce que nous devons au Dr Stobbaerts dans la lutte contre le nystagmus des mineurs ?

Pour ne pas oublier qu'au-dessus de la Belgique du travail, il existait de larges horizons où la nature est attachante, nous fûmes emmenés par nos collègues belges à Sart, au-dessus de Spa, et si nous rappelons ce plaisir c'est que le Professeur Stassen évoqua au dessert avec émotion la rude Fagne, dont il est originaire, et qu'en parcourant du regard la ligne de forêts qui couronnent le plateau, nous sentions combien s'expliquait la magnifique énergie du travailleur et du savant.

Dr R. Barthe.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Maladies infectieuses

L'algie sciatique, symptôme initial et unique d'une fièvre typhoïde, constitue une rareté pathologique ; il s'agit d'une inversion de la chronologie de cet accident nerveux.

Le cas rapporté montre qu'une infection générale d'abord insoupçonnée, puis précisée par les examens de laboratoire, a réveillé la sensibilité d'un nerf, dont les phénomènes douloureux étaient éteints depuis deux ans ; c'est un exemple des phénomènes de *neuropexie*, dont l'interprétation paraît fournir une explication pathogénique assez intéressante à certains faits observés en pathologie nerveuse.

A part la sciatique la malade, âgée de 42 ans, ne présentait que des symptômes assez vagues. Aucun malaise appréciable les jours précédents. Pouls rapide à 110, température de 37°8, sans céphalée. La constipation chronique, avait augmenté dans les trois premiers jours d'alitement. Langue à peine sale ; ventre un peu ballonné, souple et ne présentant aucun point douloureux. Articulations indemnes. Examen du système nerveux complètement négatif.

L'évolution clinique confirme les résultats du laboratoire. Mort par hémorragie intestinale. (Le Fèvre de Arric. Algie sciatique, début de fièvre typhoïde [Exemple de neuropexie]. *Scalpel*, 24 janvier 1931.)

Voies respiratoires

Les cas de tuberculose pulmonaire muette ne sont pas aussi rares qu'on le dit ; trois observations illustrent clairement cette proposition.

Dans les trois cas, les signes physiques sont légers et l'état général excellent ; la radiographie n'en montre pas moins une image cavitaire très nette.

L'évolution paraît favorable, mais les rayons X révèlent une extension de la caverne.

Le seul symptôme alarmant fut la présence du bacille de Koch dans l'expectoration ; ce n'est pas un signe certain d'évolution, c'est un indice de gravité.

La sédimentation des globules rouges a été infidèle dans ses résultats, surtout dans ses variations au cours de l'affection. (R. Courtois. Trois cas de tuberculose pulmonaire à évolution rapide et muette. *Scalpel*, 10 janvier 1931).

L'étude d'un cas de suppuration pulmonaire a permis à O. Coquelet, de Bruxelles, d'émettre des considérations très judicieuses, d'une portée générale qui dépasse largement le sujet ; l'extrait suivant en montrera l'intérêt et la justesse :

« Les classiques font de la suppuration pulmonaire une description qui vaut celle des expectorations. La suppuration pulmonaire est dotée par eux d'une richesse extraordinaire de symptômes criants : signes cavitaires, vomiques, fétidité, expectoration de fragments nécrosés, signes radiologiques, etc. Encore une fois, ce tableau n'est approché que par certaines formes de suppuration à un stade très avancé. C'est comme si on décrivait les syphilitiques comme porteurs de roséole, de chancres, de plaques muqueuses, de condylomes, de gommes ulcérées et suppurantes, d'arthropathies avec, par dessus le marché, tous les signes du tabes et de la paralysie générale. C'est comme si on disait que la hernie étranglée se reconnaît à ce que la partie herniée est chaude, rouge, inflammatoire, que le facies du malade est très intoxiqué, que son ventre est gonflé comme un ballon et qu'il arrive auprès du médecin en vomissant des matières fécales moulées. Si l'on donnait une semblable description de la hernie étranglée aux étudiants pour apprendre à la reconnaître, il est peu vraisemblable que les diagnostics soient précoces, et les médecins auraient rarement la possibilité d'une intervention plus utile que de faire appeler les pompes funèbres. De même, si on se base sur la description classique des suppurations du poumon, ou bien on ne fera pas le diagnostic, ou bien, en guise de malades, ce sont des moribonds cyanotiques qu'on nous amènera, pour les opérer de l'asphyxie et de l'intoxication dont ils sont pratiquement morts déjà. Ces descriptions classiques furent bonnes autrefois, au temps où l'on pouvait se limiter à l'indication du stade terminal, puisque cette terminaison était à peu près invariable et que les médecins étaient désarmés. Mais aujourd'hui elle retarde de vingt ans. Car si nous sommes bien loin de toujours guérir, nous sommes loin aussi d'être toujours impuissants. Il est temps, je le répète, de préciser le syndrome général de suppuration pulmonaire et de le reconnaître avec une symptomatologie minimale ». (Oct. Coquelet. Etude critique d'un cas complexe de suppuration thoracique. Le syndrome suppuration pulmonaire. *Scalpel*, 24 janvier 1931.)

Chirurgie

Une statistique personnelle intégrale de 107 opérations pour fibromes de l'utérus a permis à A. Basset de préciser certains points fort importants.

Il y avait 56 fibromes (52,3 %) absolument purs. Les lésions associées se répartissaient ainsi : 25 salpingites non tuberculeuses (23,3 %), 5 kystes de l'ovaire ou du ligament large (4,6 %), 3 tumeurs solides de l'ovaire (2,8 %), 1 grossesse extra-utérine, 2 grossesses utérines (1,9 %). En somme les annexes n'étaient absolument saines que dans 58 cas (54 %).

L'auteur est partisan de l'hystérectomie subtotale, qu'il a pratiquée 88 fois.

Au point de vue anesthésie il y a eu 76 éthérisations et 31 rachis.

La mortalité a été *nulle*. Les suites opératoires ont été parfaitement simples dans 102 cas ; il y a eu 2 phlébites et 3 complications pulmonaires. (A. Basset. Statistique personnelle de 107 opérations pour fibromes de l'utérus. *Bulletin médical de Québec*, janvier 1931.)

Dermatologie

Le bromure et l'hyposulfite de soude ont donné à Pablo Lavezzo (de Rio Segundo) 3 succès dans 3 cas d'eczéma.

Le bromure de sodium a produit un choc, qui fut conjuré par l'injection d'un milligramme d'adrénaline ; on donna par la suite au même malade vingt gouttes de la solution officinale d'adrénaline vingt minutes avant l'injection.

L'auteur a aussi employé la formule suivante :

Hyposulfite de soude à 40 %	10 cc.
Bromure de sodium	0,15 gr.
Chlorure de calcium	0,50 gr.

pour une ampoule

La voie intraveineuse a été seule employée ; elle ne donne que des réactions locales légères. (Pablo Lavezzo. El bromuro y el hiposulfito de sodio en el tratamiento del eczema. (*Semana medica*, 19 mars 1931.)

Le rôle du psychisme dans l'eczéma ressort des faits pour J. Bonjour.

La symétrie des lésions est fréquente ; elle s'observe dans les cas rebelles en particulier. La périodicité se rencontre dans une foule de cas.

La suggestion donne des guérisons, par l'action hypotensive qu'elle exerce ; c'est surtout l'abaissement de la minima qui est important.

L'allergie ne jouerait qu'un rôle secondaire. (J. Bonjour. Le psychisme et l'eczéma. (*Revue médicale de la Suisse romande*, 10 mars 1931.)

Oto-rhino-laryngologie

La sinusite paranasale n'est pas rare chez l'enfant, surtout sous la forme chronique, qui détermine les complications lse plus variées : laryngite, pyélite, bronchite, otite moyenne, érysipèle, blépharite, conjonctivite, kératite, cellulite orbitaire, arthrite, néphrite, acidose, diarrhée, endocardite, myocardite, surdité, chorée, etc.

Ces cas tombent dans la clientèle du praticien ou du pédiatre, alors qu'ils relèvent de l'oto-rhino-laryngologiste.

L'examen direct, la transillumination et la radiographie permettent de faire un diagnostic précis.

J. D. Simmons, de Gunnison, recommande l'ablation des amygdales et des végétations adénoïdes.

J. W. Gray, de Clarksdale, est d'avis que l'intervention est une erreur et qu'il vaut mieux surveiller l'alimentation au point de vue des vitamines A et D.

G. L. Arrington, de Meridian, considère la radiographie comme supérieure à la transillumination. (Simmons. Paranasal sinus disease in infants and children. *New Orleans medical and surgical Journal*, janvier 1931.)

Varia

La percussion du thorax est probablement le procédé d'exploration clinique le plus difficile à acquérir (James L. Halliday de Glasgow).

En ce qui concerne l'appareil respiratoire c'est une erreur que de vouloir séparer les poumons des voies respiratoires supérieures. Ces deux organes forment une entité anatomique, physiologique et clinique absolue. Vouloir étudier leurs lésions séparément au triple point de vue diagnostic, thérapeutique ou pronostic conduira fatalement à des fautes d'interprétation clinique, partant à une thérapeutique non seulement inutile mais préjudiciable le plus souvent au malade. Le phtisiologue qui ne veut voir que les poumons et le rhino-laryngologue qui les ignore commettent une faute grave. Ces deux organes constituent un tout inséparable et les lésions de l'un influencent non seulement les lésions de l'autre, mais les provoquent et le traitement de l'un aboutit souvent sinon toujours à la guérison de l'autre (L. de Reynier, de Leysin).

J. Lafont.

NOTES DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

Le souffle continu thyroïdien supérieur dans le basedowisme

Les souffles perçus à l'auscultation du corps thyroïde dans le goitre exophtalmique rentrent dans deux grandes variétés :

a) Le souffle systolique.

b) Le souffle continu.

C'est là une distinction capitale, dit M. Roger Duméry (*Thèse de Paris*, 1931), car elle permet de donner au souffle continu sa valeur séméiologique considérable jusqu'à présent méconnue, en précisant l'absence de valeur diagnostique du souffle systolique.

Le souffle continu mérite d'être appelé le souffle continu thyroïdien supérieur, en raison de sa localisation maxima bien spéciale qui permet de le différencier aisément des souffles continus jugulaires.

Le souffle est continu à renforcement systolique. Son foyer d'auscultation est le pédicule thyroïdien supérieur, immédiatement avant sa pénétration dans le pôle supérieur du lobe latéral.

Le souffle est toujours moins intense à l'auscultation du corps thyroïde lui-même, il arrive même qu'il n'est perçu qu'à l'auscultation du pédicule thyroïdien supérieur et qu'il n'est pas entendu à l'auscultation de la glande. Le souffle continu s'accompagne d'un thrill également continu à renforcement systolique. Il varie parallèlement à l'hyperthyroïdie elle-même, s'accentue à l'occasion d'une poussée basedowienne, diminue puis disparaît avec la régression des accidents basedowiens. On le rencontre dans 20 % des cas de goitre exophtalmique.

Le mécanisme de ce souffle continu semble être lié à la vasodilatation active et considérable dont le goitre est le siège dans la maladie de Basedow. La grande dilatation des artérioles, des capillaires et des veinules réalise une large et facile communication entre le sang artériel et le sang veineux. Ainsi se trouvent constituées des conditions anatomo-physiologiques rappelant celles des anévrysmes artério-veineux, d'où la production d'un souffle continu à renforcement systolique. Le souffle thyroïdien supérieur n'a été rencontré par l'auteur que dans le goitre exophtalmique, presque toujours goitre exophtalmique avéré, plus rarement goitre exophtalmique fruste. Il n'a jamais été trouvé par l'auteur dans les goitres simples. Il est considéré comme rare dans le goitre adénomateux toxique, tandis qu'il est observé dans 21 % des cas de goitres exophtalmiques vrais. Le souffle continu thyroïdien supérieur est considéré par l'auteur comme un signe pathognomonique du goitre exophtalmique. La coïncidence fortuite d'un goitre simple et d'un anévrysme artério-veineux est une éventualité trop rarissime pour qu'elle diminue la valeur séméiologique de ce souffle.

Enfin il ne peut être confondu avec les souffles continus jugulaires fréquents dans les états anémiques. La localisation de ces souffles continus jugulaires est toute différente — leur foyer d'auscultation étant situé au voisinage du pôle inférieur du lobe latéral.

La constatation d'un souffle continu thyroïdien supérieur est donc susceptible de rattacher à l'hyperthyroïdisme certains syndromes basedowiens frustes.

Il n'est pas d'autre signe clinique du goitre exophtalmique, dit Duméry dans les conclusions de sa thèse faite sous les auspices de M. Lian, qui à lui seul ait une pareille valeur décisive dans le diagnostic des états d'hyperthyroïdie.

Paludisme et syndromes endocrino-sympathiques

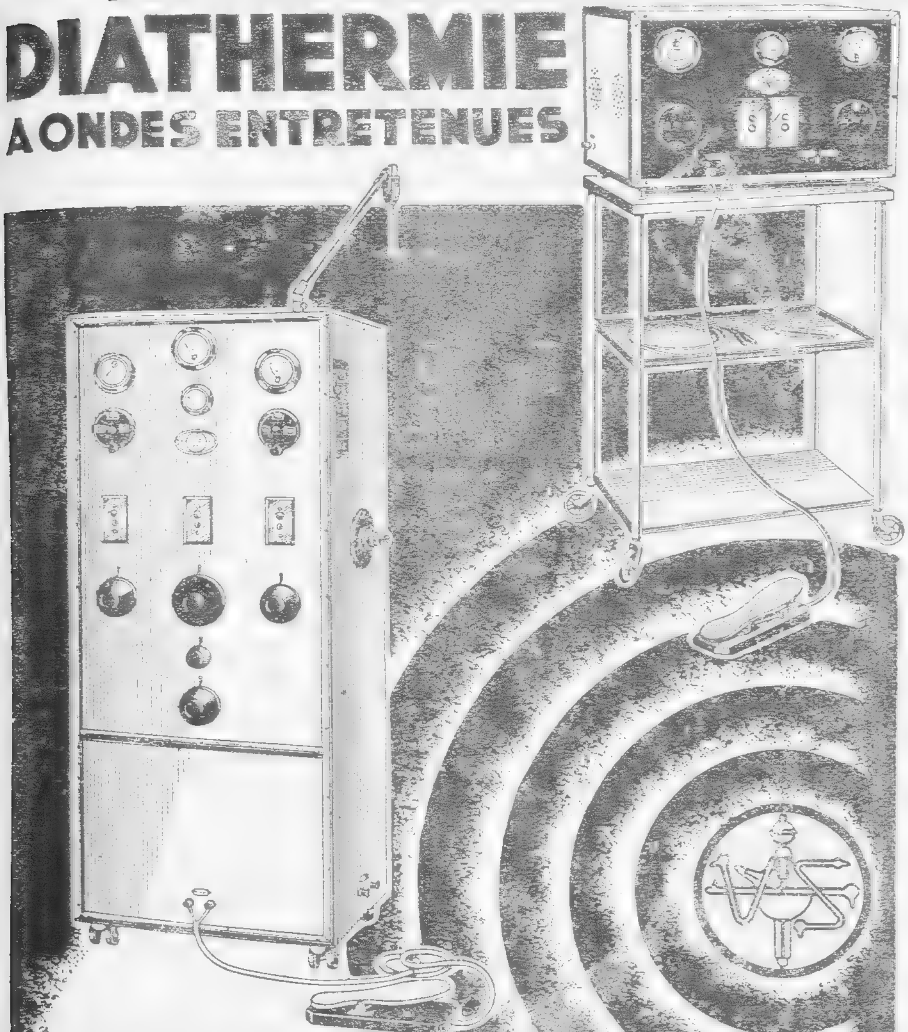
MM. F. Meersman, H. Coumel et J. Rouvier rapportent (*Soc. méd. des Hôp. de Lyon*, 14 avril 1931) deux observations, l'une de maladie de Basedow typique, l'autre d'hyperthyroïdie avec déséquilibre vago-sympathique, à la suite d'une infection palustre. La possibilité d'une atteinte passagère de la glande thyroïde au cours du paludisme est connue, mais il ne semble pas, disent les auteurs qu'on ait décrit, à la suite d'une infestation palustre des syndromes thyroïdiens persistants, du type goitre exophtalmique par exemple. Si l'hématozoaire est capable, par quelque mécanisme que ce soit, d'hypertrophier la glande thyroïde lors de la période aiguë de la parasitose, il ne paraît pas impossible que son empreinte puisse être dans certains cas, plus durable. Une maladie de Basedow typique peut évoluer à la suite d'une thyroïdite infectieuse. Les auteurs ont recherché si, dans les descriptions classiques du paludisme et de ses complications, il ne serait pas possible de retrouver des signes pouvant être rapportés à une atteinte du système endocrino-sympathique.

Kelsch, Kuner, Grall, Catrin signalent dans le paludisme chronique, des symptômes, qu'ils groupent sous des dénominations variables et qui paraissent bien rentrer dans cette catégorie : tachycardie ; palpitations et intermittences cardiaques ; douleurs précordiales, troubles vaso-moteurs et bouffées de chaleur, névralgies du plexus solaire (Grall), irritabilité, insomnie, asthénie. Bien que le rapport de simple séquence ne puisse être considéré à coup sûr comme un rapport de cause à effet, les auteurs inclinent cependant à penser que le paludisme peut être retenu comme un facteur étiologique de la maladie de Basedow.

A propos du traitement des suppurations à bacilles pyocyaniques par l'acide borique en poudre

M. G. Bray (*Société clinique des Hôpitaux de Bruxelles*, 9 mai 1931).

Il est bien connu qu'une plaie infectée par le bacille pyocyanique est couverte d'un pus bleu et que traitée par l'acide borique en poudre elle prend un aspect normal. Or, de nombreux prélèvements pratiqués alors que le pus était revenu normal prouvèrent la persistance du pyocyanique. Il était devenu achromogène. Des recherches de l'auteur montrent qu'il s'agit là d'une propriété de l'ion Bore, et non d'une modification de l'acidité du milieu. Les bacilles persistant dans la plaie, l'acide borique n'a donc pas de vertu bactéricide spéciale contre le pyocyanique.



REVUE DES THÈSES

Traitement des fractures du corps du maxillaire inférieur, par le Dr Charles A. FREIDEL. (*Thèse de Lyon*, 10 mars 1931, n° 137, 128 p. *Imprimerie Noirclerc et Fenetrier*).

L'auteur conclut :

I. — Les fractures du corps du maxillaire inférieur observées dans la pratique civile représentent une individualité intéressante :

1° Parce que ce sont les plus fréquentes des fractures du massif facial.
2° Parce que leurs caractères permettent de les opposer aux fractures du reste du maxillaire inférieur, branche montante, col du condyle).

a) Le corps est, en effet, la *seule partie de l'os qui possède des dents*.
b) C'est la portion *exposée*, les fractures siégeant à son niveau sont des fractures ouvertes communiquant avec la bouche, ou l'extérieur.
c) C'est enfin la portion anatomiquement la plus abordable, donc vraiment chirurgicale.

Les fractures de la branche montante possèdent tous les caractères inverses.

II. — Les méthodes de traitement des fractures du corps du maxillaire inférieur viseront à :

1° Désinfecter un foyer de fracture qui se réinfecte constamment parce que communiquant avec la cavité buccale.
2° A immobiliser un os dont la caractéristique principale est sa mobilité dans les actes de la vie courante : phonation, mastication, déglutition.

A) *Tout le monde est d'accord pour la lutte anti infectieuse*, qui comprend :

1° Des soins du côté des téguments ;
2° Des soins du côté de la muqueuse buccale (*grands lavages*) ;
3° Des soins du côté du foyer de fracture.

Une thérapeutique logique ne peut être entreprise qu'après avoir pris de *bons clichés radiographiques*.

a) *Il faut extraire toute dent située dans le foyer de fracture*, et toute dent infectée de la bouche.
b) Enlever les esquilles mobiles dépériostées ; *ne jamais faire d'esquillectomie primitive*.

4° Quand il existe une plaie souillée, toujours faire du sérum antitétanique.

B) *Le problème orthopédique a été beaucoup plus discuté*.
Il vise à garder un fer à cheval osseux solide ;
A conserver l'articulé dentaire.
Deux sortes de méthodes atteignent ce but :

I. — *Méthodes prothétiques*.

Deux temps : réduction de la fracture s'il y a déplacement ;
Contention des fragments.
La contention utilisera trois points d'appui :

1° Les deux fragments du maxillaire : *contention mono-maxillaire* ;
2° Les deux maxillaires : *contention inter-maxillaire*.

La contention mono-maxillaire peut se faire à l'aide :

De ligatures simples ;
D'un arc et de ligatures ;
D'un arc et de deux bagues d'Angle ;
De gouttières coulées ou en vulcanité.

Elle nécessite la présence de dents solidement implantées sur les deux fragments.

La contention inter-maxillaire ou blocage se fait par divers procédés dont le plus pratique est celui d'Ivy.

La contention cranio-maxillaire utilise soit par une fronde simple, soit un appui cranio-facial type Darcissac.

II. — *Les méthodes chirurgicales* que l'on a opposées aux méthodes prothétiques *sont des méthodes d'exception* ; elles ne trouvent leur indication que lorsque le traitement orthopédique a échoué, quand il n'est pas possible, ou encore en cas de complication. De plus, ce ne sont pas des méthodes exclusives.

1° Nous avons dit que l'esquillectomie était à rejeter primitivement.
2° L'*osthéosynthèse* peut être utilisée chez l'édenté quand il y a un gros déplacement ; elle se fait au fil métallique mais prédispose à l'ostéomyélite chronique.
3° La *greffe osseuse* se fait soit par glissement, soit par auto greffe, soit par greffe ostéopériostique.

Elle ne doit être employée que tardivement en milieu aseptique, et quand les autres moyens ont échoué.

4° En face d'un cas en mauvaise position, on pose l'indication de l'*ostéotomie*.

III. — INDICATIONS DES DIVERSES MÉTHODES.

A) *Immédiatement après l'accident* :

Traitement local et général préventif de l'infection ;
Lavages, sérum antitétanique ;
Immobilisation précoce à l'aide d'une fronde.

B) *Plus tard*.

Traitement antiseptique de rigueur à l'aide de grands lavages répétés.

La conduite à tenir est la suivante :

1° Radiographie ;
2° Nettoyage de la bouche ; extraction ;

a) De toute dent dont la racine est dans le foyer de fracture ;
b) Des dents infectées de la bouche.

3° Réduction des fragments en bonne position :
4° Contention.

Vérifier immédiatement la denture du sujet.

Fractures sans perte de substance ou avec perte de substance inférieure à 1 cm. (cas courant dans la pratique civile) ;

a) Les deux fragments possèdent des dents : *contention mono-maxillaire* ;
b) Un des fragments n'est pas denté : *blocage*.
c) Les deux fragments ne sont pas dentés : si pas de déplacement : *fronde*.

Si gros déplacement : l'*ostéosynthèse* au fil peut être discutée ;

d) *Fracture du rebord alvéolaire*.

Simple fêlure : réduction et contention par ligature ou arc ;
Fragment complètement détaché : ablation et curetage.
Fractures avec perte de substance de plus de 2 cm.

Pendant longtemps, s'occuper du traitement des plaies. Immobiliser l'os en bonne position avec les points d'appui dentaires que l'on possède (préférer alors les gouttières coulées aux ligatures).

a) Si la perte de substance est inférieure à 2 cm., résultat fonctionnel en général très suffisant.
b) Si la perte de substance est plus étendue : *greffe osseuse*.

C) SI LE MALADE EST VU A LA PÉRIODE DES COMPLICATIONS.

1° En cas d'*abcès* : vérifier radiographiquement le foyer (racines de dents, esquilles, corps étrangers).

Drainage filiforme de la collection.
Traitement orthopédique.

2° En cas de fistule : vérifier également le foyer et bien immobiliser la fracture ;
3° Si on se trouve en face d'une *pseudarthrose* :

a) *Sans perte de substance* : aviver les deux extrémités osseuses, utiliser un bon système de contention. C'est le cas le plus fréquent dans la pratique civile, que l'on évite par un traitement correct dès le début ;
b) *S'il existe une perte de substance de 4 cm.* datant de plus de huit mois, quand une bonne immobilisation n'a donné aucun résultat, faire une greffe osseuse.

4° *S'il y a vice d'articulé* : ostéotomie et contention.
5° *Les cicatrices vicieuses de la peau et les brides muqueuses* sont traitées par la dilatation ou la section suivie de dilatation.

D) SURVEILLANCE ULTÉRIEURE.

1° Alimentation liquide ou semi-liquide.

Surveiller la température.
Grands lavages.
Vérifier le système de contention.

2° *Durée d'immobilisation* dans les fractures simples de la pratique civile. La cristallisation du cal se fait au quinzième jour, la durée de contention est alors de un mois à un mois et demi.

Si la fracture s'infecte, s'il y a de gros dégâts osseux, l'immobilisation sera beaucoup plus longue.

3° Quand une fracture ne se consolide pas, quand aucune cause locale ne peut l'expliquer, *suspecter la syphilis* ; faire d'abord un Wassermann et un traitement d'épreuve.

RÉPONSES AUX QUESTIONS POSÉES A L'*OFFICIEL*

Impôt sur le revenu. — Les frais professionnels susceptibles d'être déduits du revenu des contribuables doivent s'entendre de ceux qu'ils ont réellement supportés. — 12.469. — M. Jean MONTIGNY, demande à M. le MINISTRE DU BUDGET s'il est possible à un journaliste de comprendre dans ses frais généraux une somme forfaitaire pour travaux de dactylographie effectués par sa femme, à raison de sa collaboration régulière à divers journaux et revues, cette collaboration étant naturellement justifiée vis-à-vis du fisc. (Question du 26 mars 1931.)

Réponse. — *Réponse négative. En matière d'impôts sur les revenus, les évaluations forfaitaires de dépenses ne sont pas autorisées par les textes légaux et les frais professionnels susceptibles d'être déduits du revenu brut des contribuables doivent s'entendre de ceux qu'ils ont* RÉELLEMENT *supportés.* (J. O.)

Une société civile fondée par deux vétérinaires pour exercer en commun leur profession peut-elle être transformée en société commerciale en nom collectif ? — 12.805. — M. Raoul AUBAUD demande à M. LE MINISTRE DU BUDGET : 1° si deux médecins vétérinaires ayant formé une société civile pour exercer en commun leur profession et partager leurs honoraires sans autre apport que leurs voitures automobiles, peuvent transformer cette société civile en société commerciale en nom collectif ; 3° dans le cas de la négative, s'ils pourraient substituer à leur société civile une société à responsabilité limitée ; 4° quels seraient les droits à payer. (Question du 8 mai 1931.)

Réponse. — 1° et 3° *L'examen de ces questions paraît entrer dans les attributions de M. le garde des sceaux, ministre de la justice : 2e et 4e questions d'espèce qui ne pourraient être exactement résolues qu'au vu des actes eux-mêmes et après examen des circonstances particulières de l'affaire.*

Un étranger non naturalisé peut-il être nommé préparateur d'Université ? — 13.070. — M. Pierre TAITTINGER demande à M. LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE si un étranger, non naturalisé, a le droit d'être nommé préparateur d'Université et payé sur le budget de l'Université. (Question du 4 juin 1931.)

Réponse. — *Réponse négative. La qualité de fonctionnaire ne peut être conférée qu'à un Français. Un étranger non naturalisé ne pourra donc obtenir sa nomination définitive dans le cadre des préparateurs, qui possèdent la qualité de fonctionnaires même s'ils sont rémunérés sur fonds d'Université! Cependant rien ne s'oppose à ce qu'un étranger obtienne une délégation dans les fonctions de préparateur, mais seulement à titre essentiellement précaire, sa titularisation dans les cadres demeurant subordonnée à sa naturalisation préalable.*

Pour permettre aux étudiants en médecine sursitaires de se maintenir en contact avec leur milieu scolaire. — 12.922. — M. Pierre TAITTINGER expose à M. LE MINISTRE DE LA GUERRE : *a*) que jusqu'à l'incorporation d'avril 1931, tous les sursitaires, étudiants en médecine ou docteurs en médecine de la place de Paris, étaient libres le samedi à onze heures jusqu'au lundi matin à sept heures trente ; *b*) que ces sursitaires, dans leur immense majorité, font dix-huit mois de service, et qu'à leur propos, à la suite de la séance de la Chambre du 18 novembre 1930, le ministre de la guerre déclara qu'il invitait les commandants de la région à accorder un ou deux après-midi par semaine, pour que les sursitaires puissent se maintenir en contact avec leur milieu scolaire ; *c*) qu'un ordre passé depuis décembre par la place de Paris fixe maintenant la sortie du samedi, pour les permissions de vingt-quatre heures, à seize heures trente, contredisant donc la déclaration susindiquée et lui demande quelle est la situation exacte de cette catégorie de sursitaires. (Question du 28 mai 1931.)

Réponse. — *La décision prise par le ministre, d'accorder, sous réserve des nécessités du service, deux après-midi par semaine à*

Rapide de nuit permanent Paris-Briançon

Un rapide de nuit permanent de toutes classes comportant également des places de couchettes, relie Paris à Briançon, en traversant les très pittoresques régions du Diois et des Hautes-Alpes.

Départ de Paris 21 h., Lyon-Perrache 4 h. 25, Valence 5 h. 57.

Arrivée à Die 7 h. 27, Veynes 9 h. 09, Gap 9 h. 45, Embrun 10 h. 48, Briançon à 12 heures.

En sens inverse :

Départ de Briançon 17 h. 05, Embrun 18 h. 07, Gap 19 h. 15, Veynes 20 h. 21, Die 21 h. 59.

Arrivée à Valence 23 h. 31, Lyon-Perrache 1 h. 08, Paris 9 h. 05.

partir du mois d'octobre 1930, pour permettre aux étudiants de faire acte de scolarité, ne s'appliquait qu'aux étudiants incorporés en octobre 1929 pour accomplir dix-huit mois de service. Les intéressés ayant été libérés le 1er mars 1931, cette mesure leur a permis de ne pas perdre une année pour leurs études. La même mesure sera prise à l'égard des sursitaires incorporés au mois d'octobre 1930 ; mais les raisons motivant cette décision ne peuvent être invoquées pour les sursitaires incorporés en avril 1930, qui pouvaient demander des sursis de six mois et attendre ainsi pour être incorporés, la fin de la période scolaire.

Les bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 Mars 1919 n'ont pas droit au remboursement direct des frais qu'ils ont engagés en dehors de la réglementation. — 12.788. — M. Chastanet demande à M. le ministre des pensions : 1° si un mutilé bénéficiaire de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 (soins gratuits) qui entre dans une clinique non agréée par la Commission tripartite départementale ou n'ayant, en réalité, jamais fait de demande d'agrément peut obtenir le remboursement du prix de la journée que cette Commission aurait payé pour lui s'il avait été admis dans une clinique agréée par elle ou dans les hôpitaux publics, étant bien entendu que le mutilé use de la clinique pour y subir une intervention consécutive à sa blessure de guerre ; 2° dans le cas de l'affirmative, quelles sont les formalités à remplir pour obtenir ce remboursement ; 3° dans le cas de la négative, quelles sont les raisons qui s'opposent à ce remboursement.

Réponse. — 1° et 2°. *Les bénéficiaires de l'article 64 ont droit aux soins médicaux et chirurgicaux en nature ; en aucune circonstance ils ne peuvent obtenir de remboursement direct au titre de l'article 64 pour les frais qu'ils ont engagés en dehors de la règlementation ; 3° conformément à la jurisprudence constante de la commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins gratuits, sont seuls considérés comme parties prenantes pour soins donnés au titre de l'article 64, les médecins, les pharmaciens et les établissements publics ou privés agréés.*

Thyroïde et allaitement. — Deglos a observé une aggravation de basedowisme par l'allaitement et deux autres cas où l'allaitement fut très bien supporté. (*Société de Pédiatrie*, séance d'avril 1931).

Echos et Glanures

> « Je m'en vois, escornifiant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».
>
> Montaigne.

Les sources d'un chapitre de « Madame Bovary ». L'opération du Pied Bot. — *Le Mercure de France* (1er juillet 1931) :

On connaît le chapitre de *Madame Bovary* où Flaubert raconte l'opération du pied-bot, exécutée par Charles Bovary sur Hippolyte, le garçon d'écurie du Lion d'Or, — poussé par Homais qui y voyait une gloire pour Yonville.

Il y est écrit que pour se guider, Bovary « fit venir de Rouen, le volume du docteur Duval, et tous les soirs, se prenant la tête entre les mains, il s'enfonçait dans cette lecture ». M. Pierre-M. Lambert a eu la curiosité d'aller voir si, dans le livre du docteur Duval, il n'y aurait pas quelque chose à glaner pour l'histoire de ce chapitre de *Madame Bovary*. Le docteur Vincent Duval auquel plusieurs opérations de pied-bot exécutées avec succès, avaient donné une certaine notoriété, avait publié en 1839, un livre intitulé :

Traité pratique du pied-bot, par Vincent Duval, docteur en médecine, membre de plusieurs sociétés savantes, directeur des traitements orthopédiques des hôpitaux civils de Paris, etc., avec un grand nombre de planches et de figures intercalées dans le texte. Paris, Baillière et à la maison spéciale dirigée par l'auteur, 1839, in-8 de XIV et 336 pp. Huit planches lithographiées.

Il est hors de doute, dit M. Pierre Lambert dans le *Mercure de France* (1er juillet 1931) que Flaubert eut entre les mains le livre du docteur Duval, pour la rédaction de ce chapitre.

« Les termes mêmes : *Strephopodie*, écrit M. Lambert, *strépho-*

extopodie, stréphendopodie, stréphexopodie, etc. (Ed. Conard, page 242), dans lesquels Bovary s'embrouillait et qu'Homais, lui, prononçait avec volupté, ont été forgés par Duval. »

Sur l'opération elle-même, M. Pierre Lambert écrit :

« Quant aux phases de l'opération qui aurait fait la célébrité de Bovary, la gloire d'Yonville et la fortune d'Homais, si la fatalité n'en avait décidé autrement, Flaubert les a scrupuleusement décrites, d'après le *Traité pratique du pied-bot*. La comparaison de quelques passages du roman et du livre de Duval le montre avec évidence. »

Citons au moins quelques-unes des confrontations faites par M. Pierre-M. Lambert. Flaubert a écrit, p. 245 (édition Conard) :

« Charles piqua la peau : on entendit un *craquement sec. Le tendon était coupé*, l'opération était finie ».

Et à la page 118 du même *Traité du pied-bot*, de Duval, on lit :

« *Dès que le tendon est coupé, un craquement sensible se fait entendre*. Cette opération doit durer de trois à cinq secondes. »

De même, page 245 de *Madame Bovary*, Flaubert écrit :

« Puis, Charles ayant bouclé son malade dans le moteur mécanique s'en retourna chez lui. »

Passage qui doit être rapproché de celui-ci, page 123 du *Traité* de Duval :

« Nous plaçons le pied dans la machine immédiatement après la section. »

Plus curieux encore est le rapprochement de ces deux passages relatifs aux effets de l'opération. Flaubert écrit, page 246 :

« L'opération, du reste, s'est pratiquée comme par enchantement, et *à peine si quelques gouttes de sang sont venues sur la peau.* »

Passage qui est très directement inspiré de cet autre du *Traité* de Duval :

«. . . . . l'unique incision, faite par le ténotome, plus petite certainement qu'une piqûre de lancette, *laisse à peine échapper deux ou trois gouttes de sang.*

M. Pierre-M. Lambert poursuit :

« Quant à la *machine* que Charles, avec les conseils du pharmacien, fit construire par le menuisier aidé du serrurier, « une manière de boîte pesant huit livres environ, et où le fer, le bois, la tôle, le cuir, les vis et les écrous ne se trouvaient pas épargnés », elle est décrite minutieusement p. 135 et suivantes de l'ouvrage de Duval, et deux figures gravées sur bois permettent d'imaginer exactement le *moteur mécanique*, dans lequel on boucla la jambe de l'*intéressant stréphopode.* »

Nous avons là une preuve de plus, écrit M. Lambert, « de l'immense souci qu'avait Flaubert du document exact et de l'énorme quantité de lectures les plus variées auxquelles, il s'astreignait avant d'écrire une ligne. »

La novicité des brouillards mosans est due à des émanations industrielles. — *Note de M. Félix Bertyn à l'Académie des sciences* (6 juillet 1931).

M. Jules Amar (séance du 22 juin 1931) se basant sur des expériences de laboratoire, s'est efforcé de démontrer que le brouillard expliquerait à lui seul la mortalité effrayante constatée autour de Liége en décembre 1930. Je ne crois pas pouvoir me rallier à cette thèse et je vais en donner les raisons.

I. Il règne fréquemment des brouillards intenses et prolongés dans les vallées ardennaises. Or, la maladie vulgairement dénommée asthme des brouillards, d'un de ses principaux caractères, n'a apparu que d'une manière très espacée et très irrégulière, savoir en 1897, 1902, 1911, 1930. A ces moments (ce fut toujours en décembre ou en janvier) les cartes synoptiques du temps indiquaient des situations à brouillard. Le météore s'observait sur presque toute l'Europe. Mais la maladie et les décès restèrent circonscrits à un secteur limité de la vallée de la Meuse, compris entre Hoy et Liége. Il résulte de ces deux faits non seulement que le brouillard ne pourrait avoir qu'une influence locale, mais même que cette influence serait purement accidentelle.

La situation anticyclonique internationale a amené un refroidissement progressif et général de la basse atmosphère, dont le brouillard a été la conséquence. Mais ce météore n'exige pas nécessairement, pour se former et se maintenir, la saturation complète de l'air. Le fait a été constaté à Londres et je l'ai vérifié en Belgique. Loin d'avoir marqué constamment 100, l'hygromètre est descendu souvent au-dessous de cette valeur. L'eau n'étant pas en excès dans l'air, ne pouvait l'être dans les poumons. L'évaporation était suffisante. D'ailleurs, il y a eu des cas de maladie dans les étables situées hors du brouillard. Parmi es patients les premiers atteints l'ont été le plus fortement et

comme par surprise, et l'on a constaté une amélioration, lorsque le météore atteignait son maximum d'intensité. L'action nocive, directe, essentielle de ce dernier est donc exclue.

A quoi dès lors attribuer l'*asthme des brouillards* ? Je crois que le mal n'est pas d'origine microbienne, comme l'ont prétendu des vétérinaires et des agronomes, mais qu'il est dû aux émanations industrielles, gaz d'une part, fumées et poussières d'autre part.

Dans le secteur envisagé de la vallée de la Meuse, l'atmosphère semble irrespirable, elle dépose sur le linge étendu dans les vergers une poussière noire, grasse, collante, corrosive et des taches d'oxyde de fer ; les expectorations des malades en étaient chargées. La culture est à peu près impossible. D'autre part le brouillard avait une couleur jaunâtre. Il avait l'odeur de l'anhydride, sulfureux, bien connue des habitants, ce gaz si avide d'eau et dont provenaient les symptômes, tels que picotements à la gorge quintes de toux, sensations de brûlure intérieure. L'anhydride sulfureux provient des usines qui fabriquent du zinc et de l'acide sulfurique à partir des blendes, des fours à coke, de la combustion de la houille. Celle-ci contient 1,7 pour 100 de soufre, dont on ne retrouve que 0,2 dans les cendres. On décèle l'anhydride sulfureux même aux environs de la forêt de Sagnés où il n'y a pas d'usines. Mais, autour de celles-ci des prises d'air faites jusqu'à la distance de 1 km. renferment des quantités de sulfate appréciables, doubles de celles relevées dans les régions les plus saines. L'eau de pluie a une réaction acide et l'analyse du givre, ce résidu du brouillard, a révélé la présence d'acide sulfurique. Si la mortalité ordinaire n'est pas plus élevée dans la vallée de la Meuse que dans les autres parties du royaume, la raison s'en trouve dans la prédominance des vents d'entre Sud-Ouest et Ouest qui soufflent avec force dans le sens du cours descendant du fleuve et dispersent les gaz et les poussières. Mais ceux-ci, lorsqu'ils ne sont pas dispersés par les courants aériens, et c'est là pour moi le point capital, sont doublement nocifs, soit qu'à l'instar de l'arsenic, ils pénètrent dans le sang et les tissus, soit qu'ils irritent et enflamment les voies respiratoires jusqu'à faire naître de l'emphysème.

Je conclus que le mal n'est pas dû au brouillard, ni à une action microbienne mais aux émanations industrielles, qui sont d'une part les gaz parmi lesquels en ordre principal l'anhydride sulfureux, d'autre part les fumées et les poussières, concentrées dans les couches de l'atmosphère voisines du sol et les parties les plus encaissées de la vallée, comme à Engis, grâce au concours fâcheux, mais exceptionnel de trois circonstances météorologiques : abaissement de la température de l'air au-dessous de zéro, stagnation d'un brouillard épais et prolongé, persistance d'une zone de calme dans l'atmosphère, dont la stabilité thermique s'observait jusqu'à mille mètres de hauteur.

Lortat-Jacob (1873-1931). *De M. Babonneix dans la* Gazette des Hôpitaux.

« ... Les honneurs, qui lui étaient venus sans qu'il ait eu à les chercher, ne lui avaient inspiré aucun orgueil. Tel il était au début de ses études, tel il était resté : simple, cordial, accueillant, toujours prêt à obliger. L'aménité, qui constituait le fond de son caractère et qui, jusqu'au dernier jour, se sera peinte sur ses traits, lui avait valu de fidèles affections. Elles ne lui ont pas fait défaut lorsque le malheur est entré dans sa maison. Il m'en voudrait de le citer, celui de ses amis qui, s'arrachant au plus cruel des deuils, est accouru dès les premières heures, et qui est resté jusqu'au bout...

Heureux, ceux qui savent inspirer de tels dévouements ! Plus heureux encore, ceux qui, comme Lortat ont tout sacrifié au devoir ! Malade il ne songeait qu'à ses malades. Souffrant, il ne songeait qu'à soulager la souffrance. Charité bien naturelle, chez ce grand chrétien élevé à Juilly, à l'ombre de ces arbres séculaires où, jadis, « Malebranche a promené sa candeur et ses profondes pensées » et qui, au milieu des épreuves, avait su garder la foi. Elle l'a fait vivre. Elle lui a donné l'espérance. N'avait-il pas servi de toutes ses forces « ce Roy immortel et si plein de miséricorde qui vous comptera un soupir et un verre d'eau donné en son nom plus que tous les autres ne feront jamais tout votre sang répandre » ? Ne l'avait-il point longuement méditée, cette question du Christ à ses disciples : « Et comment mon père ne vous aimerait-il pas, puisque vous m'avez aimé ? »

Tolstoï épileptique. — L'œuvre de Tolstoï, a été longuement étudiée, par le docteur A. Evlakhov, et la conclusion de cette étude qu'il donne dans un livre intitulé : *Les particularités physiologiques et psychiques de Tolstoï* (préface de Lounatcharsky, édit. d'État, 1930), c'est — dit M. J.-W. Bienstock, dans la *Revue de la Quinzaine* du MERCURE DE FRANCE (1er août 1931) — que le grand écrivain était épileptique. L'hérédité de Tolstoï était chargée. Grand-père paternel déséquilibré, qui se suicida. Grand'mère maternelle également déséquilibrée, à tendances sadiques, qui martyrisait ses serviteurs et ses proches, avait des hallucinations, et de longues conversations avec son fils défunt. Le père de Tolstoï était un homme très borné, qui eut des troubles nerveux dès l'âge de seize ans ; pour le guérir, on lui imposa une liaison avec une serve de qui il eut un enfant idiot. Jeune fille, la mère de Tolstoï avait reçu accidentellement un coup violent sur la tête ; elle ne cessa depuis lors de souffrir de maux de tête et mourut d'une « affection cérébrale ». Le frère cadet du père de Tolstoï était bossu. La première manifestation de la mamaladie de Tolstoï remonterait à 1867 (M. J.-W. Bienstock, cite à ce sujet, un passage des notes de Mme Kouzminskaia, sœur de la comtesse Tolstoï).

Dans les notes de la comtesse Tolstoï elle-même, le Dr Evlakhov, relève beaucoup de crises pareilles. Tous les familiers de Tolstoï : le docteur Makhovitzky, Tchertkov, Goldenweiser et d'autres ont noté des crises dans leurs souvenirs. Dans le style même de Tolstoï, dans son journal, où il dit lui-même. « *Dans mon journal, je confesse chaque jour tout ce que j'ai fait. Toutes mes fautes : paresse, mensonge, gourmandise, volupté, lâcheté y sont notées et classées* », dans sa manie de l'ordre, le Dr Evlakhov voit des arguments en faveur de l'épilepsie.

CHEMINS DE FER DE L'ÉTAT

BILLETS DE FIN DE SEMAINE

Pour vos déplacements du dimanche, utilisez les billets de fin de semaine (aller et retour avec 40 °/₀ de réduction) délivrés pour les stations thermales et balnéaires du réseau de l'Etat, du jeudi précédent les Rameaux au dernier dimanche d'octobre.

Ces billets sont valables du samedi matin au lundi minuit, pour les trajets ne dépassant pas 600 km., et du vendredi matin au lundi minuit pour les trajets aller et retour supérieurs à 600 km.

Pendant toute l'année, il est en outre délivré des billets de fin de semaine, pour certaines relations, aux voyageurs titulaires de billets anglais dits de « week end » valables de ou pour l'Angleterre.

Pour tous renseignements, s'adresser aux gares du réseau de l'Etat.

Le Gérant : A. ROUZAUD
CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie. — R. C. 1861

FONDÉ EN 1873. — N° 35 LE NUMÉRO : 50 Centimes 29 AOUT 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE


DIASTO-PEPSINE
RICHEPIN
PEPSINE PANCRÉATINE DIASTASE
DIGÈRENT TOUT
Viandes, Légumes, Féculents & Corps gras
REPOSE LE FOIE & L'INTESTIN
2 ou 3 pilules après le repas
ou un verre d'Élixir
très agréable
après le repas
H.G.
Activé par le Foie
VOIE RECTALE
Aucun inconvénient d'âge ou de sexe
Enfants, Adultes, Nourrissons, Femmes enceintes
HEREDO
SUPPARGYRES
Dr FAUCHER
ACTION SÛRE, DISCRÈTE
ABSORPTION RAPIDE
JAMAIS D'INTOLÉRANCE
OU TROUBLES
QUELCONQUES
Toutes les faiblesses
NERVOCITHINE TISSOT
SIROP_DRAGÉES_AMPOULES
NUCLEINATE DE { Fer Manganèse
et Arsenic organique
Fluor
1 ou 2 ampoules par jour
1 ou 2 dragées ou
cuillerées de sirop.
ESTOMAC NET - INTESTIN NET
FORME LA PLUS PARFAITE ET LA PLUS ACTIVE DU CHARBON
GRAINS ANISÉS
CHARBON TISSOT
Absorbent_Divisent_Expulsent
AGISSENT
par leur forme
leur volume
et le Gluten
mucogène
RÉALISENT
le véritable
et continuel
rajeunissement
de l'intestin.
PANUROL
TISSOT
CONTIENT TOUS LES
SOLVANTS
des sels uriques
et uratiques
Aide et soutient
LE REIN
dans sa double fonction:
FILTRE & GLANDE
2 à 3 cuillerées par jour.
ABSORPTION CUTANÉE
Rhumes, Bronchites, Grippes, etc.
BRONCHODERMINE
La peau est l'agent d'absorption le plus rapide
GAIACOL_HÉLÉNINE_TERPINOL_EUCALYPTOL
POUR TOUS LES ÂGES
Absorption et assimilation rapides
est le meilleur Vin de VIANDE.
TISSOT 34, Boulevard de Clichy, PARIS

NOUVELLES

Service de santé des troupes coloniales. — Sont déclarés vacants à l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales, à compter du 1er janvier 1932.

Un emploi de chef de service de stomatologie.

Un emploi de chef de service d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie.

Les demandes formulées par les candidats à ces emplois seront appuyées des titres scientifiques, revêtues de l'avis motivé des chefs de chacun d'eux et adressées au ministère de la guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau), pour le 15 novembre 1931 au plus tard. (*J. O.*, 13 août 1931.)

Avis de concours. — Un concours sur titres en vue de la nomination d'un médecin spécialisé chargé du dispensaire public départemental d'hygiène sociale des Pyrénées-Orientales (service antituberculeux) est ouvert du 20 août au 20 septembre 1931.

Le traitement annuel attaché à cette fonction est de 30.000 francs, auquel s'ajouteront diverses indemnités.

Les dossiers des candidats devront être envoyés à M. le président du Conseil d'administration du dispensaire public départemental d'hygiène sociale, 2, rue Petite-la-Monnaie, à Perpignan, avant le 20 septembre, dernier délai.

Pour tous renseignements, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boul. Saint-Michel, Paris.

Médaille du service de santé militaire. — Les médailles d'honneur en or, en vermeil, en argent ou en bronze peuvent être décernées par le ministre de la guerre aux personnes ayant apporté ou prêté leur concours au Service de santé militaire, en dehors des périodes épidémiques, et qui se sont particulièrement signalées par leurs services ou leur dévouement.

Un arrêté ministériel déterminera les mesures de détail relatives à cette distinction.

Congrès médical en 1932 à Vichy. — Parmi les grands travaux d'extension qui doivent s'échelonner à Vichy pendant les prochaines années, un nouvel et vaste établissement thermal est en voie d'achèvement.

Pour mieux célébrer son inauguration, la Société des sciences médicales vient de prendre l'initiative d'organiser sur place, pour les derniers jours de septembre 1932, un Congrès international de la lithiase biliaire.

Cette manifestation sera la première d'une série de réunions médicales analogues qui seront périodiquement consacrées, dans cette station, aux maladies du foie et aux affections qui s'y rattachent.

Cours de la Faculté de médecine de Paris. — *Clinique gynécologique* (Hôpital Broca. Professeur : M. J.-L. Faure. — *Gynécologie. — Cours de vacances.* — M. E. Douay, chef des travaux gynécologiques, et M. Grinda, chef de clinique, feront ce cours à la clinique gynécologique de l'hôpital Broca, du 7 au 19 septembre 1931.

Ce cours s'adresse aux docteurs en médecine français et étrangers, ayant déjà les notions courantes de la chirurgie gynécologique et désirant acquérir des connaissances spéciales sur les questions nouvelles médico-chirurgicales et principalement sur la technique opératoire du Professeur J.-L. Faure.

Durée : deux semaines, chaque jour sauf le dimanche, le matin, de 10 à 12 h., visites, opérations, consultations, applications de radium et de rayons X, technique du pansement à la Mikulicz, insufflations tubaires, injections intra-utérines de lipiodol ; l'après-midi, de 5 à 7 h., cours et examens de malades à l'amphithéâtre.

Une démonstration cinématographique aura lieu le 19 septembre 1931, à 18 h.

Le droit à verser est de 250 fr.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté, guichet n° 4, les lundis mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Clinique Chirurgicale de la Salpêtrière. (Professeur : M. A. Gosset.) — *Consultations des maladies du foie et du tube digestif.* — Le Docteur René-A. Gutmann, médecin des hôpitaux, réservera, pour l'année scolaire 1931-1932, deux places d'assistant libre à deux médecins, français ou étrangers, désirant se perfectionner en gastro-entérologie.

Ecrire au Docteur Gutmann, pavillon Osiris, hospice de la Salpêtrière, boulevard de l'Hôpital, Paris.

Hôpital Broussais. — *Maladies du cœur et des vaisseaux.* (Cours complémentaire. Service de M. le Docteur Ch. Laubry.) — Object du cours : *Les grands syndromes cardiaques.* — Ce cours, qui aura lieu du lundi 5 au samedi 17 octobre 1931, se fera sous la direction de M. le Docteur Ch. Laubry, chef de service, médecin de l'hôpital Broussais, avec le concours de MM. les Docteurs Jean Walser, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin assistant de l'hôpital Broussais ; Daniel Routier, ancien interne des hôpitaux de Paris, assistant de la consultation de cardiologie ; G. Marchal, médecin des hôpitaux ; L. Deglaude, chef du laboratoire d'électrocardiographie A. Jaubert, chef de laboratoire ; A. Van Bogaert et L. Matton, assistants étrangers ; R. Heim de Balsac, radiologiste du service ; P. Thiroloix, J. Lenègre, A. Busson, Mlle Th. Brosse, P. Bernal, internes et anciens internes du service.

Tous les jours, à 16 h., examen de malades dans les salles, sous la direction des internes du service.

Le prix de l'inscription est fixé à 150 fr.

On s'inscrit le jour de l'ouverture du cours. — S'adresser au Docteur Matton, à l'hôpital Broussais.

Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront sur leur demande, recevoir à la fin du cours un diplôme.

Distinctions honorifiques. — Médailles d'honneur des assurances sociales. — *Médaille d'or.* — MM. Bache à Sarre-Union (Bas-Rhin) : Forrer, à Dettwiller (Bas-Rhin).

Médaille de bronze. — M. Pecker, à Amnevelle (Moselle).

Médaille des épidémies. — *Médaille d'or.* — M. Francière, médecin principal de l'assistance médicale du Laos.

Médaille d'argent. — M. Rabenandrasana, médecin principal de 2e classe.

Médaille de bronze. — MM. Bodros, médecin d'hygiène de Haïphong : Trân Van Tâm, médecin indo-chinois de 3e classe ; Maury, Le Rouzic, médecins capitaines des T. C. ; Rajasnarison, médecin de 1re classe de l'A. M. I.

Pour l'otention du diplôme d'Etat de chirurgien-den-

tiste. — Le décret présidentiel suivant vient de paraître au *Journal officiel* (19 août 1931) :

Art. 1er. — L'article 2 du décret du 11 janvier 1909 portant organisation des études et des examens en vue du diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste, modifié par l'article 1er du décret du 22 février 1929, est remplacé par les dispositions suivantes :

Art. 2. — Le stage afférent au diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste est constaté au moyen d'inscriptions.

Nul ne peut se faire inscrire comme stagiaire s'il n'a 16 ans accomplis au 1er novembre de l'année de l'inscription et s'il ne produit l'un des titres initiaux français suivants : diplôme d'Etat de docteur en droit, ou de docteur ès sciences, ou de docteur ès lettres, titre d'agrégé de l'enseignement secondaire (hommes, femmes), diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire, diplôme de fin d'études secondaires des jeunes filles (ancien régime), diplôme d'études secondaires des jeunes filles, (régime de 1929), brevet supérieur de l'enseignement primaire, brevet d'enseignement primaire supérieur (section générale), certificat d'études primaires supérieures (ancien régime).

Art. 3. — Sont abrogées toutes dispositions antérieures, contraires à celles du présent décret, et notamment celles du décret, et notamment celles du décret du 22 février 1929.

Dipensaire d'hygiène sociale des Pyrénées-Orientales. — Un concours sur titres, en vue de la nomination d'un médecin spécialisé chargé du dispensaire public départemental d'hygiène sociale des Pyrénées-Orientales (service antituberculeux) est ouvert jusqu'au 20 septembre 1931.

Le traitement annuel attaché à cette fonction est de 30.000 francs auquel s'ajouteront diverses indemnités.

Les dossiers des candidats devront être envoyés à M. le président du Conseil d'administration du dispensaire public départemental d'hygiène sociale, 2, rue Petite-la-Monnaie, à Perpignan, avant le 20 septembre dernier délai.

Pour tous renseignements, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris.

Fondation Jules-Emiles Péan. — Par décret du 12 août 1931 l'Académie de médecine est autorisée à accepter la donation qui lui a été consentie par Mme Henriette-Françoise Girou de Buzareingues, veuve de M. Jules-Emile Péan, d'une somme de 100.000 fr., pour les arrérages en être affectés à la création d'un prix ou d'une bourse de voyage qui sera attribué, tous les quatre ans, à un étudiant en médecine français, méritant, sans fortune ou peu fortuné, se destinant à la chirurgie, pour l'aider à poursuivre ses études chirurgicales.

Ce prix portera le nom de « Fondation Jules-Emile Péan ».

Les médecins américains à Vichy. — M. Max Einhorn, de New-York, l'éminent spécialiste des maladies de la nutrition, a choisi Vichy pour y donner une conférence inédite devant un nombreux public international de médecins. Sa conférence a été donnée à Vichy le vendredi 28 août et portait sur « L'importance de l'épreuve digestive aux perles dans la pratique médicale ».

Le voyage des médecins américains dans les stations thermales françaises sera clôturé officiellement par le banquet que, présidait à Vichy, le vendredi 28 août M. Gaston Gérard sous-secrétaire d'État au Tourisme.

Marine — Sont nommés après concours professeurs agrégés des écoles de médecine navale :

Médecine : M. Damany.
Anatomie chirurgicale : M. Rolland.
Bactériologie, hygiène : M. Le Chulton.

Corps de santé militaire. — Sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du service de santé : au grade de médecin sous-lieutenant les médecins auxiliaires titulaires du brevet de préparation militaire supérieure dont les noms suivent et qui sont affectés : MM. Lembeye, à la 18e région ; Dejean, à la 16e région : Jaudel, Pineau-Valencienne, Stephan, à la région de Paris.

— Sont mis à la disposition du Service de santé de la région de Paris : MM. Leyssel, médecin colonel ; Dupont, médecin capitaine ; Suerdot, médecin sous-lieutenant. — Du Service de santé de la 1re région : M. Monnier, médecin lieutenant. — Du Service de santé de la 8e région, M. Couperot, médecin lieutenant. — Du Service de santé de la 9e région, M. Rince, médecin lieutenant. — Du Service de santé de la 15e région, M. Grisselli, médecin capitaine. — Du service de santé de la 1re région M. Musoli.

— Est promu au grade de médecin lieutenant de réserve, M. Paumes, médecin sous-lieutenant de réserve.

— Sont promus dans le cadre des officiers de réserve et sont maintenus dans leurs affectations actuelles au grade de médecin lieutenant : MM. Petit, Fougeot, Perée, Palace, Baisset, Sicault, Dieuzeide, Chalencon, Rivière, Lourdin, Anselme, Davioud, Decourt, Chaguat, Ichoua dit Sauveur, Hamon, Baron, Buisson, Régis, Marion, Boiffin, Morvan, Auchel, Petit Floucaud de Fourcroy, David, Fauvert, Fleury, Gavois, Noger, Sergent, Guyon, Bréhant, Potentier, Chicandari, Dublineau, Vedrunes, Bazin, Bécardit, Winstel, Faure, Sée, Thiriet, Muller Bœhler, Delaporte, Lehmann, Marcel, Daner, Dupire, Lambret, Masson, Martin, Sizaret, Bonnet, Horning, Jung, Oppenheimer, Versmel, Cordier, Delaborde, Duguyot, Thuet, Ragu, Moricard, Antoine, Burgeat, Elbaz, Martin, Minaud, Novat, Talfumier, Lussac, Miramont de Laroquette, Porcher, Alquier, Barraille, Froment, Missermont, Ricaud, Callibaud, Larribère, Ledoux Maginel-Pelonnier, Héraud, Ramie, Bérard, Montéro, Delebecque, Poumier, Martinet, Métais, Prigent, Chevalier, Tonnel, Trombetta, Schatz, médecins sous-lieutenants.

Corps de santé des troupes coloniales. — Sont nommés dans la réserve des corps de santé des trouples coloniales : *Médecins colonels* : MM. Brau, Doreau, Fraissinet, Dagorn.

Médecins commandants : MM. Gouillon, Guillen.

« .... On nous permettra de renouveler, non sans quelque mélancolie, des regrets sur l'indifférence que les médecins, surtout les jeunes médecins, manifestent à l'égard de nos assemblées syndicales. Au moment où la solidarité et la cohésion s'imposent, moins de cent syndiqués assistaient à la réunion, presque tous avaient dépassé la cinquantaine et beaucoup la soixantaine. Ce sont cependant la situation des *jeunes* médecins et leur avenir qui s'organisent aujourd'hui et ils n'ont pas l'air de s'en préoccuper.... » (*Le Concours medical.*)

REVUE DES THÈSES

Les vertiges intérieurs et postérieurs dans les sinusites de la face, par le Dr Jean ROCHEFORT (*Thèse de Lyon*, mars 1931, 107 p. *Bosc et Riou, impr.-édit.*)

L'auteur conclut :

I. — Les vertiges constituent un symptôme exceptionnellement signalé et qui, recherché, doit tenir sa place dans le tableau clinique des sinusites de la face.

II. — Ils se rencontrent dans toutes les formes cliniques de sinusites, peut-être même avec prédilection dans les formes séreuses et catarrhales.

III. — Les vertiges dits sinusiens doivent leur nom aux principaux caractères cliniques suivants :

Le parallélisme parfait entre la sinusite et les vertiges ;
Leur durée tout le temps de la poussée sinusienne ;
Leur disparition avec elle ;
Leur réapparition ;
L'intégrité absolue des organes qui provoquent habituellement le vertige (œil, oreille, système nerveux).
Leur tendance au déséquilibre dans le plan sagittal, l'absence de tout caractère giratoire.

IV. — Ils sont de deux types et paraissent correspondre à une localisation différente de l'atteinte sinusienne :

1° Vertiges antérieurs dans les sinusites antérieures, plus fronto-ethmoïdales que maxillaires, caractérisés par les symptômes suivants :

Attraction de la tête et du corps en avant plus marquée dans les positions de flexion.
Illusion du sol qui est mobile, s'affaisse sous les pas et devant soi, augmentée dans la marche en descente.

2° Vertiges à prédominance postérieure, dont la fréquence est moindre. L'atteinte porte sur le sinus sphénoïdal et l'ethmoïde postérieur. Les troubles signalés sont les suivants :

Attraction de la tête et du corps en arrière beaucoup plus nette quand le malade passe de la position assise à la position couchée ou inversement.

V. — L'existence de ces vertiges, différents de ceux qui sont provoqués par des lésions de canaux semi-circulaires, indique qu'il faut chercher leur centre labyrinthique dans une portion du labyrinthe membraneux autre que l'appareil semi-circulaire.

VI. — D'après les théories de Quix sur le rôle du labyrinthe dans l'équilibre du corps en général, l'otolithe de l'utricule (lapillus) paraît être le seul organe, de par sa disposition anatomique et topographique, capable de commander et contrôler les mouvements dans le plan sagittal du corps ; il tiendrait sous sa dépendance le tonus des muscles (fléchisseurs et extenseurs) qui agissent dans ce plan. Le lapillus pathologique traduit son trouble par des déviations de l'index dans l'épreuve de la reposition.

VII. — Cette épreuve pratiquée chez différents malades atteints de sinusite, sans ou avec vertiges, a donné, faite en période de vertiges et seulement dans ce cas, des déviations de l'index en bas, mesurées à l'aide d'une instrumentation spéciale. Ces résultats correspondraient, d'après Quix, à une irritation de l'otolithe utriculaire.

VIII. — Les vertiges d'origine sinusienne paraissent rentrer dans le groupe des vertiges otolithiques dont ils confirment l'existence.

IX. — Leur prédominance antérieure ou postérieure ne peut être expliquée par les positions de pression maxima ou minima des otolithes (Quix), il faut faire intervenir une systématisation endomaculaire sous la dépendance soit des mouvements de l'endolymphe, soit d'une incitation périphérique.

X. — La voie réflexe du vertige sinusien paraît être la suivante :

Troubles vaso-moteurs sinusiens ou naso-sinusiens (sympathiques).
Réflexe trigemino-utriculaire.
La macule utriculaire.
Nerf vestibulaire, noyaux bulbaires.
Voie vestibulo-cérébrale ou cérébello-cérébrale.

TRAVAUX ORIGINAUX

Occlusion intestinale et grossesse

Docteur **Pierre MOIROUD**,
Chirurgien des hôpitaux de Marseille

C'est de l'occlusion intestinale aiguë compliquant la grossesse utérine que nous parlerons dans cet article.

Pinard déclare n'avoir jamais observé dans sa longue carrière d'accoucheur, d'occlusion purement gravidique. Elle ne paraît toutefois pas aussi exceptionnelle que le laisse entendre cette opinion. Dans une communication récente (Société d'obstétrique et de gynécologie de Strasbourg, 5 juillet 1930), Bohler cite deux statistiques importantes avec un total de 173 cas (Ludwig 1914, Mickulicz-Radecki, 1926). Gauchery dans sa thèse en avait déjà rapporté 53 observations.

Les thèses de Vergez (1901), Gauchery (1903) Lemercier (1908), Renau (1921), Berger (Montpellier, 1930), une leçon de Lardennois à la clinique Baudelocque en 1923, sont les principales études d'ensemble de la question. D'autre part, depuis 1920, diverses et instructives observations isolées ont été publiées aux Sociétés d'obstétrique et de gynécologie de Paris et de Province.

*
* *

Les différents signes de l'occlusion, douleurs, vomissements, troubles dans l'évacuation intestinale, peuvent s'observer, plus estompés il est vrai, dans la grossesse normale ; aussi tenons-nous à marquer dès le début de ce travail les difficultés du problème clinique : « Le diagnostic de l'occlusion intestinale est encore plus difficile pour l'accoucheur que pour le chirurgien », disait Lepage.

Tout d'abord, une première question. Quels sont les rapports de la grossesse et de l'occlusion ?

Nous croyons que l'on peut très simplement diviser en deux grands groupes, les occlusions de la puerpéralité.

1° Les premières sont provoquées directement par l'utérus dont la situation, le volume, les déplacements, amènent des modifications de la lumière intestinale et des accidents de nature mécanique : ce sont les véritables occlusions gravidiques.

2° Parmi les secondes, les unes sont influencées par la puerpéralité : ce sont les plus fréquentes et on les observe aussi bien pendant la grossesse, au cours du travail et des jours qui suivent l'accouchement ; les autres, viennent compliquer la grossesse, sans que l'on puisse incriminer l'état de gestation. Gauchery distinguait ainsi ces occlusions en paragravidiques et extragravidiques.

A quel moment du développement utérin apparaît l'occlusion ? Il semble qu'elle présente deux maximums de fréquence, l'un au dernier mois de la grossesse et au moment de l'accouchement, l'autre vers les quatrième, cinquième et surtout sixième mois. En effet pendant les trois premiers mois, l'utérus se développe dans l'intérieur de l'excavation pelvienne qu'il déborde à peine : il ne peut guère exercer son influence que sur la partie inférieure du tube digestif. On comprend alors pourquoi, contrairement à ce qui se passe dans la grossesse ectopique, l'occlusion intestinale est rare pendant les premiers mois de la grossesse utérine.

Au début du quatrième mois, l'utérus devient organe abdominal et y trouve une place considérable. La situation reste la même pendant les quatrième, cinquième, sixième mois. A cette époque l'occlusion semble avoir sa plus grande fréquence, soit que l'utérus gravide comprime directement une anse ou favorise les vices de position en modifiant par sa présence les rapports normaux du paquet intestinal, soit qu'il réveille de vieux foyers inflammatoires en provoquant des tiraillements sur les adhérences et les brides anciennes.

Après le sixième mois, l'utérus cherche sa place non seulement dans la cavité abdominale mais dans la cavité pelvienne, l'engagement se prononce. L'organe peut alors soit comprimer la partie inférieure du tube digestif par suite de l'engagement, soit étirer d'anciennes adhérences, soit en créer de nouvelles par suite du réveil de vieilles lésions inflammatoires.

Pendant le travail, c'est la contraction utérine qui détermine les accidents, ou bien inversement, les tiraillements incessants des brides sur l'utérus ou le paquet intestinal finissent par mettre en jeu la contractilité de la fibre musculaire de l'utérus provoquant tout d'abord un accouchement prématuré sans que les différents temps de l'expulsion paraissent en souffrir, puis les symptômes d'occlusion font leur apparition.

Après l'accouchement enfin, le rôle de la déplétion abdominale consécutive est des plus importants par suite des modifications qu'elle apporte brusquement à la statique intestinale ; d'autre part dans certains bassins rétrécis, l'utérus peut agir par compression et amener une véritable obstruction intestinale. Le post-partum est aussi le moment où l'on observe à la suite de certaines interventions comme l'application de forceps, la version podalique, des phénomènes d'occlusion, de nature réflexe ; ils peuvent être aussi d'origine inflammatoire ; à ces occlusions paralytiques du post-partum, Berger vient de consacrer une thèse récente (Montpellier, juillet 1930).

*
* *

Les occlusions purement gravidiques

La compression de l'intestin se trouve réalisée soit par une rétroposition de l'utérus, soit par le corps utérin lui-même dans son développement vers la cavité abdominale.

La compression peut porter sur le segment terminal de l'intestin. Elle est due alors le plus souvent à une rétrodéviation utérine, fixée par des adhérences, car ce vice de position provoque surtout des accidents urinaires sans rétention stercorale. Nous ouvrons ici volontiers une parenthèse pour indiquer le rôle néfaste et à échéance lointaine de l'état gravidique dans un utérus rétrofléchi. Lefèvre (Société de médecine de Bordeaux, 30 avril 1930) rapporte un cas d'occlusion intestinale par utérus rétrodévié et enclavé où la débâcle survint après entéroclyses répétées. L'hystérectomie faite à froid quelques jours après les accidents aigus, montra un utérus gros et mou à muqueuse congestionnée avec, au fond de la corne droite, trois débris placentaires nécrosés, reste d'un avortement de deux mois survenu cinq ans auparavant.

Van der Hœven, cité par Malfatti (*Monastchrift für Geb. and Gyn.*, 1926, vol. LXXII) émet l'hypothèse que la distension des parois vaginales et des tissus périvaginaux à leur partie inférieure, peut devenir un agent de compression du segment inférieur de l'intestin.

◆◆

Mais le corps utérin lui-même dans son développe-régulier vers la cavité abdominale, va devenir cause d'occlusion. Il s'agit parfois — ce cas est le plus rare — d'une poussée excessive de l'organe fibrome : compliquant la grossesse, gémelléité, hydramnios.

Même avec un développement normal, l'utérus peut provoquer des accidents occlusifs : il s'agit alors d'incarcération d'anses entre le promontoire et la face postérieure du corps. La mobilité du grêle rend sa compression moins facile, à moins que l'anse ne soit à méso long. Il s'agit le plus souvent de l'anse sigmoïde, parfois du cæcum. Le dolichocolon sigmoïde et ses boucles anormales se trouvent les plus exposés, d'autant que la stase fécale vient ajouter ses effets à ceux d'une disposition anatomique défectueuse.

En dehors de ces cas où l'utérus agit directement sur l'intestin, il est une catégorie de faits où l'occlusion est due à une coudure du côlon au niveau du ligament infundibulo-pelvien gauche. Signalés par Couvelaire, puis par Okinczyc et Mathieu à la Société de chirurgie (22 février 1922), Vautrin leur a consacré une étude (*La Gynécologie*, avril 1922).

Du fait de la coalescence de l'anse pelvienne du côlon, il existe assez souvent des adhérences très étroites entre le côlon pelvien et les annexes du côté gauche, au niveau du ligament infundibulo-pelvien. Ces adhérences sont absolument indépendantes de tout processus inflammatoire et existent avec des annexes parfaitement saines et mobiles ; elles sont tout au plus un accident de la coalescence.

Ce rapport étroit du côlon pelvien avec le ligament infundibulo-pelvien gauche gêne même parfois la ligature haute dans les hystérectomies ; cette bride péritonéale est disposée de telle façon qu'on a nettement l'impression que la tension du ligament large et surtout son soulèvement vers les parties hautes de l'abdomen, agissant indirectement sur le côlon pelvien lui adhérant de court, coudent brutalement et à angle aigu l'anse pelvienne du côlon.

Ces conditions de tension et d'élévation du ligament large sont réalisées précisément pendant la grossesse et aussi dans le développement des tumeurs génitales, qui attirent en haut le bord supérieur du ligament large.

Signalons enfin que ces occlusions par coudure ne s'accompagnent pas de l'altération de la vitalité des parois intestinales.

Occlusions influencées par la grossesse

Il convient de noter tout d'abord la rareté de l'incarcération herniaire inguinale ou crurale : ceci peut trouver son explication dans ce fait que l'utérus gravide recouvre la poche herniaire et empêche l'intestin de l'atteindre.

Ces occlusions sont notées à toutes les périodes de la puerpéralité, pendant le travail et les suites de couche. Il s'agit en général d'étranglements internes et leur fréquence est assez grande : Gauchery les note dans une proportion de 60 % des cas.

Ce sont des malades chez lesquelles on retrouve tout un passé abdominal ayant provoqué de vieilles adhérences ou de vieilles brides péritonéales : l'action mécanique de l'utérus se traduit de plusieurs façons, tantôt une anse sous la poussée utérine venant se couder sur une bride, tantôt une portion d'intestin obéissant à la même pression, s'engage dans un orifice (Morestin, L. Meyer), tantôt enfin la bride par son insertion sur l'intestin déterminant une véritable strangulation. L'exemple suivant est caractéristique : une femme opérée au début d'une grossesse de kyste de l'ovaire, présente près du terme, des accidents d'occlusion ; on trouve une adhérence du grêle au niveau du pédicule ovarien : l'utérus avait favorisé par son ascension l'étranglement de l'intestin pour coudure.

Une mention toute particulière doit être réservée au volvulus intestinal au cours de la puerpéralité. Le volvulus du grêle paraît moins fréquent que celui du côlon pelvien. Tout au plus la gravidité en elle-même sera une cause favorisante, s'ajoutant aux causes habituelles de la torsion, malformation du mésentère et surtout adhérences ou brides fixant une anse. L'utérus gravide pourra alors, soit compléter l'action d'une bride en amenant la production de nouvelles adhérences, soit maintenir un volvulus déjà produit et en interdire la détorsion spontanée. La curieuse observation d'Handorn (*Zentrablatt für Gynäkologie*, n° 26, 1922) rapporte la torsion à 180° d'une anse sigmoïde géante dont les deux extrémités sont rapprochées. L'utérus s'est coiffé de cet anse et l'anneau intestinal l'enserre au niveau de l'orifice profond de l'isthme. Il s'agissait d'une II pare, enceinte de six mois.

Au cours du travail, la déplétion brusque de l'utérus, après la sortie du fœtus, expliquerait plus facilement le volvulus, les anses refoulées, revenant brusquement à la partie inférieure de l'abdomen, dans le bassin, pourraient y subir une torsion, mais ces cas sont exceptionnels. Dans sa thèse, sur le Volvulus de l'intestin grêle (1924), Bonnecaze émet l'hypothèse que certains phénomènes du post-partum avec douleurs à type de coliques, arrêt des matières et des gaz, météorisme, en un mot crises de subocclusion, s'expliqueraient par une torsion incomplète de l'intestin, produite lors de la chute des anses intestinales qui suit l'accouchement.

Les tumeurs annexielles (le plus souvent kystes de l'ovaire dont la position se trouve gênée par le développement utérin), peuvent de leur côté provoquer des accidents d'occlusion soit par les adhérences qu'ils contractent, soit par suite de torsion : il s'agit le plus souvent alors de kystes dermoïdes ou de kystes séreux développés aux dépens de l'époophore, de l'hydatide de Morgagni ; on a l'impression que la grossesse favorise leur développement et donne une vitalité aux restes embryonnaires.

Occlusions coexistant avec la grossesse

Toutes les autres causes d'occlusion mécanique peuvent s'observer pendant la puerpéralité, telles l'invagination, les tumeurs intestinales : rappelons à ce propos que tout écoulement de sang par l'anus au cours d'une gestation doit prescrire une exploration rectale afin de ne pas poser à la légère le diagnostic d'hémorroïdes.

De même la coprostase peut donner lieu à la formation de véritables tumeurs stercorales. Balard (Société anatomo-clinique de Bordeaux, 12 nov. 1923) a signalé une observation où la dureté des matières retenues avait fait porter le diagnostic de tumeur osseuse dystocique du bassin.

*
* *

Il paraît difficile de donner une symptomatologie uniforme dans les divers cas d'occlusion intestinale au cours de la puerpéralité. En effet le tableau clinique est différent suivant la portion intestinale intéressée, suivant le degré de compression (obturation, striction), suivant l'altération plus ou moins rapide de la paroi et l'association de lésions mésentériques.

Les symptômes cardinaux peuvent s'observer en dehors de toute occlusion, au cours de l'évolution d'une grossesse ou du travail. Vouloir attendre les vomissements fécaloïdes, le ballonnement de l'abdomen, bref le tableau complet de l'occlusion intestinale, est une faute à ne pas commettre car l'heure d'une chirurgie efficace est alors dépassée.

Le début de l'occlusion intestinale pendant la grossesse se comporte comme dans les occlusions en dehors de cet état ; il est brusque ou lent avec ou sans prodromes et le phénomène initial est tantôt la constipation opiniâtre avec toutes ses conséquences habituelles, tantôt la douleur, les vomissements ou le facies péritonéal d'emblée.

L'arrêt des matières et des gaz est l'un des symptômes les plus caractéristiques, mais chez les femmes ayant présenté de la constipation depuis le début de leur gestation, sa valeur est moins absolue. La diarrhée peut cependant s'observer quelquefois : elle provient le plus souvent de la vidange du bout inférieur ; exceptionnellement elle précède la constipation, témoin une observation de Voron où une évacuation alvine abondante lui fut antérieure de plusieurs jours.

La douleur, symptôme initial, est moins fréquente qu'on ne le pense : Gauchery ne la note à ce titre que dans 28 p. 100 des cas. Par sa violence, sa fixité, elle a une valeur diagnostique de premier ordre, mais elle ne revêt pas toujours la forme de crises à localisation bien nette : il est des cas où elle consiste en un endolorissement excessif du ventre, en coliques vagues, intermittentes, qui tardivement se localisent en une région de l'abdomen. A une période avancée de la grossesse, au cours des huitième ou neuvième mois, on peut croire à un commencement de travail quand la femme est prise tout à coup de violentes douleurs abdominales ; mais ces douleurs, par leurs caractères, ne sont pas celles de la contraction de l'utérus, et bientôt l'apparition des nausées, des vomissements, du ballonnement dénote la terrible complication : la douleur a été le symptôme révélateur.

La valeur diagnostique des vomissements est moins absolue car ils ne deviennent fécaloïdes qu'assez tardivement, à une période où de toute nécessité l'occlusion doit avoir été reconnue et traitée : alimentaires, muqueux, bilieux, leurs caractères sont les mêmes que dans l'occlusion en général.

Quant aux phénomènes généraux, il est exceptionnel que dans l'occlusion gravidique vraie, ils prennent d'emblée la première place. Du fait de la vascularisation plus intense des organes abdominaux et du péritoine pendant la gestation, l'occlusion s'accompagnera d'une diffusion plus rapide de l'infection.

Les signes locaux complètent le tableau clinique ; ils sont fournis par les procédés ordinaires d'exploration de l'abdomen, les touchers vaginal et rectal. La présence de l'utérus gravide gêne considérablement leur recherche : il augmente le météorisme et rend imprécise la constatation d'un signe de la plus grande importance, la dilatation intestinale localisée dans l'anse immédiatement sus-jacente à l'obstacle, qui traduit l'accumulation des gaz et des liquides. Ces accidents de météorisme localisé (signe de von Whal) avec péristaltisme spontané ou provoqué qui, dans l'occlusion en dehors de la grossesse, ont une importance séméiologique de premier plan comme signes de début, ne peuvent ici être recherchés et constatés avec toute la précision désirable.

De même les résultats de l'examen radiographique de l'abdomen, sont modifiés ; fait en position debout, à l'aide d'une plaque assez grande pour recouvrir tout le ventre, en dehors de tout repas baryté, il permet par le contraste de la transparence des gaz retenus sous tension et de l'opacité relative des liquides retenus en amont, de préciser le siège de l'occlusion. L'ombre du corps utérin rend plus difficile l'interprétation de ces signes purement physiques.

L'examen après repas ou lavement baryté permettrait des précisions plus grandes sur l'existence et le siège de l'occlusion, mais il n'est pas sans danger : nous savons avec quelle prudence il faut administrer, même à dose restreinte, les corps opaques chez un malade en crise occlusive.

Le toucher rectal et vaginal complétera tout naturellement cet examen en nous renseignant sur l'état des culs-de-sac, en nous permettant de délimiter l'utérus gravide.

Pendant le travail, les contractions utérines rendent difficile la recherche des signes physiques et, grand fait à retenir, elles peuvent marquer le début de l'occlusion.

***

Il importe de faire non seulement le diagnostic positif d'occlusion au cours de la puerpéralité mais aussi de préciser le diagnostic étiologique, et de savoir, si possible, sur quelle partie du tractus intestinal siège l'obstacle.

Diagnostic pendant la grossesse.

La prédominance de l'un des principaux symptômes de l'occlusion peut donner lieu à des erreurs d'interprétation.

Constipation et parésie intestinale. — Quand elle est opiniâtre, elle peut donner de l'anorexie, du ballonnement du ventre, des pesanteurs et des douleurs abdominales, de la fièvre, même des vomissements ; mais tout rentre dans l'ordre quand on évacue l'intestin par des purgatifs et des lavements. Au contraire, chez les femmes atteintes d'occlusion, l'échec du traitement a été constant. Mais on ne doit pas prolonger outre mesure cette thérapeutique empirique : savoir poser à temps les indications de l'acte chirurgical est une question d'expérience clinique et d'observation attentive des malades.

Douleurs. — Symptôme important, nous en connaissons les variations, ici, violent, subit, paroxystique nettement localisé, là, atténué, progressif, intermittent, sans localisation bien nette. Les diverses coliques hépatiques, néphrétiques, salpingiennes, sont à éliminer : dans ces cas, l'évolution clinique propre à chaque affection, son amélioration rapide à la suite d'un traitement approprié, les antécédents montrant les crises antérieures chez la malade, permettront d'arriver rapidement au diagnostic.

Mais chez une femme enceinte présentant des phénomènes douloureux, la première idée qui vient à l'esprit est celle d'un début de travail. Cependant un examen attentif pourra faire rejeter cette hypothèse. En effet, l'absence de douleurs intermittentes apparaissant à des intervalles réguliers au moment d'une contraction utérine et surtout l'absence de modifications du col constatée par le toucher vaginal, permettront d'éliminer cette cause. Mais si la femme est près du terme, si le col est en voie d'effacement, le diagnostic est alors rempli de difficultés.

Les vomissements pourront être confondus avec les vomissements simples ou incoercibles observés pendant

la grossesse. Seule l'absence d'émission de gaz et de matières par l'anus aura de la valeur ; c'est le grand symptôme que l'on doit rechercher.

Syndrome abdominal avec hyperthermie. — Alors que l'hypothermie est la règle dans l'occlusion qui complique la puerpéralité, on peut voir dans certains cas, une élévation de température correspondant à une crise douloureuse avec altération du facies et de l'état général. En même temps une réaction péritonéale localisée ou non, avec hyperesthésie de la paroi, contribue à réaliser surtout le tableau symptomatique de la péritonite. « Chaque fois que chez une femme enceinte on se trouvera en présence de phénomènes d'obstruction intestinale, il faudra penser à autre chose, et notamment à une grossesse extra-utérine ou à une appendicite », disait Pinard qui, rappelons-le, n'avait jamais observé d'occlusion purement gravidique. C'est la possibilité d'une crise appendiculaire qu'il faudra envisager d'abord : affection relativement fréquente pendant la grossesse, les plus grandes imprécisions peuvent entourer son diagnostic. L'état de gestation ne semble pas favoriser l'évolution d'une appendicite vers la péritonite diffuse : le début brusque a lieu dans la fosse iliaque droite ou mieux dans toute la partie haute et droite de l'abdomen, où l'affection restera cantonnée un certain temps. Les commémoratifs, la notion de crises antérieures faciliteront ce diagnostic plein de difficultés.

Jeanne (*Semaine Médicale*, 1901) a insisté sur un signe, facile à constater, pour le diagnostic différentiel entre l'occlusion intestinale et la péritonite : c'est la sensibilité que l'on trouve au toucher dans les cas de péritonite au niveau des culs-de-sac recto-utérin ou vésico-utérin.

La grossesse extra-utérine en voie de rupture, à son tour, prêtera à confusion. Dans les deux cas on peut retrouver le même mode de début quant à la douleur et noter une élévation thermique. Mais une notion a son importance, celle de l'âge de la grossesse : en effet l'occlusion n'est pas un accident des premiers mois de la gestation utérine.

Diagnostic pendant le travail

Si le diagnostic est délicat pendant la grossesse, il devient presque impossible pendant le travail. La douleur, les vomissements peuvent s'observer dans les deux états.

Deux affections vont devenir des causes d'erreur : la rupture utérine, la perforation intestinale.

La rupture utérine, au moment du travail, s'accompagne d'un cortège de symptômes toujours graves et subits; la femme qui jusque-là n'avait eu que des douleurs intermittentes, ressent une douleur localisée en un point fixe et continue. Dans d'autres cas, c'est une sensation de déchirure profonde. Les contractions utérines le plus souvent sont supprimées, d'autres fois, elles sont aussi énergiques que normalement. Tantôt enfin, l'utérus est en état de rétraction et de contracture constante. L'état général devient inquiétant et s'accompagne de sueurs froides et de lipothymies.

La perforation intestinale par traction sur l'intestin d'une bride inflammatoire ou la déchirure de vieilles brides péritonéales au moment des contractions utérines, peut être prise pour une occlusion intestinale. Dans le premier cas on aura une douleur subite et aiguë avec symptômes de perforation qui se surajoutent à ceux du travail; dans le deuxième, des signes d'hémorragie interne plus ou moins abondante suivant la vascularisation des adhérences déchirées. Mais souvent ces questions ne peuvent être résolues qu'après l'expulsion du fœtus ou même plus tard au moment de l'intervention.

Diagnostic pendant les suites de couches

On pourra à ce moment penser à l'occlusion intestinale en présence de symptômes abdominaux douloureux qui sont dus à des tranchées ou à de la péritonite.

Les tranchées sont des contractions utérines douloureuses survenant pendant les trois ou quatre jours qui suivent l'accouchement, quelquefois davantage. Parfois, disent Tarnier et Chantreuil, elles sont tellement vives qu'elles arrachent des cris à l'accouchée et chez certaines femmes les douleurs produites par les tranchées sont plus fortes que celles de l'accouchement.

Pour le diagnostic, on recherchera la douleur bien localisée de l'utérus irradiant vers la région sacro-coccygienne, vers les lombes, l'aine, les cuisses, et coïncidant avec une contraction utérine, ce dont les malades se rendent bien compte par la sensation de boule qu'elles éprouvent et qu'on peut reconnaître en appliquant la main sur la région hypogastrique. Enfin, l'intermittence de ces douleurs qui sont séparées les unes des autres par un intervalle où le calme est complet, est un signe caractéristique. L'état général est bon ; cependant parfois les tranchées sont si fortes qu'elles occasionnent des vomissements et laissent après leur passage un endolorissement de tout le ventre.

Si les vomissements sont abondants, il faudra penser à un syndrome de dilatation aiguë de l'estomac consécutif à un traumatisme léger, à une intervention obstétricale, à une infection déterminant un état de gastroplégie ; il existe alors un tympanisme épigastrique évident.

D'ailleurs à cette époque, ce sont des phénomènes d'occlusion paralytique que l'on observe principalement, soit d'origine réflexe, soit sous la dépendance d'une infection péritonéale légère. Il faut en effet penser à l'action de la déplétion abdominale qui suit l'accouchement : elle réveille des foyers inflammatoires mal éteints depuis quelques semaines voire même plusieurs mois.

Le diagnostic d'occlusion posé, est-il possible d'en préciser la nature ?

D'une façon générale quand on intervient, c'est toujours avec quelques présomptions, sans savoir au juste où siège l'obstacle et sans en préciser nettement la nature.

L'exploration du petit bassin par le toucher rectal ou vaginal nous permettra de faire la part de la rétroversion utérine (dans les trois premiers mois de la grossesse), des annexes (torsion de kystes ovariens), du volume utérin (hydramnios, gémelléité, fibrome et grossesse).

Mais le problème difficile consiste à reconnaître s'il s'agit d'une occlusion par compression, striction, torsion de l'intestin ou de cette forme si spéciale d'occlusion de la puerpéralité par coudure du côlon au niveau du ligament infundibulo-pelvien gauche. Elle survient chez des multipares souvent, constipées chroniques, souffrant déjà antérieurement de stase intestinale, de dislocation des viscères abdominaux, de ptose généralisée. A la constipation rebelle, fait suite la parésie intestinale puis le ballonnement étendu sans qu'il soit possible de trouver une cause d'occlusion mécanique. On se trouvera donc en présence d'un gros ventre, à météorisme prononcé mais s'étant établi lentement, sans signe de von Whal, avec des phénomènes douloureux peu marqués, car il n'y a pas de striction de l'intestin ni de lésions mésentériques.

BIBLIOGRAPHIE

Le traitement des raideurs articulaires, par le Dr José M. JORGE, Paris, Vigot Frères, éditeurs, in-8 raisin de 80 pages. Prix : 10 fr.

Le travail du Professeur Jorge est basé sur une expérience personnelle acquise au cours de nombreuses années dans les divers services de chirurgie et la grande majorité des cas qu'il rapporte, possèdent leur histoire clinique qui met au point les caractéristiques de la lésion, le mode de traitement employé et les résultats. Or, sur un total de plus de cinq mille fractures, dont quatre mille cent vingt-neuf ont été traitées dans les premiers jours de l'accident — et sur ce nombre il y a eu mille deux cent quatre-vingt-cinq fractures articulaires, classées selon les subdivisions les plus classiques pour chaque articulation en particulier — et de la lecture du tableau statistique joint à cette étude on peut déduire le pourcentage approché pour chaque segment.

Diverses méthodes de traitement ont été tentées, et toutes les observations relatives à leur marche ont été notées, de façon à permettre d'interpréter les résultats obtenus et d'établir en toute clarté les causes des succès les meilleurs aussi bien que celles des complications et des échecs.

L'auteur, résumant ses observations, essaie de nous donner une idée synthétique du *traitement des fractures articulaires récentes* qu'il recommande dans des cas déterminés seulement, ainsi que cela peut se déduire du fait que, sur mille deux cent quatre-vingt-cinq fractures, pour cent quatre-vingt-dix-neuf cas seulement, il a eu recours à un procédé opératoire.

Un exposé des plus clairs indique la thérapeutique à suivre pour chaque groupe de fractures articulaires.

Précis d'oto-rhino-laryngologie, par Georges LAURENS, avec la collaboration de Maurice AUBRY et André LEMARIEY. Un volume de 1224 pages, 428 figures, 8 planches hors texte. Broché, 100 fr. ; Cartonné toile, 120 fr. (Collection de Précis médicaux). Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Deux ouvrages du docteur Laurens poursuivent actuellement une brillante carrière : l'un *L'oto-rhino-laryngologie du médecin praticien* fait connaître au médecin traitant les meilleures méthodes de diagnostic et de traitement qu'il pourra appliquer sans mécompte en clientèle. Cinq éditions de cet ouvrage ont déjà été publiées, il a été traduit en plusieurs langues.

L'autre ouvrage, dont une 3e édition est actuellement en préparation *Chirurgie de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx*, s'adresse plus particulièrement aux spécialistes, ainsi qu'aux chirurgiens et constitue un véritable « Traité ».

Ce « Précis » qui paraît aujourd'hui est tout à fait différent : il contient pour chacun des organes qu'embrasse la spécialité et pour chaque affection, une étude très complète : pathogénie, étiologie, anatomie, pathogénie, symptomatologie, pronostic, diagnostic et traitement.

La partie clinique de ce livre a été très développée ainsi que les techniques d'examen, notamment pour l'oreille et le labyrinthe. La thérapeutique, aussi bien médicale que chirurgicale, s'inspire des connaissances les plus récentes.

C'est dire que ce livre présente un intérêt non seulement pour l'étudiant en raison de sa documentation très complète, mais encore pour tous les médecins.

Moins encore que dans toute autre spécialité, il n'existe de démarcation très nette entre les affections oto-rhino-laryngologiques et celles qui relèvent de la médecine générale. Si le médecin ne peut tout connaître d'une spécialité qui englobe les maladies de l'oreille, du nez, des sinus, du pharynx, du larynx, de la trachée, de l'œsophage, il a justement besoin d'avoir sous la main un guide concis, vraiment scientifique lui permettant d'orienter ses recherches. Enfin, ce n'est souvent qu'après un examen des cavités qu'il pourra établir un diagnostic exact, déterminer un traitement, ou, en connaissance de cause, adresser le malade à un spécialiste. Il trouvera tous les éléments de ces examens dans ce livre.

Il n'est pas qu'au jeune spécialiste laryngologiste qui ne soit intéressé par ce « *Précis* », mise au point concise, mais vraiment scientifique qui contient sur un grand nombre de points des idées très personnelles et des indications éprouvées. Il y trouvera d'ailleurs toutes les acquisitions récentes dont s'est enrichi le domaine de l'oto-rhino-laryngologie. La pathologie laryngée, grâce à la bronchoscopie, voisine avec la pathologie pulmonaire. Les infections descendantes d'origines nasales, sinusiennes et pharyngées sont précisées : enfin la pathologie de l'oreille moyenne, dans ses rapports avec les labyrinthites, et les complications endocraniennes des otites, a été largement développée. Enfin, un chapitre spécial a été consacré à la thérapeutique thermale et climatique en oto-larxyngologie.

Cet ouvrage, qui n'avait pas encore été écrit dans la *Collection de Précis médicaux*, signé d'un nom éminent de l'oto-rhino-laryngologie française, présenté suivant le plan et les conceptions générales qui ont fait adopter la plupart de ces précis pour l'enseignement et la pratique, est appelé à son tour à conquérir rapidement une place de premier plan.

La vertébrothérapie, par A. LEPRINCE. Un volume in-8° de 125 pages, 37 figures, 1931. Prix : 15 fr. Editions médicales N. Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e).

Cet ouvrage met au point une méthode de traitement combinant les divers procédés utilisés en Amérique par les différentes écoles qui étudient les subluxations et les réflexes vertébraux.

L'auteur s'est efforcé d'expliquer par l'anatomie et la physiologie, les principes, les applications, les résultats heureux et aussi les insuccès.

Il s'est rendu compte par lui-même des procédés des diverses écoles, de leur valeur, et de l'application rationnelle que l'on pouvait en espérer dans le traitement des maladies.

« Il ne faut pas d'ailleurs, dit-il, chercher dans tel ou tel procédé thé-« rapeutique, *quel qu'il soit*, médicamenteux ou opératoire, la panacée « qui supprime définitivement le mal ou la maladie.

« Mais il ne faut pas, d'autre part, rejeter *a priori*, sans examen et sans « aucune expérience, des manœuvres qui reposent sur des bases scientifi-« ques et sur des faits dûment établis et constatés. »

Ce livre n'est donc ni une apologie ni une critique. L'auteur n'a eu qu'un but : expliquer scientifiquement des faits et des guérisons qui, au premier abord, semblent relever de l'empirisme et, disons le mot, du charlatanisme.

La collection d'autographes. *Son but. Son classement. Les autographes ajoutés aux livres. Les collectionneurs célèbres. Les faux autographes et la manière de les reconnaître. Les instruments de travail*, par Jean LHOMMER. In-8, sur beau papier de luxe. Prix : 6 fr. Cornuau, édit.

A une époque où les autographes de personnages célèbres sont de plus en plus recherchés, il manquait un guide pratique capable de renseigner non seulement les débutants, mais aussi tout amateur d'autographes sur la façon de classer rationnellement sa collection, de manière à en tirer tout le profit désirable.

Une collection mal présentée ne peut donner entière satisfaction. La méthode de classement préconisée, dans cette brochure, par Jean LHOMMER, collectionneur érudit et éclairé, est la seule vraiment pratique et intéressante parce qu'elle fait ressortir au plus haut point l'intérêt de chaque pièce. Elle s'adapte aux petites comme aux grandes collections.

Le dernier chapitre donne une liste des principaux ouvrages de travail où le chercheur trouvera une source de documentation sérieuse.

L'anse intestinale n'étant pas troublée dans sa vitalité retrouvera après l'accouchement, son intégrité anatomique et son fonctionnement physiologique. D'autre part cette forme d'occlusion cède rapidement à l'établissement d'un anus cæcal.

***

Le pronostic de l'occlusion est grave pour la mère et pour l'enfant, surtout pour la mère : mais il est moins sombre pour la mère et surtout pour l'enfant, quand on intervient », Gauchery.

Une des causes du mauvais pronostic réside dans les difficultés du diagnostic précoce : trop souvent encore on intervient à un stade évolutif trop avancé et nous savons combien l'intoxication et l'infection sont plus rapides au cours de l'état puerpéral.

Mortalité maternelle

Gauchery : la mortalité totale de la mère peut être évaluée, d'après l'étude de 47 cas, à 76 p. 100 des cas non opérés et à 53 p. 100 des cas opérés.

Rénon, distingue deux catégories de faits : 1° pendant la gestation, 12 cas ; on a fait dix fois une intervention avec sept guérisons, dans le cas où l'on n'est pas intervenu, la femme est morte — ; 2° après la gestation, 13 cas: on est intervenu onze fois avec quatre guérisons ; les deux abstentions ont abouti à la mort.

Ludevig : 55 p. 100.

Mikulicz R. : 40 p. 100.

Bohler qui cite ces deux derniers chiffres, les oppose à celui de la mortalité de l'iléus en dehors de la grossesse, 35 p. 100.

Influence de l'occlusion sur l'évolution de la grossesse

Gauchery, sur 30 cas pris pendant l'évolution de la grossesse, à part ceux où l'avortement a été provoqué, note sept fois l'avortement, trois fois l'accouchement prématuré, soit un arrêt de la grossesse dans un tiers des cas.

Lemonnier affirme que, d'après le relevé de ses observations, en mettant à part les cas où l'accouchement a été provoqué, dix fois sur vingt l'occlusion a déterminé soit l'avortement soit l'accouchement prématuré.

Bohler admet que l'avortement se produit dans une proportion variant de deux tiers à un quart des cas et que la mortalité infantile est de 65 %.

***

Le traitement de l'occlusion pendant la puerpéralité ne diffère en rien de celui des occlusions en dehors de cet état. La grossesse reste comme une complication et non comme une contre-indication de l'acte opératoire. D'ailleurs contrairement à ce que l'on pensait, les opérations pratiquées pendant la grossesse réussissent aussi bien que dans l'état de vacuité (Juge : Des indications des interventions chirurgicales pendant la grossesse. Thèse 1925, Paris).

Les moyens médicaux, trop connus pour que nous insistions longuement, ne doivent être mis en œuvre que dans les occlusions à symptômes peu bruyants : s'ils ne donnent pas à brève échéance le résultat escompté, on ne prolongera pas leur emploi.

Les grandes irrigations de l'intestin déterminent quelquefois l'évacuation d'une certaine quantité de matières, mais ce fait ne suffit pas à affirmer que l'obstacle est vaincu : seule l'émission abondante de gaz par l'anus est un signe de valeur.

Les lavages d'estomac, malgré l'amélioration qu'ils procurent, ne sont que des moyens palliatifs.

Le lavement électrique n'intervient qu'en agissant sur la musculature intestinale dont il réveille les contractions expultrices. Dangereux dans les occlusions mécaniques dont il ne peut triompher, il a l'inconvénient de mettre en jeu les fibres utérines et d'interrompre la grossesse.

Cette thérapeutique de l'occlusion par les médicaments, comporte l'usage de deux produits susceptibles de hâter la débâcle intestinale lorsqu'on se trouve en présence d'occlusions parétiques :

La bile conservée : l'extrait sec à la dose de 5 à 6 grammes dilués dans un verre d'eau chaude puis mélangés à 400 grammes d'eau tiède, constitue un lavement qui est donné sans pression.

L'hypophysine, employée à la dose de un centimètre cube en injection intra-veineuse, a donné des résultats positifs heureux que signale Schmidt (*Zentralb. F. Chir.*, 17 janvier 1925). L'effet est souvent presque immédiat, puisque les premiers gaz sont expulsés quelquefois même avant la fin de l'injection. Celle-ci s'accompagne parfois d'accidents de collapsus vasculaire (pâleur, nausées, ralentissement du pouls), mais ils sont passagers : l'injection doit être poussée lentement.

Quant à la médication chlorurée elle sera ici comme en dehors de la puerpéralité d'un précieux secours : « la solution hypertonique de chlorure de sodium, est la vraie médication héroïque des occlusions intestinales aiguës », dit Gosset. Quel que soit le mode d'action des chlorures, rappelons que l'injection dans le sang de la solution hypertonique entraîne un violent péristaltisme des muscles lisses et en particulier de la musculature intestinale.

L'opportunité de l'intervention chirurgicale doit donc être établie à temps. C'est souvent chose difficile, mais il vaut mieux intervenir au risque de se tromper que de laisser une occlusion évoluer et conduire fatalement le malade à la mort.

Mais une question préalable se pose : *Quelle est la valeur du traitement obstétrical* ? L'évacuation de l'utérus ne réalise que très exceptionnellement la cessation des accidents. Il faut donc renoncer à cette thérapeutique sauf dans les cas exceptionnels où il ne s'agit que d'accélérer l'accouchement, mais à condition de veiller en armes, de ne pas trop escompter la guérison et sans perdre de temps pour recourir s'il y a lieu, ce sera la règle, à l'intervention chirurgicale.

Deux méthodes sont à notre disposition : l'anus contre nature, la laparotomie.

L'entérostomie ne doit être qu'un moyen exceptionnel, de nécessité, dans les cas d'occlusions avancées avec ballonnement considérable.

L'anus cæcal amène cependant dans quelques cas, la cessation des phénomènes occlusifs : des observations signalent même la continuation de la grossesse jusqu'à son terme. Il s'agit alors d'occlusions parétiques ou par adhérences lâches.

L'anus cæcal paraît le traitement de choix de cette forme si spéciale d'occlusion par coudure du côlon gauche au niveau du ligament infundibulo-pelvien (les observations de Vautrin le démontrent), à la condition absolue que le diagnostic étiologique soit solidement établi. L'incision par dissociation musculaire de la paroi est suffisante, dit Vautrin, elle se fermera seule après guérison

des accidents occlusifs ; une large brèche sur la paroi cæcale n'est pas nécessaire, une ouverture discrète par où filtreront les liquides et les gaz, suffit ; l'appendicostomie n'est pas à recommander, car elle assure un mauvais drainage.

La laparotomie permet seule la recherche de l'obstacle : elle sera sous ombilicale et se pratiquera sous anesthésie à l'éther (l'occlusion et l'état de gravidité nous paraissant contre-indiquer la rachi). La morphine donnée avant et après l'opération, diminuera les contractions utérines consécutives.

Le ventre ouvert deux obstacles vont immédiatement se présenter à l'opérateur : les anses dilatées, l'utérus gravide.

Pour supprimer cette lutte désespérante et vaine contre un intestin en occlusion, la ponction préalable des anses à l'aide d'un trocart ou d'une canule reliés à un appareil aspirateur, est un précieux moyen : depuis de nombreuses années, Okinczyc y insiste à la Société de Chirurgie.

L'utérus gravide doit être manipulé avec la plus grande douceur. Lorsque son volume est considérable par suite d'une lésion surajoutée (fibrome) ou si l'on est près du terme, l'évacuation de son contenu par césarienne haute devient une nécessité. Certains auteurs ont préconisé l'hystérectomie comme premier temps de l'opération, pour arriver plus facilement à la découverte de l'obstacle : mais cette pratique est trop absolue.

Quand l'obstacle est trouvé, il sera traité suivant la manœuvre qu'il comporte.

La rétroversion nécessitera la libération des adhérences, ce qui permettera le plus souvent l'évolution de la gestation à terme ou près du terme (Couvelaire, Brindeau et Cathala).

Les brides seront sectionnées, un volvulus détordu, un étranglement interne réduit. La ponction préalable des anses permettra d'éviter l'entérostomie secondaire à laquelle on avait recours autrefois. Si la résection intestinale s'impose elle revêtira un caractère de haute gravité : aussi, lorsque la chose est possible, on pourra reporter aux jours suivants, la suppression de la cause, témoin l'observation de Sencert, publiée à la Société de Chirurgie, février 1922 (occlusion intestinale par mégacolon chez une jeune femme enceinte de quatre mois : entérostomie, puis colectomie : guérison avec persistance de la grossesse). En cas de péritonite plastique avec adhérences étendues, l'entéro-anastomose trouvera une de ses meilleures indications.

L'incarcération de l'intestin entre le promontoire et le corps utérin disparaîtra par simple soulèvement de l'organe. Deux observations récentes (Storps. *Medizinische Welt*, 1929, t. III) viennent une fois encore démontrer que cette manœuvre est suivie de succès : il s'agissait une fois de l'anse sigmoïde, une fois du cæcum.

L'occlusion par torsion d'un kyste de l'ovaire relève de la facile ablation de la tumeur. S'il s'agit d'un fibrome, la myomectomie pourra être tentée dans certaines conditions anatomiques, et la grossesse continuera son évolution : mais c'est à l'hystérectomie qu'il faudra souvent avoir recours.

Les suites post-opératoires mériteront la plus grande attention : l'emploi systématique des solutions hypertoniques de chlorure de sodium permettra d'améliorer un pronostic bien sombre, la morphine diminuera les contractions utérines consécutives au traumatisme chirurgical.

L'occlusion intestinale occupe donc dans la pathologie de la grossesse une place importante : son diagnostic difficile doit être précoce puisqu'il est indispensable de prendre une décision chirurgicale aussi rapide que possible.

L'enfant épileptique. La colère

Par le Docteur Gilbert ROBIN,
Ancien chef de clinique à la Faculté,
Médecin de l'Assistance aux enfants nerveux, retardés et instables.

La colère épileptique ou épileptoïde a des traits caractéristiques. A la façon dont les parents décrivent telles colères d'enfant, un médecin averti soupçonne l'épileptoïdie et se trompe rarement. C'est pourquoi il faut toujours soumettre les colères d'enfant à l'examen d'un médecin spécialisé. On les soigne et les guérit.

La colère épileptique fait partie du tableau de l'épilepsie convulsive. Il est rare qu'un épileptique sujet à des crises, ne présente pas dans l'intervalle des accès de colère.

Parfois les colères remplacent les crises comitiales.

On ne saurait nier aux colères de Louis G... (3 ans) le caractère épileptique ou épileptoïde. Elles surviennent sans motifs. L'enfant griffe, pince, jette les chaises à terre, pousse les tables, tremble de tous ses membres. Au cours des colères, il urine. Après, il pleure. « Si on le gronde, nous dit sa mère, il se pâme », c'est-à-dire qu'il perd connaissance.

De telles colères imposent le diagnostic — doivent l'imposer. Je cite ce cas parce que la preuve de l'épilepsie est donnée par l'anamnèse de crises comitiales à l'âge de un an (durée un an). Les nuits sont agitées. Il paraît qu'il arrive à Louis de se tenir « crispé » quelques secondes pendant son sommeil : sont-ce de petites crises ? c'est possible.

L'enfant — outre ses colères — a de l'énurésie nocturne persistante par intervalles.

Louis est un épileptoïde et un ancien épileptique. Il s'agit ici d'équivalents de l'épilepsie.

Un autre cas, celui de Robert me paraît typique.

Robert M... est d'ordinaire affectueux envers ses parents, mais par moments, il est saisi de colères soudaines au cours desquelles il se roule à terre, pâlit, renverse la tête en arrière, semble étranger à ce qu'il fait ; puis au bout de quelques instants revient à lui, mais reste longtemps opposant, hostile. cherchant à faire du mal à ses frères, refusant de manger. se cachant dans les coins.

A côté de ses colères il est instable et turbulent, mais par crises. En général inattentif, il est très en retard à l'école. Son intelligence est au-dessous de la normale. Les tests révèlent un âge mental de 8 ans 1/2. L'instabilité psychique est considérable.

L'enfant est anémique, chétif. Il présente de la blépharite, respire par la bouche, a de l'adénopathie trachéobronchique, de la polymicro-adénopathie (il a été traité pendant trois ans dans un préventorium), de l'atrésie du massif facial, une voûte ogivale ; les omoplates sont saillantes ; les organes génitaux réduits, les réflexes rotuliens vifs.

Antécédents personnels : l'enfant pesait cinq livres à sa naissance. La grossesse a été difficile (vomissements, albumine). Robert a présenté à 6 ans des crises d'asthme qui ont cessé après l'ablation des végétations adénoïdes.

Antécédents héréditaires : les autres enfants sont bien portants, le père est aveugle de guerre.

La mère a eu cinq fausses couches.

Le grand-père maternel éthylique s'est noyé.

En somme déficience organique par adénopathie trachéobronchique et insuffisance respiratoire favorisant le développement de troubles de caractère, où les colères à type impulsif sont nettement des équivalents comitiaux, ce qui n'étonne guère avec une telle hérédité.

Ce qui est très intéressant c'est de pouvoir diagnostiquer l'épileptoïdie en dehors des accès convulsifs ou des absences. On peut le faire, d'une part, d'après le caractère des colères, d'autre part d'après les autres traits du caractère, les

signes de déficience organique et les antécédents héréditaires.

Discutons, d'après des exemples, les raisons de rattacher certaines colères à l'épileptoïdie.

André L..., âgé de 4 ans 1/2, nous est présenté avec les traits suivants :

Agitation incessante pendant le jour ;

Agitation non moins grande pendant la nuit. Cauchemars. Crises de somnambulisme. André tombe souvent du lit.

L'instabilité psychique est considérable : l'attention ne peut être fixée. Il existe un certain degré de retard mental. L'indiscipline est totale. André est désobéissant, opposant, indifférent aux menaces, cependant relativement affectueux avec sa famille.

Le plus grave ce sont ses colères. Ce sont de véritables rages, des transports impulsifs. Il se jette sur les autres enfants, il frappe avec n'importe quoi ; il a failli blesser sa sœur avec un marteau. Il est violent même vis-à-vis de sa mère, de sa grand'mère.

En dehors des paroxysmes coléreux, il est impulsif : brisant des objets, bousculant tout.

Autoritaire, il veut toujours dominer. Batailleur, il va attaquer des camarades plus grands que lui : il veut être le « chef ».

L'enfant parle encore mal. Il présente de l'énurésie nocturne par périodes. N'est-ce pas la preuve que les troubles signalés plus haut, loin de n'avoir qu'un caractère névropathique, doivent être considérés comme ayant la même valeur que l'énurésie ou le retard du langage, et forment un ensemble clinique tenant à des troubles profonds du système nerveux.

Dira-t-on devant cette enfant de 3 ans — née à 7 mois 1/2, pesant trois livres et demie à la naissance, ne prononçant encore que quelques mots, propre depuis deux mois à peine — que les colères, des plus violentes, qu'elle présente, avec impulsivité, tendances si vives à détruire, à mordre les autres enfants qu'on est obligé de l'attacher, dira-t-on que ces colères ne sont pas de nature épileptique ? On ne relèvera pas de convulsions chez l'enfant et les renseignements sur la famille sont des plus vagues. Mais en admettant, qu'on ne tienne pas compte des terreurs nocturnes renouvelées chaque nuit, de la turbulence, de la propreté tardive, du retard du langage, à quelle cause autre que l'épileptoïdie rattacher de semblables colères — violentes, explosives, dangereuses pour l'entourage, compliquées de tendances à mordre et à détruire — où les rencontre-t-on avec ce caractère si net ? Se passer d'un tel diagnostic, c'est à mon avis commettre une erreur clinique et priver un enfant des ressources d'une thérapeutique active.

Hésitera-t-on encore ?

Mais alors que penser de Robert P...., âgé de 7 ans, sujet à des crises de colère violentes au cours desquelles il trouve des mots grossiers, frappe son frère et menace de le tuer, le traite d'enfant d'alcoolique qui, par ailleurs est instable, glouton. Il est né à 7 mois, ne marche normalement que depuis quelques mois, a parlé à 3 ans. Il est chétif, présente du rachitisme, de l'adénopathie trachéo-bronchique, de l'ectopie testiculaire droite. Niera-t-on que de telles colères soient de nature épileptique ? parce qu'elles ressemblent trait pour trait à celles de l'enfant précédent ?

Mais nous apprenons que Robert a eu souvent des convulsions et que sa mère est non seulement tuberculeuse mais épileptique. Le diagnostic de ce cas n'est pas douteux. Aucun auteur ne contestera ici la constitution épileptoïde. Et c'est en présence de cas cliniques superposables qu'il faut admettre le diagnostic d'épileptoïdie même en dehors d'accidents convulsifs ou d'une hérédité morbide.

J'ai observé, avec mon ami le Dr Montlaur, un jeune homme de 15 ans qui présente par intervalles — tous les trois mois environ — une bouffée coléreuse des plus violentes. Lui qui est si calme d'ordinaire, se met à injurier sa mère, la frappe, brise des objets dans sa chambre et quitte la maison pour quelques heures.

En dehors de ces colères c'est un jeune homme à l'intelligence très lente, et cependant normale. L'humeur est sombre, morose, misanthropique. Ce jeune homme déclare qu'il ne se mariera pas, qu'il hait les femmes, etc. L'hérédité est nettement syphilitique et le traitement a amélioré les colères, notamment quant à leur intensité.

J'ai eu quelquefois l'occasion d'examiner à la prison de la Petite Roquette, des jeunes gens arrêtés pour coups et blessures donnés impulsivement dans un accès de colère. L'anamnèse révélait souvent l'existence d'accidents comitiaux chez l'inculpé, ou une hérédité épileptique.

La colère épileptique ou épileptoïde chez l'enfant, a donc des traits bien particuliers : elle est immotivée ou éclate pour un motif futile, donc en général inexplicable.

Elle est explosive : c'est un véritable transport.

Elle atteint presque d'emblée son paroxysme.

Elle est aveugle : ou l'enfant ne sait ce qu'il fait, ou il ne se rend compte qu'imparfaitement de la situation.

Elle est brutale, violente, dangereuse.

L'enfant se roule à terre, se fait du mal, se cogne la tête contre les murs, s'arrache les cheveux, frappe, griffe, mord l'entourage, brise le mobilier, les carreaux, lance des objets à la tête des gens, se précipite sur eux, commet dans certains cas des actes meurtriers.

Après la crise l'enfant est hébété. Il éprouve souvent le besoin de dormir, il est épuisé. La colère épileptoïde est rarement tout à fait amnésique, mais les lacunes amnésiques sont fréquentes.

Il est certes fréquent, au cours de ces colères, que l'enfant profère des menaces de mort ou commette des actes non seulement brutaux, non seulement dangereux pour autrui, mais cruels, teintés de sadisme. Il m'a paru que ces manifestations pouvaient être considérées comme l'ébauche des impulsions homicides classiques chez les épileptiques et les expressions telles que « je te tuerai, je te ferai du mal » qui reviennent si souvent dans la bouche de certains enfants doivent faire penser d'abord à l'épilepsie ou à l'épileptoïdie.

Si les crises comitiales naissent d'une zone excitable, les colères se développent sur un terrain d'irascibilité. L'irascibilité réalise — sur le plan du caractère — l'équivalent de l'excitabilité sur le plan des manifestations motrices et il serait bien maladroit, je pense, de parler de psychique et d'organisme, car il est probable que les manifestations auxquelles on assiste, témoignent de la même origine organique, avec de simples différences de degrés et de localisation des points d'excitation.

L'irascibilité va de pair avec l'impulsivité. L'enfant est toujours prêt à « rouspéter », il est « à cran ». Irascibilité et impulsivité s'observent souvent quelques heures ou quelques jours avant les crises convulsives. Elles expliquent que des enfants soient batailleurs et brutaux. Ils poussent les camarades, se fraient coûte que coûte un passage, foncent tête baissée. Nombreux sont les enfants qui ne peuvent être gardés à l'école. Déjà dès l'école maternelle, on les signale comme blessant leurs camarades avec des pierres, les mordant, les griffant, se battant sans cesse et cela d'une manière habituelle, en dehors des colères équivalentes, lesquelles atteignent à un paroxysme des plus redoutables. Ces enfants, constituant un danger *habituel* pour leurs camarades — s'ils ne sont pas des débiles profonds au point de vue mental — sont presque toujours des épileptoïdes. Les réactions antisociales des pervers sont d'une autre sorte : Les actes des pervers sont utilitaires. Ils visent à des satisfactions pratiques.

Il est parfois difficile d'affirmer qu'on a affaire à une colère épileptoïde en présence d'enfants à la fois névropathes et mal élevés, la mauvaise éducation renforçant les réactions morbides de la névropathie. Nombreux sont les enfants qui utilisent la colère. Elle est pour eux comme un langage qui leur sert à tout obtenir de parents trop faibles et pusillanimes. Cette colère est vite démasquée. Ses caractères sont plus difficiles à préciser lorsqu'il s'agit d'un enfant « nerveux », émotif, irascible, autoritaire, sujet à des

démonstrations intempestives, ne craignant pas le chantage et cependant ne simulant pas tout à fait les crises de colère.

Le névropathe joue, mais il est pris par son jeu. Il fait penser aux acteurs qui pleurent de vraies larmes en jouant leur rôle. La colère du névropathe est plus une rage qu'une fureur comme cela se voit chez l'épileptoïde. C'est une réaction d'impuissance. L'enfant trépigne, se mord les poings, à l'occasion se roule à terre, mais ne se blesse pas, ne frappe pas l'entourage, ou du moins pas d'une manière aveugle. Il est emporté par la colère et lucide à la fois. Il sait ce qu'il fait. Sa colère a un but. C'est donc qu'elle est motivée. L'enfant a voulu un objet, de l'argent, une sortie qu'on lui a refusé. Il veut obtenir. Il s'irrite. Névropathe, il se laisse emporter. On assiste à une crise du type émotif. Elle est démonstrative, théâtrale, accompagnée de pleurs et de grincements de dents. Il est rare que l'épileptoïde pleure après une colère, si ce ne sont des pleurs de regret. Les crises de larmes et de sanglots sont fréquentes chez le névropathe après la colère. Celle-ci est suivie de bouderie, ou d'éclats de rire, ou de manifestations intempestives, d'accès de tendresse. L'habitude, l'expérience, permettent de différencier la colère névropathique et la colère épileptoïde. Pour schématiser, on peut dire de cette dernière qu'elle est à la colère névropathique ce que la crise d'épilepsie est à la crise d'hystérie.

Le traitement donne vraiment des résultats intéressants sur les épileptoïdes coléreux et dangereux pour l'ambiance, surtout lorsque les enfants sont soignés d'une manière précoce. J'ai dans mes observations de nombreux cas de jeunes enfants, cruels, batailleurs, « intenables », que l'on disait chargés de tous les « défauts », et qui, grâce au traitement antiépileptique, ont été guéris de leur irritabilité. Tant il est vrai que les dispositions épileptoïdes cèdent remarquablement à la thérapeutique.

Le moment propice à la fécondation

Par le Dr **Jules REGNAULT**,
ex-professeur d'anatomie à l'Ecole de médecine navale de Toulon.

Sous le titre « Le moment propice à la fécondation », *Le Progrès médical* du 25 juillet 1931 publie une étude du Prof. Hermann Knaus, de Graz ; cet auteur présente des idées nouvelles et soutient des théories dont la discussion n'est peut-être pas sans intérêt.

Il admet que « les lois fondamentales physiologiques de la reproduction dirigent également, chez les hommes et chez les mammifères, les phénomènes vitaux desquels dépend l'union des deux gamètes et le développement d'un nouvel organisme ».

Il invoque, d'autre part, l'autorité du *Talmud de Babylone*, sans tenir compte que d'autres livres anciens, comme les *Lois de Manou*, donnent des jours différents pour les rapports sexuels.

Je ne nie pas qu'on puisse trouver dans le *Talmud* d'intéressantes formules, à commencer par celle qu'appliquait Louis-Philippe : « Quand je veux une fille, je l'offre à la reine; quand je veux un garçon, j'attends qu'elle me l'offre ». Mais, depuis l'époque du *Talmud* quelques notions nouvelles ont pu être acquises.

Le Dr Knaus considère comme une « régularité physiologique » la non fécondabilité des femmes pendant les dix premiers jours et après le dix-septième jour du cycle menstruel régulier de vingt-huit jours.

Les observations qu'il donne sont celles de femmes qui ont eu leurs règles entre le 26e et le 28e jours, ou entre le 28e et le 32e jours, et il s'efforce d'expliquer la dérogation à sa loi.

Il est difficile d'identifier ce qui se passe dans la race humaine et ce qui se passe chez les animaux. Ces derniers ont une période de rut caractérisée, en dehors de laquelle la femelle n'accepte pas le mâle.

Comme l'a écrit Beaumarchais « le propre de l'homme (il eût pu ajouter : et de la femme), est de boire sans soif et de faire l'amour en tous temps ».

Avec quoi peut-on identifier le rut des animaux ? avec la période des règles ou avec le molimen congestif, que nous tous, gynécologues, connaissons bien et qui se produit exactement au milieu de la période intermenstruelle ?

Ce serait sans doute avec ce dernier molimen, d'après les observations du Prof. Hermann Knaus, qui place la fécondation entre le dixième et le dix-septième jours après le début des règles.

Ceci est en opposition avec ce qui a été admis jusqu'ici : *toutes choses égales d'ailleurs*, la fécondation avant les règles, touchant un ovule peu mûr, aurait plus de chances de donner une fille : après les règles, touchant un ovule très mûr, elle aurait plus de chance de donner un garçon. Cette conception cadrait avec la loi de Tury, appliquée par des éleveurs: fécondation de la vache au début du rut = génisse; fécondation à la fin du rut = jeune taureau.

J'ai écrit : « toutes choses égales d'ailleurs », car il faut tenir compte du métabolisme et de l'équilibre endocrinien des parents, ainsi que je l'ai signalé plusieurs fois depuis 1910 et que l'ont démontré les expériences de Robinson, à Paris, et de Russo, à Catane (1).

J'ai de nombreuses observations, j'en citerai une à double effet :

M. et Mme Y., partisans de l'eugénique, désirent avoir un fils ; ils n'ont *qu'un seul* rapport complet, après une période de repos, le septième jour après le début et le quatrième après la fin des règles ; ils ont une fille, qui, physiquement, ressemble au père, ce qui diminue toute probabilité de contrebande.

Quelques années plus tard ils recommencent l'expérience et ils ont encore une fille, après *un seul* rapport complet au troisième jour après les règles, au sixième jour du cycle.

Dans l'un et l'autre cas la fécondation s'est produite avant le dixième jour du cycle, dans la période de « non-fécondabilité » de Knaus.

Dans l'un et l'autre cas les parents désiraient un garçon et ils ont eu une fille. Notons que la mère est légèrement hypothyroïdienne. D'autre part la fécondation s'est faite après une période de continence chez le père : celui-ci n'avait pas de maîtresses et il n'avait pas appliqué le procédé des sorcières pour n'utiliser que des spermatozoïdes jeunes (2).

Maintenant il appartient aux accoucheurs et gynécologues de faire une enquête sur ce point : une femme qui a ses règles tous les vingt-huit jours ne peut-elle être fécondée entre le 17e jour qui suit l'apparition des règles et le 10e jour après les règles suivantes ?

Cette règle du Prof. Knaus mérite d'être vérifiée.

En attendant, il serait prudent de la considérer comme plus que douteuse pour ne pas avoir des surprises.

(1) Dr J. REGNAULT. — Communication à l'Académie des sciences de Paris, 22 mai 1911. — Note au premier Congrès international de physiologie et de pathologie comparées, Paris 1912. *La Revue scientifique*, 1913. — Le déterminisme du sexe, rapport à la Société de pathol. comparée, Paris 1917. *Revue de pathol. comparée*, 1917.

(2) Procédé des sorcières cité par le Dr Allaix, dans son livre *De l'inversion sexuelle à la formation et à la détermination des sexes*, Peyronnet, Paris, 1930.

« ... Quand le client sort de chez son médecin, il fait une équation simpliste entre la somme qu'il a versée et le temps pendant lequel on l'a examiné. Et il dit : « En voilà un qui a vite fait de gagner son argent ! » Cette aversion pour le savoir, pour la compétence professionnelle, nous fait redouter la venue d'une ère d'obscurantisme auprès de laquelle celle du passé n'aura rien été : les découvertes dont nous nous enorgueillissons la masqueront mal et elle engendrera les pires convulsions sociales. Voici revenir les Barbares. » (Dr J. CRINON. *L'Informateur médical*, 14 juin 1931.)

MÉDECINE PRATIQUE

« Colonic lavages »

Pour les médecins Français en général, et même pour les médecins Anglais exerçant en France, je crois que ce que nos Confrères Américains appellent « colonic lavage » ou « colonic irrigation » est à peu près inconnu, ou tout au moins méconnu. Tout ce que j'en savais moi-même, jusqu'à une époque relativement récente, c'est que ce mode de traitement est un lavage d'intestin analogue à celui qui était pratiqué il y a quelque 25 ou 30 ans à Châtel-Guyon avec la sonde dite « bi-courante ». Ce vieil appareil « bi-courant » était cependant bien loin de réaliser le « colonic lavage », comme l'entendent les Américains, et de donner les mêmes résultats, car il ne s'appliquait qu'à de petites stases intestinales ou à des cas de constipation qui sont actuellement justiciables de traitements fort différents. Les observations ci-dessous prouvent en effet que le rayon d'action de ces lavages ou irrigations est infiniment plus étendu et plus intéressant pour le médecin dans sa pratique journalière. Si la propreté extérieure est une condition essentielle de bonne santé, la propreté intérieure ne l'est pas moins, et tout le monde est d'accord pour admettre que l'évacuation insuffisante des résidus alimentaires est responsable de nombre de maladies graves, car ces résidus accumulés encombrent et polluent non seulement le côlon, mais l'organisme tout entier.

En quoi consiste ce traitement ? C'est une irrigation intestinale *très abondante*, étant bien entendu que le liquide introduit s'écoule au fur et à mesure, après avoir largement irrigué l'intestin, et sans le brusquer ou le dilater en quoi que ce soit. Pour ce faire le liquide est introduit au moyen d'une sonde de petit calibre et évacué par une sonde de très fort calibre, entraînant avec lui les matières qui encombraient le côlon, et même peu à peu celles qui encombraient les segments supérieurs de l'intestin.

Il semble bien en effet que ces lavages réussissent à agir sur des accumulations contre lesquelles les laxatifs ou purgatifs habituels, non plus que les irrigations ordinaires ne peuvent rien, et c'est là leur incontestable et inappréciable supériorité.

L'instrumentation est très simple : un bock de cinq litres de capacité, et avec niveau d'eau si possible, muni de son tube en caoutchouc de 1 m. 50 à 1 m. 75, avec une pince d'arrêt (préférable au robinet en ébonite, parce que plus commode à manœuvrer d'une seule main.) Au tube en caoutchouc du bock on adaptera une sonde en caoutchouc souple à bout coupé, de 6 à 7 m m de diamètre extérieur, et de 30 c/m environ de longueur. Une autre sonde en caoutchouc souple, de 20 à 25 m m au moins de diamètre extérieur et de 30 à 35 c/m de longueur, servira de sonde évacuatrice ; on la fera suivre d'un tube de verre, qui permettra de contrôter l'écoulement, et d'un tube de caoutchouc aboutissant à un seau de toilette ordinaire. Avoir soin de marquer des points de repère sur les deux sondes : sur la sonde d'amenée on peindra au vernis noir un anneau de 5 m m de largeur à 7 ou 8 c m de son extrémité, et sur la sonde évacuatrice on peindra de même un anneau à 17 ou 18 c/m de son extrémité. Enfin il est essentiel que cette dernière sonde ait un « œil », comme toutes les sondes rectales d'ailleurs, à 2 c/m environ de son extrémité. Comme liquide de lavage on aura recours au sérum physiologique dédoublé, c'est-à-dire à 4,75 pour mille, et à une température de 38.

Technique. — Après un lavement évacuateur, qui n'est d'ailleurs pas toujours nécessaire, introduire la petite sonde dans l'œil de la sonde évacuatrice, de façon à ce que le « nez » de la petite sonde dépasse d'environ 1/2 à 1/cm. Le tout aura été au préalable bien lubrifié à la vaseline simple, ou même à la vaseline cocaïnée s'il y a des hémorroïdes par trop sensibles. Introduire alors les deux sondes ainsi « emmanchées » jusqu'à ce que le repère de la petite sonde soit au niveau de l'anus ; retirer alors la petite sonde d'un ou deux centimètres, pour la dégager, puis continuer à enfoncer la sonde évacuatrice jusqu'à ce que les deux repères soient au même niveau. On pourra alors ouvrir la pince d'arrêt, car les deux sondes (injection et évacuation) sont à ce moment engagées dans le rectum, leurs extrémités libres étant à la hauteur de l'S iliaque. Au bout d'un instant le liquide introduit s'écoulera dans le seau par le tube qui prolonge la sonde évacuatrice, et il sera facile de s'en assurer en surveillant le tube de verre regard. Lorsque les cinq litres contenus dans le bock seront épuisés, on pourra ou bien continuer le lavage avec la même quantité de liquide, ou bien arrêter l'opération, quitte à la reprendre plus tard. D'ailleurs le lavage peut être continué pour ainsi dire indéfiniment sans causer la moindre gêne au patient, qui trouve au contraire en général très calmante et agréable la tiédeur du liquide injecté. En effet si l'opération est bien conduite, et s'il ne se produit bien entendu aucune distension de l'intestin, il n'est certes pas rare de voir le malade s'endormir paisiblement tandis que le traitement se poursuit.

N. B. — L'instrumentation et la technique ci-dessus ont été modifiées et simplifiées sur divers points par Nurse F. Sparger, S. R. N., à l'obligeance de laquelle je dois les observations qui suivent, et par moi-même, et notamment en ce qui concerne le petit tour de main qui permet d'introduire en même temps les deux sondes. Les tubes métalliques des divers modèles de rectoscopes ont en moyenne de 25 à 30 m/m de diamètre extérieur ; aussi il est infiniment plus simple et plus facile d'introduire dans le rectum un tube de caoutchouc souple de diamètre semblable et même inférieur.

Observation I. (Nurse Flora Sparger, S.R.N.) — Un médecin de Brooklyn me fait appeler un matin pour une malade dont l'état était, me disait-il, désespéré. « Coma urémique, pouls très mauvais, respiration stertoreuse, etc. Vous pouvez essayer du lavage du côlon, toutes les deux heures, mais je suis persuadé que son état est désespéré et que rien n'y fera, car elle est perdue ! » C'était la lutte contre la mort imminente, et je me préparai à la lutte !

Après injection de quinze litres de liquide, je remarquai un changement dans l'aspect de ma malade : après avoir été tout à fait inconsciente et immobile depuis mon arrivée, elle commença à mouvoir sa tête et bientôt elle put avaler un peu d'eau. Je continuai le traitement, et après la troisième irrigation elle émit 150 grammes d'urine ; après la quatrième irrigation, elle évacua quelques fragments de scybales dures. Je tentai alors, selon les prescriptions du médecin, de lui administrer un lavement, mais ce fut peine perdue, car elle n'avait pas suffisamment repris connaissance pour faire l'effort nécessaire à le conserver. Au bout de 24 heures de traitement, ma malade commença à parler et à sourire ; à la fin de la semaine, elle put s'asseoir dans son lit et commença à uriner très abondamment et normalement ; quinze jours plus tard, elle put quitter sa chambre, et enfin elle reprenait ses occupations un mois après sa terrible crise, si bien que nous pûmes aller ensemble assister à un concert au Metropolitan Opera House de New-York !

Observation II. (Nurse Flora Sparger, S.R.N.) — Cette observation et la suivante, malgré la moralité que l'on en pourrait tirer, ne prétend nullement s'adresser aux jeunes lecteurs de la « Bibliothèque Rose » : elle a trait à deux petits garçons de sept et neuf ans auxquels leur gloutonnerie faillit être fatale. Un certain samedi, un petit garçon de sept ans et un de ses petits voisins décidèrent de consacrer tout leur argent de poche à l'achat de toutes sortes de friandises, depuis des pickles jusqu'à des chocolats, dont ils se régalèrent incontinent. A deux heures du matin, le petit voisin était mort. Dès sept heures du soir, j'avais été appelée auprès de l'autre petit malade et je l'avais trouvé avec une température de 41°4 ; pas de vomissements ni de diarrhée. Un vomitif avait donné un résultat insignifiant, et un lavement avait été rejeté tel quel. L'enfant était manifeste-

ment au plus mal, et le médecin prescrivit un lavage du côlon que je commençai aussitôt. J'allais atteindre le vingtième litre, lorsque la sonde évacuatrice se boucha. Je plaçai alors l'enfant sur le bassin, et il eut une selle très copieuse. Le lavage suivant ramena une masse considérable de purée verdâtre et de mucus, et l'enfant s'endormit paisiblement, mais se réveilla quelques minutes plus tard pour vomir un magma innommable d'aliments non digérés. Sa température était alors descendue à 38°8. A l'irrigation suivante le liquide reparut sans traces de matières, mais je notai une différence d'un litre environ entre la quantité introduite et la quantité évacuée, d'où je conclus qu'un litre environ de liquide avait été absorbé. La température s'était encore abaissée à 38°3. Je passai auprès de mon petit malade une huitaine de jours, et lorsque je le quittai sa température était redevenue normale et toute trace d'auto-intoxition avait disparu.

Observation III. (Nurse Flora Sparger, S.R.N.) — Une mère de famille, dont un des enfants venait d'être atteint de scarlatine, voulut soustraire ses autres enfants à la contagion, et les répartit dans diverses familles parentes ou amies. Le petit John, âgé de neuf ans, fut ainsi envoyé chez des cousins qui, voulant lui faire fête, le gorgèrent de gâteaux et de friandises, à tel point que, vers minuit, on dut faire appeler le médecin, car l'enfant était fort mal en point, et avait de la fièvre. Le praticien ordonna une dose d'huile de ricin, qui détermina le lendemain matin six ou huit selles, mais sans améliorer l'état du petit malade ni sa température. Il ne pouvait prendre aucun aliment, et paraissait si sérieusement atteint que, vers la fin de la journée, on décida de le ramener à la maison malgré la scarlatine de sa sœur. Lorque je fus appelé à son chevet, il était étendu sur son lit, immobile et inerte, et son teint était d'une pâleur terreuse, vraiment impressionnante. Un autre médecin avait été mandé en toute hâte et avait prescrit du calomel et une mixture digestive. Le calomel agit fort bien, mais John était toujours dans le même état, assoupi, geignant et incapable de prendre aucun aliment. C'est alors que je commençai les lavages du côlon Après les cinq premiers litres, qui passèrent sans rien ramener, il y eut une évacuation de petites scybales mélangées à une énorme masse d'une sorte de purée fécale très fétide et de mucus. Après le quinzième litre, les joues de l'enfant commencèrent à reprendre leurs couleurs normales, et au bout d'une heure de sommeil John se réveilla en disant : « Ah çà ! est-ce qu'on ne va pas bientôt me donner à manger ? » Les irrigations furent continuées encore pendant deux jours, après lesquels l'enfant fut de nouveau sur pieds. Il me semble donc bien que les lavages du côlon parviennent à libérer le côlon mieux que les purgations ne peuvent le faire.

N. B. — Les trois observations ci-dessus de Nurse Flora Sparger, S.R.N., sont extraites d'un article publié par elle dans le *Nursing Times* et reproduites avec l'autorisation de Messrs Mac Millan and Co.

Comme conclusion de ce qui précède, je crois avoir le droit de reprendre et de compléter la dernière phrase de la troisième observation de Nurse F. Sparger, et de déclarer que les lavages du côlon sont un mode de « récurage » du côlon et de désintoxication de l'organisme tout entier, infiniment plus actif et efficace que les purgatifs. Ils ne font courir aucun risque au malade, et l'on devra y avoir recours dans nombre de cas très divers où les médications habituelles auront échoué ; pour les mener à bien l'infirmière devra être rompue à toutes les finesses de son art, et surtout..., s'armer de patience !

Dr A. E. E. Reboul
(de Châtel-Guyon)

« ... Le mot « *rhumatisme* » naquit en 1570, sous la plume de Guillaume de Baillou, auteur français qui écrivait sous le nom de Ballonius. Le terme d'étymologie grecque, provient de ῥέω, je coule ; il exprime l'idée de distillation d'une humeur dans un organe. Si l'humeur, au lieu de passer d'un organe à un autre, s'écoule au dehors, c'est le « rhume ». Cette conception humorale de ce qui aujourd'hui encore nous appelons le « rhumatisme » entraîne son traitement, fait de saignées et de purgations, destinées à évacuer l'humeur peccante... » (Mathieu-Pierre Weil. De la terminologie des manifestations articulaires, *La Presse médicale* 17 juin 1931.)

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Electrothérapie

La paralysie infantile peut, par la méthode de Bordier, sinon être complètement guérie dans tous les cas, du moins être transformée en une affection beaucoup moins grave au point de vue fonctionnel. Jusqu'à ces dernières années, tout le traitement électrique de la paralysie infantile se résumait dans l'emploi du courant continu.

Dans la poliomyélite chronique ou dans la poliomyélite aiguë, Bordier associe la diathermie à la radiothérapie et adjoint à ces deux agents la galvanisation des masses musculaires paralysées après que leur température a été rétablie dans le voisinage de la normale par les séances de diathermie.

Radiothérapie. — Les rayons X ont pour effet de favoriser la résorption de l'inflammation des cellules des cornes antérieures, de stimuler les cellules nerveuses qui ne sont pas encore complètement détruites, et ont une affinité spéciale pour les cellules conjonctives en voie d'évolution. Le traitement radiothérapique devra être appliqué le plus précocement possible. Le faisceau de rayons doit être introduit obliquement et non pas verticalement (le malade étant couché sur le ventre), de façon à pénétrer dans la moelle à travers les lames vertébrales peu épaisses et non à travers les apophyses épineuses. Bordier fait des séries de trois irradiations consécutives.

Dose moyenne à chaque série (mesurée au niveau de la peau sous un filtre de 6 millim. d'aluminium) = oscille autour de 800 unités R. Une dose de 500 à 600 R. est suffisante pour les tout petits enfants. Prévenir les parents de la possibilité d'un état nauséeux et même de vomissements après la deuxième et la troisième irradiations. Pour les enfants au-dessous de 7 ans — pour maintenir le malade immobile — utiliser un appareil à contention avec courroies.

Diathermie. — C'est l'agent le plus efficace pour combattre l'hypothermie des muscles atrophiés, hypothermie nuisible aux échanges nutritifs du membre malade, également nuisible à l'action du traitement électrique proprement dit — galvanisation ou voltaïsation sinusoïdale — et qui peut faire croire à l'existence d'une réaction de dégénérescence, alors qu'après le réchauffement du muscle les réactions électriques peuvent être normales.

Technique des applications diathermiques :

Pour le membre inférieur, faire appliquer le pied ou les pieds du malade sur une feuille d'étain très mince (0 mm. 1) reposant sur un coussin souple, appliquer une autre électrode métallique sous les fesses. Intensité pouvant être portée à 600, 800 milliampères suivant l'âge des malades. Surveiller avec la main l'élévation de la température au-dessus des malléoles ; arrêter lorsque l'enfant commence à se plaindre d'une douleur dans cette partie de la jambe.

Pour le bras, faire appuyer la main sur une plaque métallique, l'autre électrode est placée dans le dos. Moyen d'application dangereux si le malade est très jeune. Pour se mettre à l'abri de tout accident, se servir du rouleau mouillé pour faire de la diathermie labile en établissant la fermeture du circuit avec la pédale interruptrice. On pourra employer le diélectrique de Bordier.

Faire des séances de diathermie tous les jours ou au moins tous les deux jours. On les continuera jusqu'à ce que la température du membre paralysé se maintienne à une chaleur à peu près normale.

Galvanisation. — Le courant continu sera appliqué dès que la température du membre refroidi aura été ramené à un taux normal par la diathermie.

Le traitement durant de longs mois, on pourra indiquer aux parents la façon de procéder à l'électrisation des masses musculaires (boîte de Bordier contenant tout ce qui est nécessaire pour la galvanisation).

Appliqué par un électrogiste, l'emploi du courant galvanique rythmé sera d'une efficacité remarquable.

Quelques auteurs, peu enthousiastes *a priori*, ont accueilli la méthode de Bordier avec indifférence et scepticisme. Les améliorations ou guérisons constatées seraient le résultat de l'évolution naturelle de la poliomyélite, où l'on constate parfois

une amélioration spontanée. D'autres ont émis l'hypothèse que le traitement radiothérapique ne serait pas sans danger chez les sujets jeunes. Bordier, qui applique ce traitement depuis dix ans, et n'a jamais constaté aucune lésion secondaire de la moelle, rapporte les résultats favorables obtenus par cette méthode en France et à l'étranger. « Ce que je n'hésite pas à affirmer, c'est que les enfants soignés par la méthode de Bordier ont les plus grandes chances de guérir avec un reliquat minime, tandis que l'abstention de ce traitement fait courir aux enfants atteints de poliomyélite, les plus grands dangers, puisqu'ils demeurent exposés, tout comme jadis, aux infirmités graves définitives... » (Léon Tixier). « ... Nous avons constaté que les résultats les plus remarquables, disent MM. Manuel et Francisco Arce, sont obtenus sur les malades dont le traitement est institué *immédiatement après* le début de la paralysie : de bons résultats, mais moins complets, ont été observés sur les malades soignés deux ou trois mois après la période fébrile. Nous ne voulons pas dire que tous les malades soumis à un traitement immédiat doivent guérir : les cas où existe, dès le début, de la paralysie, une profonde destruction des cellules nerveuses, seront peu améliorés. Mais s'il y a des cas où le traitement de Bordier, ne réussit pas, il en existe, par contre, d'autres avec réaction de dégénérescence totale qui ont guéri après un traitement complet et précoce... »

(Prof. H. Bordier. Technique et résultats du traitement de la paralysie infantile par la radiothérapie et l'électrothérapie. *Journal des Praticiens*, 18 juillet 1931.)

Varia

Les fibromes de la paroi abdominale se développent généralement chez des femmes ayant eu des enfants. Chez une jeune fille, après appendicectomie, Hartmann a vu apparaître un fibrome musculaire, au niveau de la cicatrice de la paroi musculaire. Il semble que ces tumeurs se développent au niveau d'une rupture musculaire. (*Journal des Praticiens.*)

On peut s'étonner que le chlorate de potasse, substance toxique susceptible de provoquer des accidents, soit délivré sous forme de pastilles de couleurs ayant pour les enfants l'aspect et l'attrait de sucreries. (René Mathieu et Charles Ribadeau-Dumas. Un cas d'intoxication aiguë par le chlorate de potasse. Société de Pédiatrie de Paris, mars 1931.)

NOTES DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

Les embolies précoces chez la nouvelle accouchée

On considère comme embolies précoces des suites de couches, celles qui surviennent dans les dix premiers jours après l'accouchement. Les statistiques publiées tant en France qu'à l'étranger montrent que c'est un accident exceptionnel. Jeannin, à la Pitié, donne le chiffre de trois embolies sur 6.742 accouchements, Reeb le chiffre de trois embolies sur 8.333 accouchements : soit en prenant la moyenne, 1 embolie sur 2.500 nouvelles accouchées.

Si on compare avec le nombre des embolies consécutives aux opérations gynécologiques on trouve un rapport de 1 à 10 ; la puerpéralité est donc relativement peu emboligène.

Ronin, dans sa thèse (*Thèse de Lyon*, 1931) apporte deux observations nouvelles d'embolies précoces des suites de couches : l'une massive, ayant entraîné une mort rapide ; l'autre moyenne s'étant terminée par la guérison.

Les embolies précoces paraissent, suivant les cas, se rapporter à deux états anatomiques différents du système veineux pelvien, dit l'auteur : thrombose dite physiologique apparaissant en dehors de tout élément inflammatoire (observation I de l'auteur), thrombo-phlébite simple non suppurée (observation II de l'auteur), dont l'embolie constitue bien souvent l'unique manifestation clinique.

Ces thromboses veineuses, génératrices d'embolies précoces, peuvent ne pas dépasser les limites pelviennes et respecter par conséquent les veines du membre inférieur.

L'embolie due au détachement du caillot, ou plus fréquemment à son sectionnement, est surtout :

l'apanage des multipares ;

reconnaissant comme causes occasionnelles :

les tranchées utérines ;

la plicature des veines ;
le premier lever.

Et comme causes prédisposantes :

la fatigue du muscle utérin (grossesses nombreuses et rapprochées) ;
les pertes de sang minimes au cours de la délivrance, traduisant l'hypercoagubilité du sang, exagération d'un phénomène physiologique chez toute femme enceinte :

On décrit trois formes en rapport avec l'importance du caillot :

l'embolie massive, mortelle dans un délai très court, entraînant parfois même la mort subite ;
la moyenne embolie avec symptomatologie typique d'infarctus pulmonaire et se terminant généralement par la guérison :
la petite embolie, exceptionnelle dans les dix premiers jours, généralement plus tardive, à symptomatologie pulmonaire souvent fruste.

Le traitement de l'embolie précoce se borne au traitement médical de l'accident :

infarctus pulmonaire généralement, parfois compliqué de réaction pleurale liquidienne.

Méningo-encéphalite morbilleuse chez un enfant de onze ans

M. Péhu et Mlle Lambert rapportent l'observation d'un enfant de onze ans chez qui, au déclin même d'une éruption morbilleuse authentique, on a constaté les signes certains d'une méningo-encéphalite alors que l'énanthème était encore bien visible.

La complication nerveuse a évolué pendant une dizaine de jours caractérisée surtout par de la torpeur, le signe de Kœrnig et par une lymphocytose modérée du liquide céphalo-rachidien.

Guérison sans suites.

Il est rare de constater ces complications nerveuses en même temps que l'éruption morbilleuse (Soc. méd. des Hôp. de Lyon, 28 avril 1931.)

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

Montaigne.

La guerre future de gaz et de feu évoquée par Victor Méric.—A une enquête sur la guerre future, ouverte auprès des médecins par l'*Hôpital* (A. juin 1931), le Dr V., de Paris, a répondu « Je préfère passer la plume à V. Méric et à M. Boll ». Voici l'article de M. Victor Méric que nous reproduisons d'après l'*Hôpital* :

Un vaste et tendre
Apaisement
Semble descendre
Du firmament . . . .

Attendez. Ce qui va descendre, c'est le feu et le poison. Là-haut, tout là-haut, à 8.000 mètres, les oiseaux de mort, silencieux, invisibles, vont planer sur la capitale. L'ennemi est là sournois, qui va verser la mort et l'horreur, escomptant le *coup de surprise* qui lui assurera la victoire. Car il n'est plus question de victoire sur les champs de bataille. C'est au cœur même de l'adversaire qu'il faut frapper, en plein centre de son activité économique. Ce sont les populations civiles qu'il faut atteindre. C'est par la destruction et par la terreur qu'on triomphera.

Ah ! vous n'y croyiez pas, à la guerre des gaz ! Hallucination de cerveaux en délire, disiez-vous ! Cauchemars insensés. Vaticinations puériles ! Voyez ! Baoum. C'est Paris qui sursaute ! Baoum ! Les autorités sont alertées. Les sirènes mugissent. Et les explosions se répercutent de Montmartre à Montrouge, de l'est à l'ouest. Et, tout à coup, un long cri : Le feu ! le feu ! Ce

sont les charmantes petites bombes Elektron qui entrent dans la danse. Ces innocents produits ont pour propriétés, en explosant sur nos toits et dans nos rues, de dégager une chaleur de 3.000 degrés centigrades à laquelle rien ne résiste. Et les avions dits commerciaux peuvent en transporter des cargaisons. Et les incendies s'allument, se multiplient.

Alors, la panique jette la population dans les rues, femmes échevelées traînant leurs gosses mal éveillés, vieillards courbés par la peur, malades grelottants. Paris brûle. Des rougeurs ensanglantent le ciel. Puis, la pétarade de nos canons de défense, les zig-zag des projecteurs cherchant à tâtons un ennemi inaccessible. Une vague d'horreur qui submerge tout.

Clameur déchirante. Les gaz ! Les gaz ! Des formes, dans la nuit, qui se tortillent sur le pavé. Le phosgène se répand dans les rues, ce délicieux phosgène qui assiège les yeux, la gorge, fait éclater les poumons. L'ypérite accomplit sa besogne, s'attaque à la peau qui est rongée, aux tissus qui sont déchiquetés, couvrant les corps de pustules, d'abcès, de nécroses. Et le palite. Et la léwisite. Et tous les gaz connus, tous les gaz ignorés. Des flots de poison !

Pour finir, la ruée folle de tous ces être désaxés désemparés, détraqués par la peur, fuyant sur toutes les routes. Sauve qui peut ! Chacun pour soi. Plus d'autorité. Plus d'ordre. La mort roulant dans la nuit et dans le vacarme. Et sur le sol, un grouillement de cadavres, des plaintes, des râles.....

La guerre. La belle Guerre. Fraîche et gazeuse !

Consolez-vous. Le lendemain, de nos centres d'aviation s'élanceront les *nôtres*. On ira rendre à Berlin la politesse faite à Paris. On tuera aussi là-bas, des femmes, des enfants, des vieux. On brûlera. On anéantira.

Haut les cœurs ! Paris sera détruit, mais Berlin ne vaudra pas mieux.

Et les villes culbuteront les unes après les autres.

Apothéose. Dans un long grelottement de terreur, toute production tarie, la Famine fera son apparition. Les épidémies prendront leur course. Et les foules se battront, sordidement, pour manger. On tuera pour une croûte de pain. La caverne tendra vers les naufragés de la civilisation ses profondeurs hospitalières... »

Soyons optimistes. — De M. Charles Richet dans *Le Matin* (23 mai 1931) :

« .... Un de mes meilleurs amis — que je ne puis pas nommer ici — me disait très sagement :

— S'il t'arrive un malheur, au lieu de t'émouvoir sur les conséquences de ce malheur, réfléchis sur les avantages qu'il apporte. Car, presque toujours, dans un événement d'apparence funeste, il y en a une contre-partie que tu trouvera si tu cherches bien. Petit bonheur, et grand malheur, soit ! Mais *par la pensée*, diminue l'étendue du malheur qui te frappe, et grandis les conséquences heureuses du petit bonheur qui en est la conséquence.

Assurément, il faut quelque force d'âme pour penser ainsi Cependant, j'ai acquiescé au dire de mon ami, lequel est un optimiste enragé.

Non seulement j'étais de son avis, mais je lui ai donné encore un autre argument en faveur de l'optimisme. C'est un dilemme qui me paraît bien séduisant.

« Demain sera meilleur qu'aujourd'hui, ou pire. Si demain est meilleur, réjouis-toi puisque d'heureux événements t'attendent. Si demain est pire, hâte-toi de profiter de la journée présente. »

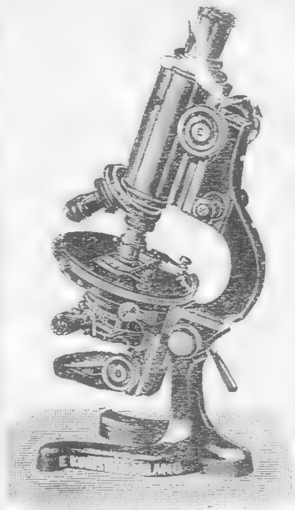
A coup sûr, on peut réfuter ce dilemme. Tout de même, il confirme notre conviction qu'il ne faut jamais se croire perdu. Suivant un vers bien célèbre : « Parfois il n'y a de salut pour les vaincus que de ne plus espérer de salut !... »

Le « sphygmomètre » du Dr Jules Hérisson. — « .... M. Gallavardin, me communiquait l'autre jour un document de 1834, où le Dr Jules Hérisson présentait, sous le nom de « sphygmomètre », un appareil à mercure qui est à la fois un manomètre, un sphygmographe et un oscillomètre : son inventeur espérait déjà en tirer des résultats complets, puisque, disait-il, il « *traduisait à l'œil toute l'action des artères* », et permettait de « noter sur son carnet la description exacte du pouls de tous ses clients ». Ce n'est pas autre chose, en somme, que, depuis lors, nous avons recherché les uns et les autres... » (Dr Jean Barbier, *Abordons-nous une nouvelle étape de la sphygmomanométrie ? Lyon médical*, 17 mai 1931.)

Rabelais. — *De M. Léon Daudet, dans l'*Action Française :

1532, l'année qui vit paraître *Pantagruel*, est, à mon avis, une date plus importante encore pour l'esprit humain que 1636, qui vit paraître le *Discours de la méthode*. En publiant ce dernier ouvrage, Descartes ouvrit l'ère du quantitatif, dont nous voyons aujourd'hui l'aboutissement dans la civilisation américaine, et qui tend vers l'automate, par le machinisme. Mais, en publiant *Pantagruel*, Rabelais, comme jadis Aristophane, illumina notre vie terrestre, avec ses joies et ses douleurs, ses espérances et ses déceptions. Exactement, il l'ensoleilla et la prolongea par le livre. Bernard Grasset écrivait récemment cette étonnante formule : « Le besoin de créer, bien loin de s'opposer au besoin de vivre, fait partie du besoin de vivre, et n'en est pas plus détachable que le besoin de se nourrir ou celui d'aimer ». Cela résume tout Rabelais .....

Il souffrait de son penchant, à mon avis incontestable, à l'ivrognerie, et j'ai toujours pensé — peut-être à tort — dit M. Léon Daudet, qu'il avait étudié la médecine pour s'en guérir.



Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie. — R. C. C. 4264

FONDÉ EN 1873 — N° 36 LE NUMÉRO : 50 Centimes 5 SEPTEMBRE 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (Ve)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Étudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Étranger. 1re zone	70 fr.
2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Hôpitaux militaires. — Le septième alinéa de l'article premier du décret du 15 juin 1920, modifié par le décret du 12 mai 1925, est abrogé et remplacé par le suivant :

« Les médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux militaires sont, en principe, tenus d'accomplir deux ans de service médical de corps de troupe dans chacun des grades de médecin capitaine et de médecin commandant. Il ne pourra être dérogé à ces prescriptions, dans chaque cas particulier, que par décision spéciale du ministre de la guerre. »

Légion d'honneur. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MARINE MARCHANDE. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Picot (de Marseille).

Guerre. — SERVICE DE SANTÉ. — Sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé, et par décision ministérielle du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant. — MM. les médecins auxiliaires : Lembeye est affecté à la 18e région ; Dejean, affecté à la 16e région ; Jaudel, Pineau-Valencienne et Stephan affectés à la région de Paris.

— Sont promus dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé, et par décision du même jour sont maintenus dans leur affectation actuelle:

Au grade de médecin lieutenant. — MM. les médecins sous-lieutenants : Petit, Bougeot, Perée. Palau, Baissot, Sicault, Dieuzeide, Chalencon, Rivière, Bourdin, Anselme, Daviaud, Decourt, Chaouat, Hamon, Baron, Bu sson, Régis, Marion, Boiffin, Morvan, Auchel, Petit, Floucaud de Fourcroy, David, Fauvert, Fleury, Gavois, Noger, Sergent, Guyon, Bréhant, Potentier, Chicandard, Dublineau, Vedrunes, Bazin, Becardit, Winstel, Faure, Sée, Thiriet, Mulier Boehler, Delaporte, Lehmann, Marcel, Danes, Dupire, Lambret, Masson, Martin, Sizaret, Bornet, Horning, Jung, Oppenheimer, BVersmee, Cordier, Delabornet, Horning, Jung, Oppenheimer, Versmee, Cordier, Delaborde, Duguyot, Thuet, Ragu, Moricard, Antoine, Burgeat, Elbaz, Martin, Minaud, Novat, Talfumier, Lussac, Miramont de Laroquette, Porcher, Alquier, Barraille, Froment, Misermont, Ricaud, Caillibaud, Larribère, Ledoux, Magimetl-Pelonnier, Héraud, Ramie, Bérard, Montero, Delebecque, Poumier, Martinet, Métais, Prigent, Chevalier, Tonnel, Trombetta, Schatz.

Prix international de médecine du travail. — L'Institut royal Lombard de Sciences-Lettres décernera un prix de 10.000 lires à l'auteur d'une étude qui apportera une contribution importante à un point de la médecine du travail.

Le concours est ouvert jusqu'au 31 décembre 1931.

Ministère des colonies. — MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — Les récompenses suivantes sont accordées aux personnes désignées ci-après, en témoignage du dévouement dont elles ont fait preuve à l'occasion des épidémies qui ont sévi aux colonies en 1929-1930 :

Médaille d'or. — M. Francière, médecin principal de l'assistance médicale du Laos.

Médaille d'argent. — M. Rabenandrasana, médecin principal de 2e classe.

Médaille de bronze. — MM. Bodros, médecin d'hygiène de Haïphong ; Trân van Tâm, médecin indochinois de 3e classe ; Maury et Le Rouzic, médecins capitaines des T. C. ; Rajaonarison, médecin de 1re classe de l'A M. I.

Congrès international de médecine tropicale. — Sous le haut patronage de son Altesse royale Prim Hendrik der Nederlanden, le Comité exécutif du IIe Congrès international de médecine tropicale se réunira à Amsterdam du 12 au 17 septembre 1932.

Les sujets à traiter aux séances plénières sont les suivants : avitaminoses, notamment béri-béri ; fièvre jaune, leptospiroses, helminthes, notamment ankylostomes ; paludisme, notamment fièvre bilieuse hémoglobinurique.

Ces rapports seront traités aux séances plénières. En outre il y aura occasion de traiter d'autres sujets aux séances de section, qui auront lieu à d'autres heures.

Les participants au Congrès sont priés d'adresser leur adhésion au secrétariat général le plus tôt possible et jusqu'au 31 décembre 1931 exclusivement, de même qu'au secrétaire national, en mentionnant leur adresse exacte.

Les participants sont priés de verser le montant de la cotisation, à l'équivalent de livre sterling 1 ou florins hollandais 12, à l'adresse suivante : Congrès international de médecine tropicale, Nederlandsche bank, Amsterdam.

Tout membre désirant faire une communication est prié d'en faire part au secrétariat général le plus tôt possible, en mentionant le titre exact. Les résumés qui ne comprendront pas plus d'une page imprimée, sont attendus jusqu'au 1er avril 1932 exclusivement. Le manuscrit du discours ne dépassera pas les 16 pages imprimées et sera remis le jour de la conférence au secrétaire de l'assemblée ou de la section concernante.

Toute langue est admise au Congrès. Pour des raisons purement pratiques les orateurs sont priés de se servir — si possible — de la langue française, allemande ou anglaise.

Les discours paraîtront dans les comptes rendus dans la langue dans laquelle ils ont été composés.

Le temps accordé aux rapporteurs officiels est fixé à quarante-cinq minutes, celui accordé aux orateurs de discussion officiels à quinze minutes, pour tout autre orateur prenant part à la discussion à cinq minutes.

Aux séances de section ce temps sera de vingt minutes pour chaque communication et cinq minutes pour tout orateur prenant part à la discussion.

Faculté de médecine de Paris. — Par décret en date du 13 août, MM. Ménétrier, Sébileau, et Vaquez, anciens professeurs de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, sont nommés professeurs honoraires de ladite Faculté.

IIe Congrès international de pathologie comparée. (Faculté de médecine de Paris du 14 au 18 octobre 1931, au cours de l'Exposition coloniale). — *Extrait du règlement.* — But exclusivement scientifique. — Etude des maladies communes à l'homme et aux animaux, et des rapports pouvant exister entre les maladies des différentes espèces. Le Congrès s'occupera aussi de pathologie végétale et des relations possibles entre certaines maladies des plantes et celles des animaux.

Il comprend : des membres d'honneur, des membres actifs, des membres associés (membres de la famille des congressistes) : admis aux séances, fêtes, réceptions, et profitant des avantages offerts aux congressistes.

Un comité de dames sera constitué.

Cotisation : Membres actifs : 100 francs, donnant droit aux vloumes des comptes rendus et aux différents imprimés ; Membres associés : 50 francs.

Envoyer les adhésions au secrétaire général, 7, rue Gustave Nadaud, Paris (16e).

Les cotisations au trésorier, 87, rue Denfert-Rochereau, Paris (14e).

Les congressistes recevront leur carte, ils bénéficieront d'avantages spéciaux : chemins de fer français (50 %) etc., hôtels, restaurants, etc.

Les rapports et communications présentés dans une langue étrangères (anglais, allemand, espagnol, italien) devront être accompagnés d'un court résumé en français.

Ces rapports écrits en langues étrangères seront limités à 16 pages du compte rendu imprimé et les communications à 2 pages, (pages de 45 lignes de 65 lettres environ).

Les frais supplémentaires d'impression au compte des auteurs.

Au cours des séances, les orateurs pourront parler dans leur langue nationale. Le résumé qu'ils donneront devra être écrit en français.

L'exposé des rapports ne devra pas durer plus de vingt minutes. Leur texte ne devra pas occuper plus de 32 pages du compte rendu imprimé (pages de 45 lignes de 65 letttres environ).

Durée des communications limitée à 10 minutes, leur texte à 2 pages dudit compte rendu.

Le texte devra être remis immédiatement après la séance au secrétaire en fonction, et accompagné d'un court résumé destiné à la Presse.

Tous ces documents dactylographiés, sans caractères douteux.

Pour les figures ou graphiques, les clichés seront fournis par les auteurs ou établis à leur compte ; ils resteront leur propriété.

Au cours des discussions, chaque argumentateur, sauf décision contraire du président, ne devra pas parler plus de 5 minutes. Chaque orateur devra immédiatement remettre au secrétaire de séance, une note portant nom et adresse.

Nécrologie. — Dr Ducamp, de Montpellier, professeur de clinique médicale. — Dr Paul Gonnet, décédé au Bois-d'Oingt (Rhône) dans sa 79e année. — Dr Arthur Marchant, de Boismont (M. et Moselle), décédé à l'âge de 79 ans. — Dr Pierre Poupardin, chirurgien de St. Lazare, décédé à l'âge de 53 ans. — Dr Paul Sage, de La Tour du Pin (Isère), décédé à l'âge de 42 ans, des suites d'une affection contractée dans l'exercice de sa profession. — Professeur Walker. Ernest Dixon, lecteur de pharmacologie à l'Université de Cambridge. — Dr François Trévoux, de Lyon, décédé à l'âge de 68 ans.

Le syndicat des pharmaciens, dans une grande ville de France, désirant offrir à la population du bon lait, s'entendit avec un laitier qui donnait des garanties considérées comme indiscutables : tuberculination du troupeau, analyses fréquentes, cachet de garantie. Mais le laitier ayant été atteint de fièvre typhoïde, et n'ayant pas pris les précautions voulues, contamina le lait de son exploitation : 53 cas de typhus abdominal furent observés dans sa clientèle chez les buveurs de lait cru, confiants dans l'étiquette : *lait garanti*, apposée par le syndicat. Le lait en question était pur chimiquement : il ne l'était pas hygiéniquement ; non seulement il était riche en matière grasse, mais il était aussi malheureusement, riche en microbes pathogènes. Telle est la valeur des prétendus contrôles : encore celui-ci était-il sans intention de nuire. » (J. Rennes. L'équivoque sur le contrôle du lait. *La Presse médicale*, 11 juillet 1931.)

REVUE DES THÈSES

L'angiome caverneux de l'orbite

Les observations d'angiome caverneux de l'orbite, ou l'examen microscopique et macroscopique de la tumeur a été fait, sont rares. Figuel, à propos d'un cas observé dans le service du professeur Rollet, les étudie dans sa thèse (Thèse de Lyon, 1931) et en rapporte 70 observations.

On observe cette malformation à tous les âges. Sur les 70 observations réunies par Figuel, on note :

9 cas chez des sujets âgés de moins de 10 ans (15 %) ;
7 cas de 10 à 20 ans (11,66 %) ;
23 cas de 20 à 40 ans (38,33 %) ;
21 cas au delà de 40 ans (35 %).

Au point de vue du sexe, l'auteur note :

Sexe masculin : 46 1/2 % ;
Sexe féminin : 53 1/2 %.

L'angiome caverneux de l'orbite évolue en trois périodes : *période de début* où se développent lentement l'exophtalmie et les troubles visuels ; *période d'état*, où se retrouvent au grand complet les signes habituels : exophtalmie, baisse de l'acuité visuelle, parésie des mouvements du globe, signes ophtalmoscopiques ; enfin *période tumorale* : la tumeur est visible et palpable.

Macroscopiquement l'angiome caverneux se présente sous la forme d'une tumeur oblongue ou arrondie. A l'examen histolo-

gique, on voit une capsule fibro-conjonctive d'enveloppe. Le centre de la néo production est formé par des lacunes remplies de sang, séparées les unes des autres par des travées de tissu conjonctif. Un endothélium continu tapisse les cavités angiomateuses. Avec les seuls signes cliniques de l'affection, il est difficile de poser un diagnostic précis. En effet, il faut différencier la tumeur d'avec les kystes et surtout les tumeurs solides (sarcomes, fibromes). Et tandis que dans les exophtalmies pulsatiles, on perçoit un souffle, l'angiome caverneux de l'orbite lui, est une tumeur solide. Le pronostic est favorable : car la tumeur à marche très lente, n'a aucune tendance à se propager dans le voisinage et ne se généralise jamais. Cependant, si on la laisse évoluer longtemps, non seulement elle donne une exophtalmie disgracieuse, mais elle atteint et comprime les divers organes de la cavité orbitaire et, en particulier, le nerf optique dont elle détermine l'atrophie. Le traitement conservateur est indiqué d'une façon formelle.

L'A. n'est pas d'avis d'utiliser les méthodes opératoires de Knapp et Lagrange qui peuvent provoquer des lésions de l'appareil musculaire de l'œil, et rejette également la méthode de Krönlein (résection temporaire de la paroi externe de l'orbite, faite en trois temps), car on n'a pas observé, dit-il, d'angiome caverneux de l'orbite si gros, qu'il faille l'extirper par une brèche osseuse. Dans tous les cas, dit l'auteur, il vaut mieux employer la technique du professeur Rollet, l'orbitotomie sous-aponévrotique, qui est plus anatomique, moins dangereuse et donne de très bons résultats.

De l'hystérectomie élargie dans le traitement du cancer utérin. Technique de M. le Professeur Villars (statistique post-opératoire et résultats éloignés), par le Dr Lucien Desplanche. (*Thèse de Lyon*, mars 1931, n° 136, 86 p., Bosc et Riou, impr. édit.)

L'A. conclut :

I. — La mortalité, considérable encore il y a quelques années, de l'hystérectomie élargie a constitué lors de l'apparition de la curiethérapie un des principaux arguments contre cette intervention.

II. — Les perfectionnements apportés à cette intervention ont considérablement abaissé cette mortalité. La technique suivie par M. le Prof. Villard réduit au minimum les dangers d'infection pouvant provenir de la cavité vaginale ou du col infecté.

III. — Cette technique comporte les particularités suivantes : un refoulement total et absolu des anses intestinales, une hémostase complète, faite avant la section vaginale, l'ouverture du vagin faite entre deux pinces, l'absence de suture vaginale et un drainage pelvien, recouvert d'une péritonisation haute.

IV. — La mortalité post-opératoire, d'après notre statistique portant sur 70 opérées, n'est que de 7,14 %. Dans aucun cas, la mortalité n'a été due à une péritonite ou à une cellulite pelvienne. Les décès sont dus soit à une embolie, soit à des complications pulmonaires.

V. — Les résultats éloignés que nous avons pu contrôler (50 malades revues et examinées) donnent 47,36 % de guérisons au delà de cinq ans, et 57,89 % au delà de trois ans.

VI. — Nous réservons cette technique de l'hystérectomie élargie au néoplasme du col au début, présentant encore une extension pelvienne limitée avec utérus mobile sans blocage du paramètre.

VII. — Les cas ne rentrant pas dans ce cadre sont justiciables de la curiethérapie, ainsi que les récidives post-opératoires, pour lesquelles d'ailleurs les résultats nous ont paru assez satisfaisants.

«..... Comme nous parlions de cette question (*anesthésie rachidienne*) à la fin d'un dîner charmant chez le professeur Juvara, et comme je demandais aux quelques chirurgiens présents ce qu'ils choisiraient, s'ils avaient à être opérés eux-mêmes, il y eut une touchante et sincère unanimité pour concevoir qu'ils préfèreraient se faire endormir.

Et voilà qui n'est pas fait pour modifier mes idées. Telle qu'elle est, avec ses qualités et ses défauts, j'admire profondément l'anesthésie rachidienne. Mais j'aime mieux opérer des malades endormis — comme je demanderais à l'être moi-même..... ». (J.-L. FAURE. Quelques journées de chirurgie à Parme, à Belgrade et en Roumanie. *La Presse Médicale*, 6 juin 1931.)

TRAVAUX ORIGINAUX

CABANIS (1757-1808)

Sa vie et son œuvre [1] depuis sa naissance jusqu'à son introduction dans le Salon de Mme Helvétius

Pierre-Jean-Georges Cabanis, naquit le 5 juin 1757, au Château de Salaignac, commune de Cosnac (Charente-Inférieure), au sein d'une famille de haute bourgeoisie dont, depuis plusieurs générations, les chefs s'étaient distingués dans les charges secondaires de la judicature ou au barreau.

Son aïeul paternel, notamment, dans la modeste fonction de juge d'un petit bailliage, s'était acquis une légitime notoriété régionale par la rectitude de son jugement et la droiture correspondante de sa conduite.

Son père, d'une moralité d'apparence rigide, d'un esprit plutôt supérieur, quoique dominé par la foi catholique, s'était livré d'abord à l'étude du Droit, à Toulouse ; puis, avait été conduit par les circonstances, à s'occuper d'agriculture, et avait réussi, par l'emploi judicieux d'une technique nouvelle, à transformer, en un superbe domaine de rendement, un vaste terrain presque inculte, d'aspect stérile, que sa femme avait reçu en dot. Ses succès avaient attiré l'attention de Turgot, alors Intendant du Limousin et constamment à l'affût de ce qui pouvait contribuer à développer la prospérité du Royaume. Les deux hommes étaient entrés en relations, et leurs contacts, d'abord superficiels, n'avaient pas tardé à se muer, après plus ample connaissance, en une étroite et solide amitié. L'Administrateur public était même intervenu pour décider le modeste agronome à publier un *Essai sur le principe de la greffe*, dans lequel se trouvaient consignés et condensés les fruits de son expérience personnelle. Et le résultat de son intervention s'était révélé excellent à l'usage, puisque le livre, couronné en 1764 par l'Académie de Bordeaux, avait connu la vogue de plusieurs éditions. De concert, ils avaient propagé la culture de la pomme de terre dans leur province, et poussé à l'introduction du précieux tubercule dans l'alimentation ordinaire de leurs concitoyens.

De la mère de Cabanis, nous ne savons presque rien, sinon qu'elle mourut lorsque son enfant était encore en bas âge, et que, par suite, il fut privé de sa tendresse et de ses soins éducateurs, — circonstance non dépourvue d'intérêt aux yeux de ceux qui pensent avec J. de Maistre que, s'il « appartient à notre sexe de fabriquer des géomètres, des tacticiens, des chimistes, etc... », il n'est guère propre à façonner « ce qu'on appelle l'*homme*, c'est-à-dire l'homme *moral* », parfois formé dès l'âge de « 10 ans », que c'est « toujours un grand malheur » quand il n'a pas été modelé « sur les genoux de sa mère ... rien ne pouvant remplacer cette éducation première » (in *Soir. de St. Pet.*, 3e entret.).

Les partisans de cette manière de voir seront portés naturellement à se demander s'il ne convient pas d'imputer à cette fâcheuse déficience de l'éducation maternelle, la raideur de caractère poussée jusqu'à l'entêtement et à la violence, dont Cabanis n'a pas hésité à s'accuser, l'esprit d'indiscipline et de révolte qu'il ne cessa de manifester durant son enfance et son adolescence, le décousu de sa conduite et les fugues de sa jeunesse jusqu'au jour où il tomba sous l'influence d'une femme d'élite qui se trouva précisément en mesure de remplir, vis-à-vis de lui, le rôle de la plus dévouée et de la plus éclairée des mères : Mme Helvétius.

Nous savons, en effet, qu'au cours de sa première éducation, il se maintint presque constamment en état de rebellion plus ou moins ouverte envers les maîtres auxquels fut successivement confié le soin de son instruction (à partir de l'âge de 7 ans) : prêtres du voisinage, frères de la Doctrine chrétienne qui dirigeaient le collège de Brives, etc... Les uns et les autres se montrèrent également impuissants à triompher de son insubordination, à l'exception d'un professeur de seconde, le père Berrut qui, s'étant avisé de prendre l'indocile élève par ses bons sentiments, réussit à obtenir, de lui, une année d'études fructueuses, consacrée aux Humanités. Mais, à peine notre écolier fut-il retombé, en rhétorique, sous la férule de professeurs autoritaires, aux commandements impérieux, qu'il renonça de nouveau au travail, et qu'il n'hésita même pas, pour provoquer son renvoi de l'Institution, à s'accuser d'une faute grave que, d'après les dires concordants de Mignet et de A. Guillois, il n'aurait pas commise.

Rentré sous le toit familial à la suite de cette incartade, il ne supporta pas plus l'autorité, d'ailleurs pesante, d'un père aux allures dominatrices, qu'il n'avait supporté celle de ses professeurs, et à ses invites répétées à la régularité du travail, il opposa une sorte de résistance passive qui décelait un mauvais vouloir évident et qui témoignait d'une singulière incompatibilité d'humeur entre l'agronome et son enfant. Peut-être n'eût-il fallu qu'un peu d'huile, distillée par la main délicate d'une mère, sur les rouages familiaux, pour les empêcher de trop grincer ! Mais cette main manquant, l'antagonisme entre le père et le fils s'accentua de telle sorte que le premier, désespéré de l'attitude du second, mais conscient cependant de sa valeur intellectuelle et morale, ne sachant plus à quel saint se vouer, se résigna enfin à exaucer les vœux de l'indiscipliné garçon en le conduisant à Paris, et en l'y laissant seul, malgré son jeune âge (14 ans), la bride sur le cou, libre de travailler à sa guise, en dehors de toute surveillance directe, quoique sous la surveillance indirecte du poète Roucher et de sa femme.

C'était jouer assurément gros jeu, et Mignet a beau se porter garant que l'adolescent, ainsi brusquement émancipé, devenu responsable de sa conduite, « ne se livra à aucun désordre, ne tomba dans aucun piège, ne fit aucun faux-pas » il est permis à des médecins de se demander, en raison de sa fin prématurée, à 51 ans, après plusieurs attaques d'apoplexie (conditionnées, il est vrai, par une énorme hypertrophie cardiaque et, probablement par une sclérose des reins, génératrices d'hypertension), s'il ne contracta pas alors, au sein de la grande ville, quelque tréponémie, devenue ultérieurement la cause directe ou indirecte de sa fin prématurée.

En tout cas, et quoiqu'il en soit de la conjecture hypothétique, hasardée ici, il semble avéré que, sous le rapport du travail et des études, le succès justifia la témérité apparente de la mesure adoptée à son endroit. « Il étudia avec ardeur, dès qu'il étudia sans contrainte. »

Attiré également par les lettres et par les sciences, il dévora avec avidité, sinon avec ordre et méthode, les œuvres de la plupart des littérateurs, des philosophes, des savants de l'antiquité gréco-latine, de l'époque médiévale, de la Renaissance, du XVIIe et du XVIIIe siècles, se passionnant surtout pour Homère, Aristote, Hippocrate, Lucrèce, Epictète, Cicéron, Tacite... dans l'antiquité ; pour les Pères de l'Eglise au seuil du Moyen-Age ; pour Pierre Charron, Montaigne... à l'époque de la Renaissance ; pour F. Bacon plus que pour Descartes (nonobstant l'affirmation contraire de Mignet) au XVIIe siècle ; pour Locke et Condillac au XVIIIe.

Si enviable lui paraissait alors son sort qu'il ne pouvait s'empêcher d'extérioriser sa satisfaction en écrivant à son père : « je n'ai jamais eu de temps plus agréable de ma vie. Il me semble, pour ainsi dire, que chaque jour mon âme s'agrandit, et le plaisir d'avoir appris quelque chose me donne une ardeur incroyable pour apprendre encore ». A l'appui de cette déclaration, qui semble partir du cœur, Mignet souligne qu'en « lisant la correspondance de cet adolescent de 15 ans, on est surpris d'y trouver, avec des projets naturellement variables et, des pensées quelquefois incertaines, un savoir déjà étendu une hardiesse ferme de jugement, des réflexions fortes ou fines, beaucoup d'esprit, et une élégance de langage rare. »

Mais après deux ans de cette vie « studieuse parce que libre », il eut le chagrin d'être rappelé au bercail par de pressantes injonctions paternelles. Et il eut été, sans doute, réduit à obéir s'il

(1) Œuvres complètes de Cabanis, en 5 volumes in-8, édités chez Bossange et Didot, 1823.

n'avait rencontré, sur les entrefaites, un grand seigneur polonais, le prince Massalsky, évêque de Wilna qui, sur le point de quitter Paris où il venait de séjourner longuement, offrait au jeune étudiant de l'emmener en Pologne, en qualité de secrétaire rétribué, et avec les plus brillantes perspectives d'avenir. Il n'est pas interdit de supposer que l'appréhension de rentrer au logis familial, le détermina, autant que l'attrait d'un beau voyage dans un pays inconnu, à accepter des propositions qui le rendaient pécuniairement indépendant des siens.

C'est en 1773 qu'il atteignit Varsovie, au lendemain du premier démembrement, par la Russie, la Prusse, l'Autriche, d'un pays qui, après avoir été l'Etat prépondérant de l'Europe septentrionale sous la dynastie des Piast et des Jagellons, n'avait cessé de déchoir et de décliner, depuis l'introduction d'un système électif outrancier dans l'organisation de son gouvernement, — introduction dont on peut dire qu'en favorisant les écarts de la licence au sein de ses Diètes, elle facilitait l'intrusion de ses voisins dans sa politique intérieure. Le jeune Français eut la tristesse de voir se consommer, sous ses yeux, la mutilation de l'infortunée Pologne, malheureuse par la faute de ses classes dirigeantes, spécialement de sa noblesse, et d'assister, impuissant mais non indifférent, aux progrès de sa désorganisation.

Après un séjour de près de deux ans sur les bords de la Vistule, écœuré du désordre qui régnait autour de lui, de la désagrégation sociale, de la dissolution morale qui en étaient les conséquences, ne voyant en outre se réaliser aucun des avantages personnels qui lui avaient été promis, se souciant peu, au surplus, d'aller enseigner le français aux séminaristes de l'évêque lithuanien, il songea à regagner le sol de la patrie, et, malgré qu'il eut été finalement nommé professeur de Belles-Lettres à l'Académie de Varsovie, il se décida à partir pour Paris où il arriva dans l'été de 1775, — au moment où Louis XVI venait d'appeler au Ministère, « deux hommes d'un mérite éminent : Malesherbes, non moins distingué par ses lumières que par ses vertus (1) ; Turgot l'une de ces têtes extraordinaires que la nature produit de loin en loin dans le cours des siècles, et qui, doué de l'âme la plus pure, la plus élevée et la plus forte, a mérité qu'un appréciateur impartial ait dit de lui que son nom était celui de la vertu elle-même. » (in *Eloge de Vicq-d'Azyr*, t. V, p. 187.)

Cet événement qui semblait offrir à « l'enfant prodigue » une chance inattendue de pouvoir obtenir, de l'ami de son père, un poste, dans l'Administration des Finances ou dans la Diplomatie, susceptible de garantir sa vie matérielle, ne lui procura finalement aucun avantage, pour cette raison majeure que l'illustre réformateur, — préoccupé, avant tout, d'opérer avec ordre, par en haut, afin de prévenir sa réalisation désordonnée par en bas, une révolution commandée par la nécessité d'adapter de vieilles institutions politiques aux conditions nouvelles de l'existence sociale, résultées du développement de l'industrie, du commerce, des sciences et des arts, — songea d'abord aux intérêts de l'Etat avant de considérer ceux de ses amis, et qu'il n'eut le temps, ni de pourvoir aux uns, ni de satisfaire les autres. On sait comment, abandonné du triste sire, sans volonté ni intelligence, qui régnait alors et auquel il avait cependant pris soin de rappeler expressément le sort de Charles Ier d'Angleterre, laissant sa tête sur le billot de White-Hall, il fut renversé du gouvernement, avant d'avoir pu appliquer sérieusement son programme, par une camarilla de courtisans privilégiés, groupés autour d'une reine libertine (sœur de la Messaline napolitaine, amante de lady Hamilton), frivole et gaffeuse à l'excès, incapable de prêter attention, aux appréhensions trop justifiées et aux conseils éclairés de sa mère Marie-Thérèse ou de son frère Joseph II, et, docile aux excitations de la coterie Choiseul, s'appliquant de son mieux, avec une rare inconscience, à déclencher la crise qui devait balayer le trône de son mari, le conduire et la conduire à la prison du Temple, puis à l'échafaud de la place de la Révolution.

Frustré des espérances qu'il avait pu légitimement concevoir et nourrir, Cabanis, loin de ressentir aucun sentiment d'amertume contre le grand homme d'Etat qui l'avait oublié, lui en voulut si peu que, longtemps après, dans son Eloge de Vicq-d'Azyr, il saisit, avec empressement l'occasion de lui rendre justice en ces termes : « le ministère de Turgot fut, hélas ! beaucoup trop court : cet homme vertueux ne put exécuter aucune des réformes dont il avait conçu le plan ; et presque tout le bien qu'il avait fait ne tarda pas à être détruit par ses successeurs. » (T. V, p. 188.)

Nonobstant sa déconvenue, il se redressa pour la lutte, plein de confiance dans l'avenir, et prit la résolution courageuse de se frayer un chemin par ses seuls efforts, sans compter davantage sur aucune « protection ». Après avoir obtenu de son père une promesse de subsides durant deux ou trois ans, il se tourna délibérément du côté de la littérature, et, l'Académie française ayant proposé, comme sujet, pour le prix de poésie, la traduction, en vers français, d'un fragment de l'Iliade, il se porta candidat avec deux morceaux qui ne furent pas retenus par la célèbre Compagnie, mais qui, modelés, quant à la forme, sur les traductions de Delille, les compositions poétiques de St-Lambert, de Roucher, ne laissèrent pas, lorsque celui-ci les inséra, peu de temps après, dans les Notes de son poème des Mois, d'être accueillis avec faveur par la Critique du temps, d'obtenir un succès de lecture dans les salons et de lancer le jeune versificateur dans le monde, avant de lui valoir, par la suite, en 1778, les compliments de Voltaire lorsqu'il lui fut présenté par Turgot à la veille de la représentation parisienne d'Irène.

Toutefois, ce succès d'estime, pour honorable qu'il fût, ne lui parut pas, à la réflexion, de nature à lui permettre d'escompter le succès dans la carrière poétique et littéraire. Il resta donc désemparé, et autant qu'on peut s'en rendre compte, il sembla en être venu, petit à petit, à douter de lui-même, à être hanté, obsédé par la crainte d'être et de paraître un raté. Or, comme tout nous manque quand nous nous manquons à nous-même, selon la forte parole placée par Gœthe dans la bouche de l'un de ses personnages, il ne tarda pas à tomber dans un état de psychasténie qui retentit sur sa santé physique et pour lequel il alla vainement consulter plusieurs médecins jusqu'au jour où il rencontra Dubreuilh, de St-Germain, l'un des meilleurs praticiens de l'époque. Celui-ci frappé par le côté moral de l'affection soumise à son examen, et démêlant, semble-t-il, la cause occasionnelle de la prostration psychique de son jeune malade, l'engagea fortement à réformer son régime mental en changeant son fusil d'épaule, en abandonnant des études littéraires, plus ou moins décevantes, pour aiguiller son activité cérébrale vers les sciences positives, et surtout vers la médecine qui, indépendamment du prodigieux intérêt inhérent à sa culture, lui ouvrirait l'accès d'une carrière, utile et honorable entre toutes, capable de lui procurer le pain quotidien, en lui permettant de servir l'Humanité.

Dubreuilh s'offrait pour diriger ses premiers pas dans cette nouvelle voie.

Cabanis accueillit d'autant mieux ces suggestions et ces ouvertures que, plus d'une fois, lorsque son père le pressait de choisir une profession, il avait songé à la nôtre. Il se décida donc facilement pour elle. Dès ce moment (1777) sa voie fut tracée, et disant résolument adieu à ses études antérieures, au point de s'interdire la moindre lecture poétique, il se concentra sur celles qui ressortent de l'art médical et des sciences le conditionnant. Dubreuilh fut effectivement son principal guide. « Sous ce maître habile dont il admira le coup d'œil au lit du malade, l'indépendance auprès des grands, la sensibilité avec les malheureux, il porta, dans l'étude de la médecine, plus d'ardeur encore qu'il n'en avait déployé en cultivant les Lettres. » Il étudia son art (Mignet), durant 6 ans, jusqu'au jour où il fut à même, en 1784, de prendre le grade d'Officier de

(1) Avec cette réserve que, d'après P. Gaxotte (in *La Révol. fr.*, 40e édit., 1928, p. 77), Malesherbes, Directeur de la Librairie, aurait, *à l'encontre des devoirs de sa charge*, facilité la publication de toutes les œuvres révolutionnaires, et persécuté ceux qui se permettaient de critiquer les pamphlets des philosophes ; que, d'après J. Lemaitre, il se serait employé plus tard à lever les scrupules de Chateaubriand qui hésitait à prendre les armes contre la France républicaine, sous le patronage de l'étranger, en invoquant devant lui les exemples des Guelfes et des Gibelins, des barons soulevés contre Jean sans Terre et s'alliant au fils de Philippe-Auguste, des colons anglais de l'Amérique du Nord, implorant le secours des armes françaises contre leur pays d'origine .(in *Rev. hebd.*, janvier 1912.)

Santé et d'aborder la carrière de praticien, après avoir paraphrasé en vers le serment d'Hippocrate (avec force invocations déplacées à une divinité entièrement hypothétique). Il devait, durant 25 ans, c'est-à-dire jusqu'à la veille de sa mort, l'exercer comme un sacerdoce, avec le plein de son intelligence et de son cœur.

Mais avant d'en arriver là, il avait cru prudent, en raison de l'état de sa santé restée précaire, de se retirer, au printemps de 1778, à Auteuil, village alors assez distant de Paris pour lui procurer les avantages hygiéniques de la campagne, et, cependant, suffisamment rapproché de cette capitale pour lui permettre de poursuivre ses études. Il avait alors 21 ans.

A peine installé dans cette localité, il avait été présenté, par Turgot, à son amie de jeunesse, Mme Helvétius qui, ayant perdu, de la goutte, en décembre 1771, son mari, et une fois leurs deux filles mariées, au goût de chacune, avec de grosses dots, l'une au comte de Mun (ancêtre du cuirassier mystique que nous avons connu), l'autre au comte d'Andlau, avait quitté Paris pour ce coin de sa banlieue, en entraînant dans son sillage une partie de l'essaim d'hommes célèbres qui avaient illustré son réputé salon de la rue Sainte-Anne, si longtemps ouvert « à l'élite pensante et active du siècle » (Em. Antoine), dans lequel, selon l'expression de Garat, s'étaient « tenus les Etats généraux de l'esprit humain », et qu'avaient fréquenté : — parmi les Français, Fontenelle, Diderot, d'Alembert, Buffon, d'Holbach, Turgot, Condorcet, Condillac, Bitaubé, l'abbé Morellet, Suard, Marmontel, Duclos, l'abbé Raynal, B.-J. Saurin, H. Lambert, Chastellux, Dannon, G. Leroy, Naigeon, Ch. Colle, La Condamine, Thomas, Ducis, Chamfort, Mirabeau, etc. ; — parmi les étrangers, Grimm, Dominique Caraccioli, l'abbé Galiani, Véri, Beccaria, David Hume, Adam Smith, Gibbon, J. Wilkes, le célèbre acteur Garrick, le Suédois de Creutz, les Américains Jefferson, Franklin, etc., etc.

Alors âgée de 59 ans, la veuve de l'ancien fermier général, que « la nature semblait vouloir exempter de la décrépitude sénile », et qui avait conservé « sa belle taille, ses traits réguliers et touchants, l'éclat de ses beaux yeux, tempéré par la douce expression du sentiment, son port noble et majestueux » (Dr Roussel), la fraîcheur de son teint, « sa gaieté légère et vive », sa bonté toujours naïve, accueillit de son mieux le jeune protégé de son vieil ami, l'introduisit, avec empressement, dans le Cercle dont elle était la reine et, au bout de quelque temps, lui offrit même un logement dans une annexe de l'immeuble qu'elle avait acheté au pastelliste Quentin de La Tour (sur l'emplacement du n° 59 de la grande rue d'Auteuil), et dont le toit hospitalier abritait déjà, d'une façon permanente, l'ancien bénédictin La Roche, éditeur, en Hollande, des œuvres de son mari, par intermittences, le spirituel abbé Morellet.

Durant 22 ans, c'est-à-dire jusqu'à la mort de Mme Helvétius, il vécut dans l'entourage de cette femme éminente dont les contemporains ont vanté, à l'envie, l'attrayante beauté, la grâce, l'affabilité, le charme des manières et l'exquise bonté.

A son affection quasi-maternelle, il répondit par un profond et inaltérable dévouement jusqu'au jour d'août 1880, où il dut (de concert avec La Roche), l'assister dans sa courte et douce agonie, lui pressant les mains et l'appelant sa bonne mère tant qu'elle put répondre à son étreinte, pour, finalement, lui fermer les yeux.

Bien que cette liaison, qui n'avait rien de caché, fut connue du Tout-Paris de l'époque, il ne semble pas que sa pureté ait jamais été sérieusement suspectée par les contemporains ou par la génération qui suivit et qui, à défaut d'observation directe, avait recueilli l'écho des souvenirs de la précédente.

En tout cas, les commentaires dont elle fut l'objet et qui nous sont parvenus, sont-ils, à peu près tous, uniformément respectueux.

Parmi eux, il convient de retenir, en premier lieu, celui du citoyen T. qui, dans sa Notice de l'an VIII (parue chez Didot) écrivait ces lignes sur la noble femme, au lendemain de sa disparition : « elle se donna à Helvétius avec tout l'abandon de l'amour et de la candeur que vingt ans d'union et 30 ans de regrets n'ont jamais affaiblis. Elle croyait ne dire qu'une chose toute simple en assurant qu'elle l'aurait été chercher sous le chaume, et que rien dans le monde ne l'aurait déterminée à s'unir à lui si elle ne l'avait autant estimé qu'aimé. Peu de gens sont capables de comprendre jusqu'à quel point ces mots étaient l'expression exacte et littérale de ses sentiments. Depuis cet instant... elle n'a plus vécu que pour lui ». — Et le citoyen T. a soin d'ajouter : « La Roche et Cabanis furent ensuite, pour elle, un objet continuel de soins et de sollicitude ... Ce sont ces deux enfants adoptifs qui... ont fait toute la douceur du soir d'une si belle vie que le culte de la mémoire d'Helvétius a remplie tout entière ; je dis culte, car il a été vraiment sa divinité..... ».

Il semble en effet, si nous en croyons les commérages du temps, qu'elle l'ait préféré, comme époux, à Turgot, le juvénile partenaire de ses jeux, lorsqu'elle habitait chez sa tante Mme de Graffigny (la rédactrice des *Lettres péruviennes*, de *Cenie*, de *La fille d'Aristide*, etc...), ce qui explique peut-être l'acrimonie avec laquelle celui-ci, dans deux missives à Condorcet, du 4 et du 13 décembre 1773, a parlé du livre de l'*Esprit*, de sa condamnation, et s'est gaussé de la conduite, cependant fort excusable de l'écrivain poursuivi, se résignant, avec l'approbation de sa mère, mais contre le sentiment de sa femme, à signer une rétractation de son ouvrage, pour sauver, de la prison, le Censeur dont la complaisance avait permis au volume de paraître, Terrier, membre de l'Académie des Inscriptions. La préférence dont avait été l'objet Claude-Adrien Helvétius, fils, petit-fils et arrière-petit-fils de médecins célèbres, de la part de Mlle de Ligniville, se conçoit d'autant mieux que, sans parler de sa grande fortune, il joignait une rare beauté de traits (« beau comme l'Amour » disait de lui une actrice célèbre), à une générosité de sentiments reconnue de la plupart de ses adversaires, et à une intelligence remarquable, sinon de premier ordre, prisée, avec plus ou moins de réserves, par Diderot, Condorcet, Hume, Adam Smith, Béccaria, etc..., dont témoigne, dans une certaine mesure, le succès de « *L'Esprit* » qui, brûlé en France par la main du bourreau pour avoir « eu le tort de révéler le secret de tout le monde » (Mme du Deffant), n'aurait pas eu, d'après Chastellux, moins de 50 éditions en Europe, et qui valut, en tout cas, à l'auteur, l'honneur appréciable d'être qualifié « d'âme abjecte » par le vertueux Rousseau, le délicat écrivain des *Confessions*, le noble époux de l'exquise Thérèse Levasseur, le père dévoué qui, à l'en croire, aurait préféré, par excès d'amour paternel, se décharger sur l'Assistance publique, du soin d'élever ses cinq enfants (si toutefois, il en eût, et s'il n'a pas inventé cette histoire pour masquer son insuffisance sexuelle).

Non moins favorable est le témoignage de Destut de Tracy, l'ami intime de Cabanis, le confident ordinaire de ses pensées, qui s'est exprimé ainsi : « ni l'espoir de la fortune où il eut pu parvenir en exerçant ses talents dans la capitale, ni les places qu'on lui offrit plus d'une fois, ni l'attrait des sociétés, ni même le soin de sa sûreté, rien ne put le déterminer à se séparer de celle qu'il considérait comme sa seconde mère. Dans le temps de la Terreur, on lui offrit d'aller en Amérique en qualité de Ministre de France aux Etats-Unis ; il refusa pour ne pas abandonner Mme Helvétius ». Il avait alors 36 ans, et elle 74.

Même son de cloche — dans la Notice de L. Peisse (J.-B. Baillière) qui écrit : « Cabanis fut accueilli par Mme Helvétius avec une bienveillance presque maternelle à laquelle il répondit lui-même par un attachement et un dévouement sans bornes. Rien n'altéra depuis la noble amitié de ces deux âmes » ; — dans l'Eloge lu par Mignet, le 15 juin 1850, devant l'Académie des Siences morales et politiques et qui contient ce passage : « Turgot avait aussi conduit Cabanis auprès de son excellente amie, Mme Helvétius, qui l'avait accueilli avec le plus grand intérêt. Elle lui avait offert un logement dans sa charmante maison d'Auteuil, où cette femme respectable, belle encore malgré son grand âge, douée d'une grâce rare et d'une exquise bonté, spirituelle sans aucun savoir, *vertueuse avec facilité*, se plaisant à la fois dans les plus hautes pensées et dans les goûts les plus simples, passant de l'entretien de ses amis les philosophes à la culture de ses fleurs et au soin de ses

oiseaux, réunissait, autour d'elle, d'Alembert et Diderot, d'Holbach et Condorcet, Condillac et Thomas, Turgot et Franklin, et ajoutait au grand art de leur plaire le don supérieur de s'en faire aimer ... Il vécut depuis lors auprès d'elle avec l'ancien bénédictin Laroche, qui avait fait imprimer en Hollande les ouvrages de son mari, et le spirituel abbé Morellet. Elle lui accorda l'affection d'une mère, il lui rendit la tendresse d'un fils, et la mort seule put mettre un terme à cette douce et touchante intimité qui dura vingt deux années »; — dans l'intéressant volume consacré au salon d'Auteuil par le petit-fils de Roucher, Antoine Guillois, duquel nous apprenons que le protégé de Turgot avait l'âge qui aurait été celui du fils de Mme Helvétius s'il avait vécu, et qu'elle aimait à s'illusionner sur leur prétendue ressemblance et à s'imaginer que son enfant lui avait été rendu : « si la doctrine de la transmigration était vraie, répétait-elle volontiers, je serais tentée de croire que l'âme de mon fils est passée dans le corps de Cabanis ».

Du rapprochement de ces témoignages concordants, on pourrait déjà conclure à la nature purement sentimentale de leurs rapports mutuels.

Ajoutons que leur intimité, connue du Tout-Paris de l'époque, ne fut, de leur vivant, l'objet d'aucune insinuation malveillante, méritant d'être retenue, de la part de ceux de leurs contemporains — qui tenaient rigueur à la fille du comte de Ligniville-d'Autricourt, à la descendante, en ligne maternelle, des seigneurs de Vandœuvre et de Domrémy, à la parente de la reine Marie Leczinska, d'avoir épousé un roturier, contempteur du trône et de l'autel, mort dans l'impénitence finale,et d'être restée fidèle à son souvenirau point d'avoir continué son noble office de patronage à l'égard des gens de lettres, — et qui ne pouvaient pardonner à Cabanis d'avoir, en tant que physiologiste et philosophe, discrédité irrémédiablement la croyance à l'existence d'une âme immortelle, distincte du corps ; et, en tant qu'homme politique, d'avoir préparé, avec Sieyés et de concert avec Bonaparte, le Coup d'Etat du 18 brumaire, d'avoir collaboré à son exécution, de s'être employé à le justifier devant l'opinion publique.

Particulièrement significativeme paraît être,la réserve, sur ce point, du fongueux polémiste que fut J. de Maistre qui, aveuglé par l'esprit de parti, osait, au mépris de l'évidence, dénier, à Cabanis toute connaissance sérieuse de la langue grecque, le taxer, à tort, d'ignorance et d'effronterie pour avoir placé « au rang des défenseurs du système matériel (ou matérialiste), Hippocrate et Aristote » (in *Soir.* de *St-Pétersb.*, I, p. 135), et ne craignait pas de porter sur le bloc des philosophes français du XVIII[e] siècle, ce jugement inique, dicté par la passion : « je ne connais pas un seul de ces messieurs à qui le titre sacré d'honnête homme convienne parfaitement. »

Mais depuis le succès, en notre siècle vingtième, de la théorie pan-sexualiste de Freud, mitigée par celles de la censure, du refoulement, de la sublimation, etc..., d'aucuns de ses disciples se sont demandé si, en fin de compte, la *libido* ne serait pas intervenue pour déterminer et maintenir le rapprochement du jeune médecin et de sa protectrice restée si belle dans sa maturité.

A vrai dire, cette hypothèse n'a pour elle que le fonds de vérité générale inclus dans le concept du professeur viennois, fonds de vérité — contesté naturellement par la presque unanimité des « gens comme-il-faut », mais reconnu implicitement ou explicitement par la généralité de ceux qui ont scruté, avec le plus de soin, la nature humaine et souvent, le mieux lutté contre l'emprise de la luxure (St-Jean ; St-Paul, dont les aveux ont été contestés, par E. Renan ; St-Augustin ; St-Bernard (1); l'auteur de l'*Imitation*; Hobbes; La Rochefoucauld ; Bossuet ; Pascal; Vauvenargues, etc.), — attesté, sur le terrain politique par l'intervention de l'impulsion sexuelle à chaque page de la Légende des siècles : chute d'Eve dans le Paradis terrestre, amours de David et de Salomon : domination de Dalila sur Samson, de Judith sur Holopherne, etc. : guerre de Troie, chute de Pisistrate, règne d'Aspasie, mort de Philippe de Macédoine, etc. ; viols de Lucrèce et de Virginie ; influence de la longueur du nez de Cléopâtre sur l'issue de la lutte entre Antoine et Octave, empereurs romains, etc. ; asservissement de Justinien à Théodora, de Bélisaire à Antonina ; rivalité de Frédegonde et de Brunehaut ; révoltes des prêtres et des moines contre la continence décrétée par Grégoire VII, conditionnant finalement la Réforme ; Henri VIII d'Angleterre créant le schisme anglican pour épouser Anne de Boleyn ; érotisme des Valois et de Marie-Stuart ; Henri IV de France, prêt à partir en guerre pour les beaux yeux de la princesse de Condé ; débordements de Catherine II; amour sensuel de Danton pour sa seconde femme, l'empêchant de veiller à sa propre sûreté et le livrant sans défense aux embûches de Robespierre ; rôle de Mme Tallien dans la préparation du 9 Thermidor ; amour de Napoléon III pour Eugénie de Montijo, le conduisant à Sedan; drame de Meyerlinck, servant de préface à la guerre mondiale, etc., etc. ; — dont témoigne, dans le domaine littéraire, la place prépondérante réservée à la peinture ou à l'analyse du sentiment de l'amour, « déguisement et parure de l'instinct sexuel » (Gibbon), âme de la poésie, de l'élégie, de la tragédie, de l'épopée, du drame, du roman, etc., depuis les chants Homériques jusqu'aux productions romantiques, naturalistes, réalistes, pornographiques du XIX[e] et du XX[e] siècles.

Mais il ne suffit pas qu'une interprétation soit plausible, d'une façon générale, pour qu'elle soit vraie dans tous les cas.

En l'espèce, sa concordance avec les données générales de la psychologie, autorise seulement à poser un point d'interrogation, sans permettre d'y répondre *a priori*. Nous sommes d'ailleurs d'autant mieux à l'aise pour débattre la question que, près d'un siècle avant Freud, Cabanis se servant, il est vrai, d'expressions infiniment moins imagées, moins évocatrices, avait déjà insisté lui-même sur l'importance du rôle joué, dans les relations humaines, par la *libido*, sur son refoulement, sa transformation par sublimation, son inversion, sa symbolisation, etc., sous l'influence du freinage psychique dû à la civilisation, principalement à la civilisation chrétienne, et dont Zola devait, au grand dommage de sa réputation, méconnaître, presque complètement, l'importance, illustrée cependant par les exemples de St-Jérome et de Paula, de St-François de Sales et de Jeanne de Chantal, de Fénelon et de Mme Guyon, etc...

« L'amour » lisons-nous dans les *Rapports du physique et du moral* « qui est toujours une affaire sérieuse..., *peut prendre... mille formes diverses qui le dénaturent, et devenir entièrement méconnaissable pour des yeux qui ne sont pas familiarisés à le suivre dans ses métamorphoses.* Cependant, le regard observateur sait le reconnaître partout : *il le reconnaît dans l'austérité d'une morale excessive, dans les extases de la superstition*, dans ces maladies extraordinaires qui jadis constituaient certains individus de l'un et de l'autre sexe en prophètes, augures ou pythonisses, et qui n'ont pas encore entièrement cessé d'attirer autour de leurs tréteaux le peuple ignorant de toutes les classes : *il le retrouve dans les idées et les penchants qui paraissent le plus étrangers à ses impulsions primitives* ; *il le signale jusque dans les privations superstitieuses ou sentimentales qu'il s'impose lui-même.* Chez le mélancolique, c'est l'humeur séminale elle seule qui communique une âme nouvelle aux impressions, aux déterminations, aux mouvements ; c'est elle qui crée, dans le sein de l'organe cérébral, ces forces étonnantes, trop souvent employées à poursuivre des fantômes, à systématiser des visions » (III, 415).

A défaut de l'emploi, inapplicable ici, de la méthode, d'ailleurs *illusoire et dangereuse*, en raison de son principe égomorphique, de la psychanalyse (interprétation des songes, des idées spontanées, des lapsus, des actes manqués, etc.), nous ne pouvons, pour nous guider dans l'étude du problème ainsi soulevé, que retourner sous toutes leurs faces et traiter par une analyse approfondie les rares données positives dont nous disposons.

Contre la supposition des sectateurs trop zélés de Freud et contre les déductions dont elle a été le point de départ, je ne retiendrai — ni la prétendue ressemblance de Cabanis avec le fils d'Helvétius mort en bas âge, ni la circonstance qu'au dire

(1) « Cependant, comme nous sommes tous charnels et que nous prenons tous naissance de la concupiscence de la chair, il ne se peut faire autrement que nos désirs et nos affections ne commencent par la chair ». (St-Bernard, in *Amour de Dieu*, ch. XV ; trad. du R. P. Antoine de St-Gabriel).

BIBLIOGRAPHIE

Tous les régimes alimentaires (*Guide pratique du malade et de son entourage*), par le Dr Louis CAILLON, médecin de l'Hôpital thermal de Vichy. Un volume, 200 pages. Prix : 10 francs.

Voici un livre que le médecin consultera souvent, séduit autant par la clarté, la précision du texte que par la présentation qui met en valeur les notions essentielles par des tableaux très judicieusement composés.

Et le malade lui-même pourra écouter sans effort ce conseiller qui s'applique à ne point être trop sévère et à laisser sagement assez de souplesse au régime. Comme il est dit dans la préface, trop précis, trop complets les régimes engendrent chez certains malades prédisposés un état d'obsession qui est une véritable névropathie.

Une première partie de l'ouvrage comporte des considérations générales sur les origines, notant — ce qui n'est pas généralement indiqué — que le régime est essentiellement individuel. Suivent quelques principes d'hygiène alimentaire, lesquels sont loin d'être superflus. Nous retenons en particulier la nécessité de la gaieté à table : le repas familial doit être une trêve de soucis, une pause dans la vie où l'esprit s'égaie et le cœur se dilate, pendant que l'estomac se réconforte.

L'étude des différents régimes se poursuit — régimes restrictifs, régimes dans les maladies — avec l'exposé des bases sur lesquelles on s'est reposé, les raisons qui font recommander ou déconseiller tel ou tel aliment, la liste des aliments permis et défendus dans chaque maladie, les types de menus, enfin des recettes culinaires à l'usage des tous les malades mais plus particulièrement des dyspeptiques et des diabétiques.

L'auteur apporte dans toutes les parties de son ouvrage le souci de persuasion qui est indispensable pour donner au malade la confiance aux prescriptions laquelle est la première étape de toute bonne thérapeutique.

Faut-il rappeler que le Dr CAILLON, a publié l'année dernière un *Guide du malade à Vichy* dont le succès qui fut grand se poursuit encore et tient à ces mêmes qualités de clarté et de bon sens qui se manifestent à nouveau dans le présent ouvrage.

Pour Toi si tu Veux, par le Dr Raymond GROC. Vers et photographies Les corps sont ceux de Mlles Berthe S . . . . , Jeanne O . . . , et Lucy M. . . Les photographies de Marie Adam et la couverture de Henri Montassier. Toulouse « *Au Bon Plaisir* » 2, rue Romiguières. (350 ex. dont 50 sur Madagascar et 300 sur Lafuma pur fil). Lafuma 50 fr.

J'imagine que Mlles Berthe S . . . . Jeanne O. . . , et Lucy M . . . , ne vont pas tarder à recevoir, par le canal (si j'ose dire ainsi) du Dr Groc ou de l'éditeur, les plus suggestives propositions tant sont suggestives les nudités qu'elles étalent à presque toutes les pages de ce livre.

Livre qu'il ne convient nullement (est-il besoin de le dire ?) de laisser traîner dans une maison de vertu un tant soit peu chatouilleuse.

Des vers et des photographies . . .

Mais quelles photographies !

De beaux corps nus de femmes et souvent — ce qui est plus lascif encore — des parties de beaux corps nus de femmes.

Et quelles attitudes ont ces corps !

Et en quelles postures sont ces parties de corps !

« A des notations franches, voire brutales, écrit Groc, il fallait un accompagnement photographique non moins brutalement franc, mais orchestré avec la sensibilité propre de l'opérateur qui lui permet de tirer d'un corps une fois choisi une suite d'images non point tant ressemblant au modèle, qu'exactement en concordance avec les façons de sentir, de voir, de comprendre et d'aimer qui lui sont spécifiquement personnelles... »

Si je comprends bien, il s'agit de schématiser en quelque sorte, l'*attitude*, la *posture* correspondant pour l'auteur à tel désir, à tel sentiment né de l'amour ou du désir . . .

Oui, mais quels schèmes !

Des *photographies* capables de faire jaillir la lave des cratères les plus assoupis !

« Nous risquons, écrit encore Groc, de faire passer une telle entreprise aux yeux de certains pour équivoque ou tendancieuse . . . »

De cela pas le moindre doute.

Et j'avoue que moi-même, si je n'étais médecin, je tiendrais la chose pour extrêmement osée.

Je ne dirai qu'un mot des poèmes.

Quel Confrère ne connaît Groc dramaturge et Groc poète ?

> Puisque j'ai de l'amour désormais tout connu,
> Qu'en apprendrai-je encore, redevenant sa proie ?
> Cette amère et tardive sagesse : que, nu,
> Un corps suffit pour en tirer toutes les joies.

Voilà quatre vers qui prêteraient à d'interminables méditations, motiveraient d'écrire tout un volume de philosophie.

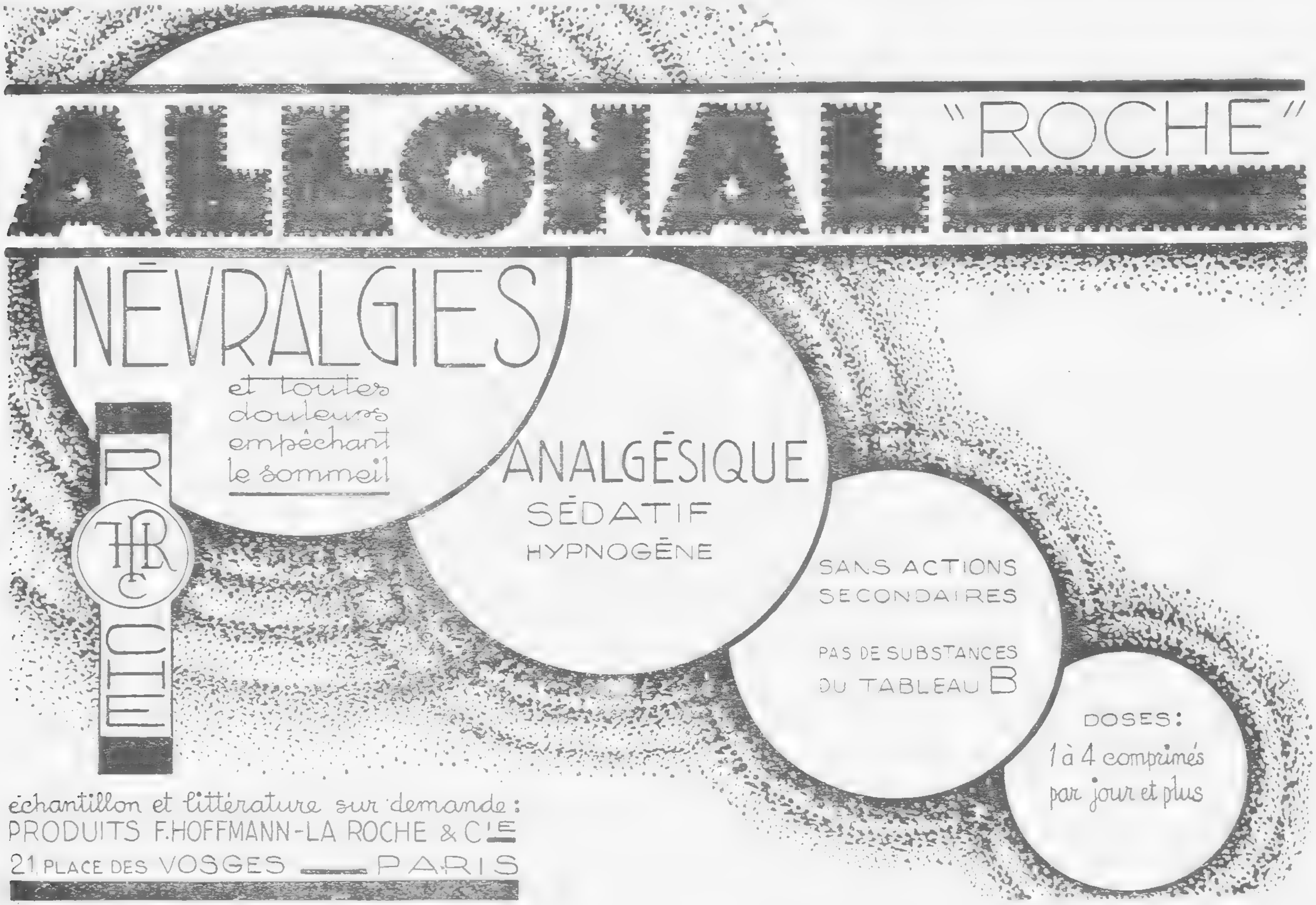
Mais qui ne sait les conceptions de Groc au sujet *amour* et *désir*. Inutile de « re » exposer ce qui le fut précédemment.

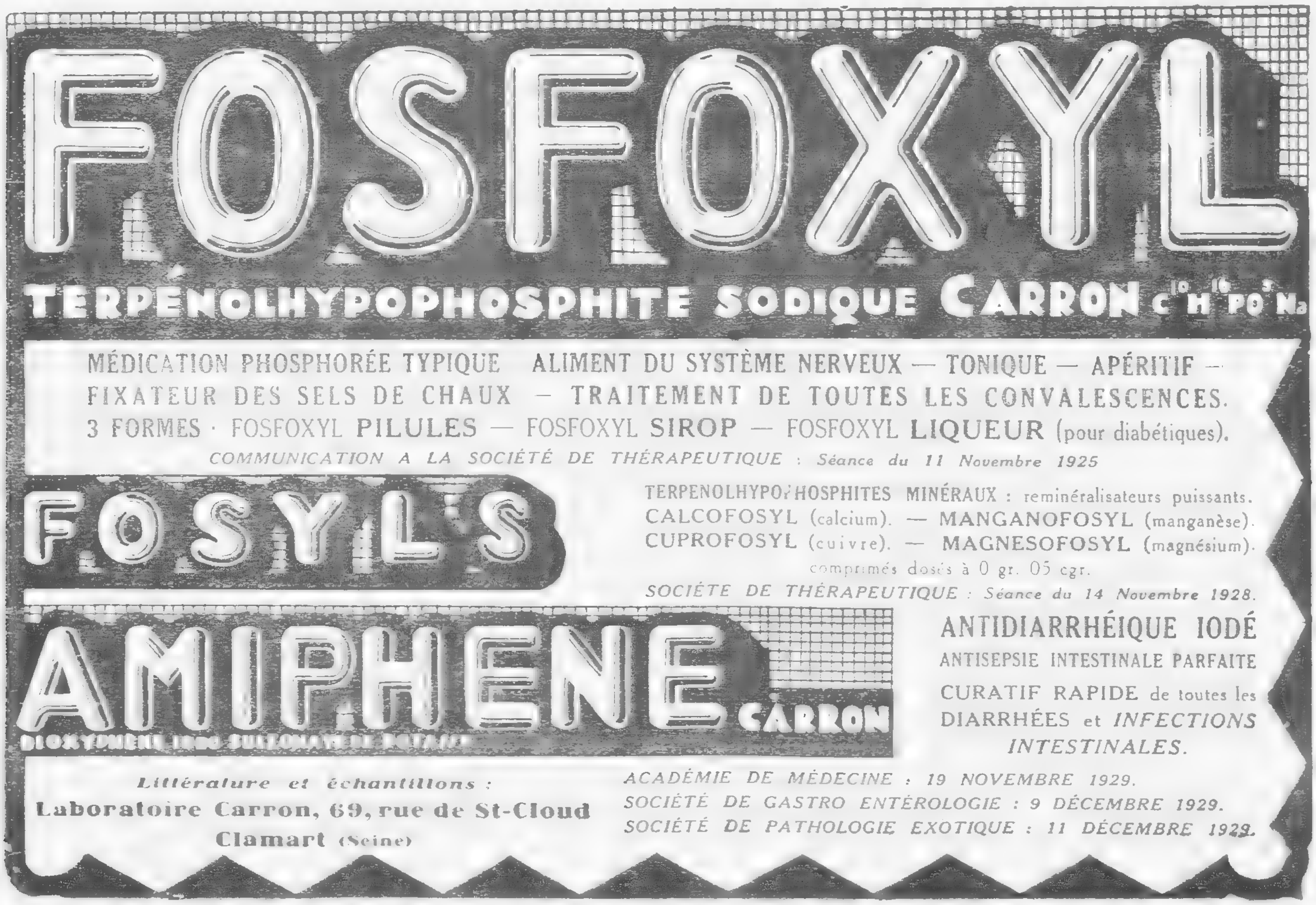
En tout cas, « l'amère et tardive sagesse » se présente cette fois sous une forme qui, à la plupart des yeux, apparaîtra explosivement affriolante.

Que dire de l'édition ?

Je ne suis pas bibliophile, mais je suis assez connaisseur pour signaler que cette belle édition, qui constitue une réalisation originale imprévue constitue — bibliographiquement parlant — une occasion exceptionnelle.

Dr G. E. de M.


ALLONAL "ROCHE"
NÉVRALGIES
et toutes douleurs empêchant le sommeil
ROCHE
ANALGÉSIQUE
SÉDATIF
HYPNOGÈNE
SANS ACTIONS SECONDAIRES
PAS DE SUBSTANCES DU TABLEAU B
DOSES:
1 à 4 comprimés par jour et plus
échantillon et littérature sur demande:
PRODUITS F. HOFFMANN-LA ROCHE & CIE
21, PLACE DES VOSGES — PARIS


FOSFOXYL
TERPÉNOLHYPOPHOSPHITE SODIQUE CARRON $C^{10}H^{16}PO^{3}Na$
MÉDICATION PHOSPHORÉE TYPIQUE — ALIMENT DU SYSTÈME NERVEUX — TONIQUE — APÉRITIF —
FIXATEUR DES SELS DE CHAUX — TRAITEMENT DE TOUTES LES CONVALESCENCES.
3 FORMES · FOSFOXYL PILULES — FOSFOXYL SIROP — FOSFOXYL LIQUEUR (pour diabétiques).
COMMUNICATION A LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE : Séance du 11 Novembre 1925
FOSYL'S
TERPENOLHYPOPHOSPHITES MINÉRAUX : reminéralisateurs puissants.
CALCOFOSYL (calcium). — MANGANOFOSYL (manganèse).
CUPROFOSYL (cuivre). — MAGNESOFOSYL (magnésium).
comprimés dosés à 0 gr. 05 cgr.
SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE : Séance du 14 Novembre 1928.
AMIPHENE CARRON
ANTIDIARRHÉIQUE IODÉ
ANTISEPSIE INTESTINALE PARFAITE
CURATIF RAPIDE de toutes les DIARRHÉES et INFECTIONS INTESTINALES.
Littérature et échantillons :
Laboratoire Carron, 69, rue de St-Cloud
Clamart (Seine)
ACADÉMIE DE MÉDECINE : 19 NOVEMBRE 1929.
SOCIÉTÉ DE GASTRO ENTÉROLOGIE : 9 DÉCEMBRE 1929.
SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE EXOTIQUE : 11 DÉCEMBRE 1929.

de Guillois, Mme Helvétius aimait à penser que l'âme de son enfant était passée dans le corps du jeune médecin, car elle pouvait invoquer ces motifs pour se donner le change à elle-même et illusionner autrui sur la qualité du sentiment qu'elle éprouvait ; — ni le culte qu'elle avait voué à son mari défunt, l'expérience de la vie nous apprenant, comme l'avait déjà signalé Virgile (au prix d'un anachronisme de trois siècles), à propos de Didon regrettant Sichée quoique passionnément éprise d'Enée, que le plus tendre souvenir conservé à un mort, n'empêche pas toujours un second amour de naître pour un vivant, et de se concilier facilement avec le premier ; — ni le *non possumus* que, devenue veuve, elle opposa à une foule d'adorateurs, et, nommément à Franklin, qui, selon ses propres paroles « l'aimait à la folie », et qui dut, cependant, après neuf années d'une cour assidue, se résigner à repartir pour l'Amérique sans autre espoir que celui de la revoir un jour dans un autre monde et de pouvoir alors lui donner « un baiser céleste », car autre chose est de se dérober aux avances d'un vieillard, fût-il célèbre et de rapports mondains agréables, ou de repousser les hommages d'un jeune homme ardent et séduisant ; — ni la circonstance qu'elle était venue au monde 38 printemps avant son protégé et qu'elle approchait de la soixantaine lorsqu'ils se rencontrèrent, car trop d'exemples, dans le domaine de la vie privée et dans celui de la vie publique, fournissent la preuve qu'un écart d'âge considérable entre un homme et une femme et les approches de la vieillesse chez celle-ci, ne l'empêchent pas toujours d'inspirer et de ressentir la passion de l'amour : rapprochement incestueux de Néron et d'Agrippine ; mutuelle attraction de Cadijah et de Mahomet ; envoûtement du Valois Henri II par Diane de Poitiers qui, à en croire Mme de Lafayette, « le gouvernait avec un empire si absolu qu'elle était maîtresse de sa personne et de l'Etat » (in *Princ. de Clév.*) ; les appas de Ninon de Lenclos, allumant les appétits charnels de nombreux éphèbes dont elle aurait pu être la mère, et même, à la rigueur, la grand-mère, et se prêtant, de bonne grâce, à la satisfaction de leurs sens exacerbés ; J.-J. Rousseau se nourrissant des restes de Mme de Warens qu'il appelait sa « maman » et initié, par elle, à la communion sexuelle ; Camille Desmoulins s'enamourant, a-t-on dit, de Mme Duplessis, la mère de Lucile, avant de reporter sur celle-ci ses convoitises non payées de retour par celle-la ; Mme de Staël inspirant, à plus de 40 ans, la passion romanesque de ses rêves à un jeune officier de 23 ans, de La Rocca, et le comblant de satisfaction ; Ampère fils, s'attachant pour la vie, au cours de sa 26e année, à Juliette Récamier son aînée de 23 ans ; le roi Louis-Philippe confiant à Victor Hugo que sa première attirance sexuelle avait été éveillée par sa préceptrice, Mme de Genlis (maîtresse de Philippe-Egalité), de 27 ans plus vieille que lui, et manifestant quelque dépit d'avoir été éconduit ; H. de Balzac, s'éprenant fougueusement, à 23 ans, de Mme de Bernis, alors quadragénaire et mère de plusieurs enfants, et triomphant, sans beaucoup de peine, de ses scrupules de matrone ; amour fatal d'Alexandre de Serbie pour Draga Mascain, dame d'honneur de la reine mère Nathalie, aboutissant au drame du Kronach de Belgrade en 1903, etc., etc.

Mais j'invoquerai, contre la vraisemblance de l'hypothèse, — les vers que Cabanis adressait à sa protectrice presque octogénaire ; — son mariage, célébré en mai 1796, avec Charlotte de Grouchy ; — la circonstance que Mme Helvétius accueillit sous son toit le nouveau ménage comme elle avait accueilli Cabanis célibataire, que l'époux et l'épousée se prêtèrent à cet arrangement.

Voici d'abord le madrigal auquel je viens de faire allusion et que j'emprunte à la Notice historique de Mignet :

« Si le temps, qui roule sans cesse,
Amenait pour vous la vieillesse,
Je n'oserais vous en parler,
Mais les ans ont beau s'écouler,
Votre gaieté légère et vive,
Votre bonté toujours naïve,
Ce teint qui garde ses couleurs,
L'amour du soleil et des fleurs,
Enfin cette âme jeune et pure,
Tout dit que vous fixez le temps ;
Et vous paraîtrez à cent ans
Sortie des mains de la nature,
Ce destin qui vous est promis
Sans doute a bien quelque avantage ;
Mais vous y perdrez vos amis,
Car vieillir est notre partage ;
Et bientôt, je vous le prédis,
Nous ne serons plus de votre âge.

Autant ces vers sont charmants, adressés à une mère adoptive, autant ils seraient déplacés et de mauvais goût, adressés à une ancienne maîtresse dont ils souligneraient l'âge avec une insistance cruelle ; ils dénoteraient, dans ce dernier cas, une goujaterie qui n'a jamais été dans les manières de l'auteur, galant homme, par excellence ; ils trancheraient avec tout ce que nous savons de lui.

De même, il est difficile d'admettre que Cabanis, avec la délicatesse reconnue de ses sentiments, n'aurait pas attendu la disparition d'une ancienne amante, alors âgée de plus de 75 ans et l'ayant comblé de ses bienfaits, avant de se décider à l'hyménée, qu'il aurait eu la férocité de convoler en justes noces et de passer sa lune de miel sous ses yeux, qu'elle aurait poussé la magnanimité ou la veulerie jusqu'à donner asile au nouveau couple, que l'ex-amant aurait accepté et que Charlotte de Grouchy, avec la perspicacité de ses 28 ans, n'aurait rien soupçonné ou qu'elle aurait fermé volontairement les yeux et accepté cette dégradante cohabitation avec une ex-rivale.

Vainement invoquerait-on le cas de J.-J. Rousseau poussant l'inconscience jusqu'à présenter sa Thérèse à Mme de Warens et l'exemple de celle-ci leur réservant son meilleur accueil. On ne saurait légitimement comparer des individualités appartenant à des races morales aussi dissemblables.

Il y a là une série d'invraisemblances, d'impossibilités morales contre lesquelles proteste le bon sens, et qui, selon moi, invalident l'hypothèse des disciples trop zélés de Freud.

J'ajouterai que, dans la mesure où on peut en juger par la miniature reproduite au début du volume de Guillois, aucun trait de Mme Helvétius ne trahit l'ardeur passionnelle, ni ses grands yeux en amande, ni son nez petit et finement dessiné, aux ailes non tendues, ni sa bouche aux lèvres assez minces, sans l'être trop, aux coins légèrement relevés, au tracé sinueux et malicieux, ni son cou plutôt menu.... L'ensemble de sa personnalité physique, exprime la grâce, une amabilité plus propre à inspirer des sentiments qu'à éveiller des sensations, et, à considérer la charmante image on se rallie volontiers à la conclusion de Mignet qu'elle fut « vertueuse avec facilité ».

En rapport avec ce qui précède, il est à noter que si elle eut beaucoup de soupirants, aucun d'eux ne se montra désespéré de n'avoir pas été exaucé, et qu'Helvétius lui-même ne demanda sa main qu'après avoir étudié sa future femme durant une année entière, ce qui n'est pas précisément l'indice d'un entraînement passionnel bien caractérisé. Ajoutons que, si l'on admet, avec Léonard de Vinci, Fr. Bacon, Pascal, Hermann Foll, Félix Regnault, C.-A. Hillemand, etc., le rôle de la ressemblance, de l'attraction des semblables dans le rapprochement des individus de sexe différent, on ne relève guère de traits communs dans leurs portraits.

Nous conclurons donc, jusqu'à démonstration du contraire, qu'aucun document probant n'autorise les partisans du pansexualisme à interpréter, dans le sens de leur théorie trop absolue, l'attachement réciproque de Cabanis et de Mme Helvétius et à prétendre qu'elle fut déterminée et entretenue par une attirance sensuelle, née au moment de leurs premières rencontres. Nous ajouterons que, s'il venait jamais à être démontré qu'il ne saurait exister de profonde amitié entre l'homme et la femme sans la participation évidente ou cachée, consciente ou inconsciente, de *la libido*, encore conviendrait-il de spécifier que, dans le cas particulier, son intervention aurait été implicite, qu'avant de pénétrer dans le champ de la conscience, elle aurait été refoulée et transformée, jusqu'à transfiguration, en sentiment filial et en sentiment maternel (d'une façon qui rehausserait la valeur morale de nos deux héros, loin de la rabaisser), par le processus de sublimation dont le psychiatre viennois nous a livré la peinture imagée, en des termes évocateurs étonnamment suggestifs, appartenant à la catégorie des mots « créateurs » dont parle H. Poincaré et dont le rôle s'apparente visiblement avec celui des « idées-forces » de A. Fouillée. — (*A suivre.*)

Constant HILLEMAND.

A propos des infections typho-paratyphiques chez les vaccinés

Par J. GADRAT,
Interne des hôpitaux de Toulouse

Nous avons eu l'occasion récemment d'observer dans le service de M. le Professeur Dalous un cas de fièvre typhoïde chez un jeune sujet vacciné. Voici l'histoire clinique :

P. Norbert, 22 ans, boucher ne présente aucun antécédent digne d'être relevé. Il a été incorporé en octobre 1929 dans le département d'Alger. Suivant la règle appliquée aux troupes extra métropolitaines, il a subi deux vaccinations antitypho-paratyphiques : la première le 2 novembre 1929 : à cette date il a reçu 1 cmc. 1/2 de vaccin T. A. B. chauffé en injection sous-cutanée ; une réaction générale très légère s'ensuivit accompagnée d'une douleur locale modérée ; la deuxième huit jours après consistant dans la même dose du même vaccin, sans aucune réaction.

Vers le 6 décembre 1930 (treize mois après) se manifestent les premiers symptômes : fatigue générale, maux de tête, inappétence, nausées, deux à trois vomissements alimentaires, constipation Le 9 au soir la température qui jusque-là n'avait pas été prise atteint 39°.

Le 11 décembre la fièvre est toujours à 39°. L'état digestif s'est quelque peu modifié : les vomissements ont cessé mais la langue reste sale et une légère diarrhée est apparue, on perçoit un peu de gargouillement dans la fosse iliaque ; l'abdomen est souple, non douloureux, la rate est percutable. Le malade supporte vaillamment son état fébrile et ne se plaint de rien. Une hémoculture est pratiquée : on isole du bacille d'Eberth en culture pure (M. le Professeur Rispal).

Sur les conseils du médecin traitant le malade entre à l'Hôtel-Dieu le 15 décembre : son aspect n'est pas celui d'un typhique ; il n'est nullement prostré et raconte son histoire avec beaucoup de précision. Sa température est à 39°2 ; le pouls à 105. La langue est blanche mais humide. L'abdomen est légèrement météorisé ; pas de gargouillement. On ne constate pas de taches rosées. La rate est franchement percutable, le malade ne présente pas de diarrhée. L'auscultation ne revèle pas le moindre bruit pulmonaire. Les bruits cardiaques sont bien frappés ; la tension artérielle est de 13/9 (Pachon double brassard). Enfin il n'y a pas trace d'albumine dans les urines dont le taux s'élève à 1 litre 1/2 par 24 heures.

Au total par conséquent un tableau de typhoïde très incomplet et dont les seuls éléments importants : la fièvre et la splénomégalie ne pouvaient être rattachés à leur véritable cause sans les secours du laboratoire.

L'état fébrile ne dure pas : au quatorzième jour de la maladie, la courbe thermique amorce une défervescence en étages avec chute régulière de 3 à 4 dixièmes par 24 heures si bien qu'au vingtième jour la température est descendue à 36°8... pas pour longtemps car le surlendemain la fièvre remonte annonçant une rechute.

Pendant cinq jours en effet la température reste de nouveau en plateau à 39. Une légère diarrhée apparaît. Très rapidement la défervescence définitive se produit. Le trentième jour au matin, la température est au-dessous 37°, le pouls bat à 72, la diurèse est passée de 1 litre 1/2 à 2 litres 1/2. A partir de ce moment la courbe thermique ne dépasse plus 37°, la diarrhée a cessé, le malade commence à crier famine.

L'évolution de la maladie a donc duré en tout un mois, y compris la rechute ; les symptômes ont été tous peu marqués : en somme le tableau clinique a été celui d'une typhoïde légère, très atténuée, écourtée.

Il est intéressant de noter que pendant le séjour de notre malade à l'hôpital, sa mère et sa sœur ont été successivement atteintes de fièvre typhoïde (diagnostics confirmés par hémoculture). La mère présenta tous les symptômes d'une typhoïde grave qui se prolongea pendant soixante jours. La sœur du malade fut immobilisée au lit pendant cinquante jours.

Il est vraisemblable que dans cette seule famille les trois sujets éprouvés ont été contaminés à quelques jours d'intervalle par la même source. On ne peut s'empêcher de souligner que, dans les mêmes conditions de contamination, le jeune homme vacciné a subi une maladie écourtée et atténuée alors que chez sa mère et chez sa sœur l'infection typhoïde a été grave et prolongée.

La dothienentérie des individus vaccinés se présente donc avec des caractères particuliers qui permettent de l'individualiser assez nettement.

Etiologie

Ces faits, pour n'être pas très nombreux ne sont cependant pas rares, il suffit pour s'en convaincre de parcourir quelques statistiques. Les chiffres publiés sont extrêmement variables selon les auteurs car d'une façon générale trois facteurs interviennent qui sont susceptibles de modifier la proportion des infections typho-paratyphiques observés chez les individus vaccinés ; ce sont : le milieu, l'âge de la vaccination, le mode de vaccination.

1° Le milieu

Dans la clientèle habituelle des hôpitaux civils les cas sont assez peu nombreux (Chauffard, Achard). Achard, en 1921, mentionnait que les vaccinés entrent pour 1 8 dans le total des cas observés. Ils concernent surtout les hommes que leur passage dans l'armée soumet à une vaccination obligatoire.

Dans le milieu ouvrier du centre pétrolifère de Moreni (Roumanie), Cantacuzène et Panaitescu rapportaient en 1925 à la suite de l'expérience bien connue faite pour étudier les effets de la vaccination et de ses différents modes, que sur 99 fièvres typhoïdes observées en sept mois, 9 (soit le 1/11°) s'étaient déclarées chez des sujets vaccinés.

Chez les troupes métropolitaines qui subissent toutes sans exception la vaccination, la fièvre typhoïde est rare. Dans les garnisons du Maroc au contraire de nombreux cas ont pu être signalés chaque année. L'an dernier Vialatte et Bolzinger rapportaient que sur 200 infections typhoïdes diagnostiquées à Fez en dix-neuf mois 143, soit 70 p. 100 environ, étaient survenues chez des soldats vaccinés ! Ces chiffres pris brutalement sont considérables si on les compare aux précédents. Mais il faut, à la décharge de l'immunisation active, tenir compte de facteurs secondaires : *a*) les conditions hygiéniques sont ici totalement différentes (à Fez en particulier d'après Vialatte et Bolzinger le quartier indigène, essentiellement insalubre est encore mal isolé des agglomérations européennes) pour que puisse être empêchée la propagation des affections endéno-épidémiques d'une ville à l'autre.

b) Les circonstances défectueuses inhérentes aux opérations de guerre : fatigue physique, ingestion d'eau souillée ne peuvent que favoriser et multiplier les contaminations.

C'est pour ces différentes raisons d'ailleurs que nos contingents africains reçoivent une vaccination double renforcée annuellement par une nouvelle injection.

2° L'âge de la vaccination

Chez les vaccinés, les infections typhoïdes s'observent plus particulièrement dans deux circonstances : la vaccination est trop récente ou au contraire trop ancienne.

A) *Vaccination trop récente.* Il peut se faire que la vaccination ait été pratiquée soit pendant la période d'incubation, soit au début de la maladie : en ce cas l'immunité n'a pas le temps de s'établir et l'infection typhoïde évolue. Cette éventualité ne serait pas rare dans les milieux épidémiques et aurait été souvent rencontrée pendant la dernière guerre.

Du reste dans la plupart des statistiques importantes les sujets vaccinés depuis moins de 15 jours sont rangés parmi les non-vaccinés : ils ne sauraient être considérés comme placés dans des conditions qui permettent d'espérer logiquement une immunisation. Les chiffres, d'ailleurs, sont éloquents à ce sujet, sur une épidémie de 55 cas signalée par Vialatte et Bolzinger, 16 concernaient

des non-vaccinés et 12 avaient frappé des individus vaccinés depuis moins de 15 jours : les proportions, on le voit, sont sensiblement analogues.

B) *Vaccination trop ancienne.* — La durée de l'immunité conférée par la vaccination antitypho-paratyphique est encore mal précisée. Ribierre et de Lavergne la fixent approximativement à 5 ans « passé ce délai, disent-ils, on ne saurait s'étonner qu'un ancien vacciné prit une fièvre typhoïde ».

Il faut reconnaître cependant que depuis quelques années l'étude comparative de la dothienentérie dans les deux sexes montre chez l'homme adulte vacciné pendant la guerre) un pourcentage d'atteintes inférieur à celui du sexe féminin.

Certains sujets peuvent donc rester protégés bien au delà des délais moyens.

Il n'en est pas moins vrai que les individus dont la vaccination remonte à une date lointaine redeviennent exposés ainsi que l'ont montré de bonne heure les nombreuses observations rapportées par Achard, Vincent, Chauffard.

Entre ces deux cas extrêmes, il y a place pour toute une série de cas intermédiaires dans lesquels l'infection typhoïde survient quelques mois, 1 an, 2 ans près la vaccination (un an dans l'observation personnelle ci-dessus, malgré deux injections vaccinales).

3° Le mode de vaccination

On sait qu'il existe deux voies principales d'introduction des vaccins antitypho-paratyphiques : l'injection sons-cutanée et l'ingestion.

A) *La vaccination par injection sous-cutanée* utilise surtout des cultures tuées. Différents procédés de stérilisation ont permis d'obtenir de nombreux types de vaccins dont trois surtout ont été employés :

Vaccin à l'éther de Vincent ;
Vaccin chauffé de Chantemesse ;
Lipo-vaccin de Le Moignic et Pinoy.

L'efficacité des uns et des autres paraît équivalente ; ils ne diffèrent guère que par les réactions immédiates qu'ils provoquent. Nous n'avons pas trouvé de statistiques faisant le détail des typhoïdes observées malgré l'emploi de tel ou tel vaccin, les auteurs se contentant d'indiquer simplement le mode de vaccination par injection.

B) *La vaccination par voie digestive,* née de la doctrine de l'immunité locale (Besredka) utilise les entéro-vaccins et surtout les bili-vaccins. A côté de rapports favorables, cette méthode compte quelques insuccès flagrants (l'épidémie du sanatorium de Roscoff par exemple) : d'ailleurs, tout parallèle avec le procédé d'injection fait ressortir son infériorité.

C'est ainsi que, dans l'expérience de Moréni portant sur plus de 10.000 individus Cantacuzène et Panaitescu ont observé :

3 typhoïdes sur 8.673 vaccinés par injection sous-cutanée.
6 typhoïdes sur 2.286 bili-vaccinés.

Ce qui représente une morbidité de 0,035 p. 100 dans le premier cas contre 0.26 p. 100 dans le deuxième. La morbidité pour les sept premiers mois est donc huit fois plus considérable avec la bili-vaccination : ces chiffres peuvent suffire pour juger la méthode.

Dans les quelques considérations qui vont suivre nous n'aurons en vue que les infections typho-parathyphiques observées après vaccination par injection sous cutanée.

Etude clinique

Dès 1915 Widal écrivait « La valeur de la vaccination antityphoïdique est aujourd'hui reconnue : la fièvre typhoïde à bacille d'Eberth a diminué dans des proportions remarquables parmi les vaccinés et lorsqu'on la rencontre elle se présente en général sous des allures moins sévères ». L'opinion médicale n'a pas changé : la fièvre typhoïde des sujets vaccinés est dans l'immense majorité des cas une maladie qui, modifiée dans un sens favorable n'entraîne qu'une très faible mortalité.

On lui assigne en général trois types cliniques :

Forme à symptômes atténués et à évolution raccourcie.
Forme ataxo-adynamique abortive.
Forme non modifiée.

1° Forme à symptômes atténués et à évolution raccourcie

C'est la forme la plus fréquente, celle qu'on observe chez les sujets vaccinés depuis deux à cinq ans.

La durée de la période d'incubation n'est généralement pas bien précisée dans les observations publiées. Il semble cependant qu'elle soit raccourcie et réduite environ à une semaine.

Le début est toujours lent et progressif marqué par de la fièvre atteignant vite 38° le soir, des troubles gastro-intestinaux légers, symptômes qui, étant donnée la notion d'une vaccination antérieure, sont en général rattachés à un simple « embarras gastrique fébrile ».

En quatre à cinq jours l'affection est complètement installée : elle tire ses caractéristiques de sa symptomatologie atténuée et atypique et de son évolution écourtée.

A) *Les symptômes.*

La prostration est très atténuée ou même inexistante : le malade est parfaitement présent et conscient, entendant bien. Des intellectuels ont pu lire dans leur lit sans trop de fatigue pendant toute la maladie.

Les troubles digestifs sont discrets : langue un peu blanche, diarrhée minime souvent remplacée par de la constipation, météorisme léger. La splénomégalie, moins accusée peut-être que dans les fièvres typhoïdes ordinaires est cependant constante. Les taches rosées sont peu nombreuses et souvent absentes : ceci n'est pas fait pour confirmer l'opinion de ceux qui prétendent que l'effection est d'autant plus bénigne que les taches sont plus abondantes. Il n'y a pas de bronchite accusée. On constate rarement la présence d'albumine dans les urines.

La température est en plateau à 39. Le pouls est dissocié, mais moins nettement que dans les formes habituelles. On sait que récemment MM. Duwitresco et Chizer ont attribué la bradycardie typhique à une atteinte hépatique diminuant l'apport d'une hormone qui à l'état normal exalterait le tonus sympathique. D'après cette théorie, les infections typhiques atténuées des vaccinés ne pourraient que retentir plus légèrement sur le rythme du cœur.

B) *L'évolution.*

Elle est franchement écourtée ; vers le douzième jour commence la défervescence qui est assez brève de sorte que la durée totale de la période fébrile est de 15 à 30 jours, quelquefois moins (10 jours et 14 jours dans les observations XII et XIII de la thèse de Durand).

La convalescence est rapide.

2° Forme ataxo-adynamique abortive

Cette forme a été observée et décrite pendant la guerre par Léon Bernard et Paraf chez les sujets vaccinés depuis peu de temps. Elle se traduit dès le début par une température très élevée, une prostration très accusée avec agitation excessive, avec délire violent, un météorisme abdominal très prononcé, une diarrhée abondante.

Assez brusquement, vers le huitième jour, les phénomènes ataxo-adynamiques disparaissent et l'affection continue à évoluer suivant le type normal.

3° Forme non modifiée

Des infections typho-paratyphiques authentiques et graves ont pu être constatées chez des individus vaccinés.

Il semble donc que parfois la pénétration de l'antigène dans l'organisme n'entraîne pas d'immunité. Ces cas sont malgré tout la minorité.

Le plus souvent la vaccination est assez ancienne, parfois cependant elle date à peine de quelques mois.

Ces formes de typhoïde à allure banale guérissent le plus souvent mais il n'en est pas toujours ainsi et des cas mortels ont été signalés. Cantacuzène rapportait en 1925 trois cas mortels survenus de trois à cinq mois après la vaccination.

Complications.

Les vaccinés ont en général des infections typhoïdes qui ne se compliquent pas.

On a pu voir cependant des complications intestinales (hémorragies en particulier deux fois sur six malades de Courtois-Suffit), myocardiques, phlébitiques et autres, mais dans des typhoïdes nullement influencées par la vaccination antérieure et qui reconnaissaient l'évolution et le pronostic des typhoïdes habituelles.

Rechutes.

Chez certains sujets, l'immunité ne parvient pas à s'établir et on assiste à de véritables rechutes qui sont en général assez précoces. Dans notre observation la rechute se déclara au vingt-deuxième jour soit deux jours après le retour de la température à la normale. La vaccination paraît conférer aux rechutes les mêmes caractères qu'à la maladie elle-même ; elles durent en général une semaine pendant laquelle se manifestent des symptômes atténués.

Nous n'avons pas trouvé mention des récidives.

De façon générale on voit que la vaccination préventive exerce sur les infections typho-paratyphiques les effets les plus heureux qui sont d'autant plus marqués que la vaccination est moins ancienne.

Diagnostic

1° Diagnostic clinique

L'apparition de phénomènes fébriles et gastro-intestinaux chez un sujet qui dit avoir subi une ou plusieurs vaccinations antityphoïdiques est, de ce fait même, rarement rattaché au début à sa cause spécifique. L'étude d'Etienne a depuis longtemps montré que nombre «d'embarras gastriques fébriles» ne sont autre chose que de véritables infections typhiques ou paratyphiques évoluant chez des individus qui ont reçu antérieurement des injections de vaccin T. A. B.

Les symptômes décrits sont en général trop atténués et trop inconstants pour qu'on leur accorde une importante valeur diagnostique. Cependant parmi ceux-ci la splénomégalie paraît être le signe le plus constant.

En pratique par conséquent, il importe seulement de se souvenir que les infections typhoïdes peuvent se développer chez les vaccinés et dès le moindre soupçon, de faire appel au laboratoire seul susceptible d'apporter des éléments de certitude.

2° Diagnostic de laboratoire

De tous les procédés existants, deux sont à retenir : l'hémoculture et le séro-diagnostic.

A) *L'hémoculture* reste évidemment le procédé de choix. Mais étant donnée la durée écourtée des différentes périodes il y a intérêt, plus encore que dans les typhoïdes ordinaires à ce qu'elle soit précoce.

La constatation dans le sang du bacille d'Eberth ou des paratyphiques suffit pour affirmer la spécificité de l'infection en cause. Mais l'absence d'un résultat positif ne permet pas d'éliminer ce diagnostic et doit conduire à pratiquer un séro-diagnostic.

B) *Le séro-diagnostic.* Les injections vaccinales ayant la propriété de faire apparaître dans le sang des agglutinines pour le bacille d'Eberth et les paratyphiques on a cru un temps que le séro-diagnostic était dénué de valeur chez les vaccinés. La question a fait l'objet de nombreux travaux qui ont rectifié ces erreurs et Weissenbach et Gautier ont déposé sur ce sujet les conclusions suivantes :

Lorsque la vaccination date de moins de deux mois, l'agglutination post-vaccinale est tellement intense que le séro-diagnostic est impossible ;

Lorsque la vaccination date de plus de deux mois les taux d'agglutination, pour être valables doivent être supérieurs :

Pour l'Eberth à 1 p. 300 ;
Pour le para A à 1 p. 100 ;
Pour le para B à 1 p. 200.

En résumé on voit que si la maladie survient dans les deux mois qui suivent la vaccination, seule l'hémoculture peut donner une réponse décisive ; passé ce délai le séro-diagnostic au-dessus de certains taux reprend toute sa valeur.

Pronostic

Les infections typhoïdes évoluant chez les sujets vaccinés sont le plus souvent courtes et bénignes ; même graves, elles sont rarement mortelles.

Les chiffres suivants empruntés à Vialatte et Bolzinger soulignent de manière éloquente l'heureuse influence de la vaccination :

Sur 56 cas chez les non-vaccinés : 6 décès soit 11,5 % de mortalité ;

Sur 143 cas chez des vaccinés : 4 décès soit 2,8 % de mortalité.

Encore faut-il tenir compte du fait que tous les vaccinés n'avaient pas subi les deux injections obligatoires.

La vaccination antityphoïdique a donc fait ses preuves : elle avait du reste déjà montré ce qu'on pouvait attendre d'elle aux heures graves de 1914 et 1915.

Essai de pathogénie

Les recherches récentes concernant l'immunité typhique ont un peu modifié les idées sur le mécanisme de la vaccination.

Selon Teissier et ses élèves l'immunité typhique doit être nettement distinguée de l'état réfractaire lequel ne peut guère être obtenu que par une vaccination faite avec un virus vivant.

L'injection préventive de bacilles T. A. B. tués n'a pas d'autre but que de faire pénétrer dans l'organisme la protéine hétérogène destinée à créer un véritable état de sensibilisation, un état d'allergie tel qu'une contamination ultérieure par la protéine microbienne homologue déclenchera la crise d'hypersensibilité qui fait que l'infection tourne court.

«Prémunir, disent Teissier et ses collaborateurs, contre la dothienentérie n'implique point que l'organisme ne se prête désormais plus au développement du bacille d'Eberth : un tel germe pourra encore y végéter, mais sa multiplication sera précaire grâce à l'intervention de phénomènes inflammatoires qui tiennent en dernière analyse au déséquilibre suscité par l'antigène microbien ».

Cet état allergique créé par la vaccination est aisé à mettre en évidence : dès 1913 Gay et Force avaient remarqué que l'inoculation intra-dermique de typhoïdine, filtrat glycériné d'une culture éberthienne donnait une réaction positive chez les individus vaccinés comme chez les typhiques. Depuis, les travaux de nombreux auteurs dont Teissier et son école, ceux tout récents de Reitani sont venus confirmer ces constatations.

Mais, de bonne heure aussi Force et Stevens avaient observé que parmi les sujets vaccinés tous n'acquièrent pas le pouvoir de réagir ultérieurement vis-à-vis de l'antigène injecté dans le derme et ces auteurs relataient en

1917 que deux sujets qui après vaccination n'avaient pas réagi à l'inoculation intra-dermique de typhoïdine contractèrent peu après une dothienentérie. Les statistiques actuelles montrent que les trois quarts des sujets possèdent à la suite des injections vaccinales un état allergique marqué.

Il semble donc que l'intra-dermo-réaction à la typhoïdine représente le meilleur test permettant d'apprécier la réalité de la vaccination antityphoïdique.

Lorsqu'elle s'avère négative dans les semaines suivant l'injection vaccinale les auteurs conseillent de répéter l'injection deux et trois fois. « Peut-être, disent Teissier et ses élèves, parviendra-t-on ainsi à diminuer notablement sans toutefois l'abolir le nombre des sujets dont l'inertie vis-à-vis de l'antigène typhique, laisse un doute sur la valeur de la vaccination à laquelle ils ont été soumis ».

Conclusions

1° Les infections typho-paratyphiques peuvent se rencontrer chez les vaccinés. Elles sont dans l'immense majorité des cas atténuées, écourtées, de pronostic bénin :

2° L'explication de ces infections typhoïdes chez des individus supposés immunisés doit être cherchée dans la non installation d'un état allergique que des injections ultérieures peuvent d'ailleurs faire apparaître et non dans une défection de la vaccination préventive :

3° Il conviendrait donc, dans les semaines suivant les séances de vaccination de rechercher par l'intra-dermoréaction l'allergie typhoïdique et de réinjecter les sujets qui ne sont pas encore sensibilisés :

4° On ne saurait trop multiplier les vaccinations antityphoparatyphiques et les conseiller en temps d'épidémie jusqu'à ce que, ainsi qu'il est fort désirable, ces mesures prophylactiques deviennent obligatoires pour la population civile.

BIBLIOGRAPHIE

Traités classiques : ROGER, WIDAL, TEISSIER ; ENRIQUET, LAFFITTE, LAUBRY, Clovis VINCENT ; GILBERT, CARNOT.

WIDAL. Etudes sur les vaccinations mixtes antityphiques et paratyphiques. *Bulletin Académie de médecine*, 10 août 1915, p. 148.

Léon BERNARD et PARAF. Les infections typhoïdes chez les sujets vaccinés contre la fièvre typhoïde. *Annales de médecine*, octobre 1915.

RIST. Etude sur la fièvre typhoïde, *Annales de médecine*, janvier 1916.

RATEL. Prophylaxie de la fièvre typhoïde. Thèse Paris, 1919-1920.

DURAND René. La fièvre typhoïde depuis la guerre. Influence de la vaccination. Thèse de Paris, 1920-1921.

CHAUFFARD. Vaccination antityphique préventive de la population civile. *Bulletin Académie de médecine*, 1921, p. 84.

ACHARD. La fièvre typhoïde dans les deux sexes depuis la guerre. Influence de la vaccination. *Bulletin Académie de médecine*, 1921, p. 89.

VINCENT Sur la vaccination antityphoïdique de la population civile avec remarques sur la vaccination obligatoire. *Bulletin Académie de médecine*, 1921, p. 123.

SERGENT. Statistique comparée des cas de fièvre typhoïde observés dans les deux sexes avant et après la guerre. *Bulletin Académie de médecine*, 1921, p. 182.

CANTACUZÈNE et PANAITESCU. Essai comparé de vaccination antitypho-paratyphique par la voie sous-cutanée et la voie buccale. Comptes rendus Société de Biologie. 1925, p. 1138.

RIVALIER, REILLY, CAMBASSÉDÈS, DELALANDE. L'allergie typhique. Son rôle dans la vaccinothérapie et la vaccination préventive contre la fièvre typhoïde. *Gazette des hôpitaux*, 5 avril 1930, p. 529 et *Gazette des hôpitaux*, 12 avril 1930, p. 561.

TEISSIER, REILLY, RIVALIER, CAMBASSÉDÈS, DELALANDE. Nouvelles recherches sur l'immunité typhique (1er mémoire). *Annales de médecine*, avril 1930 p. 333.

VIALATTE et BOLZINGER. Notes sur les affections typhoïdes à Fez. *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, juin 1930, p. 659.

TEISSIER, REILLY, RIVALIER, CAMBASSÉDÈS, DELALANDE. Nouvelles recherches sur l'immunité typhique (2e mémoire). *Annales de médecine*, décembre 1930, p. 524.

Psychoses et syphilis

Par **Henri DAMAYE** et **Bernard POIRIER**
Médecins des Asiles d'aliénés

M. Le Dr Duvic, directeur des Services d'hygiène et du Laboratoire de bactériologie de la Vendée, a pratiqué systématiquement, depuis quelques mois, les réactions de la syphilis chez tous les entrants, dans notre service de psychiatrie, à l'asile départemental. Il a pratiqué la réaction d'hémolyse Bordet-Wassermann, la réaction de Hecht avec le sérum frais, celle de Desmoulière avec le sérum chauffé et les réactions de floculation de Meinicke et de Kahn.

Cette intervention systématique du laboratoire chez nos entrants a permis en plusieurs cas, de traiter la syphilis chez le conjoint en liberté. M. Duvic a pu ainsi, une fois, prévenir un avortement chez une conjointe syphilitique en état de grossesse.

En outre, les résultats de ces examens nous fournissent des renseignements sur l'étiologie des psychoses. M. Duvic a été, en France, croyons-nous, le premier directeur des Services d'hygiène ayant rattaché la neuro-psychiatrie à son laboratoire technique.

Nous jugeons intéressant de donner ici le résultat fourni, jusqu'à présent, par 135 examens du sang des malades arrivant à l'Asile. Pour chacun, ont été pratiqués le Bordet-Wassermann, le Hecht, le Desmoulière, le Meinicke et le Kahn.

Sur 135, nous avons eu résultat nettement positif chez six malades et résultat partiellement positif chez onze.

1° Pour les *nettement positifs*, cinq étaient des paralytiques généraux. La sixième était une mélancolique anxieuse avec idées de persécution, hallucinations, insuffisance mitrale, bacillose au début ; mère morte aliénée.

2° Pour les *partiellement positifs* :

C... Schizophrène, Meinicke faiblement positif.

P... Paralysie générale traitée et améliorée. Le Desmoulière seulement est positif.

B... Mélancolique persécutée. Le Meinicke seul est positif.

B... Déséquilibre mental avec accès délirants polymorphes. Le Hecht seul est positif.

B... Débilité mentale. Hyperexcitabilité de l'instinct sexuel. Attentats à la pudeur. Erotisme. Vient de la prison. Le Desmoulière est faiblement positif.

M... Déséquilibre mental léger. Accès délirants hallucinatoires à idées polymorphes. Le Hecht seul est positif.

G... Débile schizophrène, bacillose, stigmates physiques de dégénérescence. Hérédo probable. Hecht, Meinicke et Kahn faiblement positifs.

C... Démence précoce. Meinick et Kahn faiblement positifs.

P... Débile accentué avec délire polymorphe, agitation maniaque. Hérédité mentale directe et collatérale, Meinicke et Kahn faiblement positifs.

P... Délire hallucinatoire chronique. Ethylisme. Oncle aliéné. Desmoulière faiblement positif.

M... Débile avec délire chronique mélancolique et mystique. Kahn faiblement positif au premier examen. Entièrement négatif à une seconde prise de sang, un mois plus tard.

En résumé, les recherches effectuées en notre service de neuro-psychiatrie par M. Duvic montrent que la syphilis personnelle ne semble pas fréquemment en cause, dans l'étiologie des psychoses autres que la paralysie générale.

Il faut donc, chez nos malades, rattacher la prédisposition méningo-encéphalitique personnelle des psychoses aux tares héréditaires relevant de la syphilis, de la tuberculose, de l'alcoolisme et de toutes les infections graves ou répétées des parents et des ancêtres.

Paralysie générale mise à part, l'intoxication syphilitique personnelle peut déclencher aussi ou contribuer à déclencher des psychoses, mais dans un nombre de cas assez minime, semble-t-il d'après les constatations de cet article. Nos malades d'asile, aigus ou autres, sont préparés par leurs antécédents familiaux, par les maladies et dystrophies de plusieurs générations antérieures.

La tuberculose personnelle, enfin, paraît être un élément étiologique occasionnel beaucoup plus fréquent que la syphilis, pour le déclenchement des troubles mentaux.

«... **Phtisie ! ! Tuberculose !** noms prestigieux de l'histoire comme de la pratique médicale, mais surtout réactif admirable, dirons-nous, pour mettre en lumière au cours des âges, l'état de la pensée médicale dans son empirisme comme son dogmatisme.... » (PIÉRY. — *In Préface.* Histoire de la tuberculose.)

NOTES DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

Les débuts brusques de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. — MM. Dufourt, Damez et Faure viennent de présenter (*Société médicale des hôpitaux de Lyon*, 5 mai 1931) une statistique portant sur cent malades et qui donne vingt-cinq débuts aigus dont quatorze à type affection aiguë pleuro-pulmonaire : pneumonie, congestion pleuro-pulmonaire. Dix réalisant le tableau d'une grippe saisonnière ; un cas de typho-bacillose ; à côté de ces débuts aigus figurent sept débuts subaigus et huit débuts par une hémoptysie. Soit un total de quarante débuts brusques contre soixante progressifs.

Accidents oculaires dus aux sels d'or. — MM. A. Dufourt et Damez viennent de rapporter (*Société médicale des hôpitaux de Lyon*, 5 mai 1931), trois cas d'accidents oculaires observés au cours du traitement par les sels d'or. Il s'agissait de conjonctivites d'apparence banale avec (dans un cas) blépharite. Ces accidents n'ont disparu qu'après la cessation du traitement par les sels d'or. On peut se demander (Bonnamour) si les incidents constatés ne peuvent pas être imputés à une préparation imparfaite des sels d'or y laissant subsister le sulfure d'or très toxique.

Le glaucome syphilitique. — Le glaucome primitif paraissant être essentiellement une maladie des vaisseaux et de la trophicité de l'œil, il semble, dit Pipart (*Du glaucome syphilitique. Thèse de Lyon*, 1931) que la syphilis entre pour une certaine part parmi les causes susceptibles de déterminer ces lésions vasculaires et trophiques. Dans les 19 observations rapportées par l'A., l'hypothèse soulevée de l'étiologie syphilitique du glaucome a été confirmée par l'existence de lésions concomitantes : malformations chez l'enfant, lésions nerveuses et vasculaires chez l'adulte ; ou prouvée par les réactions sérologiques et le traitement d'épreuve. La fréquence de la syphilis varie suivant l'âge des glaucomateux. Elle se voit surtout chez les jeunes où l'atteinte vasculaire revêt une allure inflammatoire et évolue rapidement. La syphilis fait brûler les étapes à la sclérose. Le glaucome infantile est considéré comme étant le plus souvent une manifestation de la syphilis héréditaire.

La syphilis semble également dit l'A., à la base du processus étiologique dans la majorité des cas de glaucomes survenant chez des adultes entre 20 et 35 ans. Par contre ce n'est que dans des conditions exceptionnelles qu'elle peut être soupçonnée chez le vieillard où la sclérose est lente à se constituer et due surtout à l'athérome.

Le traitement antisyphilitique est toujours un précieux adjuvant dans le traitement général du glaucome ; il a un double sens : il agit à la fois comme médicament hypotenseur (néo-salvarsan) et comme médicament spécifique. Il ne faut pas exagérer la valeur du traitement spécifique : il n'est efficace qu'à condition d'être précoce : il n'agit plus quand les lésions sont anciennes et la sclérose définitivement constituée ; il doit être varié : certains médicaments antisyphilitiques pouvant être, suivant les cas, plus indiqués que d'autres et associé toujours à la thérapeutique habituelle du glaucome : médicale ou chirurgicale, suivant les indications.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Savants et industriels. — *Extrait de la communication de M. Fourneau à l'Académie de médecine.* (*Discussion du rapport de Mme Curie sur la propriété scientifique, 7 juillet* 1931.)

« ... Il ne faudrait pas abuser de cette image du savant mourant de faim alors que l'industriel s'enrichit à ses dépens. Combien y en a-t-il de ces inventeurs vraiment intéressants et malchanceux ? Pas davantage sans doute que dans d'autres carrières. Il y a certainement plus d'industriels qui ont été ruinés par des inventeurs. J'ai connu, pour ma part, pas mal d'inventeurs ; presque tous avaient inventé des choses connues depuis longtemps, car beaucoup étaient aussi ignorants qu'illuminés. Parmi les autres dont l'invention offrait un caractère de nouveauté, très peu en avaient poussé assez loin les détails pour qu'on ait pu envisager même un essai de réalisation industrielle. C'est d'ailleurs un fait connu que, sur mille inventions, quatre tout au plus sont exploitables. Par contre toutes paraissent intéressantes à celui qui les a faites et il sera toujours tenté de revendiquer ce qu'il croit être son droit et de gêner ainsi, dans une une mesure incalculable, le développement de l'industrie.

Il y a aussi le concept du savant désintéressé, s'épuisant pour le bien de l'humanité. Certes, il y a beaucoup de savants désintéressés, mais il faut aussi dire qu'il y a des disciplines scientifiques qui se prêtent moins que d'autres à des applications et qu'il y a des savants dont les travaux n'intéressent pas l'industrie. Le désintéressement ici n'est pas volontaire, mais imposé : il y a une nuance. Dans les rapports entre savants et industriels il s'est fait beaucoup de changements, surtout depuis la guerre, et tout savant peut parfaitement trouver à l'heure actuelle, un industriel prêt à l'écouter, souvent avec compétence. Beaucoup de laboratoires sont aidés par l'industrie, discrètement, mais efficacement. Il s'est même fait au cours de ces dernières années un véritable glissement des études scientifiques des laboratoires universitaires vers les laboratoires industriels où s'exécutent des travaux remarquables.

Il y a aussi beaucoup de savants qui se contentent de leur traitement. Plusieurs occupent deux ou trois postes rétribués, ce qui leur assure une vie assez large et en tout cas à l'abri des crises financières. C'est le cas de Berthelot dont le désintéressement était autrefois cité en exemple aux jeunes chercheurs. M. Poincaré, dans un discours célèbre, lui a fait un titre de gloire de n'avoir jamais pris un brevet et il fut un temps où par un étrange paradoxe on prônait partout l'alliance de la science et de l'industrie et où on considérait comme une tare pour un savant toute collaboration avec un industriel. Tout cela, comme je l'ai dit, est bien changé heureusement.

Dans tous les cas, si pour des raisons de tranquilité personnelle des savants préfèrent renoncer aux applications industrielles de leurs découvertes, il n'y a vraiment pas lieu de les plaindre outre mesure, encore moins de les féliciter. Ce sont des sages qui n'aiment ni les risques, ni les responsabilités. Je serais bien surpris si dans quelque temps, loin de déplorer les difficultés de recrutement scientifique, on ne se plaignait pas, au contraire, de la pléthore des candidats aux postes universitaires.

La misère des laboratoires est certainement réelle, mais il faudrait, pour en apprécier l'étendue, une enquête préalable et approfondie qui, si elle a été faite, n'a jamais été sérieusement discutée. Je crois qu'il serait juste aussi de parler du gaspillage de bien des crédits consacrés aux laboratoires ou d'une répartition défectueuse de ces crédits. Plusieurs chaires des Universités françaises, des écoles de plein exercice, des laboratoires, des Facultés même, pourraient être supprimées. Certaines Facultés ont presque autant de professeurs que d'élèves.

A Paris, dans plusieurs chaires, on fait exactement le même enseignement, à quelques détails près, et pour ces chaires il y a un laboratoire, un professeur, un maître de conférences, des préparateurs, des garçons de laboratoire. Par contre, il n'y a pas à Paris un Institut de chimie digne de ce nom. Par contre, on crée une Cité universitaire loin des centres de travail, dans un endroit où il n'y a pour ainsi dire pas de possibilités d'extension, alors qu'il aurait fallu réunir les maisons des étudiants, les terrains de jeu, les laboratoires des Facultés, les cliniques. En Espagne, grâce à une loterie nationale, on est en train d'élever une Cité Universitaire magnifique, dans un endroit de toute beauté. On y transportera peu à peu toutes les Facultés et plusieurs grands instituts sont déjà construits.

Nous sommes en retard sur tous les pays, peut-être bien parce qu'on ne consacre pas assez d'argent à la recherche, mais certainement aussi parce qu'il n'y a pas une véritable direction de l'enseignement supérieur, que chacun tire de son côté, et que personne ne veut sacrifier sur l'autel de la science la moindre parcelle de ses privilèges. L'exemple des laboratoires nouveaux du Collège de France est typique à cet égard, et il aurait mieux valu les construire ailleurs. Quant à la Sorbonne, n'en parlons pas, c'est un véritable monstre. Il faudrait avoir le courage de refondre notre enseignement supérieur sur de nouvelles bases plutôt que d'en calfater les crevasses et d'en badigeonner les moisissures.... » (*Bulletin de l'Académie de médecine.*)

Réorganisation des asiles et assurances sociales. — Dr R. BENON. (*Le Bulletin médical*, 16 mai 1931.)

« La loi sur les assurances-maladies entraînera de profondes transformations à l'égard du traitement des aliénés. La nécessité de la séparation des aigus et des chroniques va s'imposer sans délai. Les hôpitaux de psychiatrie vont se développer, spécialement les hôpitaux de psychiatrie pour le traitement des agités, qu'ils affectent un type simple ou double (pavillon pour malades calmes et pavillon pour malades agités). A notre sens, cet état de choses doit aboutir à une distinction de plus en plus nette entre la neurologie vraie et la phatologie mentale. Enfin l'étude de la simulation et de l'exagération va prendre un développement inconnu chez nous jusqu'à ce jour. »



Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

FONDÉ EN 1873. — N° 37 | LE NUMÉRO : 50 Centimes | 12 SEPTEMBRE 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

Travaux Originaux

NOUVELLES

Société française de gynécologie. — La séance annuelle de la Société française de gynécologie aura lieu le lundi 5 octobre prochain, à 17 heures, à la Faculté de médecine de Paris.

A l'ordre du jour : 1° un rapport de M. Paul Ulrich (Paris) sur : *Le chimisme du vagin et sa signification physiologique*, suivi d'un exposé de M. Ch.-O. Guillaumin (Paris), sur les conditions chimiques optima du développement des différents germes dans les sécrétions vaginales ;

2° Un rapport de M. Ch. Martin (Angers), sur *Les indications des interventions chirurgicales dans le traitement des salpingites chroniques non tuberculeuses.*

3° Communications diverses.

Légion d'honneur. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — M. Etienne (Aroquianadin), officier de santé du Corps médical indigène des établissements français dans l'Inde.

Asiles publics d'aliénés. — Sont déclarés vacants : un poste de médecin chef de service à l'Asile public d'aliénés de Dury-les-Amiens (Somme) et un poste de médecin chef de service à l'Asile public d'aliénés de la Seine-Inférieure.

Avis de concours. — Un concours sur titres, en vue de la nomination d'un médecin spécialisé chargé du dispensaire public départemental d'hygiène sociale des Pyrénées-Orientales (service antituberculeux) est ouvert du 20 août au 20 septembre 1931.

Le traitement annuel attaché à cette fonction est de 30.000 fr. auquel s'ajouteront diverses indemnités.

Les dossiers des candidats devront être envoyés à M. le Président du Conseil d'administration du dispensaire public départemental d'hygiène sociale, 2, rue Petite-la-Monnaie, à Perpignan, avant le 20 septembre dernier délai.

Pour tous renseignements, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris.

Les médecins des Etats-Unis d'Amérique à Vichy. — L'importante délégation de médecins des Etats-Unis d'Amérique, accomplissant un second voyage d'études à travers les stations thermales et climatiques françaises, sous les auspices du Gouvernement est arrivée mardi soir à Vichy où elle a été reçue par MM. Léger, maire de Vichy, Normand, directeur des services administratifs, et Brian, directeur des services techniques de la Compagnie fermière ; M. le Docteur Durand-Fardel, président de la Société des sciences médicales de Vichy et de nombreux représentants du Corps médical de la station. Ils ont été conduits à l'Hôtel Radio où ils restent durant leur séjour.

Dans l'après-midi de mercredi a eu lieu la visite des nouveaux ateliers d'embouteillage et d'expéditions des eaux de Vichy-Etat, dont l'installation peut être considérée comme répondant aux derniers progrès de la science et de l'industrie. Les visiteurs ont été intéressés au plus haut point par les séries de machine si bien conçues pour supprimer la manipulation des bouteilles et assurer ainsi les garanties d'asepsie les plus complètes pour répondre aux desiderata du Corps médical du monde entier. Leur attention a été également retenue par le laboratoire joint à ces ateliers, fort bien équipé, et qui, chaque jour soumet à des diverses réactions et contrôle l'eau de rinçage des bouteilles.

Vers la fin de l'après-midi, la délégation a été reçue au Sporting Club de Vichy. Sous les pergolas qui font une si ravissante parure au Club-House du Golf, un thé d'honneur fut servi aux distingués voyageurs, pendant qu'ils contemplaient le merveilleux paysage, à la fois si prenant et si reposant, qui se déroule sous leurs yeux.

Ils parcoururent ensuite les différentes installations du Sporting-Club, le golf et les courts de tennis, dont ils commentèrent élogieusement le parfait aménagement.

Le soir, ils assistaient au Casino à la représentation de Gala, donnée en leur honneur. Au programme, figurait *Madame Butterfly*, le drame lyrique de Puccini, avec le concours de la très gracieuse artiste japonaise Teiko-Kiwa, et *Variétés chorégraphiques*, suite des danses réglées sur des pages célèbres de grands maîtres. Ce spectacle qui se déroula en présence d'une assistance des plus nombreuses et des mieux choisies, constituait une très belle réalisation d'art, très appréciée des distingués visiteurs.

La journée de jeudi fut consacrée à une excursion en Auvergne et le soir, au retour, un dîner de gala, suivi de bal, offert par la Société des grands hôtels, réunissait dans les salons du Thermal Palace, les visiteurs et différentes personnalités de la station. Au début du repas, un magnifique gerbe de fleurs fut offerte par Mme X..., au nom de la délégation, à M. le Docteur Gordon Heyd, à l'occasion de son anniversaire et M. Alotti prononça ensuite quelques mots des plus heureux pour saluer ses hôtes et leur souhaiter la bienvenue.

Dans la journée de vendredi eut lieu dans la matinée, la visite du Laboratoire de recherches hydrologiques, installé par la Compagnie fermière de Vichy, et, dans la salle des fêtes du Casino, une conférence faite par M. le Docteur Einhorn sur « l'importance de l'épreuve digestive aux perles dans la pratique médicale ». Une assistance nombreuse suivit avec le plus grand intérêt l'exposé de cet éminent professeur de New-York. A midi, un vin d'honneur était offert à la délégation et à tous les membres de la colonie américaine, sur la terrasse du casino et l'après-midi était consacré à la visite de l'établissement thermal, de ses différents services d'hydrothérapie, de mécanothérapie d'électrothérapie, et des sources hyperthermales du Dôme.

Le soir, à 20 h. 30, dans les salons du Carlton, la Compagnie fermière de Vichy offrait un banquet, sous la présidence de M. Gaston Gérard, sous-secrétaire d'Etat aux Travaux publics et au Tourisme, à la délégation des médecins des Etats-Unis. Au champagne, des discours étaient prononcées par MM. Baugnies, vice-président du Conseil d'administration et administrateur-délégué de la Compagnie fermière ; le Professeur Achard de la Faculté de médecine de Paris, M. le Docteur Durand-Fardel, président de la Société des sciences médicales, le Comte d'Ornano, conseiller du commerce extérieur, organisateur du voyage, le Docteur Gordon Heyd, président de la délégation,

le docteur Sondern, vice-président, le Docteur Sheehan, le Professeur Corwin et M. Gaston Gérard.

Les médecins des Etats-Unis sont répartis samedi matin pour Paris. A leur arrivée, ils sont allés déposer une gerbe sur la tombe du Soldat inconnu. A l'issue de cette cérémonie, ils ont été reçus au pavillon du lac du Bois de Boulogne, par M. Vallat, directeur de l'Office national du tourisme, qui tenait à les saluer avant leur départ.

Conférence faite à Vichy, le 28 août 1931, par le Professeur Max Einhorn (de New York) sur l'épreuve digestive aux perles. — Pour clôturer élégamment le grand voyage qu'un groupe important de médecins américains vient d'effectuer aux principales stations hydrominérales de notre pays, le Professeur Max Einhorn a eu la délicate pensée de faire à Vichy même une fort intéressante conférence.

Prenant pour sujet «l'épreuve digestive aux perles » à laquelle il a attaché son nom, l'orateur en a présenté la technique dans le français le plus châtié, les indications, contre-indications et résultats dans des conditions qui ont captivé l'auditoire.

Cette méthode consiste à faire avaler au malade une petite capsule, renfermant des perles attachées par une ficelle et servant de support à un certain nombre d'aliments dont la digestion plus ou moins complète renseigne sur l'activité des différents étages du tube digestif.

Les fragments alimentaires utilisés sont les suivants : Catgut, arête de poisson — pour servir de test au fonctionnement gastrique, — viande thymus, graisse de mouton, pomme de terre (avec la peau) – pour permettre de juger l'activité intestinale.

La capsule est avalée à la fin d'un repas et libère de suite son contenu dans l'estomac. Puis on fait passer chaque selle sur un tamis jusqu'à ce qu'on trouve le fil avec les perles. On les lave à l'eau froide, sans les frotter. Alors, les perles sont examinées macroscopiquement (microscopiquement seulement pour les noyaux cellulaires), afin d'apprécier le degré de digestion subie par chacune des substances nutritives attachées.

Normalement, le fil avec les perles apparaît après 20 ou 24 heures. Les substances nutritives de l'épreuve en sont absentes, excepté une trace de gras et de thymus, mais sans noyaux. Dans les cas pathologiques, le fil avec les perles peut reparaître trop lentement ou trop vite (le rejet se produisit en moins de trois quarts d'heure chez une hyperthyroïdienne). D'autre part, quelques substances attachées aux perles peuvent êrte demeurées intactes, partiellement ou complètement, témoignant de l'insuffisance des sucs préposés à leur digestion.

On conçoit tout l'intérêt pratique d'une telle épreuve qui a permis à son auteur de classer les dyspepsies gastro-intestinales en trois catégories : dyspepsies partielles, totales, nerveuses ; ces dernières purement fonctionnelles et caractérisées par la digestion complète des fragments alimentaires employés.

Illustrée par la présentation de tubes variés, complétée par l'exposé d'intéressantes observations, cette conférence du Professeur Einhorn a pleinement répondu à ce qu'on pouvait attendre d'un spécialiste aussi réputé. Et, si l'on ne savait ce dont il convenait de lui être le plus reconnaissant, du soin qu'il mettait à nous instruire, ou du précieux témoignage qu'il nous donnait de sa sympathie pour nos grandes stations thermales françaises.

R. G.

Nécrologie. — Dr Pierre Bellile, médecin de la marine, décédé à Paris à l'âge de 56 ans. — Dr Louis Rouvier, de Voiron (Isère), décédé à l'âge de 77 ans.

TRAVAUX ORIGINAUX

Vie et Œuvre de Cabanis

Depuis son introduction dans le Salon de Mme Helvétius jusqu'au 18 brumaire (*Suite*)

Cela dit, et le problème clarifié dans la mesure du possible, il ne semble pas douteux que Cabanis ait tiré le plus grand profit : sous le rapport moral, de son intimité avec Mme Helvétius ; sous le rapport intellectuel, de son introduction dans le cénacle de sa protectrice, au contact des hommes supérieurs, ou pour le moins distingués, qui fréquentaient alors le salon d'Auteuil et qui, à des degrés divers et sous des modalités différentes, se trouvaient tous être les animateurs des courants d'opinion générateurs du mouvement révolutionnaire . Il était d'autant plus susceptible de profiter de leur fréquentation, que son intelligence n'était pas celle d'un Descartes à la recherche d'un certain isolement pour élaborer ses conceptions et accoucher d'elles, mais plutôt celle d'un Diderot ou d'une Mme de Stael ayant besoin du stimulant de la conversation, voire de la controverse et de la discussion, pour s'allumer et flamber.

On ne saurait donc s'étonner que plongé dans un tel milieu, vivant dans une telle ambiance, il ait éprouvé le désir de participer à l'activité spéculative qui palpitait autour de lui et de concourir, dans le cadre de ses études particulières, dans la limite de ses moyens, à la progression générale des idées et des connaissances.

C'est sous l'empire de cette préoccupation qu'à la fin de 1788, il s'attela à la rédaction d'un *Essai sur le degré de certitude de la médecine*, dans lequel, — s'inspirant peut-être des idées développées par Christian Huygens dans son *Traité de la Lumière* sur la différence entre la certitude propre à la Physique et la certitude propre à la Géométrie, — il se proposait d'établir que pour ne pas comporter une précision quasi-mathématique, l'art médical comportait cependant un degré de certitude qui légitimait amplement son étude et son exercice.

Mais ce travail qui aurait dû paraître l'année suivante (1789), ne vit effectivement le jour qu'en vendémiaire de l'an VI, par suite, déclare l'auteur, des commotions politiques qui entraînèrent la suspension de « la plupart des travaux purement scientifiques et littéraires » en détournant l'attention publique et les méditations des meilleurs esprits vers des problèmes sociaux paraissant plus urgents.

L'excuse est certes valable, mais il reste à déterminer si le texte, publié en l'an VI, est bien, comme l'affirme son auteur, celui qui fut couché sur le papier en 1788-89, ou s'il n'a pas été revisé et remanié avant d'être livré à la presse.

La question n'est pas sans intérêt, car, dans la première hypothèse, nous nous trouverions en présence d'un document permettant de surprendre, en quelque sorte, l'éclosion de la pensée de Cabanis dans le domaine de la biologie, de la sociologie, de la psychologie, de la philosophie et, par comparaison avec ses derniers écrits, de mesurer le chemin couvert par son esprit, — et cela d'autant mieux qu'à côté du problème directement traité par sa plume dans cet opuscule, il émet incidemment maintes réflexions suggestives, empiétant sur le reste de la Biologie, sur la Sociologie statique et dynamique, sur la Politique, la Psychologie, la Morale, la Philosophie, qui, s'ils trahissent parfois une insuffisance de maturité, amorçaient ses travaux ultérieurs et annonçaient le penseur original qu'il devait être.

Ce qui, outre les déclarations formelles de l'intéressé, tendrait à confirmer la première version, — c'est que, en premier lieu, comme on peut s'en assurer par la comparaison des textes, il n'a pas fait profiter, comme il le pouvait, sans attirer l'attention, celui de 1788 des perfectionnements de forme et de fonds introduits par lui-même dans la formulation de ses idées, lorsque, au cours de l'hiver de l'an III, il les résuma dans le premier chapitre de ses *Révolutions de la médecine* : — c'est que, en second lieu, le travail, donné comme son premier Essai, décèle effectivement la fougue et aussi l'inexpérience de la jeunesse par la surabondance d'idées dont il regorge et dont témoignent le nombre et l'importance de ses digressions, par les discussions scholastiques dont il n'est pas exempt, par les intempérances de langage dont il est émaillé et qui semblent confirmer que sa rédaction date d'une époque où l'écrivain ne surveillait pas encore suffisamment sa plume et laissait passer de téméraires affirmations outrepassant les données de l'expérience, rappelant les écarts théologiques de sa paraphrase du serment d'Hippocrate, et dont il se serait soigneusement gardé en l'an VI.

Ainsi, parle-t-il volontiers, sans en rien savoir, « de l'ouvrier éternel », de « l'Arbitre (avec un grand A), éternel de la vie et de la mort » (t. I, p. 529) ; de « l'ouvrage », du « plan de la nature » (I, 473), etc...

Or, si l'on rapproche les pages où s'étalent ces incongruités et d'autres analogues, du résumé qu'il en a donné au chapitre 1er de ses *Révolutions de la médecine* (I, 10-17) et surtout des conclusions panthéistiques de sa fameuse *Lettre* à Fauriel sur les *Causes premières*, son dernier écrit, on constate facilement que plus Cabanis a avancé dans la vie, plus il semble s'être inspiré de cette maxime de Bossuet (si souvent violée par lui) placée par Pasteur en exergue de son Etude sur la Bière : « le plus grand dérèglement de l'esprit est de croire aux choses parce qu'on veut qu'elles soient » ; plus il s'est assujetti à la prudente méthode ou discipline positive d'avancer pas à pas sur le chemin de la connaissance ; de s'astreindre à ne pas raisonner en fonction du désir mais en fonction de l'observation ; de se garder de conclure d'emblée du connu à l'inconnu ; de ne jamais anticiper sur la démonstration scientifique, sauf sous forme d'hypothèses expressément soumises à la vérification ou à l'infirmation positives ultérieures, c'est-à-dire de se conduire en véritable positiviste. Car si, dans sa *Lettre* audit Fauriel (qui n'était peut-être pas destinée à la publicité), il incline visiblement vers une sorte de panthéisme, a-t-il soin de prévenir d'abord son correspondant que, comme l'avait déjà spécifié le déiste Newton, le problème des Causes premières est un problème insoluble scientifiquement pour longtemps, pour toujours peut-être, vis-à-vis duquel on ne saurait se permettre que des conjectures purement hypothétiques, soufflées par le sentiment et rendues plus ou moins logiques par l'intervention de l'intelligence, mais sans valeur scientifique. Quelques semaines avant sa mort il maintenait cette position en écrivant à Guinguené « adieu mon cher et bon ami, je suis tout à vous pour la vie et, par delà, *s'il y a un par delà* » !

De même, à propos de la « nature » que, dans sa rédaction de 1788, il a présenté comme une sorte de pseudo-déesse remplaçant M. Dieu, ou tout au moins comme une Entité agissante, il prend soin, dans l'édition de l'an VI, d'introduire cette réserve significative qui me semble illustrer à souhait mon interprétation des conclusions de la Lettre : « quand je parle du plan de la nature, je n'entends pas aller au delà de l'énonciation d'un simple fait. Il y a des rapports réguliers et constants entre les diverses parties de l'univers : c'est tout ce que je veux dire. La philosophie des *causes finales* n'a d'ailleurs pu jamais soutenir un examen sérieux, *quoique peut-être l'intelligence bornée de l'homme ait bien de la peine à la rejeter entièrement* ». (T. I, p. 409.)

C'est qu'en l'an VI, son attitude est devenue nettement celle d'un positiviste avant la lettre qui, dans cette portion du domaine de l'inconnu paraissant incognoscible à une époque déterminée, c'est-à-dire inabordable par la méthode scientifique, peut bien se laisser aller, sous l'influence du sentiment, à pencher d'un côté plutôt que de l'autre, vers telle solution logique plutôt que vers telle autre, mais qui ne s'illusionne pas et ne cherche pas à illusionner autrui sur sa portée purement sentimentale et logique. Elle tranche donc avec ses propos inconsidérés de 1788.

Signalons de plus, qu'au lieu de modifier son texte, sans en

rien dire, comme cela lui était loisible, il a préféré ne pas y toucher et introduire sa rectification sous forme d'une Note, ajoutée à l'Introduction.

Quoiqu'il en soit d'ailleurs, il est à peine besoin de signaler que pendant la préparation de ce premier travail, les événements politiques avaient suivi leur cours naturel et n'avaient pas manqué d'agir sur le jeune auteur dans un sens facile à prévoir. Acquis d'avance aux sentiments et aux idées dont procédait la Révolution, il devait embrasser sa cause avec ardeur. Aussi le voyons-nous applaudir à la convocation des Etats généraux et à la fusion des trois Ordres en une Assemblée constituante, courir à Versailles dès le lendemain de la prise de la Bastille pour s'entretenir des répercussions possibles ou probables de la victoire populaire (déjà souillée par le lâche assassinat du gouverneur De Launay) avec ses amis Sieyès, Garat, Volney, etc., qui siégeaient au sein de l'Assemblée (depuis trois jours en permanence) et qui le présentèrent, ce jour-là, à Mirabeau.

On ne s'étonnera donc pas que, de plus en plus enfiévré par le spectacle des événements extraordinaires qui se déroulaient précipitamment autour de lui, il ait été porté à coopérer plus directement qu'il ne l'avait tenté dans son premier Essai, quoique toujours dans le cadre des études se rattachant à la médecine, à l'œuvre de rénovation inaugurée par la Révolution. C'est ce qui eut lieu.

Dans le courant de l'hiver 1789-90, il publia, sous le titre d'*« Observations sur les hôpitaux »*, son premier opuscule médico-sociologico-politique, dans lequel, — après avoir signalé les vices du régime de ces établissements, stigmatisé la gabegie qui avait présidé à leur construction, qui présidait à leur administration (t. II, p. 323), leur manque d'hygiène (p. 328), la dépravation de leur personnel inférieur (p. 324), protesté contre le maintien de lits à 2, 4, et même 6 places, — il s'efforçait de démontrer la supériorité (discutable), sous le rapport de l'hygiène et de l'économie, des hôpitaux de 100 à 150 lits sur les grands ; réclamait le déplacement hors des agglomérations urbaines, dans des lieux librement aérés, des divers établissements hospitaliers, le remplacement, dans la généralité des cas, des infirmiers par des infirmières (p. 334) ; préconisait, entre autres mesures, plus ou ou moins urgentes, la création de Maisons spéciales d'accouchements, de Cliniques ou Ecoles pratiques dans lesquelles « des médecins au courant de la chirurgie, et des chirurgiens au courant de la médecine, seraient tenus de rédiger l'histoire de chaque malade » (p. 333), pour servir à l'instruction professionnelle des Etudiants ; et n'hésitait pas à élever la voix en faveur de cours payants (p. 351).

Cet opuscule, comme le précédent était parsemé de maintes réflexions incidentes, presque toujours suggestives : les unes amorceuses de développements ultérieurs ; les autres rectificatrices de préjugés courants, telle sa dénonciation de l'amoralité ordinaire de la charité.

Il fut suivi de plusieurs mémoires se rattachant au même sujet et d'inspiration analogue, qui s'étagèrent de 1790 à 1793, lorsque, devenu Administrateur des hôpitaux, leur rédacteur devint à même d'étendre le champ de ses observations.

Le tout fut réédité plus tard sous cette étiquette « *Quelques principes et quelques vues sur les Secours publics* », et inspira la plupart des réformes qui furent réalisées ultérieurement dans cet ordre d'idées, tel entre autres l'enlèvement des chaînes aux aliénés dont on rend hommage à Pinel, mais qui avait déjà été préconisé par Cabanis dans ses *Rapports à la Commission des Hôpitaux de Paris* (1790).

Lorsqu'au printemps de 1790, Mirabeau consentit enfin à se reconnaître malade, et à consulter, nonobstant ses prétentions à la compétence médicale, un homme de l'art, il ne voulut pas se confier à d'autres qu'à Cabanis, devenu, depuis leur première rencontre, son ami et, par surcroît, son collaborateur dans les questions d'hygiène, d'enseignement, etc., au même titre que Reybaz, E. Dumont, Duroveray, Pelleux, etc., dans le ressort des questions politiques et économiques. Il reçut de lui les plus sages conseils d'hygiène personnelle et de régime, mais ne se décida à les suivre partiellement que le jour (27 mars 1791) où, au sortir, a-t-on prétendu, des bras de la beauté, il fut terrassé par la plus angoissante des oppressions et dut garder la chambre. En dépit des soins les plus empressés et les plus vigilants de son médecin qui, passant outre à l'opposition du patient, avait tenu à faire appel au concours de deux autres praticiens, le Dr Lachèze et le Dr Antoine Petit (ce dernier médecin du Dauphin), le grand orateur ne cessa de décliner, avec des hauts et des bas jusqu'à la date du 2 avril 1791 où il rendit le dernier soupir après une dramatique agonie.

Sa disparition consterna la bourgeoisie libérale et, à sa suite les couches supérieures du peuple proprement dit, qui s'étaient habituées à compter sur l'esprit politique du grand tribun et sur la puissance de son verbe pour canaliser le torrent révolutionnaire et l'empêcher de tout dévaster sur son passage. Comme il arrive d'ordinaire en pareil cas, les uns, parmi les contemporains, crurent à un empoisonnement, les autres incriminèrent le médecin traitant et le rendirent responsable de la catastrophe. Pour se disculper, notre confrère ne vit rien de mieux à tenter que de publier, avec des éclaircissements appropriés, le journal qu'il avait eu soin de tenir, au jour le jour, de la maladie de son illustre client. Son récit, en plus des renseignements médicaux qu'il nous apporte, nous met au courant de l'attitude, pleine de superbe et tant soit peu théâtrale, du pseudo-titan devant la Camarde, de sa mentalité restée foncièrement déiste, de sa puérile croyance en l'existence d'une Providence divine s'occupant du gouvernement des êtres et des phénomènes terrestres, — superstition regrettable qui lui inspira cette apostrophe grotesque à Cabanis, dans le ton déclamatoire de l'époque : « Tu es un grand médecin, mais il est un plus grand médecin que toi, l'auteur du vent qui renverse tout, de l'eau qui pénètre et féconde tout, du feu qui vivifie ou décompose tout ». (T. II, p. 55). La pauvreté de cette tirade saute aux yeux, surtout quand on la compare au mâle langage tenu par Danton, dans des conditions encore plus dramatiques, devant le Tribunal révolutionnaire par lequel il se savait d'avance condamné.

Poursuivant son émouvante relation, Cabanis nous raconte comment « le corps fut ouvert le lendemain » du décès « vers midi, en présence d'un nombre considérable de médecins et de chirurgiens », parmi lesquels « M. Petit et M. Vicq d'Azyr dont les opinions font autorité dans toutes les parties de la médecine, mais surtout dans l'anatomie » pathologique. « L'estomac », nous dit-il, le duodénum, une grande partie du foie, le rein droit, le *diaphragme* et le péricarde offraient des traces d'inflammation ou plutôt, à mon avis, de congestion sanguine. *Le péricarde contenait une quantité considérable d'une matière épaisse, jaunâtre, opaque.* Des coagulations lymphatiques recouvraient toute la surface extérieure du cœur, à l'exception de sa pointe. La cavité de la poitrine contenait une petite quantité d'eau..... » (T. II, p.. 71.)

Comme on le voit, il n'est fait ici aucune mention de l'aspect criblé comme une écumoire de l'estomac, qui, au dire du baron Despatys, aurait frappé Fourcroy et lui aurait suggéré l'idée d'une intoxication par l'arsenic ou par tout autre poison minéral.

En commentant les constatations relevées ci-dessus, Cabanis, avec sa loyauté coutumière, ne disconvient pas que, « certainement, l'état du cœur et l'épanchement dans lequel nageait cet organe » pouvaient, à bon droit « être regardés comme mortels ». Mais aussitôt, on le voit, non sans surprise, chercher à atténuer la portée de cet aveu, en ajoutant : « je crois, ainsi que Lachèze, dont les lumières et les soins m'ont beaucoup aidé dans le cours de la maladie, que la mort a été déterminée immédiatement par l'affection du diaphragme ; et j'attribue toujours cette affection ainsi que celle du cœur à l'humeur rhumatismale, goutteuse, vague, que nous avions, dès le début, regardée comme la cause. » (T. II, p. 71.)

Or, du rapprochement des constatations de l'autopsie avec les détails de l'observation clinique, rapportés dans le *Journal*, et avec les données actuelles du savoir, il semble ressortir avec évidence que, en compagnie de Lachèze et d'Antoine Petit, il se méprit sur l'affection de son malade et qu'il méconnut la péricardite qui devait l'emporter.

N'en déplaise à Henry de Jouvenel, déplorant « la mal-

chance qu'avait eu Mirabeau de tomber sur un médecin qui avait plus d'esprit que de science », l'erreur se conçoit aisément pour peu que l'on tienne compte des difficultés qui, souvent de nos jours encore, entourent le diagnostic de la péricardite, de la complexité du syndrome présenté, et de la pénurie des moyens d'investigation dont disposaient alors les cliniciens privés de la plupart des ressources modernes de la percussion, de l'auscultation, des ponctions exploratrices, de la radiographie, du cyto-diagnostic, etc., etc.

Il n'est pas certain que Corvisart, davantage familiarisé avec l'étude des affections du cœur, eût abouti à un diagnostic plus précis.

Moins intelligible à première vue, apparaît l'insistance avec laquelle Cabanis, s'acharne à défendre son diagnostic de diaphragmatite, après avoir concédé que les lésions péricardiques révélées par la nécropsie, étaient mortelles.

Pour comprendre son attitude, il faut prendre en considération — d'un côté, les faiblesses de la nature humaine, et la situation particulièrement difficile échue à Cabanis, — de l'autre, l'état des connaissances médicales dans la dernière décade du XVIIIe siècle.

Sous le premier rapport, nous ne devons pas oublier que, d'une façon générale, l'homme est spontanément peu enclin à confesser qu'il est sujet à l'erreur, et encore moins disposé à avouer qu'il s'est effectivement trompé, surtout lorsque l'objet de sa méprise est un ami très cher et très confiant, et, de plus, un personnage politique sur lequel compte un grand peuple pour instaurer un nouveau régime politique capable de concilier le progrès avec l'ordre.

On conçoit facilement que, dans une telle conjoncture, Cabanis se soit raccroché instinctivement à toute interprétation plausible, susceptible d'apaiser les inquiétudes de sa propre conscience si elle en eût, et lui permettant de se justifier vis-à-vis de lui-même et devant une opinion publique désemparée, surexcitée.

Or, à la fin du XVIIIe siècle régnait encore souverainement l'opinion de Van Helmont « que le diaphragme, placé, tout à la fois comme point de séparation et comme moyen de communication entre la poitrine et le bas-ventre, devient, par ses relations et par le voisinage des viscères les plus importants, un centre principal dans l'économie du corps vivant », et que l'importance de son rôle en physiologie se retrouve en pathologie.

Cette conception, pour singulière qu'elle puisse paraître aujourd'hui, était, à ce point, répandue et ancrée dans les esprits que, dans son Essai sur les « Révolutions de la Médecine » composé en l'an III, publié en l'an XII, Cabanis pouvait, sans soulever aucune protestation, la défendre en ces termes : « des faits sans nombre viennent à l'appui de cette opinion. Les médecins de l'Ecole de Montpellier ont recueilli les plus frappants, et les ont présentés, dans différents écrits avec bien plus de méthode et de clarté que n'eût jamais pu le faire Van Helmont » (I, 128).

Semblable manière de voir qui, pour un esprit contemporain, non familiarisé avec la méthode historique, peut paraître bizarre, devient très compréhensible si l'on veut bien considérer avec L. Ramond, l'un de nos meilleurs cliniciens, « *que plèvres, péricarde, péritoine sont des séreuses très voisines qui ont un point de contact commun : le diaphragme dont les réactions, dramatiques en général, sont exactement semblables quelle que soit celle des séreuses précitées qui l'enflamme* ». (In *Presse médicale*, 16-6-1928.)

Comment, dès lors, Cabanis aurait-il résisté à la tentation de se réclamer d'une thèse de physiologie pathologique, jouissant du plus grand crédit auprès des médecins, pour se persuader et essayer de persuader aux autres qu'il n'avait commis aucune erreur sérieuse de diagnostic, aucune faute grave dans le traitement de la maladie en cause. Et il semble bien, en effet, que son argumentation ait fermé la bouche à ses adversaires, car finalement, sa réputation de praticien ne semble pas avoir pâti de la fin tragique, entre ses mains, du premier leader de la Révolution. Mentionnons qu'en ami fidèle de l'homme politique disparu, le courageux médecin profita de la publicité assurée de son plaidoyer pour protester contre les rumeurs de vénalité qui déjà avaient ébranlé la popularité du colosse dans les derniers temps de sa vie. Et ne manquons pas d'ajouter que, dans une note annexée à la réédition de son « Journal », en l'an XI, il n'hésita pas, prenant le taureau par les cornes, à soutenir, non sans d'excellentes raisons, qu'un chef de parti, comme Mirabeau, qui se proposait de maintenir et d'utiliser la Royauté en l'ajustant à la nouvelle situation créée par les événements, pouvait se permettre d'accepter et même de solliciter, de la Cour, des subsides, pour assurer le succès d'une telle politique, sans, pour cela, mériter le reproche de vénalité.

Quoi qu'il en soit de la valeur de ce jugement, aussitôt après la mort du tribun qui serait peut-être devenu, nonobstant son déisme arriéré, un grand homme d'Etat, s'il avait vécu, Cabanis dut accepter la paternité d'un travail assez étendu, écrit de sa main, trouvé dans les papiers du défunt, qui avait trait à l'Instruction publique et qui représentait le thème, soumis à l'homme politique, de quatre discours destinés à être prononcés par lui à la tribune de l'Assemblée constituante.

Ledit travail, ne comportait, en effet rien moins que : 1° le plan général d'un système d'instruction publique depuis la création d'Ecoles primaires jusqu'à celle d'une Académie nationale, à peu près divisée comme le fut plus tard l'Institut ; 2° l'institution de Fêtes publiques, civiles et militaires, destinées à exalter le sentiment social, et qui ne sont pas sans analogie avec celles préconisées au siècle suivant par A. Comte ; la fondation d'un lycée encyclopédique, sorte d'Ecole polytechnique (au sens étymologique du mot) où auraient été élevés, aux frais de l'Etat, 100 jeunes gens choisis parmi les plus méritants, comme étant les plus capables ; 4° des réflexions sur l'éducation de l'héritier présomptif de la couronne et sur l'organisation du pouvoir exécutif.

L'ensemble, selon la remarque de Mignet, « offrait un mélange des traditions de l'antiquité et des idées du XVIIIe siècle, appliquées aux délassements publics et aux institutions intellectuelles d'un grand peuple... ; il se ressentait de l'inexpérience du temps, de la naïve confiance qu'on avait alors de pouvoir modifier arbitrairement l'homme et la société par la réforme de l'éducation et des institutions », confiance « commune aux philosophes » (1), du XVIIIe siècle » (dont Helvétius), « aux législateurs de la Révolution, au fondateur de l'Empire et au conquérant de l'Europe » (In *Not. his.*, I, 373). Notons cependant, avec l'auteur précité, que « Cabanis y parlait de la liberté en politique qui en éprouve l'enthousiasme mais qui en comprend la difficulté ». Il publia, en 1791, ce travail insuffisamment étatiste au gré de Peisse, beaucoup trop à nos yeux, éclairés par la désastreuse expérience de l'incapacité de l'Etat, surtout de l'Etat démocratico-radicalo-socialiste, en matière d'enseignement et, à plus forte raison, d'éducation.

Lorsque, en l'an III, furent constituées et organisées les Ecoles centrales dont l'institution avait été décrétée en l'an II, Cabanis se vit nommer Professeur à celle de Paris et fut chargé d'un cours d'Hygiène.

C'est à la fin de la même année qu'à l'instigation de Garat, alors Commissaire de l'Instruction publique, il entreprit de rédiger un aperçu sur « Les Révolutions et la Réforme de la Médecine » qui, dans sa pensée était destiné à servir d'Introduction à un « ouvrage beaucoup plus étendu, au cours duquel toutes les parties de la Médecine auraient été ramenées à des éléments très simples, avec indication, pour chacune, de la méthode la plus propre à en diriger, avec sûreté, l'étude et l'enseignement ». Malheureusement, les diversions de la Politique et les avatars de sa santé empêchèrent l'auteur de réaliser ce vaste plan. Aussi l'Introduction (dont les dernières lignes sont

(1) Je le vois trop ; les soins qu'on prend de notre enfance,
Forment nos sentiments, nos mœurs, notre croyance.
J'eusse été près du Gange esclave des faux dieux,
Chrétienne dans Paris, musulmane en ces lieux,
L'*instruction fait tout* : et la main de nos pères,
Grave en nos faibles cœurs ces premiers caractères,
Que l'exemple et le temps nous viennent retracer,
Et que peut-être en nous Dieu seul peut effacer.
(VOLTAIRE, in ZAIRE.)

datées du 30 germinal, an III), composée de deux parties, l'une relative à l'évolution de la Médecine, depuis son origine, l'autre consacrée à sa réforme, resta-t-elle la seule partie du travail dont il eut exécuté l'ébauche. « Je m'étais refusé » déclare-t-il en ventose de l'an XII, « à la rendre publique, dans l'espoir de compléter un jour l'ouvrage entier tel que je l'avais conçu. Mais le dépérissement total de ma santé ne me permet plus de nourrir cet espoir, qui fut toujours peut-être beaucoup trop ambitieux pour moi. Je finis donc par céder aux vœux de quelques amis, et par livrer au public cette faible esquisse. J'aurais voulu la rendre plus digne de lui et d'eux : mais la même raison qui m'engage à la tirer de mon portefeuille m'ôte *le courage et les moyens de la perfectionner.* »

Pendant qu'il s'actionnait de tout cœur à ce travail, la crise politico-sociale se déroulait selon le rythme propre à toutes les révolutions victorieuses, nées d'en bas, c'est-à-dire en tendant de plus en plus vers la démagogie : la journée du 10 août de l'année 1792 avait sonné le glas de la royauté capétienne, héréditaire, de droit divin, et annoncé l'avènement prochain de la République.

En lui-même, l'événement n'avait rien qui put déplaire particulièrement aux hôtes de la villa Quentin de la Tour. Il avait même apporté à Mme Helvétius la satisfaction de voir attribuer le nom de son mari à la rue Sainte-Anne qu'elle avait si longtemps habitée avec lui, par un décret du Conseil général de la Commune de Paris, daté du 21 septembre 1792, rappelant les mérites du titulaire et les motifs de l'hommage ainsi rendu à sa mémoire.

Mais cette satisfaction devait être de courte durée, car, dès le 5 décembre suivant, l'incorruptible Maximilien, digne disciple du vertueux Jean-Jacques, fulminait, du haut de la tribune des Jacobins contre le livre de « L'Esprit » coupable, à ses yeux de myope incurable : 1° de méconnaître l'existence et l'intervention quotidienne d'une Providence anthropomorphique, construite, par son cerveau étriqué de dégénéré, sur le plan de sa triste personnalité ; 2° de donner pour base, à la Morale, l'intérêt bien entendu, c'est-à-dire la liaison de chaque intérêt personnel à l'intérêt public. Comme sanction de son discours, il obtenait, du célèbre Club, honteusement tombé sous sa dépendance, le bris du buste de l'auteur, et du buste de Mirabeau, qui ornaient la salle des séances.

Cette manifestation d'intolérance annonçait les sombres jours de la Terreur qui devaient suivre le décret d'arrestation des Girondins du 2 juin 1793 et se prolonger jusqu'au 27 juillet 1794, après l'assassinat juridique des Dantonistes.

Cabanis avait bien des motifs de redouter les rigueurs du Comité de Salut public, devenu Robespierriste, en raison de ses relations, présentes ou passees, avec la veuve de l'écrivain vilipendé par le dictateur, avec Mirabeau dont les restes avaient été exhumés et jetés hors du Panthéon, avec Condorcet qu'une mort subite dans la maison d'arrêt de Bourg-la-Reine (probablement due à l'ingestion d'un poison précisément fourni par Cabanis), avait seule soustrait à la guillotine ; avec Roucher et Malesherbes traînés à l'échafaud sous les huées de l'ignoble populace parisienne ; avec Garat, Destut de Tracy, La Roche, incarcérés, etc., etc. Cependant, malgré qu'il eut dédaigné de se cacher et repoussé la planche de salut qui s'offrait à lui, en acceptant d'aller représenter son pays à Washington, il eut la chance de traverser sain et sauf, avec Mme Helvétius, cette ère sanglante, sans avoir été sérieusement inquiété, — grâce probablement aux sentiments de reconnaissance des habitants de la localité pour leur médecin habituel et sa mère adoptive surnommée, par Franklin, Notre-Dame d'Auteuil, sentiments qui, vraisemblablement détournèrent les dénonciations malveillantes.

C'est pendant cette année tragique que, pour distraire sa bienfaitrice des tristesses et des préoccupations de l'heure et se libérer lui-même, pour un moment, de l'abominable cauchemar qui pesait sur leur pensée, Cabanis, entreprit de traduire, dans notre langue, six *Nouvelles* de Meissner, la *Stella* de Gœthe, l'idylle grecque de Bion sur la *Mort d'Adonis*, et l'élégie anglaise de Gray sur le *Cimetière de campagne*, — traductions qu'il publia ultérieurement (1796) en les dédiant à son inspiratrice.

Lorsque la journée du 9 thermidor, an II (27 juillet 1794), eut renversé du pouvoir, avec le hideux robin d'Arras et ses principaux acolytes, les plus dangereux terroristes, la vie reprit à Auteuil comme dans le reste de la France, le salon de Mme Helvétius rouvrit ses portes aux survivants de la Terreur qui l'avaient naguère fréquenté, auxquels devaient se joindre, à des dates diverses, Destut de Tracy, Garat, Marie-Joseph Chénier, Volney, Guinguené, Daunou, la Romiguière, Thurot, Fauriel, Lebrun-Pindare, Jacquemont, Andrieux, Pinel, Richerand, Alibert, Pariset, de Gérando, Maine de Biran, Fontanes, etc.

Nous avons signalé comment, en l'an III, Cabanis avait été promu professeur d'Hygiène à l'Ecole centrale de Paris. L'année suivante, il passa à la chaire de Clinique interne, dite de perfectionnement, créée à l'Hospice de l'École et destinée à doubler celle de Médecine, occupée, à la Charité, par Corvisart. Le but en avait été si vaguement formulé qu'il était loisible à son titulaire d'en régler le programme comme il l'entendait, conformément à ses vues particulières. En l'absence d'une réalisation effective, on est conduit à conjecturer qu'il eût le dessein d'en faire un cours de méthodologie médicale analogue à celui dont il avait préconisé l'institution dans l'un de ses projets de discours pour Mirabeau et dont il devait réclamer deux ans plus tard, la réalisation officielle dans son *Rapport au Conseil des Cinq Cents sur l'organisation des Ecoles de médecine.* On sait, que si A. Comte, après avoir paru un instant favorable à cette manière de voir, ne tarda pas à prendre position contre elle, estimant irrationnel de séparer l'étude de la méthode de chaque science de l'étude de la science correspondante, elle fut reprise par divers penseurs, à l'esprit philosophique, notamment par J. Stuart-Mill de Roberty, etc. Le premier a prétendu instituer une science de la Logique, indépendante de ses diverses applications, c'est-à-dire une « science des opérations intellectuelles qui servent à la preuve », ou, en d'autres termes, « une science du procédé général consistant à aller du connu à l'inconnu, et des autres opérations de l'esprit en tant qu'auxiliaires de celui-là. »

Audit projet de Cabanis, se rapporteraient deux discours trouvés, après sa mort, dans ses papiers, et que Peisse estime avoir été rédigés pour servir de leçon d'ouverture et de leçon de clôture au cours en question : le premier exposant le plan général du Cours et les traits principaux de la médecine Hippocratique ; le second rappelant éloquemment les devoirs du médecin, d'après Hippocrate, illustrés par l'histoire de sa vie, le tout émaillé de considérations de la plus haute portée sur la méthodologie ainsi comprise (t. V, 97-102, 149, 175), sur la nécessité de procéder de temps à autre à la révision des idées en apparence les plus certaines, sur la tendance de l'esprit humain à toujours lier ses connaissances (133), sur l'observation sans hypothèse (152, 155), les erreurs involontaires, l'infériorité prétendue des Latins par rapports aux Grecs (109, 111) ; sur la morale utilitarienne de l'intérêt personnel bien entendu (95, 121-122, 137-138, 172) ; sur la nécessité, pour le médecin, d'étudier le moral ; sur ses devoirs envers les malades, la société (123), la science ; sur ses conditions de réussite ou d'insuccès ; sur les vertus des médecins....

Vers la même époque (au commencement de l'an IV), il fut amené à publier, dans « Le Magasin encyclopédique » un article sur le *Supplice de la guillotine*, en réponse à M. Œlsner et Sœmmerring, au citoyen Sue qui, s'appuyant sur les mouvements des membres et de la face observables, durant quelques minutes après la décapitation, soutenaient que la section du cou par la « mécanique » de Guillotin n'entraînait pas une mort immédiate, — opinion qui avait eu pour résultat de bouleverser, d'affoler les parents des victimes de ce mode d'exécution. Cabanis s'attacha à démontrer que ces mouvements ne prouvaient ni la persistance de la sensibilité consciente, ni par conséquent, l'existence de la douleur, qu'ils dépendaient de restes de vie locale *sans conscience* ; qu'au surplus, il était difficile de concevoir la possibilité de la persistance d'une vie consciente après l'arrêt de la circulation et de la respiration déterminé par la section du cou, après l'hémorragie consécutive, etc. Ces conclusions rencontrèrent l'adhésion générale et l'ont conservée, malgré qu'en ces derniers temps Serge Voro-


PILULES DU Dr DEBOUZY
OPOTHERAPIE BILIAIRE INTÉGRALE
INSUFFISANCE HÉPATIQUE
LITHIASE BILIAIRE
ICTÈRES
CONSTIPATION
DIABÈTE
TUBERCULOSE
ENTÉROCOLITE
4 à 8 PILULES PAR JOUR
efficaces et toujours bien tolérées
0gr.30 d'extrait de bile totale
environ 3gr. de bile fraîche par pilule
LABORATOIRES LONGUET
34, RUE SEDAINE - PARIS

noff ait repris l'opinion contraire, sans l'étayer d'ailleurs d'aucun nouvel argument probant (in *La Conq. de la vie.*)

Selon sa coutume, l'auteur avait saisi l'occasion de cette dissertation pour anticiper sur quelques-unes des vues qu'il devait développer ultérieurement dans les *Rapports du physique et du moral de l'homme*, xxij : notamment sa croyance à l'influence des fonctions de la vie organique viscérale sur la perception des sensations et la production de la pensée, croyance qui est à la base de sa théorie des rapports du physique et du moral, et qui a été consacrée, en quelque sorte, par les recherches modernes sur la cénesthésie, etc...

Nous avons vu que sa mort subite dans la prison de Bourg-la-Reine avait seule empêché Condorcet de monter à l'échafaud. Or, avant de quitter la pension de Mme Vernet et la rue Servandoni, le dernier des Encyclopédistes avait pris soin de charger Cabanis de veiller sur le sort de sa femme et de sa fille. Celui-ci n'avait garde de négliger une pareille recommandation. La famille de son ami devint, dès lors, la sienne, et il consacra en quelque sorte cette pieuse adoption en épousant le 25 floréal an IV (14 mai 1796), Charlotte de Grouchy, alors âgée de vingt-huit ans, avec laquelle il présentait quelques traits de ressemblance physique, qu'il courtisait depuis plusieurs mois, et qui était la sœur de Mme de Condorcet et du vaillant général sur lequel Napoléon devait chercher à rejeter la responsabilité du désastre de Waterloo, alors que, dans la réalité, Grouchy n'avait fait qu'exécuter les ordres formels et réitérés de son chef en marchant sur Wavre et en se maintenant dans cette direction, — comme l'ont reconnu, du reste les appréciateurs impartiaux de la victoire de Wellington et de Blucher, tels Emile Ollivier, E. Lorient, etc.... De cette union naquirent deux filles qui survécurent à leur père.

C'est à la fin de cette même année et au commencement de l'an V, que, devenu membre de l'Institut, dans la section de l'Analyse des sensations et des idées, il lut avec le plus grand succès, les six premiers Mémoires de son grand travail sur les *Rapports du Physique et du Moral de l'homme*, dans lesquels, creusant le chemin ouvert par F. Bacon (in *Dign. et accroissement des Sc.*, L. IV, chap. I), et développant les aperçus que lui-même avait semés dans ses écrits antérieurs, analysant les rapports de l'organisation physique de l'homme avec ses facultés, l'histoire physiologique des sensations, l'influence, sur les idées et sur les affections morales, des âges, des sexes, des tempéraments, il s'efforçait d'établir, à l'encontre des spiritualistes, qu'aucune observation probante n'autorise à supposer et, encore moins, à certifier l'existence d'une âme distincte du corps, en mesure de lui survivre et lui survivant ; que les opérations intellectuelles sont une résultante du fonctionnement du cerveau qui fabrique et élabore le sentiment, l'idée, la volition, par transformation de ses sensations, comme l'estomac digère et transforme les aliments en chyme, comme le foie sécrète la bile.

Le succès de ces communications successives fut énorme, et leur ensemble fut salué comme le plus beau monument de la renaissance des études scientifiques.

En l'an VI (1797), il se décida à publier son Essai sur le *Degré de certitude de la Médecine* composé, en 1788 et, comme nous l'avons vu, resté, depuis lors, dans ses cartons.

Elu, en mars 1798, membre du Conseil des Cinq Cents par la section du Collège électoral siégeant à l'Institut, il prit, à diverses reprises, la parole sur des sujets se rattachant à la Médecine ou à l'Hygiène, notamment le 29 brumaire de l'an VII où il donna connaissance d'un important *Rapport* sur l'organisation des Ecoles de Médecine, dans lequel, développant ses idées antérieures, il préconisait la plupart des modifications introduites postérieurement dans l'instruction et la pratique médicales (institution d'Ecoles secondaires de médecine : fondation de chaires d'anatomie pathologique, de clinique d'accouchement, de pharmacologie, de méthode générale : interdiction absolue des remèdes secrets, etc....)

En l'an VIII (1799), il avait été transféré de la Chaire de Clinique interne, dite de perfectionnement, à celle de Médecine légale et d'Histoire de la médecine qui semblait particulièrement appropriée à la forme de son esprit, à ses goûts, à la variété et à l'étendue de son savoir. Malheureusement, l'état de sa santé ne lui permit pas plus de faire ce cours que les précédents, de sorte qu'il n'a jamais professé bien qu'ayant été successivement titulaire de trois chaires différentes à l'Ecole de Paris. A plusieurs reprises, il offrit, avec insistance, sa démission, mais elle fut toujours repoussée. On ne put, du moins, l'empêcher de consacrer l'intégralité des émoluments de la place qu'il occupait sans pouvoir la remplir, à la Bibliothèque de l'Ecole, à l'encouragement des recherches anatomiques, à la réception gratuite d'un élève.

En 1802, il fit paraître la première édition de son Etude sur les *Rapports du physique et du moral de l'homme* en complétant les six premiers mémoires, imprimés de 1798 à 1799, dans le recueil des travaux de la classe de l'Institut à laquelle il appartenait, par six nouveaux ayant trait : à l'influence des tempéraments et des maladies sur la formation des idées et des affections morales ; à celle du régime et des climats sur les dispositions et les habitudes morales ; à des considérations concernant la vie animale, les premières déterminations de la sensibilité, l'instinct, la sympathie, le sommeil et le délire ; à l'influence du moral sur le physique (qu'après F. Bacon, il avait déjà traitée incidemment dans les Révolutions de la Médecine) ; aux tempéraments acquis.

Cette édition, qui mit l'œuvre complétée à la portée du grand public, obtint le plus vif succès, notamment auprès de Benjamin Constant et fut saluée, par Destut de Tracy, comme « l'un des plus beaux monuments du temps et l'un de ceux qui devaient « le plus contribuer à la gloire du siècle où l'on entrait » bien que, à vrai dire, ces six derniers Mémoires fussent inférieurs à leurs aînés, de l'aveu même de Cabanis réduit à écrire, à leur sujet, ces lignes attristées : « C'est au milieu des langueurs d'une santé défaillante que j'ai pris la plume : il est impossible que mes idées ne se ressentent pas de la disposition dans laquelle, je les ai rassemblées. Au reste, mon objet est de montrer l'influence de la maladie sur les fonctions morales : l'auteur en sera lui-même sans doute le premier exemple ; et je dois craindre de prouver par là que trop bien la thèse générale que j'établis ». (T. III, p. 438.)

Nonobstant cette réserve, il n'est pas douteux que la publication de ces derniers Mémoires, à la suite des premiers, eut son utilité en présentant aux lecteurs le problème dans son ensemble, dans sa complexité, et en le retournant sous presque toutes ses faces. A l'opinion de Descartes qui, soit par prudence, soit par conviction, avait établi un dualisme presque absolu entre l'âme et le corps ; à la conception de Leibnitz d'après laquelle, les rapports de l'âme et du corps tenaient à une harmonie préétablie, en vertu de laquelle ils agissaient synchroniquement ; à celle de Bichat d'après laquelle le sentiment avait pour siège l'organe cœur, il substituait cette conception éminemment positive, basée sur l'observation et l'expérience, que l'ensemble des facultés du sentiment, de l'intelligence, du caractère, représentent des fonctions du cerveau qui, de par son activité propre, transformait les sensations en sentiments, en pensées, en volitions, comme l'estomac transforme les aliments en chyme.

(*A suivre.*) Constant HILLEMAND.

Bactériologie, physico-chimie et clinique. — « ... Par cet esprit dualiste, Widal épargna à l'école médicale française contemporaine l'écueil où devaient se heurter certaines écoles étrangères. Eblouis en pénétrant dans les domaines merveilleux de la bactériologie et de la physico-chimie, les chefs de ces écoles se sont imaginé que l'examen du malade pouvait se réduire à la recherche du germe pathogène, ou à des dosages chimiques, ou encore à des réactions biologiques effectuées dans les humeurs de l'organisme. Ils ont oublié que c'est le médecin qui doit diriger l'homme de laboratoire dans ses investigations et que les résultats du chimiste ou du bactériologiste doivent être mis en regard des constatations cliniques: c'est ici que doit intervenir l'esprit de jugement, la notion des valeurs... » (PASTEUR VALLERY-RADOT. Fernand Widal et la médecine contemporaine, *Revue des Deux Mondes*, 5 juin 1931.)

Contribution à l'étude de la psychologie différentielle des Juifs

Par Dina WOLBERG-SOBOLÉVIC

Les recherches suivantes constituent une contribution à l'étude de la psychologie différentielle des Juifs.

Lorsqu'on compare l'état psychique d'un groupe d'individus analogues avec celui d'un autre groupe, on fait valoir la psychologie différentielle de ces groupes : il en est ainsi lorsqu'on compare l'état psychique des Nègres avec celui des Américains de race blanche, d'une tribu nègre avec celui d'une autre peuplade apparentée, des citadins avec des campagnards. C est dans ce sens que nous voudrions comparer ici le comportement psychique des Juifs allemands avec celui des Allemands.

Nous laissons, de côté, la question de savoir si les différences constatées dépendent d'une différence anthropologique des races et si, par cela même, on doit envisager la différence comme étant une différence de races. On est facilement enclin à envisager la différence qui existe entre les Suédois et les Espagnols par exemple, comme étant une différence de races. La différence entre un industriel espagnol et un vigneron espagnol est souvent mise en partie sur le compte de la différence des races.

La différence que nous étudions peut être considérée comme étant une différence de races ; mais on ne peut toutefois affirmer avec assurance jusqu'à quel point cette conception est exacte. Momentanément, nous nous en contentons ; car cela nous donne le moyen d'étudier les différences entre des groupes psychiques variés.

La marche de cette étude n'est pas sans présenter quelques difficultés. La dissémination géographique des Juifs, leur présence dans les divers pays rendent plus ardue une étude psychologique ; les divers états sociaux et économiques dans lesquels se trouvent aussi bien les Juifs que les autres races, les diverses traditions de culture, les diverses mœurs présentent autant de difficultés, de sources d'erreurs pour une étude comparative. Il faut, aussi, noter que grâce à leur dissémination, les Juifs peuvent se trouver sous l'influence modifiante d'une culture étrangère.

En plus de ces difficultés au cours de l'étude psychologique des Juifs vous voyez la question compliquée par des causes ajoutées ou bien fondamentales.

Ainsi Ruppin (1), en comparant les observations scolaires recueillies dans une école supérieure de jeunes filles où il y a des élèves juives et non-juives, trouve que les élèves juives restent en arrière pour toutes les études et pour l'application, mais que, par contre, elles devancent les autres pour le chant. Scheibner (2) fonde son opinion sur les résultats de 15 ans d'observation dans une école supérieure de filles. Il trouve deux points culminants dans le développement psychique des Juives à la période scolaire, entre 6 et 20 ans : à l'entrée à l'école, poussée de développement qui va en diminuant jusqu'à 12 ou 13 ans ; puis, à ce moment, nouvelle reprise de développement intellectuel qui diminue progressivement. Deuchler (3) essaie d'étudier les données de Schneibner suivant ses méthodes personnelles. D'après lui, les élèves juives ont une poussée de développement qui atteint son maximum vers l'âge de 8 ans et demi, puis qui tend à régresser jusqu'à environ 10 ans et demi. L'étude d'Adler (4) contient, aussi, des considérations sur la question de la capacité chez les élèves juives et chez celles qui ne le sont pas. Adler pense pouvoir affirmer, en se fondant sur sa longue expérience scolaire, l'impossibilité de mettre sur le compte de la race la différence des capacités. Une étude pédagogique de Marcus Elias (5) accompagnée d'une statistique d'enfants juifs type montre une certaine différence entre les garçons et les filles juives. J. et R. Weintrob (6) ont employé pour l'étude des capacités intellectuelles une méthode personnelle qui est une méthode de Binet-Simon modifiée. Ils poursuivent leurs études dans trois écoles de New-York : l'une des écoles était un asile pour orphelins, les enfants qui y entraient provenaient de bas-fonds de la société : les deux autres écoles avaient aussi bien des enfants juifs que non-juifs ; il y avait des Italiens, des Allemands, mais le plus grand nombre était Américain ; au point de vue social et familial, l'une de ces deux écoles avait des élèves d'un milieu aisé moyen et l'autre d'un milieu ouvrier et petits commerçants. Malgré les différences sociales et familiales, malgré la diversité d'origine, J. et R. Weintrob n'ont pas trouvé une différence notable du niveau intellectuel des différents groupes d'écoliers.

Jerkes (7) a étudié le niveau intellectuel dans des écoles populaires des Etats-Unis d'Amérique. Dans une des écoles, il divisa les sujets à étudier en deux groupes, ceux qui descendent de parents parlant anglais et ceux dont les parents ne parlent pas anglais. Ce dernier groupe était en grande partie constitué d'enfants juifs et portugais. Jerkes constata que, les difficultés de langage étant mises de côté, il n'existait qu'une très petite différence entre les deux groupes.

Melamed (8) se base dans ses études sur l'esprit spécifique de la race ou du peuple. Dans son étude, il touche les questions de religion, de langue, de littérature et de force de la sélection. Par l'analyse psychologique, il cherche à préciser l'aspect de l'intellect primitif ainsi que ses racines psychologiques. Les recherches de Zollschan (9) ne se bornent pas aux seules questions psychologiques, il considère aussi la culture et la politique, ces études ont un certain intérêt psychologique. Les divers points de vue de Scheibner et de Deuchler, mes recherches aussi, composent le travail de O. Nemecek (10). Il étudia certaines écoles viennoises où le pourcentage des Juifs était considérable. Il compare tout d'abord les élèves juifs et non-juifs pour ce qui est de leur conduite, de leur application et de leur capacité de travail. Puis il cherche à préciser les différents types d'élèves de différentes classes en appréciant leur façon de décrire, d'observer, de sentir un même tableau qu'il leur montre.

Il examine aussi chez ces élèves la rapidité d'association d'idées, d'écriture. Je ne citerai qu'un exemple emprunté à cet auteur : les Juifs ne semblent pas occuper une première place pour ce qui est de l'enseignement de l'histoire naturelle ; d'après Nemecek, ce fait expliquerait par la moindre capacité d'observation chez les élèves juifs. Dans cette observation, ce qui nous intéresse uniquement c'est le fait d'une plus faible capacité d'observation visuelle chez les Juifs.

Cette constatation d'une moindre capacité d'observation visuelle nous a semblé avoir assez d'intérêt pour mériter une étude expérimentale et les recherches que nous allons exposer se proposent l'étude de la capacité visuelle, de la capacité d'observation, du souvenir visuel, de la capacité de combinaison suivant des textes déterminés, dans des groupes d'étudiants, de collégiens et d'écoliers des écoles primaires juifs et non-juifs.

***

Les sujets d'expériences. — Nos recherches englobent 155 sujets d'expériences : 50 étudiants, 45 élèves de gymnases âgés et 10 plus jeunes, 40 élèves des écoles populaires.

Premier groupe. — On fit un certain nombre d'expériences sur des étudiants de l'Université de Iéna, 36 étudiants juifs de Pologne, Lithuanie et Lettonie, et 25 qui ne l'étaient pas et qui étaient tous Allemands.

La langue courante des Juifs était le yiddish et, parfois, le russe. L'âge des sujets variait de 20 à 27 ans.

Parmi les étudiants non-juifs, il y avait un étudiant en droit, un en mathématique, trois en philosophie, cinq en philologie, sept en psychologie et huit en pédagogie ; parmi les étudiants juifs, un étudiant en philologie, deux en droit, quatre en agriculture, six en médecine, douze en économie politique. Parmi les non-Juifs, il y avait sept élèves d'écoles populaires, dont trois au moment de l'expérience travaillaient ; les Juifs étaient tous d'anciens élèves des écoles communales. Les sujets d'expérience, non-Juifs, avaient reçu leur instruction générale au gymnase, à la realschule, sept d'entre eux sortaient d'un séminaire de maîtres d'écoles. Parmi les Juifs il y avait des élèves de gymnases et neuf élèves de realschule.

Pour ce qui est de l'instruction artistique, pour le dessin, les non-Juifs paraissent être plus favorisés. Je note en passant qu'on n'a pas encore établi l'influence du dessein sur le développement de la capacité visuelle. Pourtant, je suppose que l'instruction différente pour ce qui est du dessin dans les deux groupes n'a pas été sans influence sur les résultats de nos expériences.

BIBLIOGRAPHIE

L'œuvre du service de santé en Algérie (1830-1930)
Paris. Lib. Ch. Lavauzelle

Un ouvrage historique qui figurera dans la bibliothèque de tous ceux qu'intéresse la colonisation, dans celle de tous les médecins, de tous les hygiénistes, qui aura une place d'honneur parmi les livres des médecins et officiers du Corps de Santé militaire.

L'étude historique, étayée sur les relations épidémiologiques est parsemée de biographies scientifiques où nous rencontrons (et parfois avec des inédits) les grands noms de Baudens, Sedillot, Maillot , Laveran, Vincent pour ne citer que les plus célèbres.

Livre précieux pour le Corps de Santé, car ce sont les médecins qui ont fait l'Algérie et aussi parce que des générations de médecins militaires ont été faites par l'Algérie.

Je déplore que la liste des médecins, pharmaciens, officiers d'administration tués au feu ou morts du choléra, du typhus, de la diphtérie aient été consignés sur une feuille volante dont la destinée est par définition de s'envoler.

C'est aux premières pages de l'ouvrage que devaient figurer ces noms. Pourquoi faut-il que, malgré d'évidents progrès, les publications administrativo-militaires soient presque inévitablement marquées de fautes de ce genre à la fois vénielles et lourdes. On dirait que les *médecins-officiers bureaucrates* chargés de ces publications officielles n'ont jamais visité une imprimerie, ouvert un livre, feuilleté une revue.

Et cette singulière particularité encore de rejeter dédaigneusement en bas de page, presque illisibles les noms des auteurs des mémoires qui composent ce volume, mémoires dont certains sont *excellents*. A-t-on craint d'étaler leur mérite et par là de provoquer la jalousie de quelque *médecin-officier-gratte-papier* ?

Quelle drôle de conception du commandement que de vouloir que tout ce qui vient du commandement soit pesant, rebutant et ... anonyme.

La préface il est vrai est de Toubert. C'est dire qu'elle joint à la profondeur l'élégante clarté qui distingue ce Maître.

Les auteurs de l'*Œuvre du Service de Santé en Algérie* ont pu mesurer les difficultés que leur a valu l'absence de documents relatifs à certaines périodes.

Je veux espérer que la Direction prend les mesures nécessaires pour que nos successeurs ne se heurtent pas à semblables lacunes en ce qui a trait à la *Tunisie*, au *Maroc*, au *Levant* et ... à la *France*.

A-t-on réellement fait le nécessaire au sujet de la *Rhénanie* ?

Les sévères états bien alignés et les pompeuses et souvent menteuses statistiques sont une belle chose. Mais il y a mieux : Ce serait de donner de la *chaleur*, de la *vie* aux subordonnés en leur inculpant que chaque ouvrier de l'heure doit se considérer comme un moment de l'histoire, qu'il doit — par les temps heureux comme par les temps néfastes — apporter à celle-ci sa contribution en laissant le témoignage de ce qu'il a vu, pensé, ressenti lors des actions auxquelles il a participé, des tâches auxquelles il a collaboré.

Contrairement à l'axiome vénéré dans les sphères élevées, les hommes ne sont pas des automates insensibles, indifférents.....

La *chaleur*, la *vie* dont le chef du *Corps de Santé* doit animer ce *Corps*, c'est à peine si j'en ai jamais ressenti quelques effluves exceptionnels — si ténus, si ténus — au cours de mes quarante années de services.

Cependant ce sont des forces magnifiques, magnifiquement fécondes qui surgiront du *Corps de santé militaire* le jour où le chef saura leur donner l'essor, le jour où sera rejetée la chape férocement maintenue par de vigoureux *médecins-officiers-ronds-de-cuir* qui protégés du coryza en temps de paix, des obus en temps de guerre semblent n'avoir d'autre mission, au cours de leur carrière archi-fructueuse, que d'étouffer les valeurs et, en dépit de la componction, de l'épaisse gravité de leurs paroles et de leurs écrits, que de nuire à la prospérité d'une Maison qui gagnera *infiniment* à tous points de vue lorsqu'elle aura décidé de les envoyer au grand air, de remettre périodiquement en place due ces vaniteux, parfois hargneux presque toujours envieux personnages.

D. G. S. P.

Annuaire médical des Stations thermales et climatiques françaises, Sanatoriums, Maisons de Santé. — L'édition de 1931 de l'Annuaire médical des stations hydrominérales climatiques et balnéaires de France, sanatoriums et maisons de santé, vient de paraître.

Cette importante publication, comprenant près de 800 pages, rassemble tous les renseignements d'ordre scientifique et pratique concernant les diverses stations de séjour françaises et les établissements médicaux.

Dans la première partie du volume toutes les stations thermales sont passées en revue, et sur chacune d'elles une abondante notice illustrée donne les renseignements les plus complets, qui peuvent être de quelque utilité pour le médecin praticien.

La deuxième partie du volume est consacrée aux stations climatiques et aux stations balnéaires françaises, ces dernières étant groupées par régions : région du Nord, région de la Manche (plages de la Normandie, plages de la Bretagne), région de l'Océan et côte basque.

Au début du volume est publié l'annuaire complet des médecins exerçant dans les différentes stations thermales, climatiques et balnéaires, et enfin à la suite est publiée une note très détaillée sur la législation, l'administration et les groupements scientifiques et techniques intéressant l'hydrologie et la climatologie.

Il est rappelé au Corps médical qu'un exemplaire de ce volume est mis gracieusement à sa disposition, et tous les médecins-praticiens qui n'auraient pas encore reçu une édition de cet ouvrage ou qui n'auraient en main que l'édition de 1927, sont priés d'adresser leur demande dans le plus bref délai, à la Direction de l'*Annuaire médical* des stations françaises, 23, rue du Cherche-Midi, à Paris (6e), un exemplaire de la dernière édition leur sera immédiatement envoyé.

Les Editions diététiques Heudebert

Les *Editions diététiques Heudebert* viennent de faire paraître le fascicule des brochures de régime consacré au régime des maladies du rein.

Conçu dans le même esprit pratique que les brochures précédentes *Le régime des maladies du rein* sera bien accueilli à la fois par le médecin auquel il évitera de longues et fastidieuses énumérations et par le malade auquel il permettra de suivre sans monotonie les prescriptions médicales.

On y trouve des tableaux analytiques des aliments courants, des exemples de menus, de nombreux conseils pratiques et plus de cent recettes culinaires spécialement étudiées pour le régime des maladies du rein.

Le régime des maladies du rein est en vente au prix de 3 fr. 50, dans les pharmacies, herboristeries, maisons de régime, mais les Laboratoires Heudebert l'adressent gracieusement à MM. les docteurs qui leur en font la demande.

Ecrivez donc pour recevoir « *Le régime des maladies du rein* » aux : Laboratoires Heudebert, 85, rue Saint-Germain, à Nanterre (Seine).

Second groupe. — Elèves de gymnases, âgés de 15 à 18 ans. Soit 20 élèves non-juifs des différentes années d'études du gymase de Iéna et 25 Juifs de la realschule juive de Wielkowiski du même âge. L langue courante est l'hébreu ; les élèves parlent entre eux yiddish ou bien l'hébreu.

Pour ce qui est des leçons de dessin, les élèves non-juifs semblent être supérieurs aux juifs.

Troisième groupe : 10 élèves de gymnase juifs, 40 écoliers des écoles populaires, dont 15 Juifs et 25 non-Juifs. Ils sont tous âgés de 8 ans 1/2 à 10 ans 1/2.

Il faut mentionner, avant de comparer les élèves de gymnase juifs avec ceux qui ne le sont pas, que ces derniers sont plus âgés de un ou deux ans. C'est pourquoi nous avons pris, à la place des élèves de gymnase non-juifs, 10 écoliers des écoles populaires du même âge et appartenant au même milieu que les élèves de gymnase juifs.

Les études sur les écoliers non-juifs des écoles populaires furent poursuivies dans deux écoles de Iéna, et celles sur les écoliers juifs dans une école populaire juive de Wilkowiski, dans le programme de laquelle entrent l'hébreu, la religion hébraïque et la langue du pays.

Enfin j'ai aussi fait des études sur des écoliers (10) âgés de 9 à 10 ans non-juifs à l'école populaire allemande de Wilkowiski, ce sont des enfants d'Allemands établis à Wilkowiski. Cette école populaire est une école de quatre années d'études élémentaires, où, à côté des sujets d'études habituelles enseignés en allemand, on étudie la langue du pays.

***

Quelques généralités sur les expériences. — Les sujets que j'ai étudié et qui étaient Juifs ne possédaient pas aussi bien la langue allemande que ceux qui n'étaient pas Juifs ; c'est pourquoi j'ai dû abandonner toutes les recherches au cours desquelles les sujets auraient dû parler. Les exposés verbaux faits par les sujets d'expérience auraient pu donner des précisions sur leur capacité visuelle, sur leur capacité d'observation et d'attention. Chez nos sujets, ces expériences n'étaient pas possibles, car un des groupes ne possède que des connaissances très restreintes de la langue allemande.

Nous devions donc choisir des méthodes où le moment verbal n'occupe que le second plan. Pour mes recherches, j'ai employé quatre méthodes différentes d'expériences :

1° la reconnaissance des figures déjà vues ;

2° la reconstitution d'un tout d'après une de ses parties constitutionnelles ;

3° la reconnaissance des parties séparées d'un tout déjà vu ;

4° la reconstitution d'une forme d'après un modèle montré.

La première expérience, l'essai de la reconnaissance est pratiqué d'après la méthode de A. Bernstein (1).

Bernstein laissait ses sujets d'expériences étudier pendant 30 secondes des figures simples dessinées sur des cartes insérées sur une table de bois. Apres il faisait enlever cette tablette et les sujets devaient rechercher les figures vues sur une tablette plus grande comprenant 25 figures. Pour le choix des figures, Bernstein veillait à ce qu'elles aient toutes des signes particuliers, un dessin, un mot qui soient facile à reconnaître. Les figures du grand tableau étaient choisies de sorte qu'il y en ait plusieurs qui se ressemblent et qui puissent amener à la confusion. J'ai introduit quelques modifications dans cette méthode pour ce qui est du matériel de démonstration. A côté des figures du genre de Bernstein sont présentées aux sujets d'expériences des têtes dessinées et des tableaux représentant des sujets colorés, trois variétés de chaque espèce. Je modifie aussi la façon de présentation, à la place de la tablette de bois avec les cartes qui y sont insérées, je montre un petit tableau en carton où les figures, telles que les têtes ou les sujets peints sont dessinés ou colorés. Le temps de démonstration suivant la complexité du tableau varie de 23 à 33 secondes.

Pour le second groupe d'expériences, je me sers de la méthode proposée par A. Argelander (12).

Argelander exposait, devant ses sujets d'expérience, pendant 30 secondes une image ayant de nombreuses particularités. Ainsi, par exemple, il présentait un paysage hivernal où de nombreux enfants faisaient du traîneau, d autres patinaient. D'autres encore restaient autour à les regarder. On voyait aussi sur l'image un traineau attelé à un cheval, un puits et d'autres choses encore. Ces personnages et ces objets divers étaient reproduits à la même dimension et dans les mêmes couleurs sur des cartes et, avec d'autres, étaient présentées aux sujets d'expérience. Ces autres cartes portaient des personnages et des sujets qui ne figuraient pas sur l'image, mais qui répondaient aux caractères de l'image. Toutes ces cartes sont présentées aux sujets d'expérience qui doivent distinguer entre elles lesquelles rentrent dans l'image vue au début et lesquelles n'y auraient pas figuré. J'ai remplacé le tableau d'Argelander par un autre tableau lui ressemblant, qui représente une scène hivernale. Puis j'ai découpé les sujets de ce tableau et je les présenté à la reconnaissance des sujets d'expérience. Le temps de démonstration dans mes expérience dura 24 seconde. La démonstration de reconnaissance comportait 24 parties séparées. Je veille toujours à ce que les parties séparées portent des traits caractéristiques pouvant faciliter leur reconnaissance.

Dans les deux méthodes d'expériences que je viens de décrire il s'agit de reconnaître des sujets déjà vus.

La troisième méthode consiste en reproduction d'un modèle vu, de parties constitutionnelles.

Les sujets devaient, tout d'abord, bien examiner les relations existant entre les diverses parties du modèle présenté, et après cet examen, ils devaient accomplir l'assemblage des parties dispercées. Cette expérience fut proposée aux étudiants des deux groupes. Tout d'abord ils devaient reconnaître les relations entre les diverses parties sans toutefois y toucher et ce n'est qu'après qu'on les autorisait à les accumuler de façon à reconstituer le modèle vu. Le temps employé pour cette expérience fut calculé à l aide d'une montre à secondes. Les fausses reconstitutions au cours de l'accomplissement du test étaient considérées comme étant des fautes. Au cours de cette expérience, il fut reconnu que, pour une partie des sujets d'expérience, la reconstitution du modèle en entier dans la tête préparait des difficultés et que cela faisait perdre beaucoup de temps. C'est pourquoi nombre de sujets se dressèrent contre cette expérience. Les sujets qui, en cinq minutes, n'avaient pas reconstitué dans leur tête tout le modèle, mais seulement une partie de ce dernier pouvaient le faire manuellement. Les parties suivantes du modèles devaient y être adjointes pièce par pièce. Cette expérience double prépara des difficultés à l'appréciation générale et je fus obligée de juger des résultats obtenus après la seconde expérience. Les sujets d'expérience étaient trois étudiants juifs et trois autres qui ne l'étaient pas.

Chez les élèves des gymnases et les élèves des écoles populaires, je donnais deux fragments à étudier et à mettre ensemble.

Au cours de la quatrième expérience, il s'agissait d'imiter une forme d'ornement vu en relief.

On présentait aux sujets un ornement dessiné sur papier en couleurs ; on leurs disait de bien l'étudier et de retenir ses contours. Ensuite les sujets doivent reconstituer l'ornement dans ses couleurs exactes se servant de fragments qu'on leur présente.

En tout, on devait faire 18 essais pour les quatre méthodes.

Chaque sujet est étudié en deux séances à plusieurs jours d'intervalle l'une de l'autre. Pour toutes ces expériences, on emploie généralement une heure et demie à deux heures de temps.

***

Les tests individuels et leurs résultats. — La *première méthode* consiste, comme cela a été dit plus haut en : 1° reconnaissance de figures géométriques ; 2° reconnaissance de tableaux colorés d'animaux.

Chaque expérience se constitue de trois variétés d'essais: 1° Trois tableaux de 17,5 × 87,5 cm. avec neuf figures disposées en trois rangées. Leur difficulté est classée par gradation. Les figures de la grandeur de 4 × 5 cm. présentent des combinaisons et des modifications de formes géométriques banales. Chacun de ces tableaux est présenté au sujet pendant 23 secondes

pour l'étude. Ensuite, les sujets devront rechercher les figures présentées sur un tableau de 31 × 31 cm. comportant 25 figures diverses. Sur ce tableau sont bien représentées toutes les neuf figures vues au début et en plus il y a 17 autres figures qui leur ressemblent mais ne sont pas les mêmes.

Les instructions suivantes dirigent l'expérience : « Je vais vous montrer un petit tableau avec des figures que vous devrez bien vous rappeler. Je vous prie de ne faire aucune observation pendant la contemplation du tableau, et de porter toute votre attention sur les particularités de ce tableau. Au moment où je vous direz, fermez les yeux faites-le. Tout de suite après cette démonstration je vous montrerai un grand tableau avec plusieurs figures, vous ouvrirez les yeux lorsque je vous le signalerai et vous chercherez sur le grand tableau les figures que vous aviez vues, quelques instants avant sur le petit. Si vous avez des doutes au sujet de telle ou telle autre figure, l'avez-vous vu sur le premier tableau, dites-le. Je vous prie de fermer les yeux, vous ne regarderez que lorsque je vous dirai « A présent ! ».

2° Pour cette expérience, j'ai employé trois tableaux avec des têtes, ces tableaux étant conçus de la même façon que les précédents. La grandeur du premier tableau est de 18 × 26 cm. environ, du deuxième de 17,5 × 18 cm. et du troisième de 12,5 × 12 cm. Le premier tableau comportant six têtes est exposé pendant 23 secondes. Il représente des têtes d'enfants en cartes-postales, qui sont collées au tableau en deux rangées de trois cartes chaque. Sur le grand tableau de 25 × 30 cm. se trouvent 16 têtes, dont 14 sont de la même série elles sont toutes colorées en brun claire. Le second tableau est présenté aux sujets pendant 33 secondes, il représente neuf silhouettes de têtes un peu plus petites que les précédentes découpées en papier noir et collées en trois rangées de trois chacune sur le tableau.

Le grand tableau de 35 × 33 cm. comporte 25 silhouettes.

Lorsqu'on prépare les têtes on veille à ce qu'il y ait des points de reconnaissance facile : barbe, pince-nez, chapeau, etc. Le troisième tableau est présenté pendant 33 secondes, il comporte neuf petites têtes d'enfants colorées empruntées à la série des cartes-postales gaies, leur différence siège dans la couleur des cheveux et la position des yeux. Le grand tableau correspondant de 25 × 23,5 cm. représente 25 têtes, dont huit vues avant.

Les trois tableaux du troisième type d'expérience ne contiennent que des images en couleurs. Le premier tableau de 11,5 × 20 cm. est constitué de 9 images présentant des chiens et des chats. Le grand tableau correspondant comporte 25 images. Le deuxième tableau de 18 × 18 cm. comporte neuf images colorées de coquillages, le grand tableau correspondant de 33 × 32 cm. contient 25 images de coquillages. Le troisième tableau de 18 × 18 cm. contient neuf images de papillons de diverses espèces et coloris. Le grand tableau correspondant de 32,5 × 32 cm. montre 16 images de papillons. Sur les trois petits tableaux les images sont rangées par rangées de 3. Le temps de présentation est pour le premier tableau de 23 secondes pour les deux autres de 33 secondes.

Nous obtenons la première appréciation des résultats en additionnant le total des résultats exacts, faux et douteux des trois types d'expériences du premier essai.

Voici les résultats du premier essai : les sujets d'expériences non-juifs des trois groupes (étudiants, élèves de gymnases et écoliers des écoles populaires) sont supérieurs pour ce qui est résultats exacts aux Juifs. La différence est la plus marquée chez les étudiants, chez les élèves de gymnase, elle est moindre et, chez les écoliers moindre encore. Le nombre des résultats exacts s'élève à 77. Chez les sujets juifs il est de 31,2 % et jusqu'à 36,6 %, chez les sujets non-juifs il s'élève à 33,2 et jusqu'à 41,2 %. Le nombre des résultats faux est relativement restreint dans tous les groupes. On trouve plus souvent des résultats faux dans les groupes des écoliers populaires du jeune âge. Dans ce groupe de jeunes sujets, les sujets juifs, fait à noter, dépassent les non-juifs. Ce groupe a quelque peu moins de faux résultats. Avec l'âge, autant chez les Juifs que chez ceux qui ne le sont pas, le nombre des résultats faux diminue. Dans tous les groupes d'expérience, les résultats douteux sont plus fréquents chez les Juifs que chez ceux des sujets qui ne le sont pas. Avec l'augmentation de l'âge la différence entre les Juifs et entre ceux qui ne le sont pas s'atténue. La comparaison des sujets juifs et non-juifs au cours de la première méthode d'expérience donne le résultat suivant : 1° la différence est plus grande chez les étudiants, chez les écoliers des écoles populaires elle est plus petite ; le nombre de résultats exacts est plus restreint chez les Juifs ; 2° chez les Juifs, on note un grand nombre de résultats douteux ; la différence est plus grande chez les écoliers, elle est plus petite chez les étudiants ; 3° grand nombre de résultats faux chez les étudiants et les élèves de gymnases juifs et moindre chez les écoliers juifs.

Tous ces résultats, avec quelques exceptions, indiquent une moindre capacité visuelle d'observation chez les sujets juifs.

L'exception est présentée par le nombre des résultats faux chez les écoliers juifs et non-juifs.

Une expérience plus détaillée rend plus probable le fait que ce n'est pas une différence d'observation visuelle, mais une différence de développement psychologique des sujets d'expérience jeunes.

Souvent les tableaux reconnus pour avoir été vus (figures, tête, etc.) par les écoliers non-juifs ne présentent aucune ressemblance avec les tableaux qu'on leur a montré comme modèle. Ils indiquent aussi souvent, un nombre de tableaux supérieur à celui qui leur a été montré au début de l'expérience. Souvent ils ne sont pas capables de discerner ce qu'ils ont vu de ce qu'ils n'ont pas vu. On leur donne, au début de l'expérience la notion de ce qu'ils devront faire, c'est-à-dire on leur indique qu'ils devront savoir distinguer les figures qu'ils auront vu de celles qu'on leur montre pour la première fois. Les sujets oublient facilement cette notion qu'on leur donne au début de l'expérience et, au cours de la résolution du problème, ils s'amusent franchement. L'enfant s'amuse avec le tableau et ne pense plus au problème, qui passe au second plan. Peut-être que le fait que l'écolier juif accomplit son problème avec plus d'attention dépend-il de sa maturité précoce, il ne perd pas le fil de l'expérience se donne pas à l'amusement.

Les résultats douteux obtenus au cours de cette expérience nous donnent une certaine affirmation de cette conception de la différence entre les écoliers juifs et non-juifs. Les écoliers juifs donnent bien plus de résultats douteux que les écoliers non-juifs. L'imprécision de la reconnaissance (les résultats douteux), la critique de ce qui a été vu avant, la comparaison sont des sensations étrangères pour les sujets enclins à l'amusement, on voit ces sensations là où l'élève sait qu'il a un problème à résoudre et qu'il désire le résoudre.

Nous arrivons au même résultat si nous entreprenons de façon fractionnée les expériences du premier type, suivant les trois variétés. Les résultats exacts des trois groupes du premier type d'expérience sont les suivants : pour les trois groupes (étudiants, collégiens et écoliers des écoles populaires) les résultats exacts sont plus fréquents dans les trois expériences chez les sujets non-juifs. La différence est plus marquée pour les collégiens que pour les écoliers, pour les étudiants plus que pour les collégiens. Dans les expériences partielles, ainsi pour la reconnaissance des têtes, les étudiants non-juifs donnent plus de faux résultats que les juifs. Le plus grand nombre de résultats faux est donné par les écoliers non-juifs dans les trois types d'expériences. Pour ce qui est des résultats douteux des expériences partielles, nous avons le plus grand nombre de résultats douteux chez les sujets juifs.

Deuxième méthode d'expérience. — Cette méthode se constitue de deux groupes d'expériences :

1) la reconnaissance de parties séparées d'un tableau vu en entier ;

2) la reconnaissance de parties séparées d'un ornement vu en entier.

Le premier type est représenté par une expérience : je me sers pour cela d'une image qui comporte de nombreuses personnalités, des vues, etc... L'image représente une scène hivernale. Au premier plan une colline couverte de neige d'où descendent des enfants villageois ; à gauche un étang gelé sur lequel les enfants patinent.

A l'arrière plan, un village et encore plus loin une forêt, des arbres recouverts de neige se trouvent entre les maisons, on

voit aussi une église avec son clocher et son horloge. On copie sur des cartes, 12 particularités de cette image et on prépare 15 images qui contiennent les personnalités et les vues qui ne figuraient pas sur l'image présentée, mais qui portent les mêmes caractères. On présente à l'inspection des sujets cette image pendant 23 secondes. Puis on mélange les 27 cartes et on les donne au sujet.

L'instruction suivante accompagne l'expérience pour les étudiants : « Je veux vous montrer un tableau présentant de nombreuses particularités, en personnalités, en vue, etc... Je vous prie de bien examiner ce tableau. Après avoir enlevé le tableau je vous donnerai un paquet de cartes dont quelques-unes représentent les particularités du grand tableau, mais par contre d'autres sont des cartes nouvelles qu'on ne vous aura pas montrées. Rangez les cartes en deux ou trois groupes ; le premier celles qui contiennent des particularités du grand tableau, le deuxième les cartes que vous n'avez pas vues, troisième groupe celles pour lesquelles vous doutez, les avez-vous vues ou non.

Le deuxième type d'expérience comporte trois variétés.

On montre trois ornements en entier. Puis on doit retrouver les parties des ornements vus dans un nombre de cartes qui contiennent aussi des fragments d'ornements inconnus, ne rentrant pas dans la construction du modèle. Le premier ornement est un vase de 26 cm. de haut, sa grande largeur est de 4,5 cm. Le deuxième ornement est une pièce assymétrique d'un modèle japonais avec des fleurs et des feuilles stilisées. Sa hauteur est de 16 cm, sa grande largeur est de 10 cm. Le troisième ornement est un modèle de plante qui en bas a une largeur de 3,5 cm. et en haut de 7,3 cm. Sa hauteur est de 17 cm. Le premier ornement est montré aux sujets pendant 33 secondes. les deux autres pendant 43 secondes. Pour le premier ornement on montre 20 cartes, dont la moitié sont des reproductions des parties de l'ornement ; pour le deuxième aussi, 20 cartes et, pour le troisième, 18 cartes.

On distingue ici aussi des résultats exacts. douteux et faux.

Voici les résultats généraux des deux groupes d'expérience :

Les résultats exacts montrent, comme pour la première méthode d'expériences, le nombre prédominant des non-Juifs sur les Juifs ; ici aussi, la différence est plus grande chez les étudiants et est plus faible chez les écoliers des écoles populaires. Le nombre des résultats exacts augmente avec l'âge, aussi bien chez les Juifs que chez ceux qui ne le sont pas. Les résultats faux et douteux sont pour la deuxième expérience plus nombreux chez les non-Juifs.

Les résultats faux chez les écoliers non-juifs sont plus fréquents mais chez les collégiens et les étudiants, ils sont plus rares que chez les Juifs. La diminution de leur fréquence allant des écoliers aux collégiens et aux étudiants est plus rare qu'au cours des expériences de reconnaissance du premier type. La diminution de leur fréquence au cours de la comparaison des collégiens et des étudiants se montre seulement chez les sujets non-juifs. Pour les cas douteux, ce sont aussi les Juifs qui donnent le plus grand nombre dans les trois groupes.

La différence entre les sujets juifs et non-juifs diminue avec l'âge, le nombre de cas douteux augmente avec l'âge chez les juifs et non-juifs.

Ces expériences montrent nettement la prédominance des résultats exacts chez les non-juifs et la diminution de la différence avec l'âge. Au contraire l'augmentation de l'âge se montre non sans lacunes pour ce qui est de la production. Les étudiants non-Juifs ont dans le deuxième groupe d'expériences moins de résultats exacts que les collégiens non-juifs. Nous voyons en considérant les résultats obtenus que les écoliers non-juifs, dans les deux types d'expériences donnent plus de fausses réponses que les écoliers juifs, tandis que pour les collégiens et les étudiants il en est tout autrement, les juifs donnent plus de fausses réponses que ceux qui ne le sont pas.

Nous voyons pour les résultats douteux, qu'ils augmentent de nombre chez les Juifs ou non-juifs avec l'âge dans les deux types d'expériences. Avant de terminer ces considérations je désire vous donner rapidement les résultats obtenus chez dix écoliers d'écoles populaires de Lithuanie. Si on compare ces résultats avec ceux obtenus pour les écoliers juifs dans ce cas, on voit la différence plus grande.

Troisième type d'expérience. — Ce type comporte deux expériences : il faut reconstituer un modèle en partant de ses parties séparées.

La première expérience est celle de la reconstitution d'un ornement mural de ses parties séparées. Cet ornement présente une plante naturelle stylisée avec un tronc épais et des fleurs largement étalées.

La feuille est coupée en bandes (10 bandes) de 16,5 de long et de 3 cm. de large. Ces bandes sont étalées à distance de 2 cm. l'une de l'autre devant le sujet d'expérience et il faut reconstituer le modèle qu'on vient de voir. La méthode de cette expérience est différente pour les étudiants et les collégiens et les écoliers. Pour les collégiens je donne l'indication suivante : « J'expose devant vous des parties séparées d'un modèle, vous devez reconstituer avec ces parties le modèle, prenez la première bande et ajoutez-y les autres, si au cours de ce travail vous voyez que la bande que vous avez choisie pour être la première ne convient pas, vous l'enlèverez et vous chercherez à la remplacer par la bonne bande. Cette erreur vous sera comptée comme étant une faute. Lorsque vous aurez trouvé la suite à la première bande, vous en ferez autant pour les suivantes pour reconstituer tout le modèle. Le temps que vous allez employer pour ce travail et les modifications que vous y apporterez au cours de votre travail seront notées ». Je ne préviens pas les écoliers du fait que le temps et les fautes sont notés.

Pour la seconde expérience, j'emploie un ornement qui est coupé en 8 bandes de largeur égale, de longueur de 16,5 et de largeur de 3,5 La technique de reconstitution de ce modèle est tout à fait identique à celle recommandée pour le premier modèle. Les résultats des expériences du troisième type sont les suivants : on calcule le temps employé pour la reconstitution du modèle par les sujets juifs ou non-juifs. Puis on calcule le nombre de fautes commises au cours de ce travail.

Comme je l'ai dit plus haut, je considère chaque position fausse, comme étant une faute. Les demi-fautes sont les fautes réparées au cours du travail et celles commises avec des bandes qui se ressemblent beaucoup.

Ces demi-fautes sont considérées seulement pour les collégiens et les écoliers.

Les méthodes étant différentes, on ne peut comparer les résultats obtenus par les collégiens et les écoliers avec ceux des étudiants.

Etant donné que le devoir des étudiants était objectivement plus difficile, on ne peut être surpris du fait que les étudiants juifs ou non-juifs ont employé plus de temps à la reconstitution du problème que les collégiens et que leurs fautes étaient plus nombreuses que celles des collégiens.

Si nous remontons des écoliers aux collégiens, le temps du devoir se raccourcit et le nombre de fautes devient plus restreint.

Si on compare les groupes d'étudiants juifs et non-juifs on voit que les résultats obtenus par les seconds sont meilleurs car les Juifs emploient plus de temps et leurs fautes sont plus nombreuses.

On observe que l'expérience est privée de charme pour le plus grand nombre de sujets juifs. Chez les collégiens et les écoliers, il en est tout autrement. Les collégiens et les écoliers non-juifs dépassent les juifs, ces derniers emploient plus de temps. Cette différence est plus nette chez les collégiens que chez les écoliers. Par contre, le nombre de fautes commises par les Juifs est moindre que celui des non-Juifs, autant pour les collégiens que pour les écoliers. Les collégiens non-juifs avancent en rapidité, mais donnent plus de fautes, les écoliers juifs donnent un nombre de fautes moindre.

Peut-être que ces constatations diverses chez les collégiens et les écoliers doivent-elles se baser sur la mentalité plus joyeuse, plus joueuse des non-Juifs. Tandis que l'écolier non-juif envisage l'expérience comme un jeu, la faute est commise rapidement, l'écolier juif fait son devoir avec plus d'application. Le retard des collégiens non juifs sur les juifs, pour ce qui est de la qualité des résultats, pourrait peut-être s'expliquer par le fait que les premiers emploient un temps plus court, leurs fautes ne sont pas nombreuses, il en faut conclure que le problème leur est plus facile qu'aux sujets juifs ; grâce à cette plus grande facilité ils se

donnent moins de peine et font plus de fautes. La plus grande difficulté du problème chez les étudiants donne aux sujets non-juifs la facilité de manifester leur supériorité pour ce qui concerne le temps et la qualité.

Quatrième méthode d'expérience. — Pour l'expérience de la quatrième méthode, je me suis servi de petits jeux de constructions, qu'on peut trouver dans le commerce.

Les deux jeux sont montrés aux sujets, puis ils ont pour problème de reconstruire les figures qu'ils auront vu.

Les pièces de constructions sont en bois, dans l'un des jeux elles représentent des triangles à surface de 225 mm² et de 122.5 mm² dans l'autre elles sont des carrés et des figures à angles droits, de la surface de 729 mm² et de 364,5 mm². Le premier jeu est coloré en brun-blanc et le second en rouge-bleu-vert-jaune. Il s'agit en tout de sept ornements de quatre brun blanc, de trois rouge-bleu-vert-jaune. Les expériences sont faites dans les trois groupes avec les ornements brun blanc. Les six autres ornements ne peuvent servir qu'à des expériences sur un nombre restreint de sujets et encore pas pour les trois groupes.

Chaque ornement est montré aux sujets d'expérience pendant 23 secondes. Mais avant on attire l'attention des sujets sur le fait qu'ils devront reconstituer la figure avec les pièces détachées. On précise le temps à l'aide d'une montre à secondes.

Lorsque en trois minutes les sujets n'ont pas fait le quart du problème on interrompt l'expérience. L'appréciation des résultats est calculée d'après le temps employé à la reconstitution et l'exactitude de cette dernière.

L'exactitude de la construction fut réglée en considérant pour chacune des figures ses points caractéristiques différents des voisins.

Je divisais les résultats en cinq catégorie suivant l'étendue de la reconstitution :

1° lorsque la solution du problème est exacte, le chiffre le représentant est de quatre quarts ;
2° lorsque le problème reste résolu aux trois quarts ;
3° lorsque le problème reste résolu aux deux quarts ;
4° lorsque le problème est résolu d'un quart ;
5° lorsqu'il n'y a pas de réponse du tout.

Les figures brun-blanc ont une surface de $3,5 \times 2,5$, elles représentent une étoile formée de deux croix placées en diagonale l'une sur l'autre. L'une de ces croix était une croix de l'ordre de Saint-Jean, formée de 8 triangles à côté égaux, placés de façon suivante : chaque branche de la croix est constituée de deux deux triangles qui se touchent par leurs côtés de sorte que les lignes de base se rencontrent au milieu de la croix. Les quatre intervalles de la croix de Saint-Jean sont remplis avec des triangles grands bruns. Les quatre intervalles remplis représentent une croix ordinaire. On considère le problème comme pouvant aller à l'appréciation seulement lorsqu'il est accompli en entier. Le résultat de trois quarts était celui où la composition des couleurs était embrouillée (à la place du brun on aurait placé du blanc et vise versa) ou bien les résultats où les quatre côtés étaient oubliés. Dans ces deux cas, les erreurs portent sur la position des figures. Si les couleurs étaient faussées, si les cartes manquaient, on considérait cette solution comme solution à moitié faite.

On considérait aussi comme étant à moitié faite la solution dans laquelle la croix blanche est formée non pas avec les côtés du triangle mais avec sa base (d'où ressemblance avec la seconde croix brune).

Les résultats ne donnant qu'un quart de solution du problème et qui donnent une figure ressemblant au modèle par ses contours mais dont la surface est toute différente.

Le résultat est nul lorsque les parties constitutionnelles réunies par le sujet d'expériences reproduisent une figure n'ayant rien de commun avec le modèle. J'ai donc obtenu deux appréciations pour chaque sujet, l'une pour le temps nécessaire à la solution du problème, et l'autre pour apprécier la qualité de la solution du problème. L'appréciation de la qualité du résultat obtenu, comme on l'a vu est aussi sous l'influence subjective des fautes. Il me semble meilleur de prendre en considération l'ensemble des résultats faux et de ne pas les différencier.

On fait une parallèle entre les sujets juifs et non-juifs de chaque groupe pour apprécier le temps employé et le résultat. Le meilleur résultat chez les non-juifs ressort ici avec toute son évidence, autant pour les qualités que pour le temps, ils dépassent les Juifs dans tous les groupes. Cette supériorité est d'autant plus remarquable qu'ici les écoliers non-juifs montrent un résultat considérablement meilleur à celui des écoliers juifs : ils sont, malgré leur esprit joueur, supérieurs aux juifs. Pour l'appréciation des résultats, il est bon dans certains cas d'interroger les sujets d'expérience sur leurs jeux dans l'enfance. La plus grande partie des enfants juifs n'ont pas joué aux jeux de constructions, tandis que la plus grande partie des sujets non-juifs y aurait joué. On peut voir dans ces jeux une espèce de préparation à l'expérience du quatrième type. En effet les manifestations d'une différence nette entre les juifs et les non-juifs montrent la façon d'assimiler la présentation, leur capacité de travail au cours de l'expérienee.

Les non-Juifs analysent le problème, ils dissocient la figure en ses parties principales, ils comparent. Les Juifs disent souvent n'avoir vu que les contours et ne peuvent apprécier en un temps d'exposition trop court sa structure. Chez les écoliers juifs, on observe souvent une variété primitive d'observation qui rappelle la lecture ligne par ligne. Un écolier juif disait : « D'abord viennent deux pièces brunes, puis deux pièces blanches, puis de nouveau deux brunes ». Après, lorsque le modèle est enlevé les sujets non-juifs travaillent avec plus d'assurance et d'aisance à sa reconstitution, le sujet juif reste souvent devant les pièces éparses sans idées... Au début il semblerait qu'il ne sait pas par où commencer, puis il touche les pièces, les pousse par-ci par-là et les met souvent les unes sur les autres. Peu à peu il trouve la vraie voie, place les parties exactement. La reconstitution présente des difficultés aussi alors que le modèle reste devant les sujets jusqu'à la fin de l'expérience. J'ai pratiqué cette expérience accessoire avec des écoliers juifs et non-juifs. Le temps employé par les élèves juifs est double de celui employé par les élèves non-juifs. Chez les premiers, c'est 2 minutes 54 secondes, et chez les derniers seulement 1 minute et 30 secondes Au moment préparatoire au travail, on voit apparaître une différence d'accomplissement du travail par les Juifs et les non-Juifs, est-ce que cette différence est accidentelle ou bien est-elle due au travail collectif ? Les données que nous possédons ne nous permettent pas la solution de cette question.

On peut avoir des résultats nuls autant chez les non-Juifs que chez les Juifs. Ces résultats indiquaient souvent qu'ils ne s'étaient que peu ou même pas du tout occupés des jeux de constructions. Le nombre des résultats nuls est trop restreint pour qu'on puisse expliquer ces résultats de telle ou telle autre façon. Il peut y avoir une autre possibilité : il peut s'agir de personnes à capacité visuelle limitée qui, peut-être précisément pour cette déficience, avaient peu d'inclinaison à cette variété de jeux tout en ayant les moyens de s'en occuper. Si l'enfant joue, il aime recevoir la satisfaction de son jeu ; si le résultat de son jeu ne le satisfait pas, l'intérêt pour le jeu disparaît. Pour ce qui est des six expériences du quatrième type proposées à un nombre de sujets très restreint, les résultats montrent la supériorité des non-Juifs, autant pour la durée de la résolution du problème que pour la qualité du travail.

En voici des exemples : pour la seconde figure brun-blanc, 14 étudiants juifs et 21 non-juifs et 22 collégiens juifs et 13 non-juifs emploient le temps suivant : 231,2-170,6 et 200,5-185 (en secondes) pour la qualité les résultats sont les suivants : 1,7-2,8 et 2,7-2,9.

Pour la troisième figure brune les 22 écoliers juifs et les 22 non-juifs emploient le temps suivant : 92,2-52,1 la qualité donne 2,4-2.8.

Pour la quatrième figure brun-blanc les 12 écoliers juifs et les 23 non-juifs : 236,7-160,5 secondes et la qualité est de 0,8-1,8.

Pour la première figure bigarrée, les 9 étudiants juifs et les 18 non-juifs et les 20 collégiens juifs et les 6 non-juifs employèrent le temps suivant : 375,7-173,2 et 241,0-211, le résultat est le suivant pour la qualité : 3,9-3,8 et 2-1, 3.7.

Pour le second type bigarré : les 22 écoliers juifs et les 13 non-juifs emploient 40,9-32,3 et 3,2-3,4 pour la qualité.



Pour la troisième figure bigarrée : les 21 écoliers juifs et les 12 non-juifs emploient le temps suivant : 57,2-33,6 et la qualité donne le résultat suivant : 2,3-2,5.

***

Résumé

Si nous revoyons, encore une fois, rapidement, les résultats de nos expériences nous pouvons conclure comme il suit :

1) *Dans les quatre types d'expériences, les réponses des étudiants non-juifs sont meilleures que celles des juifs.*

Dans le premier et le deuxième type, les étudiants non-juifs donnent plus de résultats exacts et moins de résultats faux.

Pour le troisième type et le quatrième, ils demandent moins de temps tout en donnant des réponses meilleures.

Dans toutes les expériences, nous désignons sous le mot de capacité visuelle la capacité de regarder, d'observer, le souvenir visuel, la reconnaissance des choses vues.

La capacité des étudiants non-juifs dépasse celle des juifs.

Cette prédominance dépend-elle d'une constitution visuelle congénitale meilleure, ou bien est-elle apparue au cours de la vie, est-elle le résultat d'un exercice préparatoire, mes expériences ne peuvent le préciser.

Au cours du quatrième type d'expérience, le concours du moment préparatoire semble jouer un certain rôle.

Encore d'autres expériences parlent en faveur de ce moment préparatoire.

2) *La même différence se manifeste avec moins d'intensité et avec des exceptions pour les collégiens non-juifs et juifs.*

Seulement dans le troisième type les collégiens juifs montrent un nombre moindre de fautes mais en même temps ils emploient plus de temps à la solution de leur problème, les collégiens non-juifs font plus vite. Les Juifs faisant plus lentement font mieux. S'il en est ainsi je pourrais observer pratiquement des expériences individuelles systématiques.

3) *Pour les écoliers juifs et non-juifs, on ne peut remarquer que ceux-ci ou ceux-là dépassant les autres.*

Les écoliers non-juifs dans les deux premiers types donnent plus de réponses exactes que les écoliers juifs, mais ils ont aussi plus de réponses fausses. Dans le troisième type d'expérience, ainsi que pour les collégiens, les non-Juifs dépassent en rapidité et les Juifs en qualité des réponses.

La prédominance considérable des écoliers non-juifs se manifeste surtout dans le quatrième type d'expériences.

Il est possible qu'un moment préparatoire chez les non-Juifs serait à envisager.

Le fait que les écoliers donnent un autre résultat que les étudiants et les collégiens dépend peut-être de ce qu'une partie d'entre eux envisage autrement le problème. Les écoliers non-juifs l'envisagent comme un jeu tandis que les écoliers juifs le voient en tant que problème à résoudre. Si, malgré cela, les écoliers juifs ont moins de réponses exactes et qu'ils emploient un temps plus long on pourrait considérer ce fait comme étant le résultat de leur moindre capacité visuelle.

4) *En tant que test accessoire, on peut examiner les résultats douteux ; ces réponses douteuses, autant chez les Juifs que chez ceux qui ne le sont pas, sont plus fréquentes chez les collégiens que chez les écoliers, plus fréquentes chez les étudiants que chez les collégiens.*

La différence entre les sujets juifs et les sujets qui ne le sont pas diminue avec l'âge.

La plus grande fréquence de réponses douteuses chez les sujets juifs pourrait peut-être s'expliquer par leur capacité visuelle plus faible.

Mais, contre cette supposition, s'élève l'augmentation du

nombre de réponses douteuses avec l'âge. Le nombre de réponses exactes est aussi plus considérable, ce qui fait croire que la capacité visuelle augmente elle aussi avec l'âge.

On serait tenté de donner une autre explication de ces faits, les sujets juifs auraient une tendance plus nette au doute : leur esprit est plus enclin à la critique. On le voit déjà, chez les écoliers juifs, lorsqu'ils abondonnent les jeux pour se donner aux devoirs.

On sait bien que la tendance au jeu et la tendance à la critique ne vont pas ensemble. L'esprit critique se développe avec l'âge aussi chez les sujets qui ne sont pas Juifs et peut être, se développe-t-il avec plus d'intensité que chez les Juifs qui pourtant en ont déjà une assez grande proportion depuis leur vie scolaire.

5) *La capacité visuelle plus faible chez les sujets juifs et plus forte chez ceux qui ne le sont pas peut n'être que limitée vis-à-vis du type d'expérience et pour les sujets d'expérience de tel ou tel autre groupe défini (écoliers juifs et non-juifs).*

Il reste encore la question dont parlent presque toutes les expériences touchant la psychologie des races. C'est la question des causes de la différence constatée. S'agit-il de différence congénitale ou bien de l'influence du milieu ou de l'éducation ?

L'influence du milieu peut se traduire par la plus ou moins grande influence sur la capacité visuelle en l'exerçant. Je rappelle ici en passant ce que Nemécek et bien d'autres auteurs appellent « la tendance intellectuelle des Juifs ». Comme toutes les expériences psychologiques, mes expériences psychologiques différentielles n'autorisent pas une division précise entre le facteur de capacités et celui dû à l'influence du milieu En faveur d'une théorie-influence du milieu, pourraient être signifiées certaines de mes expériences. Nous voyons que les écoliers non juifs ne dépassent que fort peu les écoliers juifs. Chez les collégiens, la différence est grande. Chez les étudiants non-juifs, on entend encore le plus souvent des réponses précises.

La ligne montante de la courbe des différences avec l'augmentation de l'âge pourrait faire penser au fait qu'il s'agit de deux développements différents de la même disposition qui plus elle se soumet à l'influence du milieu, plus elle se développe, plus elle reste en retard.

Les sujets juifs qui ne supportent qu'une courte influence de leur milieu devraient montrer une différence plus faible, c'est ce qui arrive dans nos expériences.

Une telle argumentation aurait pu provoquer certaines objections qui pourraient faire valoir la théorie de la prédisposition.

Tout d'abord il faut mentionner que l'influence du milieu sur le développement de l'esprit ne s'évalue pas par des années, indépendamment du nombre de ces dernières elles laisse son empreinte.

L'influence du milieu est plus intense dans l'enfance que plus tard.

Nous avons déjà indiqué la maturité précoce des enfants juifs qui se manifeste dans nos expériences par l'application et la critique que les écoliers juifs mettent à l'accomplissement du problème qu'on leur donne, les écoliers non-juifs considèrent souvent le problème proposé comme n'étant qu'un amusement.

On pourrait aussi être d'avis que la différence des capacités congénitales ne se manifeste nettement que lorsqu'elle est pleinement développée.

L'augmentation de la différence entre les sujets plus âgés juifs et non pourrait alors être favorable à la théorie de la capacité comme au début elle l'était à la théorie du milieu.

Si on admet que la capacité et le milieu, chacun pour soi séparément influent le développement, que bien plus les facteurs du milieu que le développement lui-même excitent le développement des capacités, dans ce cas on aurait pu arriver à une toute autre conception.

On aurait pu croire que les juifs ont une capacité visuelle faible congénitale et que, à la suite de cette faiblesse de capacité visuelle, la culture et l'appréciation de l'observation visuelle dans le milieu juif est incomplète.

A la suite de cela les incitations du milieu sur le développement de l'enfant juif agissent encore moins sur sa capacité visuelle congénitale faible.

La différence entre l'enfant juif et celui qui ne l'est pas, augmente avec l'âge car la capacité visuelle chez le premier reste faible ainsi que l'excitation du développement.

Tout ceci n'est que suppositions.

Seulement un travail d'ensemble, une recherche sur le milieu social psychologique et la psychologie héréditaire des capacités peuvent prouver s'il en est réellement ainsi.

BIBLIOGRAPHIE

1. RUPPIN. — Begabungsunterschiede christlicher und jüdischer Kinder. *Zeitschrift für Demographie und Statistik der Juden*, 1906, cahier 8-9.
2. SCHEIBNER. — Begabung jüdischer Kinder. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, XVII, 1916, page 332.
3. DEUCHLER. — Rassenunterschiede in der Schulentwicklung mit Hilfe des Koeffizienten r. bestimmt. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, XVIII, 1917, page 456.
4. ADLER. — Gibt es Unterschiede der Begabung zwischen jüdischen und nicht-üdischen Schülern. *Ost un West* (Illustrierte Monatsschrift für das gesamte Judentum), 1917, cahier 1-2.
5. ELIAS. — Ideale jüdischer Kinder. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, XVIII, 1917, page 464.
6. WEINTROB. — The influence of environment on mental ability as shown by Binet-Simon tests. *Journal of Educational Psychology*. 1912, page 577.
7. YERKES. — A point scale for measuring mental abiity, 1923, *Revision*, Baltimore, Warwick et York, 1923.
8. MELAMED. — Psychologie des jüdischen Geistes. *Zur Völker und Kulturpsychologie*, Berlin, 1921.
9. ZOLLSCHAN. — *Das Rassenproblem*. Vienne et Leipzig, 1911.
10. NEMECEK. — Zur Psychologie christlicher und jüdischer Schüler. *Zeitschrift für Kinderforschung*, 20, 1915, page 481.
11. BERNSTEIN. — Über eine einfache Methode zur Untersuchung der Merkfähigkeit. *Zeitschrift für Psychologie*, 1903, page 259.
12. ARGELANDER. — Arbeitsschule und Lernleistung. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, XXV, 1924, page 193.

Echos et Glanures

> « Je m'en vois, escornifiant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».
>
> MONTAIGNE.

En marge d'une feuille de température : *Tel est le titre de quelques notes publiées dans* La Revue Hebdomadaire (28 février 1931) *par M. Jean Beri* :

« ... Il faut, pour jouir du confortable que nécessite une longue maladie, être ou très riche ou très pauvre, autrement cette douleur est viciée par l'idée des notes futures du médecin et du pharmacien.

Clinique : usine de guérison en série. Chambres brutales et salutaires, propres, blanches, lisses, nues.

Ni rideaux, ni poussières : du jour et des ombres, c'est tout. Aucune concession au rêve aimable mais l'écran à cinq faces d'un cinéma du délire.

Ah ! combien on regrette ici les bouquets de roses qu'au rythme de la fièvre nous comptions dix fois, vingt fois — on ne trouve jamais le même total — superstitieusement — impair, la température baissera — sur le papier sali qui tapissait les murs de cette petite chambre où parfois, il y a longtemps, quelque enfantine indisposition nous retenait.

Quel malade n'aurait pas d'orgueil à présenter un cas singulier ? Là encore le romantisme est plus apprécié que le classicisme.... »

Les poussières que l'on trouve dans les montres : leur signification médico-légale. — *(Extrait d'un article du Dr Sévérin Icard, paru dans* La Nature *(15 mai 1931) et intitulé :* Les poussières professionnelles :

« .... Nous avons procédé à l'examen d'un très grand nombre de montres. Les résultats que nous avons obtenus ont toujours été constants, et nous avons acquis la conviction que les poussières extraites de la montre, au même titre que les poussières extraites du cérumen, pouvaient nous renseigner sur la profession du sujet et par suite nous aider à établir son identification. Pour que les poussières trouvées dans la montre soient caractéristiques et offrent une signification, il faut qu'elles soient vraiment *professionnelles* et, pour cela, il est nécessaire que par leur *quantité* ou par leur *qualité*, l'une et l'autre anormales, elles se distinguent des autres poussières ordinairement trouvées dans les montres, et que leur présence, par suite, ne puisse s'expliquer que par un *séjour prolongé du sujet dans un milieu spécial*....

« .... Dans les montres de deux abbés morts depuis plusieurs années et qui étaient de grands priseurs, nous avons trouvé en quantité du tabac à priser. Nous avons trouvé aussi en quantité dans d'autres montres : de la sciure de bois chez des menuisiers, de la farine chez les boulangers et des meuniers, du charbon chez des charbonniers et des chauffeurs-mécaniciens, du plâtre et du ciment chez des maçons et des cimentiers et chez des ouvriers travaillant dans les usines où se fabriquent ces matières, etc.

« Les montres portées en bracelet n'échappent pas à cet inconvénient ; on y trouve de la poudre de riz chez les dames et de la poudre de colophane chez les violonistes... »

Le Gérant : A. ROUZAUD   CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie. — R. C. C. 4264

FONDÉ EN 1873 — N° 38 LE NUMÉRO : 50 Centimes 19 SEPTEMBRE 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V°)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230 790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

Travaux Originaux

NOUVELLES

Association internationale des hôpitaux. — Pendant le second Congrès international des hôpitaux qui vient de siéger à Vienne (8-14 juin), les délégués des 41 nations représentées au Congrès et les mandataires des Associations nationales des hôpitaux, qui existent aujourd'hui dans une quinzaine de pays, ont fondé une Association internationale des hôpitaux, dont le but est d'instituer des échanges de vues et une collaboration internationales portant sur tous les problèmes sanitaires, économiques et sociaux relatifs aux hôpitaux.

L'Association internationale, qui est un organisme indépendant, sans but lucratif, accepte comme membres ordinaires les Associations nationales des hôpitaux et comme membres extraordinaires, d'une part les hôpitaux, les organisations d'hygiène et d'assistance, les personnes attachées à ces institutions, d'autre part, les firmes et les personnes qui se trouvent en relations d'affaires avec les hôpitaux.

Les membres de l'Association reçoivent gratuitement son organe, une revue trimestrielle qui paraît sous le titre de « *Nosokomeion*. Ils participent sans frais aux congrès internationaux des hôpitaux. Ils sont invités à collaborer aux travaux des dix commissions internationales permanentes appelées à étudier l'ensemble des problèmes hospitaliers, et à préparer les progrès réalisables dans cet ordre d'idées.

La cotisation annuelle est de 125 francs français par an pour les hôpitaux, les organisations d'hygiène et d'assistance, et les personnes attachées à ces institutions. Elle a été fixée à 250 francs pour les firmes et les personnes qui sont en relations d'affaires avec les hôpitaux.

On est prié d'envoyer les adhésions au Dr René Sand, président de l'Association internationale des hôpitaux, 2, avenue Velasquez, Paris (8e).

Dispensaires d'hygiène sociale. — Le Comité d'hygiène sociale du Finistère rappelle que le concours, pour la nomination d'un médecin chargé d'un secteur de dispensaires dans le département, aura lieu dans les premiers jours du mois prochain, et que la clôture de réception des candidatures est fixé au 10 octobre.

Prière d'adresser les demandes directement au secrétaire général du Comité, Préfecture, Quimper.

IIIe Congrès international de psychothérapie, d'hypnologie et de psychologie appliquée. — Le IIIe Congrès international de psychothérapie, d'hypnologie et de psychologie appliquée se tiendra à Paris du 28 septembre au 4 octobre prochain.

La séance d'ouverture aura lieu le lundi 28 septembre, à 16 heures, salle des Sociétés savantes, 10, rue Danton, sous la présidence de M. Camille Blaisot, ministre de la Santé publique.

Des délégués représentant vingt nations prendront part aux travaux du Congrès dont la clôture se fera le dimanche 4 octobre, à 10 heures, dans la salle des Congrès, Palais des informations, à l'Exposition coloniale.

Adresser les inscriptions et demande de renseignements, au Dr Pierre Vachet, secrétaire général, 8, boulevard de Courcelles, Paris (8e).

Congrès du lymphatisme. — La Société des Eaux minérales et le Syndicat médical de La Bourboule organisent un *Congrès international du lymphatisme* pour septembre 1933. Des renseignements précis seront communiqués à la Presse médicale et scientifique aussitôt que les grandes lignes du programme auront été présentées à la Société d'hydrologie.

Médailles d'honneur de l'Assistance publique. — *Médaille d'or.* — M. le Docteur Wibaux, directeur du préventorium de Carniers (Pas-de-Calais).

Médaille d'argent. — M. le Docteur Broquin-Lacombe, directeur des services d'hygiène de Troyes et de l'Aube.

Université de Paris. Faculté de médecine. — *Cours pratique de thérapeutique dermatologique.* (Service de M. le Professeur agrégé A. SÉZARY.) — Ce cours aura lieu à l'hôpital Saint-Louis, pavillon Louis-Brocq, du lundi 18 janvier au samedi 30 janvier 1932, sous la direction du Professeur agrégé SÉZARY, médecin de l'hôpital Saint-Louis, avec la collaboration de MM. SABOURAUD, chef de laboratoire honoraire à l'hôpital Saint-Louis, BÉLOT, électro-radiologiste de l'hôpital Saint-Louis, E. SCHULMANN, médecin des hôpitaux, Paul LEFÈVRE, DUCOURTIOUX, Georges LÉVY, GALLERAND, E. COMBE, LÉVY-COBLENTZ, assistants ou chefs de laboratoire du service.

Tous les jours, à 9 heures, à 13 h. 30 et à 14 h. 45, conférences sur les méthodes thérapeutiques dermatologiques et sur le traitement des diverses affections cutanées.

Les lundis, mardis et vendredis, à 10 heures, discussion sur le traitement des malades de la policlinique et du service.

Les mercredis, jeudis et samedis, à 10 heures, exercices pratiques de petite chirurgie (scarifications, curettages, etc.) et manipulation des agents physiques (électro-coagulation, électrolyse, galvanocautère, cryocautère, rayons ultra-violets, etc.).

S'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Droit d'inscription : 400 francs.

Pour tous renseignements, s'adresser le matin dans le service du Professeur agrégé Sézary, ou lui écrire à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, Paris.

Un programme détaillé sera remis aux élèves du cours. Un certificat d'assiduité sera délivré sur demande justifiée.

Cours de revision d'une semaine (2 au 7 novembre 1931) sur les acquisitions médicales pratiques de l'année en pathologie interne. — Sous la direction du Professeur Emile SERGENT et du Dr Camille LIAN, agrégé, médecin des hôpitaux, avec la collaboration de MM. ABRAMI, AUBERTIN, CHABROL, DUVOIR, HARVIER, agrégés, médecins des hôpitaux : FAROY, P. PRUVOST, WEISSENBACH, médecins des hôpitaux ; JOANNON, agrégé ; BLECHMANN, Gaston DURAND, Henri DURAND, FERNET, PÉRISSON, anciens internes des hôpitaux.

PROGRAMME DU COURS. — 1° Chaque matin dans un hôpital différent. — 9 h. 1/2 à 11 heures : Exercices pratiques au lit des malades ; 11 heures à midi : démonstration pratique. Lundi 2 novembre : C. LIAN, hôpital Tenon. — Mardi 3 novembre : AUBERTIN, hôpital de la Pitié. — Mercredi 4 novembre : Professeur SERGENT, hôpital de la Charité. — Jeudi 5 novembre : FERNET, hôpital Saint-Louis (Policlinique Lortat-Jacob). — Vendredi 6 novembre : FAROY, hôpital Beaujon. — Samedi 7 novembre : hospice de la Salpêtrière (Service du Professeur Guillain).

2° L'après-midi à l'hôpital de la Charité. 3 heures à 4 heures : Démonstration pratique (service ou laboratoire du Professeur Sergent) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2 : Conférences cliniques (amphithéâtre de la clinique du Professeur Sergent). La leçon de clôture du cours sera faite par le Professeur SERGENT.

Lundi 2 novembre, 3 heures à 4 heures : Henri DURAND (tu-

berculose) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 : C. Lian (cœur, vaisseaux) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2 : Pruvost (appareil respiratoire). — Mardi 3 novembre, 3 heures à 4 heures : C. Lian (cœur, vaisseaux) ; 4 h. 1/4à 5 h. 1/4 : Périsson (neurologie) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2 : Chabrol (foie, nutrition). — Mercredi 4 novembre : 3 heures à 4 heures : Périsson (neurologie) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 : Duvoir (médecine légale) ; 5 h. 1/2 à 6 heures : Harvier (endocrinologie) ; 6 heures à 6 h. 1/2 : Abrami (pathologie générale). — Jeudi 5 novembre : 3 heures à 4 heures et 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 : Fernet (peau et sypnilis) ; 5 h. 1/2 à 6 heures : Joannon (hygiène) ; 6 heures à 6 h. 1/2 : Aubertin (sang). — Vendredi 6 novembre, 3 heures à 4 heures : Weissenbach (médecine générale) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 : Faroy (estomac) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2 : Gaston Durand (intestin). — Samedi 7 novembre, 3 heures à 4 heures et 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 : Blechmann ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2 : Professeur Sergent (appareil respiratoire).

S'inscrire ou bien à la Faculté de médecine, tous les jours, de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 16 heures (sauf le samedi), salle Béclard (A. D. R. M.), ou bien à l'hôpital Tenon, auprès du Dr Blondel, assistant du Dr Lian, soit à l'avance par correspondance, soit le lundi matin, 2 novembre, à l'ouverture du cours. Droit d'inscription : 250 francs.

Hôpital-Necker-Enfants-Malades. — MM. J.-M. Le Mée, André Bloch, M. Bouchet, laryngologistes des hôpitaux de Paris, avec M. Weill-Hallé, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades et M. G. Canuyt, professeur d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de Strasbourg, feront les 25, 26, 27 et 28 octobre, à l'hôpital Necker-Enfants-Malades (pavillon George et Florence Blumenthal), une série de conférences et démonstrations opératoires sur la chirurgie de l'amygdale.

Historique de la chirurgie de l'amygdale suivant la conception de son rôle pathologique. — Contre-indications et indications cliniques, bactériologiques et expérimentales vues par le laryngologiste. Le test amygdalien. — Contre-indications et indications vues par le médecin. — Préparation de l'intervention. L'opéré. Le matériel opératoire. L'anesthésie. — Méthodes de Ruault, de Taptas, de Sluder et de Braun, de La Force et de Popper, de J. Beck, de Vacher, de Jacques. La méthode diathermique. La méthode par dissection : technique française, techniques de Coakley, de Fowler. — Valeur comparée des différentes méthodes. — Les soins post-opératoires et les résultats éloignés. — Les complications. Traitement des hémorragies. — L'amygdalectomie à chaud dans les suppurations de la région amygdalienne ; technique.

Les conférences auront lieu l'après-midi de 2 h. 1/2 à 4 h. 1/2. Les démonstrations opératoires et instrumentales le matin de 10 heures à midi. Les explications seront fournies indifféremment en français, en anglais, en allemand et en italien.

Droits d'inscription : 300 francs. Ecrire au Dr Magdelaine, assistant du Service, Hôpital Necker-Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, Paris.

Hôpital Tenon (4, rue de la Chine, Métro : Gambetta.) — *Cours de perfectionnement sur les grands syndromes cardiaques.* (insuffisance cardiaque. Angines de poitrine. Douleurs précordiales. Syncopes). — Ce cours, qui aura lieu du 9 au 19 novembre 1931, sera fait par M. Camille Lian, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de ses élèves : MM. Hagueneau, médecin des hôpitaux ; H. Welti, chirurgien des hôpitaux ; A. Blondel, ancien interne lauréat des hôpitaux ; Gilbert-Dreyfus, P. Puech, Alibert, P. Merklen, Odinet et Racine, anciens internes et internes du service ; R. Barrieu (de Royat) ; M. Marchal, assistant d'électro-radiologie, chargé de la radiologie du service ; Bréant, chef du laboratoire du service.

Tous les matins, à 10 heures, conférence clinique avec projections. Le mardi et le vendredi matin sont consacrés entièrement à l'examen des malades de la consultation spéciale du service (un télécardiophone permet à tous les élèves d'ausculter simultanément un même malade).

Tous les après-midi, à 15 heures et à 17 h. 1/2, deux conférences cliniques avec projections ; à 16 heures, démonstration pratique.

Programme du cours. — Lundi 9 novembre, 10 heures, M. Lian : Considérations générales sur l'insuffisance cardiaque ; 11 heures, M. Blondel : Examens cliniques ; 15 heures, M. Blondel : Dyssystolie et hyposystolie ; 16 heures, M. Barrieu : Démonstration de sphygmomanométrie ; 17 h. 1/2, M. Gilbert-Dreyfus : La toux cardiaque.

Mardi 10 novembre , 10 heures, M. Lian : Consultation clinique, ; 15 heures, M. Blondel : Asystolie ; 16 heures, M. Racine : Démonstration de sphygmomanométrie ; 17 h. 1/2, M. Odinet : Encombrement aigu de la circulation pulmonaire.

Mercredi 11 novembre, 10 heures, M. Lian : Le bruit de galop ; 11 heures, M. Blondel : Exercices cliniques ; 15 heures, M. Blondel : Encombrement ventriculaire gauche ; 16 heures, M. Marchal : Démonsttration de radiologie ; 17 h. 1/2, M. Hagueneau : L'insuffisance cardiaque dans les néphrites.

Jeudi 12 novembre, 10 heures, M. Lian : Le pouls alternant ; 11 heures, M. Marchal : Examens radiologiques ; 15 heures, M. Blondel : Encombrement ventriculaire droit ; 16 heures, M. P. Merklen : Démonstration d'électrocardiographie ; 17 h. 1/2,

M. GILBERT-DREYFUS : L'insuffisance cardiaque des maladies infectieuses aiguës.

Vendredi 13 novembre, 10 heures, M. LIAN: Consultation clinique : 15 heures, M. BLONDEL : Diagnostic et causes de l'insuffisance cardiaque ; 16 heures, M. MARCHAL : Démonstration de radiologie ; 17 h. 1/2, M. P. MERKLEN : Electrocardiographie et insuffisance cardiaque.

Samedi 14 novembre, 10 heures, M. LIAN : Traitement de l'insuffisance cardiaque ; 11 heures, M. BLONDEL : Exercices cliniques : 15 heures, M. ALIBERT : Accidents gravido-cardiaques ; 16 heures, M. ODINET : Démonstration d'électrocardiographie ; 17 h. 1/2, M. BRÉANT : Les troubles du métabolisme dans l'insuffisance cardiaque.

Lundi 16 novembre, 10 heures, M. BLONDEL : Considérations générales sur les angines de poitrine ; 11 heures, M. LIAN : Interprétation des électrocardiogrammes de la semaine ; 15 heures, M. BLONDEL : Forme commune de l'angine de poitrine ; 16 heures, M. MARCHAL : Démonstration de radiologie ; 17 h. 1/2, M RACINE : L'angor aigu coronarien fébrile.

Mardi 17 novembre, 10 heures, M. LIAN : Consultation clinique ; 15 heures, M. P. MERKLEN : Electrocardiographie et angine de poitrine ; 16 heures, M. PUECH : Examen du cœur à l'autopsie ; 17 h. 1/2, M. BLONDEL : Angors réflexes et névropathiques.

Mercredi 18 novembre, 10 heures, M. LIAN : Traitement médical des angines de poitrine ; 11 heures, M. BLONDEL : Exercices cliniques ; 15 heures, M. WELTI : Traitement chirurgical des angines de poitrine ; 16 heures, M. RACINE : Epreuves fonctionnelles cardiaques ; 17 h. 1/2, M. MARCHAL : Radiothérapie des angines de poitrine.

Jeudi 19 novembre, 10 heures, M. BLONDEL : Douleurs précordiales ; 11 heures, M. MARCHAL : Exercices radiologiques ; 15 heures, M. BLONDEL : Les syncopes ; 16 heures, M. P. MERKLEN : Démonstration de méthode graphique ; 17 h. 1/2, M. LIAN : Traitement des syncopes.

Un certificat sera délivré aux médecins inscrits au cours ; ils pourront ensuite être attachés au service comme médecins stagiaires, et éventuellement comme assistants.

Chaque année, au début de juin et de novembre, est fait dans le service un cours de perfectionnement sur les affections cardio-vasculaires. Tout le programme est réparti en 4 cours : 1° Arythmies ; 2° Grands syndromes cardiaques ; 3° Artères, veines et capillaires ; 4° Endocarde, péricarde, myocarde, aorte. Le cours de juin 1932 portera sur les maladies des artères, veines et capillaires ; il sera suivi d'un voyage aux stations hydro-minérales cardio-vasculaires.

S'inscrire : ou bien à la Faculté de médecine , tous les jours, de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures (sauf le samedi), salle Béclard (A. D. R. M.), ou bien à l'hôpital Tenon, auprès du Dr BLONDEL, premier assistant du service, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours. Droit d'inscription ; 250 francs.

Nécrologie. — Dr Gabriel BOURDON, ancien médecin colonel des troupes coloniales, décédé à Lyon, dans sa 67e année. — Dr P. G. MAHOUDEAU, professeur à l'école d'anthropologie, décédé à Gambais (Seine-et-Oise), dans sa 80e année. — Maurice LAMBERT, externe des hôpitaux de Paris, décédé à l'âge de 23 ans. — Dr BECAVIN DE THOMIN, chef du service de radiologie de l'hôpital Gouin à Paris.

BIBLIOGRAPHIE

Marie-Jeanne, la force du souvenir par Jacques LYN. Lille, *Mercure de Flandre*. 204 rue Solferino, Lille. Prix : 10 fr.

Jacques Lyn présente sous une forme originale un cas de la lutte éternelle entre le devoir et la passion.

La vie, ses appétits, ses faiblesses, ses tentations, ses chutes faciles mais au fond des âmes d'élite, la notion du devoir que fait surgir le souvenir de ce qui fut noble , cher et sain.

Le cas est traité à la fois avec vivacité et profondeur en trois actes par Jacques Lyn dont le talent trahit mieux que des promesses.

Action sémillante, dialogue vif de mondains que dominent ceux des personnages qui ont un cerveau et une conscience comme l'héroïne Marie-Jeanne.

Edition élégante du *Mercure de Flandre*.

Page 24 je cueille :

« Mon petit, le 11 novembre à l'aube j'accueillis la grande nouvelle en m'écriant « Tant pis ! »

Eh oui ! ceux, militaires et civils qui en novembre 1918 eurent en mains les destinées, l'avenir de la France, la paix du monde pour un siècle ou deux, ne comprirent pas .....

Et c'est presque un miracle que quelques voix courageuses comme celle de Jacques Lyn osent enfin dire la vérité.

E. de M.

TRAVAUX ORIGINAUX

Vie de Cabanis

Depuis le 18 brumaire jusqu'à sa mort (*Suite et fin*)

En l'an VIII, Cabanis excédé, comme Monge, Laplace, E. Geoffroy Saint-Hilaire et tant d'autres savants..., du triomphe de la démagogie, effrayé du désordre politique et moral qui régnait du haut en bas de l'échelle sociale, hanté par le souvenir de la Pologne et craignant de voir sombrer la France et la République dans l'anarchie, en vint à se persuader, ou à se laisser persuader par Sieyès, que le meilleur moyen de sauver l'une et l'autre serait de les mettre sous la garde d'une épée victorieuse, et il se rangea à l'avis de l'ex-abbé qui préconisait l'institution d'un triumvirat consulaire présidé — à défaut de Hoche mort, de Joubert tué à Novi, de Jourdan indécis, de Moreau hésitant — par Napoléon Bonaparte, retour d'Egypte. Dans cette conviction et, — sans se laisser arrêter par la considération que la rentrée, sans ordre, de cet officier général équivalait à une désertion devant l'ennemi ; que son obtention du commandement de l'armée d'Italie avait été obtenue au prix des plus louches tractations ; que son ancienne proclamation aux troupes ainsi placées sous ses ordres et conviées cyniquement, par lui, au pillage de la péninsule, témoignaient d'une effrayante amoralité, confirmée par le passage au fil de l'épée des milliers de prisonniers qui gênaient ses mouvements à Jaffa ; que ses reproches virulents au Directoire au lendemain des victoires de Brune à Berghen, de Massena à Zurich, révélaient un rare et dangereux mélange d'inconscience et d'impudence. — il ne craignit pas de prêter son concours actif (avec, Boulay de la Meurthe, Chazal, E. Gaudin, M. J. Chénier Daunou, Lebrun, Talleyrand, Fouché, Régnier, Cambacérès, Bruix, Lemercier, Cornudet, Lucien Bonaparte, etc.), à la préparation du Coup d'Etat du 18 brumaire, à son exécution, à sa défense devant l'opinion publique.

Sa conduite peut certes paraître déplorable aux yeux de ceux qui estiment que l'aventurier Corse, en dépit de ses talents militaires et de ses capacités d'organisateur, a fait beaucoup plus de mal que de bien à notre pays et à l'Occident, que, loin de seconder l'évolution progressiste de l'Humanité, il a été un facteur de rétrogradation ; qu'en ce qui concerne la France, il porte la responsabilité de nos désastres de 1814 et 1815, de la formation de l'unité allemande, de la perte de notre frontière naturelle du Rhin, enfin gagnée par les armées, la politique et la diplomatie de la Convention, continuant et parachevant, sur ce point, les efforts séculaires de nos meilleurs rois de la dynastie capétienne.

Mais pour le juger équitablement, convient-il encore de prendre en considération l'intensité des besoins d'ordre ressentis par l'immense majorité des Français, écœurés de l'anarchie démagogique issue de la proclamation, par le sophiste Rousseau, d'une prétendue égalité naturelle entre les hommes, contredite par l'expérience de tous les peuples dans tous les temps, et n'ayant jamais existé que dans son imagination de niveleur ; d'une liberté licencieuse, incompatible avec la vie organique d'aucune société ; d'une souveraineté populaire poussant chaque génération à s'insurger contre celles qui l'ont précédée. Le désordre social s'était développé de telle sorte qu'une dictature militaire était en effet inévitable et nécessaire pour sauver la France : elle eût pu être avantageuse avec Hoche, Moreau ou Jourdan ; elle devint néfaste exercée par un chef aussi monstrueusement égoïste que Bonaparte.

Bien qu'à la suite du succès de la conspiration, Cabanis eut pris place au Sénat conservateur, il ne tarda pas, du reste, à regretter la confiance qu'il avait placée en Napoléon, et, s'il faut en croire une lettre de Lucien Bonaparte à Joseph, du 14 juin 1800, il aurait même projeté de substituer Carnot ou La Fayette au maître du jour, lorsque la bataille de Marengo, perdue par celui-ci, mais regagnée par Desaix au profit du premier Consul, vint couper court à tout rêve de ce genre. Il ne restait plus au chef des Idéologues qu'à traîner lamentablement sa vie politique dans la peau d'un commandeur de la Légion d'honneur, qu'à la terminer dans celle d'un comte de l'empire. Heureusement pour le repos de sa conscience, il disparut avant que le génie politique et militaire du grand empereur eut soulevé l'Europe contre la France, conduit celle-ci à Waterloo et amené sa mutilation.

C'est l'année suivante, quelques mois après la naissance de sa seconde fille, qu'il connut la douleur de perdre, le 13 août 1800, la noble femme qui avait été pour lui la meilleure des mères, et dont la dernière préoccupation avait été d'assurer à ses deux enfants adoptifs (La Roche et Cabanis) la jouissance viagère de la maison dans laquelle s'étaient écoulés vingt-deux ans d'une vie mémorable, illustrée par la protection accordée aux principaux agents de la progression intellectuelle, sociale et morale de notre espèce, marquée par une inépuisable bonté envers les humains et les animaux. Bien que le testament, laissé par elle, présentât des incorrections qui lui enlevaient toute valeur légale, les clauses en furent religieusement respectées par la comtesse d'Andlau et par le fils de la comtesse de Mun.

A peine Cabanis avait-il eu le temps de surmonter son chagrin qu'il dut se charger en l'an XI, à la requête de l'Académie des Siences, de rédiger et de prononcer l'éloge de l'un de ses membres décédé, Vicq d'Azyr, de son vivant anatomiste remarquable et secrétaire perpétuel de la Société de Médecine. Il sut le féliciter comme il convenait : — d'avoir contribué à établir l'importance de la Méthode comparative en anatomie, en physiologie, en pathologie (T. V, p. 207) ; d'avoir imprimé le mouvement à de nouvelles recherches d'anatomie comparée ; d'avoir été ainsi le promoteur de découvertes qu'il avait eu le mérite de pressentir et d'indiquer ; d'avoir reconnu la nécessité d'une réforme de la langue anatomique et de l'avoir amorcée, etc. (p. 209) ; — de s'être affirmé, en tant que Secrétaire de la Société de Médecine, appréciateur impartial et compétent des travaux de ses collègues, d'avoir exposé leurs recherches avec clarté (p. 206), de les avoir jugées avec sagacité et d'avoir fourni la preuve d'une surprenante érudition.

Incidemment, il avait trouvé moyen de rendre pleine justice à Harvey dont la Faculté de médecine de Paris repoussait encore les découvertes en plein XVIIIe siècle et dont lui-même n'avait pas suffisamment apprécié la valeur dans ses « Révolutions de la Médecine » ; — de rendre hommage à Buffon (196) ; — de célébrer Lavoisier « l'un des principaux auteurs de la révolution la plus importante peut-être qu'eussent encore éprouvée les sciences naturelles » (214) ; — de glorifier Condorcet (dont il devait de concert avec Garat, publier les œuvres en 1804) « que le jugement de Voltaire plaçait dès longtemps à la tête de la philosophie, qui ne cessa, comme Socrate, d'éclairer les hommes jusqu'à son dernier moment ; qui tenant, comme lui, d'une main la coupe fatale, traçait l'esquisse magnifique des progrès de l'esprit humain ; resserrait dans quelques pages, pour sa fille chérie, les principes de la morale ; et descendant des plus hautes régions du calcul, ne dédaigna pas de rédiger des leçons d'arithmétique pour les instituteurs et pour les enfants des classes indigentes de la Société. » (215).

C'est en ventôse de l'an XII (1804) que, désespérant, par suite du déclin de sa santé, de pouvoir jamais donner la suite rêvée à son Essai sur *Les Révolutions et la Réforme de la Médecine*, composé en l'an III, il se décida à publier la partie rédigée, restée à l'état d'esquisse imparfaite. Elle n'en fut pas moins accueillie avec une faveur marquée, bien que l'attention ne semble pas avoir été spécialement attirée sur la portée de son exposition et de son analyse lumineuse des trois états principaux de la connaissance humaine.

L'année qui précéda celle de sa mort, ayant peut être conscience de l'imminence de sa fin, il avait livré à l'impression ses *Observations sur les affections catarrhales et particulièrement celles qui sont connues sous le nom de rhumes de cerveau et*

de rhumes de poitrine, basées sur une expérience de plus de 25 années. Bien qu'elles soient aujourd'hui dépassées et délaissées, elles connurent aussi la vogue, et, d'après L. Peisse, furent fort prisées des praticiens au commencement du siècle XIXe.

Enfin, on a publié également, parmi ses œuvres posthumes (T. II), une *Note sur un genre particulier d'apoplexie, occasionné par le spasme des artères cérébrales*, note qui, non seulement témoigne de ses constantes préoccupations médicales, mais qui montre qu'il avait saisi l'importance des réactions nerveuses en physiologie pathologique générale.

La *Lettre* à Fauriel sur les *Causes premières* semble avoir été le dernier écrit important de Cabanis, sans qu'on sache s'il eût jamais l'intention de la rendre publique. Il y traite, comme nous l'avons déjà dit, du matérialisme, du spiritualisme, et du panthéisme, en manifestant une préférence pour ce dernier, mais en prenant soin de spécifier, au préalable, qu'ils se rapportent, l'un l'autre, à des questions, d'ici longtemps sinon à jamais insolubles scientifiquement, sur lesquelles, par conséquent, on ne saurait avancer que d'hypothétiques conjectures soufflées par l'imagination au service du sentiment.

Indépendamment des écrits ci-dessus mentionnés et qui furent exécutés ou qui reçurent un commencement d'exécution, — auxquels il convient d'ajouter une intéressante Notice biographique sur Franklin avec lequel il avait été en relations suivies durant les neuf années de son séjour à Passy, — il avait projeté d'autres travaux qui restèrent en suspens : un Tableau général de nosologie, de matière médicale et de thérapeutique ; un Traité de perfectionnement physique de l'homme ; un Traité de physiologie dont il renonça à poursuivre l'exécution lorsque parut celui de Richerand, inspiré, semble-t-il, de leurs communes conversations.

C'est dans le jardin de la charmante habitation d'Auteuil, dont les héritiers de Mme Helvétius, respectueux de sa volonté, avaient laissé la jouissance viagère aux bénéficiaires désignés par elle, que, le 22 août 1807, se promenant avec ledit Richerand, il fut frappé brusquement d'une congestion cérébrale dont les soins empressés de son compagnon parurent réussir à conjurer les suites. Mais, dès cette première atteinte, Cabanis comprit qu'il lui fallait relayer, et, pour éviter les visites trop fréquentes que lui valait la proximité de Paris, il se réfugia à Meulan, chez Mme de Condorcet, toujours belle et spirituelle, qui lui avait adressé naguère (en l'an VI) une élégante traduction de la *Théorie des sentiments moraux* d'Adam Smith, suivie de huit *Lettres sur la Sympathie* (fort prisées de Mme de Staël), et qui s'était réfugiée dans cette paisible localité avec Fauriel dont elle était devenue la compagne, par une sorte d'union morganatique, non reconnue de la Loi et de l'Eglise, mais tolérée par les mœurs relâchées de l'époque. En dépit de cette sage précaution, il subit, au cours de l'automne suivant une seconde attaque, accompagnée, cette fois, si nous nous en rapportons à la correspondance de Guinguené, d'une parésie persistante du membre supérieur droit, sans aucun trouble de l'élocution.

A l'approche de l'hiver, il quitta Meulan pour le château de Villette où résidait son beau-père le marquis de Grouchy, mais comme celui-ci était très âgé et, d'autre part, gravement malade, Cabanis craignit de le fatiguer par sa présence, et préféra louer le château de Rueil où il continua à décliner, tout en ne cessant pas cependant de pratiquer quelque peu la médecine, grâce au dévoué concours d'un neveu, étudiant en médecine, Georges Montagu. D'après Moreau de la Sarthe, il n'aurait cessé de s'observer avec le plus grand sang-froid et avec la plénitude de sa raison.

Enfin, dans la nuit du 5 au 6 mai (1808), après s'être promené, avec sa femme, l'après-midi précédent, avoir dîné et s'être couché sans incident, il fut terrassé par une dernière attaque qui l'emporta, malgré la promptitude des soins qui lui furent prodigués, âgé seulement de 51 ans.

Son autopsie, pratiquée par Richerand, révéla une grosse hémorragie cérébrale qui avait inondé les ventricules, rompu la cloison du septum lucidum, désorganisé les couches optiques ainsi que les corps striés, et une hypertrophie considérable du ventricule gauche du cœur, dont les parois atteignaient « plus d'un pouce d'épaisseur ».

Son cadavre fut embaumé, et après une cérémonie funèbre en l'Eglise paroissiale d'Auteuil, qui jurait avec toute une vie de libre penseur, fut transporté, le 14 mai 1808, au Panthéon pour y être inhumé (à l'exception du cœur qui resta dans la maison d'Auteuil jusqu'au jour où il fut lui-même déposé auprès du corps de Mme Cabanis, non loin des restes de Mme Helvétius).

A l'intention de ceux qui, avec Th. Wechniakoff, recherchent, dans les biographies des hommes remarquables, des éléments susceptibles de jeter quelque lumière sur les conditions anthropologiques de la production scientifique, je reproduis ici les silhouettes, insuffisamment précises, de son physique que j'ai trouvées dans la Notice de Peisse et dans le volume de Guillois.

A l'époque de la Terreur, Cabanis était signalé par la Police comme ayant : « des cheveux et sourcils chatain-foncé, des yeux bleus, un nez oblong, une bouche moyenne, un menton un peu allongé, un front rond, moyennement dégarni ».

Plus jeune, il est représenté par Guillois comme ayant « une jolie figure, la parole ardente et beaucoup d'esprit. Il était grand, mais délicat ; son visage était pâle » (à cette époque) « et respirait la douceur, la naïveté, la bienveillance et le charme. Son maintien était à la fois plein de dignité et de simplicité. »

Au lendemain de la mort de Mme Helvétius, le même Guillois rapporte de lui, ce portrait : il « avait dépassé la quarantaine : il était très grand ; ses cheveux noirs encore, sa taille restée mince, ses yeux bleus, qui avaient gardé toute leur vivacité, n'accusaient pas l'âge mûr qu'indiquaient seulement et que soulignaient, pour ainsi dire l'élévation de ses épaules et l'alanguissement de sa démarche. Son cœur, en revanche, et son esprit avaient gardé cette fraîcheur d'impressions, cette fleur de bonté, de douceur et d'affection, qui le faisait appeler, par Manzoni, l'angélique Cabanis ». « Toujours, disait Droz, il rendait meilleurs ceux avec lesquels il conversait, parce qu'il les supposait bons comme lui ; parce qu'il avait une entière persuasion que la vérité se répandra sur la terre ; et parce que nul soin, pour la cause de l'Humanité, ne pouvait lui paraître pénible. Ses paroles doucement animées, coulaient avec une élégante facilité. Lorsque, dans son jardin d'Auteuil, je l'écoutais avec délices, il rendait vivement, pour moi, un de ces philosophes de la Grèce qui, sous de verts ombrages, instruisaient des disciples, avides de les entendre. »

Voici enfin le dernier portrait que reproduit la Notice de Peisse qui, pour écrire celle-ci, était entré en rapport avec la veuve et les deux filles de l'écrivain : « Cabanis était d'une taille assez élevée, mais d'une structure grêle. Son visage, surtout dans les dernières années de sa vie, était d'une *coloration vive et presque ardente*. L'expression habituelle de sa physionomie était celle de la douceur, de la naïveté, et d'une disposition bienveillante d'un charme particulier. Il avait dans le maintien beaucoup de simplicité et de dignité. Il était estropié du bras gauche par suite d'une chute de cheval faite dans sa première jeunesse, et dans laquelle les extrémités des os du coude avaient été fracturées » (in Notice de L. Peisse, p. XXXV).

Peut-être cette coloration ardente du visage, rapportée ici, si on la rapproche de l'insistance avec laquelle, en plusieurs endroits de ses ouvrages, Cabanis a préconisé l'usage du vin, donnerait-elle à penser que, sans avoir jamais connu l'ivresse, il a peut-être trop couramment usé de ce stimulant, peu favorable, semble-t-il, à sa circulation probablement hypertendue. Mais ce n'est là qu'une pure supposition.

Le portrait gravé, placé en tête de l'édition posthume de ses œuvres complètes, nous offre, autant qu'on peut en juger : un crâne mésaticéphale, plutôt volumineux, recouvert de cheveux tendant à friser ; un visage ovale ; un front découvert et légèrement bombé ; des yeux grands ouverts qui, surmontés de sourcils nettement arqués, semblent promener un regard quelque peu étonné sur l'extérieur ; une bouche sinueuse, d'un joli dessin, mais aux lèvres un peu fortes ; un menton arrondi, nettement séparé de la lèvre inférieure par un vallonnement assez accusé ; une oreille droite, au lobule peut-être adhérent, avec tendance au désourlement du pavillon.

Telle fut l'existence de Cabanis, d'après les témoignages concordants de Destut de Tracy, de Garat, de Guinguené, de Richerand, de Moreau de la Sarthe, de L. Peisse, de Mignet, de Guillois, etc., et à défaut de celui de l'une de ses filles qui avait projeté d'écrire une biographie de son père avec l'aide de Fauriel, mais qui dût renoncer à son projet devant le refus de celui-ci de collaborer à cette œuvre pie, en l'honneur de l'homme dont il avait recherché et obtenu l'amitié.

Tels furent, d'autre part, les travaux qui ont illustré sa vie, et dont la succincte relation, dans les pages précédentes, ne saurait dispenser d'une étude plus approfondie, en rapport avec leur importance.

Constant Hillemand.

Travaux récents sur la bactériologie de l'infection puerpérale

Par A. PITHON

A. F. Lash, en étudiant systématiquement la flore des lochies au point de vue bactériologique, a constaté que, souvent en cas d'infection, on trouve des spirochètes bien spéciaux, différents du tréponème de la syphilis. Sur 98 grossesses normales, il a trouvé trois fois ces spirochètes dans les sécrétions vaginales (3 %) ; sur 40 opérations pour annexites, il les a trouvés deux fois et, enfin sur 118 cas d'infection puerpérale, huit présentèrent des spirochètes (6,8 %). Il estime qu'on peut individualiser un tableau clinique correspondant à ces cas : fièvre sans grande atteinte de l'état général et lochies sanguino-purulentes (1).

Kurt Sommer (2) affirme qu'il est faux de considérer le streptocoque hémolytique comme le seul agent responsable de l'infection puerpérale et comme le plus dangereux. Beaucoup de germes pathogènes peuvent être la cause de cette maladie. Dans certains cas d'infections consécutive à des avortements criminels, l'auteur a retrouvé, en général, le staphylocoque doré hémolytique. Le streptocoque hémolytique et le streptocoque anaérobie putride ont été retrouvés en proportions égales dans 244 cas d'infection puerpérale généralisée.

L. Colebrook et R. Haré (3) concluent que l'infection par le streptocoque pyogène est comparativement une cause peu fréquente des élévations de la température au cours des suites de couches. Parmi 1.626 cas, sur lesquels 134 furent fébriles, dix seulement furent causés par le streptocoque pyogène Beaucoup plus souvent, les streptocoques étaient associés avec le bactérium coli, avec bacille pseudodiphtérique, avec des streptocoques non hémolytiques, et avec un certain nombre de micro-organismes indéterminés à Gram négatif. Les infections, dues aux streptocoques pyogènes, n'ont pas évolué de façon dramatique. Une seule malade mourut d'hémorragie secondaire, et une autre parut vouloir donner quelques inquiétudes, — surtout en rapport avec son état mental antérieur. — Les huit autres cas présentèrent des signes d'infection peu sévère, deux malades furent à peine atteintes. Il semblerait donc, que, bien que la présence dans l'utérus du streptocoque hémolytique — surtout s'il sagit d'un germe abondant et presque pur — puisse être considérée comme un facteur sérieux, ceci ne justifie pas nécessairement un pronostic grave. De plus, bien que l'isolement strict des dix malades ayant présenté du streptocoque hémolytique ait été impossible, l'infection ne fut transmise à aucune autre malade du même hôpital, sauf peut-être dans un cas.

(1) A. F. Lash. — Spirochètes in puerperal fever. *Amer. Journ. of. Obst. and Gyn.*, septembre 1930, p. 348.
(2) *Zentralb. f. Gynäk.*, 14 avril 1928.
(3) *Brit. Med. Journ.*, 8 février 1930.

Depuis octobre 1928, L. Colebrook (1) a pu isoler les streptocoques anaérobies dans le sang de dix-sept malades atteintes d'infection puerpérale. Dans huit cas l'hémoculture donna d'importantes colonies de deux variétés de streptocoque anaérobie pur ou de streptocoque anaérobie associé à d'autres microbes. L'apparition de l'infection dans dix-sept cas, n'imposait pas l'idée d'une contagion accidentelle. Pour dix d'entre eux, des manœuvres intra-utérines avaient été nécessaires pendant le travail. On enregistra sept cas de mort, soit une mortalité de 39,9 %. Quatre cas de thrombophlébite et deux cas d'infarctus furent décelés à l'autopsie, la suppuration survint pendant la vie ou fut retrouvée après la mort chez neuf malades ; le streptocoque anaérobie fut toujours mis en évidence dans le pus.

Treize des dix-sept cas d'infection généralisée par le streptocoque anaérobie sont survenus au Queen'S Chalott Hospital. Pendant le même laps de temps, survinrent à cet hôpital, six ou peut-être sept cas de septicémie due au streptocoque hémolytique avec terminaison fatale pour trois d'entre eux. Les dix-neuf cultures obtenues avec sang des malades semblent constituer un groupe très hétérogène. Certains d'entre eux semblent apparentés au groupe des streptocoques putrides décrit par Schottmuller, d'autres, non. La technique de l'hémoculture qui doit être employée pour mettre en évidence le streptocoque anérobie est bien établie et on doit en tirer la conclusion que l'infection puerpérale par anaérobie est beaucoup plus fréquente en Angleterre qu'on ne le croit, et les difficultés rencontrées pour le mettre en évidence tiennent vraisemblablement à une mauvaise technique pour l'hémoculture.

L'auto-sérothérapie intra-dermique, procédé de M. Flandin, dans le traitement des affections par hypersensibilité

Par Edouard MAISON,
Interne des hôpitaux

Ce procédé de désensibilisation dérivé des recherches faites depuis 1910 par MM. Achard et Flandin, utilise :

1° Les propriétés cryptotoxiques du sérum des malades atteints de maladies par hypersensibilité ;

2° Le rôle des cellules dermiques dans l'élaboration d'un état de défense de l'organisme par un mécanisme encore mal expliqué et du domaine de l'hypothèse. Cet état de défense s'oppose à la sensibilité spéciale des malades que celle-ci soit de nature allergique ou non, cutanée ou générale, qu'elle soit le fait d'une réaction d'intolérance suivant le mot de Darier.

Les propriétés cryptotoxiques du sérum des malades déjà signalées par Achard et Flandin chez les sujets anaphylactisés furent mises plus tard en évidence par la recherche des anticorps spécifiques dans les organismes sensibilisés (recherche donnant des résultats discordants pour B. Bloch, de Munich) et par la réalisation expérimentale de la sensibilisation à l'aide de la transmission passive de Prausnitz et Küstner. Whitfield met également en évidence ces propriétés cryptotoxiques en montrant l'auto-sensibilisation de certains eczémateux pour leur propre sérum : un traumatisme ayant donné une ecchymose est suivi d'une éruption érythémato-urticarienne localisée au même point.

L'auto-sérothérapie intra-dermique a l'avantage sur les autres procédés de désensibilisation :

(1) *British. Med. Journ.*, 8 juillet 1930.

1° d'être exempte de danger (fortes réactions locales et générales de l'auto-sérothérapie sous-cutanée) ;

2° facile pour le médecin et bien acceptée par le malade car ne nécessitant qu'une seule ponction veineuse ;

3° de donner un pourcentage de résultats plus satisfaisant que les procédés de désensibilisation spécifique.

Celle-ci a contre elle la fréquence des poly-sensibilisations et la difficulté de recherche de l'antigène responsable du fait de la valeur inconstante des différents tests.

Mais pour obtenir un bon résultat il importe de bien suivre la technique préconisée par Achard et Flandin et d'appliquer la méthode avec discernement. en la réservant aux eczémas par hypersensibilité, à l'urticaire, Quincke, accidents sériques, prurigo strophulus, rhume des foins.

Dans les réactions à type eczématisation à distance que Ravaut considère comme des manfestations allergiques au cours de différentes affections, à levures, streptococcies ou staphylococcies il y a lieu d'associer au traitement par auto-sérothérapie un traitement local sur la lésion mère, faute de quoi la lésion seconde ne peut être influencée par le traitement.

Technique

Préparation du sérum

On prélève aseptiquement dans une veine à l'aide d'une seringue montée, stérilisée à l'autoclave 20 centi-cube environ de sang. Une fois celui-ci coagulé spontanément, on laisse le sérum en contact avec le caillot pendant 24 heures, puis il est décanté avec les précautions d'aseptie d'usage dans un petit tube (tube à hémolyse, par exemple) que l'on peut laisser à la température de la pièce pendant toute la durée du traitement.

Le sérum recueilli servira pour toute la série des injections. Il n'est pas besoin de le mettre en ampoule ni de le tyndaliser, l'ensemencement des tubes de sérum ayant servi à 10 ou 15 injections ne donnant jamais de cultures si les précautions banales d'aseptie ont été bien observées.

L'injection du sérum

Sera pratiquée à l'aide de la seringue de Barthélémy et d'aiguilles courtes et fines à biseau court afin de rester strictement dans le derme.

On injectera de un dizième à un quart de centi-cube en montant progressivement. Il est inutile de dépasser ces doses. La répétition des injections a plus d'importance. Il faut pratiquer une série minima de 10 à 15 injections quotidiennes pour obtenir un résultat durable.

Souvent l'atténuation du prurit survient dès les premières piqûres, mais il faut poursuivre les injections. La guérison obtenue, il y a intérêt de même de faire une série de consolidation.

Parfois à la suite d'une série ayant déterminé la guérison, on voit se produire une rechute.

Bien que Ravaut ait regretté que les méthodes de désensibilisation ne soient que palliatives, l'institution d'une deuxième et au besoin d'une troisième série a pu nous procurer la guérison prolongée d'eczémas considérés jusqu'alors comme incurables.

Cependant c'est dans ces cas qu'il y a lieu, par un examen approfondi, d'étudier le terrain du malade et de rechercher une des causes prédisposantes que nous étudions plus loin et d'y apporter le traitement associé approprié.

Le traitement associé

On s'efforcera de rechercher une porte d'entrée en cas d'antigène agissant par voie externe, qu'il s'agisse d'antigène microbien ou parasitaire, physique ou chimique.

Ce n'est qu'en agissant également sur la lésion première, par exemple un intertrigo à levures, streptococcique qu'on arrivera à guérir ces « eczémas seconds ». (P. Ravaut). On la traitera par les topiques appropriés, pommades antiseptiques, voire même vaccins en cas de pyococcies étendues. D'ailleurs pour Jadassohn les traitements externes empiriques de l'eczéma devraient une partie de leur activité à un pouvoir désensibilisant non spécifique.

Parfois la sensibilisation est le fait d'un foyer infectieux latent qu'il faudra rechercher systématiquement en cas d'échec du traitement désensibilisant, afin d'y soustraire le malade.

On recherchera ainsi une appendicite chronique (un œdème de Quincke amélioré par l'auto sérothérapie n'a ainsi cédé qu'à une appendicectomie) les lésions dentaires si fréquentes : caries, pyorrhée alvéolo-dentaire entraînant la pyophagie.

Nous possédons également les observations de nombreux cas d'eczémas qui n'ont guéri que par les soins dentaires associés à l'auto-sérothérapie. D'où notre principe de soigner systématiquement la bouche de nos malades.

On étudiera enfin le terrain sur lesquel évolue l'affection. Au Congrès international de Dermatologie de 1930, Milian, Ravaut, Jadassohn ont insisté sur son rôle.

Pour Ravaut tout eczéma est une réaction seconde due à la rencontre d'un antigène et d'un terrain spécial.

Ces auteurs insistent sur le rôle des infections chroniques, syphilis, tuberculose, des intoxications telles que la goutte, des troubles hépatiques, des altérations vago-sympathiques (Milian), endocriniennes sur lesquelles on ne saurait trop insister.

Il faudra les rechercher afin d'y remédier par une thérapeutique appropriée qui, associée à l'auto-sérothérapie intradermique, a pu nous procurer des résultats dans de nombreux cas d'eczémas récidivants d'une façon désespérante.

Ce n'est qu'après de tels essais que l'on pourra parler de la faillite des méthodes de désensibilisation,

Nous insisterons pour terminer sur la nécessité de soigner précocement ces malades atteints de diathèse eczémateuse, avant que des modifications profondes de leurs tissus épidermo-dermiques ne soient un obstacle à toute guérison possible.

Accidents nerveux post-hémorragiques. — « Il existe, moins exceptionnellement que ne le ferait croire la lecture des traités, des accidents nerveux apparaissant à la suite d'une hémorragie abondante. Ce n'est pas une coïncidence, mais bien un rapport de cause à effet qui unit les troubles nerveux à la perte sanguine... L'expression clinique en est d'une grande variété. Elle reproduit tantôt les symptômes d'une lésion en foyer, tantôt des signes d'excitation corticale diffuse, ou d'atteinte discrète du seul faisceau pyramidal, ou de sidération brutale des fonctions nerveuses, ou d'altération des nerfs craniens ou périphériques. Au lit du malade, ces troubles sont plus ou moins manifestes. Nous insistons surtout sur l'intérêt qu'il y a à rechercher systématiquement, chez des sujets qui viennent de perdre du sang en abondance, le signe de Babinski post-hémorragique... » (Dr Robert Worms. Les accidents nerveux consécutifs aux pertes de sang, Doin éditeur.)

Administration de la digitale par voie rectale. — « ... Dans ces derniers temps, on a beaucoup recommandé d'user de la voie rectale comme voie d'introduction de la digitale (Erich Meyer). D'après Meyer, ce mode d'administration sera préféré dans tous les cas graves où l'injection intra-veineuse ne peut être utilisée, soit que les veines soient difficilement accessibles, soit qu'il y ait de forts œdèmes ou encore qu'il existe un danger de thrombose ou d'embolie. Il trouve ainsi une indication spéciale dans les états de stase hépatique. Lorsque la chose est possible on aura intérêt à alterner avec l'administration par le rectum les injections intra-veineuses. Enfin on pourra utiliser la voie rectale quand l'administration du remède *per os* ne donne pas de résultats suffisants ou provoque des vomissements. Pour l'administration par le rectum, E. Meyer utilise le digipuratum à dose de 1 cmc. 3 dilué dans 10 cmc. de sérum physiologique. On se sert également de suppositoires à base de produits digitaliques...) (P. Henrijean et R. Waucomont. La digitale, Masson, édit.)

CHRONIQUE

Puériculture

On parle beaucoup de puériculture. On a mis sur pied d'excellents ouvrages pratiques et autres moyens didactiques destinés aux sages-femmes, aux infirmières, aux mères. Le médecin ne doit pas s'en tenir à cet empirisme ; son art n'est vraiment complet que s'il possède des idées générales. Ces idées générales, cette philosophie de la puériculture, M. Cathala a eu le très grand mérite de les mettre en belle évidence dans un livre récent, court et clair (1), dont il faut recommander la lecture à tous nos confrères qui sont appelés à soigner les nourrissons et à tous ceux qui, plus tard, soignent les séquelles des affections du nourrisson.

* * *

Dans sa préface, après avoir rappelé ses maîtres et, en particulier, l'un d'entre eux « dont l'influence est manifeste à chaque page », et que nul ne peut approcher sans l'admirer, Cathala parle d'un autre grand patron dont il n'a pas été l'élève, le Professeur Marfan, car, dit-il « quel est celui qui, parmi les jeunes, de près ou de loin, n'a puisé dans son œuvre écrite le meilleur de ses connaissances ».

Voici justement que vient de paraître la seconde édition d'un livre du Professeur Marfan — un livre qui a connu un grand et mérité succès (2).

L'auteur y étudie, tour à tour, les caractères généraux de la première enfance, la débilité congénitale, les ictères des nouveau-nés, l'induration cutanée du nouveau-né par traumatisme obstétrical, la première dentition et ses accidents, les affections de la bouche, les végétations adénoïdes, l'abcès chaud rétropharyngée, la diphtérie du nourrisson, la broncho-pneumonie, la tuberculose dans la première enfance, la conception actuelle de la scrofule, l'asthme, le stridor, la mort subite et, en particulier la mort dite thymique, les malformations cardiaques.

* * *

De ce livre, je voudrais résumer, brièvement, l'introduction, consacrée aux caractères généraux de l'enfance et, plus particulièrement de la première enfance.

« L'enfance est la période de la vie qui s'étend de la naissance à la puberté, laquelle s'établit en général entre douze et quinze ans, un peu plus tôt chez les filles que chez les garçons. Son caractère essentiel, c'est qu'elle est par excellence la période d'accroissement ». Cette croissance peut être troublée par des faits pathologiques. « Sur les facteurs morbides qui peuvent arrêter ou troubler la croissance, des recherches récentes ont mis en lumière des faits nouveaux d'un grand intérêt. Certaines maladies dues à l'absence de principes spéciaux dans l'alimentation, ou maladies par carence, d'autres dues au défaut d'air pur et de lumière, et d'autres qui atteignent certaines glandes endocrines, ont une influence considérable sur l'accroissement » et M. Marfan rappelle les carences en principes minéraux, en acides aminés, en vitamines.

« La croissance implique un mode spécial de nutrition ; elle exige que l'assimilation l'emporte sur la désassimilation : un kilogramme de nouveau-né absorbe plus d'oxygène et deux fois plus d'azote que deux kilogrammes d'adulte et excrète deux fois moins d'urée ; une partie de l'azote ingéré est, donc, retenu pour les besoins de la croissance ».

« Mais ce qu'il importe aussi de mettre en lumière, c'est que, dans les premiers temps de la vie, excepté pour ce qui regarde l'urée, la désassimilation est plus intense qu'aux périodes ultérieures. En tenant compte de la différence des poids du corps, le rein est deux ou trois fois plus gros chez le nouveau-né que chez l'adulte, et il élimine plus d'eau chez le premier que chez le second. D'après Andral et Gavarret, Pettenkoffer, le poumon du nouveau-né absorbe plus d'oxygène et exhale plus d'acide carbonique que celui de l'adulte et c'est pourquoi dans les premiers mois le nombre des respirations à la minute est de 40 à 50, c'est-à-dire plus du double de ce qu'il est chez l'homme fait.

« Cette intensité de la désassimilation fait pressentir que le surplus d'aliments ingérés par l'enfant n'est pas employé exclusivement à la croissance du corps et à la suractivité des organes. En effet une bonne partie est brûlée ».

Pour un kilogramme de son poids, l'enfant perd plus de calorique que l'homme fait et, pour maintenir sa température constante à 37°, il doit brûler plus de substance.

Ces conditions font comprendre ce qu'est la dénutrition dans le premier âge ainsi que le degré qu'elle y atteint et la forme spéciale qu'elle y revêt : l'athrepsie de Parrot en est le terme le plus élevé et le plus caractéristique, c'est une dénutrition qui trouve en soi des éléments d'aggravation en avalanche.

Pendant la vie intra-utérine, la croissance s'opère surtout par l'hyperplasie ; pendant la vie extra-utérine, elle s'opère surtout par hypertrophie et par différenciation. Toutefois ces lois générales n'ont rien d'absolu et d'ailleurs, si on pénètre dans le détail, on trouve encore bien des points obscurs. C'est ainsi que, d'après Bizzozero, les tissus épithéliaux et les tissus lymphoïdes gardent toujours la propriété de s'accroître par hyperplasie.

La croissance, et c'est là une notion importante, ne s'accomplit pas suivant une courbe régulière ascendante ; elle procède par poussées, et, à ce propos, M. Marfan rappelle les belles recherches de P. Godin.

Mode spécial de la nutrition dans la première enfance. — « A la naissance, le mode de nutrition change brusquement. Pendant la vie intra utérine, le fœtus reçoit par la veine ombilicale des matériaux tout élaborés ; il n'a qu'à se les approprier. Dès qu'il est séparé de la matrice et du placenta, l'enfant doit introduire des aliments dans son tube digestif, les digérer et les transformer en substance vivante. Ce changement si considérable et si brusque est une des causes de la faiblesse du nouveau-né. De plus, autre élément de débilité, le tube digestif est inachevé et pourtant la fonction digestive est celle qui va prédominer dans les premiers temps de la vie. Mais la nature atténue les effets de ces conditions en préparant dans l'organisme maternel lui-même un aliment spécial pour le nouveau-né. »

Nécessité de soins spéciaux. — C'est un point sur lequel il importe de s'arrêter, car il est ignoré de beaucoup de médecins, d'administrateurs et de philanthropes.

« Dans les premiers temps de la vie, le petit de l'homme, en cela inférieur aux petits des animaux, est incapable de vivre s'il est abandonné à lui-même ; il ne peut rien faire par lui-même, il ne peut satisfaire à aucun de ses besoins ; il est dans la dépendance absolue de son entourage. »

Forme des réactions morbides du nourrisson. — 1° « Quand une maladie aiguë atteint un nourrisson antérieurement sain, elle détermine souvent des réactions intenses et diffuses qui paraissent hors de proportion avec la bénignité et la localisation de cette maladie. »

2° « Quand une maladie infectieuse se développe chez un nourrisson, il faut toujours redouter qu'elle ne reste pas localisée, car plus souvent que chez l'adulte, elle s'étend au delà de son foyer originel. Cette extension se fait surtout par voie lymphatique... La participation du système lymphatique aux infections est fréquente dans le jeune âge. Un

(1) Jean Cathala. — *Pathologie du nourrisson.* Collection : les *initiations médicales*, Masson, éd., Paris, 1931.

(2) A.-B. Marfan, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. *Clinique des maladies de la première enfance*, première série, 2e édition, revue et augmentée. Un vol. in-8°, 715 pages. Prix : 75 francs. Masson et Cie.

catarrhe du nez ou de la gorge, même léger, retentit souvent sur les ganglions du cou et en détermine l'intumescence ; cette adénopathie se termine en général par la résolution ; mais dans la première enfance, plus fréquemment qu'aux autres âges, elle aboutit à l'adéno-phlegmon et à l'abcès... Cet envahissement facile du système lymphatique est dû peut-être à ce que les vaisseaux de la lymphe sont, chez le nourrisson, plus absorbants, plus perméables. Les anatomistes savent qu'on infecte le réseau lymphatique plus facilement chez le jeune enfant que chez l'adulte. Heureusement les effets de cette disposition sont un peu atténués par la structure spéciale des ganglions du jeune enfant ; ces ganglions sont neufs, riches en centres germinatifs et en éléments cellulaires paraissent bien organisés pour arrêter, détruire ou neutraliser les microbes et les toxines.

« Chez le nourrisson comme chez l'adulte, la multiplication des microbes dans le sang, c'est-à-dire la septicémie vraie, n'est pas fréquente ; mais les décharges transitoires de bactéries dans le sang, qu'on distingue aujourd'hui des septicémies sous le nom de bactériémies, s'observent plus souvent dans la première enfance qu'à l'âge adulte ».

3° *Syndrome spécial aux infections et intoxications chroniques.* — « Dans la première enfance, les maladies de longue durée particulièrement les infections et les intoxications chroniques se manifestent, quelle que soit leur nature, par un syndrome commun dont les éléments sont : 1° la dénutrition et l'arrêt de la croissance ; 2° une anémie spéciale ; 3° une suractivité morbide des organes hémolymphopoïétiques, particulièrement de la moelle osseuse, suractivité en rapport avec le développement du rachitisme ».

***

Le Professeur Marfan indique comment l'hygiène anténatale influe sur le nourrisson. Or, il indique ce que doit être l'eugénique, l'eugénique latine comme l'appelait ici même H. Briand en s'inspirant de Bompiani.

« En utilisant les données que nous donnera plus tard l'eugénique, nous pourrons un jour arriver à diminuer la mortalité des nouveau-nés et aussi préparer des générations de Français sains et robustes. C'est une science encore jeune, qui ne peut enseigner qu'un petit nombre de faits positifs ; mais elle a un avenir riche d'espérance. Comme il arrive souvent pour les choses nouvelles elle est très critiquée ; cette introduction de la science et de la médecine dans les affaires du mariage et de la génération provoque des railleries des uns, l'indignation des autres. Et il semble bien que, parmi les eugénistes de la première heure, quelques-uns ont manqué de tact et de bon sens. Or, il s'agit ici de questions très délicates ; il faut respecter certains domaines de la conscience et ne point blesser certaines susceptibilités.

Cependant, à nous en tenir au point de vue pratique, il n'y a pas de raison qui nous empêche de dire avec preuves à l'appui : « Ne procréez pas en état d'ivresse, de morphinisme, de cocaïnisme, ou si vous êtes atteint de syphilis en évolution, autant que possible ne procréez pas si vous n'avez pas le sentiment de la bonne santé ; conduisez-vous de telle sorte que jamais ne vienne le jour où vos enfants puissent vous reprocher de les avoir engendrés ». En parlant ainsi nous ne voyons pas quel mal nous faisons et nous pensons au contraire que nous pourrons éviter des malheurs ; et si nous étions écoutés non seulement beaucoup de vies d'enfants seraient sauvées, mais encore nous améliorerions la race.

On a dit que si les eugénistes sont trop intransigeants, voulant améliorer l'espèce ils aboutiront à la détruire. Nous ne croyons pas que l'eugénique bien comprise, s'oppose à l'augmentation du nombre des naissances ; au contraire, il semble qu'eugénique va de pair avec polygénique car la bonne qualité d'un enfant le rend plus facile, moins coûteux et plus agréable à élever ».

***

L'hygiène de l'enfance est essentiellement fondée sur la médecine, rappelle le Professeur Marfan. On l'oublie parfois, un peu trop et, sous prétexte de puériculture, on a tendance à se contenter de matrones supérieures et de sous-médecins.

***

M. Marfan expose, ensuite, avec toute son expérience, comment il faut mener l'exploration clinique dans la première enfance.

Il commence par l'examen de la surface du corps, des formes extérieures des orifices et du pennicule adipeux.

« Dans un examen, dit-il, il faut accorder une importance spéciale à l'exploration du pennicule adipeux, c'est-à-dire à cette couche graisseuse qui double partout la peau du nourrisson bien portant... L'exploration de la doublure graisseuse de la peau est aisée. A la région examinée on pince la peau entre le pouce et l'index de manière à y déterminer un pli ; avec un peu d'habitude on arrive à juger par son épaisseur l'état du pennicule adipeux. Dans l'état de bonne santé et de bonne nutrition, la peau du jeune enfant est épaisse, tendue, d'un rose un peu marbré. Sur l'abdomen, l'épaisseur du pli fait par le pouce et l'index est environ d'un centimètre dans les premiers mois... Ces caractères connus on juge facilement si le pannicule est trop épais (signe d'obésité par suralimentation ou de myxœdème) ; s'il est aminci, ou s'il a disparu (signe de dénutrition). Là où la graisse s'est complètement résorbée, le pli est aussi mince que si l'on avait pincé un morceau de taffetas.

« Quand on suit l'évolution progressive de la dénutrition chez un jeune enfant, on constate que la graisse sous-cutanée s'amincit et disparaît d'abord dans certaines régions, puis dans d'autres, et cela dans un ordre déterminé, presque toujours le même. Ce processus de destruction de la graisse commence par le ventre et finit par la face. Il atteint successivement les régions suivantes : 1° l'abdomen ; 2° le tronc (d'abord la poitrine, puis le dos, puis les lombes ; 3° les membres (d'abord les supérieurs, puis les inférieurs, puis les fesses) ; 4° la face (d'abord le front, puis les joues et le menton. On constate parfois les dérogations à cet ordre ; mais elle sont très rares. »

Il ne faut pas négliger non plus l'exploration de la grande fontanelle du crâne, le pouls, la respiration, l'exploration physique des organes thoraciques ; le foie ; la bouche et la gorge ; le système nerveux ; la température (fièvre, hypothermie, un des caractères de la température du nourrisson est son instabilité, ainsi que l'a bien montré Ribadeau-Dumas), le poids, la taille, la croissance, (parmi les erreurs que peut faire commettre la pesée, il faut signaler l'augmentation brusque du poids de certains nourrissons dans les jours qui précèdent la mort. Ce phénomène a été signalé par Durante), les urines.

***

M. Marfan expose, ensuite, magistralement, la prophylaxie des maladies aiguës de l'enfance. Il prend, pour exemple, la prophylaxie de la rougeole : 1° par la méthode de l'isolement ; 2° par la méthode de Milne ; 3° par l'injection de sérum de convalescent. Il souligne que la méthode de Milne présente de grandes difficultés pratiques. « Ces badigeonnages constituent une opération délicate ; même s'ils sont faits avec précaution, ils traumatisent la gorge surtout chez les nourrissons dont la muqueuse pharyngée est très fragile et ce traumatisme n'est pas sans inconvénient ». Il expose alors, les avantages de l'injection de sérum de convalescents, telle que Ch. Nicolle l'a imaginée et que Blechmann l'a réalisée en France. H. Vignes.

Présentation de la face. — Trillat montre à la *Soc. d'obst. et de gyn. de Lyon.* (*Bull.*, 1930, p. 494) la radiographie *in utero* d'un fœtus en « présentation de la face pendant la gestation », en hyperextension céphalique. Une césarienne pratiquée quelques jours plus tard fit voir que la présentation s'était modifiée et que la tête était en attitude intermédiaire. H. V.

BIBLIOGRAPHIE

La constipation, son traitement par le Dr A. BÉCART. Brochure de 24 pages avec figures dans le texte et 4 planches hors texte : 6 fr. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

On a beaucoup écrit sur ce sujet ; le mérite de cette plaquette est sa concision et sa clarté.

Après un rappel des notions de physiologie des mouvements du gros intestin, BÉCART étudie la constipation dont il distingue deux grandes variétés : la constipation due à un trouble dans les mouvements du côlon, ou *constipation colique*, d'une part, qui relève d'une insuffisance digestive ou glandulaire, soit de la colite, soit enfin d'un dolicho-côlon ; d'autre part, la constipation qui relève d'un trouble dans le mécanisme évacuateur : *dyschésie sigmoïdienne ou rectale*.

L'auteur étudie cliniquement chacune des variétés de constipation et arrive au traitement trop souvent négligé, par l'emploi à tour de rôle ou en série des laxatifs les plus divers.

A chaque variété de constipation convient un traitement spécial : ce qui réussit dans un cas non seulement ne donnera aucun résultat dans d'autres, mais peut au contraire être nuisible, aussi banal et anodin que puisse paraître le traitement.

Il conclut en montrant qu'un diagnostic étiologique précis, une étude exacte de la variété de constipation à laquelle on a affaire, et son corrollaire, l'application du traitement approprié, permettent de guérir presque toujours les cas de constipation les plus invétérés.

Le traitement médico-chirurgical de l'occlusion intestinale aiguë et subaiguë. *Indications, techniques, résultats*, par Pierre MOIROUD, chirurgien des hôpitaux de Marseille, chargé des fonctions d'agrégé à la Faculté de Médecine. Un volume de 122 pages. (Collection médecine et chirurgie pratiques), 18 fr. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

De la naissance aux heures dernières de la vieillesse, l'occlusion intestinale peut apparaître, posant les problèmes les plus difficiles de diagnostic et de thérapeutique, entraînant une mortalité générale qui reste encore trop élevée. Dans ce petit livre consacré à la thérapeutique *médicale et chirurgicale* de l'occlusion intestinale, l'auteur suppose résolu le problème du diagnostic, avec la précision la plus grande sur la nature, la cause, le siège de cette occlusion ; il ne le passe cependant pas sous silence, et le premier chapitre lui est consacré.

Le *Traitement médical* ne comporte pas seulement l'emploi de médicaments ou de moyens capables d'agir sur la masse intestinale, mais aussi toute une thérapeutique destinée à combattre les effets généraux de l'*intoxication : sérothérapie, lavage d'estomac*, etc.

L'hypochlorurémie étant l'élément majeur du syndrome humoral de l'occlusion intestinale, un chapitre est consacré à la *médication chlorurée* et aux deux indications : Réhydratation du malade. Elévation du taux des chlorures.

La *Rachianesthésie* exerçant une action excitatrice sur la contractilité intestinale est exposée avec son mode d'action, ses applications, ses avantages, ses dangers.

L'emploi des lavements de sérum artificiel et de solution barytée est indiquée.

Le *Traitement chirurgical* de l'occlusion intestinale est envisagé sous toutes ses formes : *Entérostomie, Laparotomie, Entéro-anastomose.* L'auteur ne peut envisager en détail la thérapeutique chirurgicale de toutes les causes d'occlusion. En dehors du cancer intestinal dont la cure doit se faire à froid, de certaines hernies internes d'observation exceptionnelle, de péritonites adhésives, il étudie en des chapitres séparés les maladies occlusives les plus fréquentes : *Invagination intestinale aiguë* du nourrisson, de l'adulte ; *iléus biliaire, occlusion par volvulus, occlusions post-opératoires, occlusions congénitales aiguës.*

La collapsothérapie de la tuberculose pulmonaire, pneumothorax artificiel. *Interventions chirurgicales* (Deuxième édition refondue), par Michel Léon KINDBERG. Un volume de 182 pages avec 19 figures. (Collection médecine et chirurgie pratiques), 22 fr. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le pneumothorax artificiel paraît maintenant réunir l'assentiment à peu près unanime des phtisiologues.

Les détails de techniques qui intéressent à peu près exclusivement le spécialiste, sont parfaitement décrits dans quelques ouvrages spéciaux. Ce petit livre pratique a principalement pour but de faire connaître au médecin les *indications* d'un traitement qui, pour être très efficace, doit être surtout institué lorsque le diagnostic de la tuberculose évolutive est posé. Il lui donnera également quantité de renseignements d'ordre pratique concernant *le mode d'action, les causes de succès, les causes d'échec* des différentes sortes d'interventions, la surveillance médicale clinique et radiologique restant nécessaires après une cure au pneumothorax et plus encore la collaboration du malade.

Insistant peu sur les techniques, le Dr Kindberg indique la place capitale que tient la collapsothérapie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, son importance économique et sociale et l'extension légitime qu'il convient de lui donner.

On trouvera donc dans cette monographie une étude du pneumothorax artificiel classique, des modifications qu'on tâche de lui apporter (pneumothorax bilatéral, oléothorax), et des diverses interventions chirurgicales. L'auteur, dont l'expérience personnelle est considérable, développe et défend dans des conclusions, ses idées personnelles sur le traitement de la phtisie.

Cette deuxième édition comprend des développements plus substantiels sur plusieurs points au sujet desquels depuis peu de temps un véritable corps de doctrine s'est constitué comme l'avait laissé prévoir l'auteur.

VARIÉTÉS

G. de la Fouchardière homéopathe

Bien qu'il ne semble pas s'être adonné à la pratique, à ma connaissance du moins, c'est un des côtés les plus curieux et les moins connus du philanthrope, qui s'est consacré à l'amélioration de la race médicale.

Homéopathe il l'est, moins par choix raisonné que par goût inné, par tendance instinctive, par humeur combative.

Est-ce à dire qu'il soit un pur homéopathe ? Certainement non. Sa tournure d'esprit brillante et originale s'accommode mal des dogmes classiques qu'il juge périmés par le fait même qu'ils sont figés et qu'ils contrecarrent la liberté d'opinion, base de tout progrès.

Quoi qu'il en soit, il donne de l'homéopathie une définition, qui, par un juste retour des choses, est destinée à devenir classique ; c'est une définition un peu spéciale, comparée ou, plus exactement parallèle à l'allopathie :

L'allopathie est le système thérapeutique qui emploie la drogue par doses massives, tandis que l'homéopathie procède par doses infinitésimales.

Vous pouvez faire vous-même la comparaison. Vous avez entre les mains une potion que vient de vous livrer le pharmacien. Si vous la dégustez par cuillerées, c'est une expérience allopathique... Mais si vous voulez vous traiter par l'homéopathie, vous allez vider votre potion dans la Seine au pont de Tolbiac et vous descendez la boire au pont de Suresnes.

Je la trouve très bien cette définition, ou du moins je la trouvais très bien, car il paraît que ce n'est pas çà, mais pas çà du tout ; car un homéopathe distingué (un vrai puisqu'il exerce, tandis que G. de la Fouchardière doit être considéré comme un simple amateur) relève ou plutôt relèverait une pareille hérésie, s'il avait lu les lignes qui précèdent ; mais il ne les a pas lues, ce qui donnera à G. de la Fouchardière une idée bien fâcheuse de la culture générale des médecins homéopathes ; ou, s'il les a lues, il les a logées dans son subconscient et c'est alors bien triste pour sa mémoire.

Voici d'aillleurs ce qu'il écrit :

« Que penseriez-vous si l'on vous disait qu'on a versé une goutte de médicament dans un fleuve grand comme la Seine et qu'on a guéri un malade en lui faisant absorber quelques cuillerées à café de cette gigantesque potion ?

Je penserais simplement que G. de la Fouchardière l'a déjà dit avec beaucoup plus d'esprit, ce qui lui assure une priorité et une supériorité indiscutables ; en quoi j'aurais bien tort ; car ce serait une abomination, la potion serait trop forte, ce qui risquerait de nuire gravement au malade. Et voilà !

« Et si, au lieu de verser la goutte dans la Seine, on l'avait versée dans l'Océan ? » insiste l'homéopathe pousseur de colles.

Je préfère ne rien penser et cette fois j'ai raison ; il était facile de prévoir que ce serait encore trop concentré. Des calculs très précis (avez-vous remarqué comme les homéopathes sont de bons mathématiciens ?) établissent de façon péremptoire et irréfutable que la trentième dilution d'une seule goutte ne tiendrait pas dans la machine ronde préalablement vidée, hypothèse gratuite heureusement, car nous serions bien embarrassés pour en loger le contenu et pour rétablir le chauffage central à Chaudesaignes (Cantal).

Il semble que la conception de l'homéopathie de G. de la Fouchardière soit entachée de fantaisie et même d'erreur ; s'il s'est trompé, sans aucun doute lourdement, sur la posologie, il a eu le mérite assez rare de comprendre la raison d'être profonde de cette méthode thérapeutique et de montrer le but idéal auxquels s'efforceront d'atteindre les chercheurs :

L'homéopathie part sans doute de cet excellent principe que moins le malade prend de drogues, mieux ça vaut pour sa santé.

Peut-être l'homoépathie, poussée à son plus haut degré de perfection, consiste-t-elle à vider la potion dans la Seine et à ne l'aller boire nulle part. Je suis assez partisan de ce système.

En attendant que les savants se mettent d'accord sur cette grave question, je suggérerai timidement une troisième solution, toute d'attente et de conciliation, à mi-chemin entre l'hétérodoxie et l'orthodoxie et qui consisterait à verser la potion dans la Seine au pont de Suresnes pour monter la boire au pont de Tolbiac.

J. Lafont.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Appareil respiratoire

Les formes médiastino-pulmonaires du cancer primitif du poumon constituent un type anatomo-clinique qui mérite d'être individualisé.

L'apparition de signes médiastinaux est d'observation banale au cours de l'évolution de nombre de cancers pleuro-pulmonaires. Aussi sous le nom de formes médiastino-pulmonaires du cancer primitif du poumon, il ne faut envisager que les cas où le syndrome médiastinal constitue l'une des toutes premières manifestations cliniques de la maladie. MM. Bezançon, V. Oumansky et J. Delarue rapportent deux observations où la symptomatologie initiale du néoplasme a été l'apparition d'un syndrome médiastinal — isolé dans le premier cas sous forme d'une paralysie récurrentielle avec crises de suffocation — prédominant dans le second cas, sous forme de dyspnée avec toux coqueluchoïde.

Dans le premier cas le diagnostic clinique a été relativement difficile. Il s'agissait d'un homme de 38 ans, chez lequel le syndrome médiastinal existait à l'état isolé. Après avoir éliminé une ectasie aortique, un cancer de l'œsophage, deux hypothèses restaient permises ; lymphogranulomatose maligne à forme médiastinale ou tumeur ganglionnaire primitive. L'image radiologique montrait bien l'importance de la participation pulmonaire, mais seule la biopsie d'un ganglion de la chaîne jugulaire permit d'établir un diagnostic précis.

Deuxième cas. Homme de 71 ans. L'association au syndrome médiastinal d'une hémoptysie orienta d'emblée le diagnostic vers un cancer pulmonaire, que vint confirmer une pleurésie secondairement apparue.

A noter que dans ces deux formes, les constatations histologiques ont été identiques : tumeur formée dans les deux cas par plages plus ou moins larges de *cellules très petites* et très chromophiles. Eléments cellulaires qui peuvent être variables dans leur forme suivant les points considérés ; tantôt arrondis, à peine plus volumineux que des lymphocytes adultes — le plus souvent allongés, losangiques, en fuseau, *en grains d'avoine*. Travées conjonctives disposées en un réseau, dans lesquelles les cellules tumorales sont serrées, les unes contre les autres. Dans les deux cas (ganglion du premier malade et fragments de la tumeur prélevée à l'autopsie du second), l'aspect était celui de ces cancers que R. Huguenin appelle *tumeurs à petites cellules*, que Barnard dénomme *tumeurs à cellules en grains d'avoine*. Si rien n'est absolument certain, sur l'origine de ces tumeurs, ni sur leur nature exacte — conjonctive ou épithéliale — leur type histologique, leur développement, leur propagation sont

bien particuliers, et partant les symptômes et les signes qui les extériorisent cliniquement. Les tumeurs à petites cellules sont le plus souvent des tumeurs médiastino-pulmonaires à symptomatologie précoce ou prédominante ; parmi toutes les autres formes histologiques de cancer primitif du poumon, la tumeurs à petites cellules est l'une des rares, sinon la seule, qui soit susceptible d'être favorablement influencée par la radiothérapie. Seule la biopsie d'un foyer métastatique, ganglion surtout, peut, disent les auteurs, en affirmant le diagnostic du cancer du poumon, permettre du même coup de poser les indications de la radiothérapie palliative. (P. Bezançon, V. Oumansky, J. Delarue. Les formes médiastino-pulmonaires du cancer primitif du poumon. *Le Bulletin médical*, 27 juin 1931.)

Tuberculose

Il faut rechercher la tuberculose derrière toute hémoptysie paraissant banale. — La valeur révélatrice de l'hémoptysie est, certes, bien établie. Il existe pourtant des cas, disent MM. A. Jacquelin et Turiaf, où ce maître symptôme risque de n'être pas rapporté à sa véritable origine. Les hémoptysies non tuberculeuses, relevant à l'exclusion de toute autre cause, de la grippe, de congestions pulmonaires, de broncho-pneumonies, pneumo ou streptococciques, des gaz de combat, d'une lésion pharyngo-laryngée (pharyngite hémorragique, rupture de varices glosso-épiglottiques, tumeurs bénignes, papillomateuses, érosions, ulcérations banales), d'un traumatisme thoracique, de causes hypertensives ou humorales, sont parfaitement possibles et il ne viendrait à personne l'idée d'en nier la possibilité. Mais il faut savoir ne pas méconnaître les hémoptysies tuberculeuses masquées par des causes banales qui se les font attribuer alors qu'elles n'ont servi qu'à leur déclenchement, ou masquées par une hémorragie d'accompagnement se produisant au niveau des voies aériennes supérieures. Ces hémoptysies tuberculeuses peuvent être qualifiées de « larvées », puisqu'elles portent le masque d'une autre origine.

Même si les recherches par les méthodes les plus précises (examen bactériologique des crachats, exploration radiologique du thorax) restent négatives il ne faut pas conclure trop hâtivement, il faut continuer à surveiller le malade. (André Jacquelin et Turiaf. Les hémoptysies tuberculeuses larvées. *Le Bulletin médical*, 27 juin 1931.)

Syphiligraphie

Les médicaments antisyphilitiques actuels. Bismuth et arsenic trivalent réalisent-ils la guérison définitive de la syphilis ? — MM. Levaditi et P. Lépine se sont proposé de résoudre ce problème en utilisant les moyens de contrôle fournis actuellement par l'expérience sur l'animal. Voici les conclusions des auteurs :

Les ganglions lymphatiques poplités sont presque constamment virulents chez les lapins syphilisés expérimentalement par voie sous-scrotale (souche Truffi). Lorsqu'on traite de tels animaux porteurs de syphilomes riches en tréponèmes, par des doses répétées et suffisamment élevées de bismuth liposoluble (Bivatol), de bismuth insoluble (Trépol), ou de novarsénobenzène Billon, on obtient non seulement la stérilisation de l'accident local, mais, en outre, une destruction du virus syphilitique infra-visible qu'héberge le système lymphatique de l'animal. Si l'on admet que la stérilisation thérapeutique des glandes lymphatiques peut être considérée comme un criterium de la stérilisation de l'ensemble de l'organisme, on peut affirmer, d'après nos essais, que le bismuth liposoluble, associé ou non à des dérivés bismuthiques insolubles, de même que les arsénobenzènes, réalisent la guérison totale de la syphilis expérimentale du lapin.

Quoique seule la clinique puisse résoudre définitivement le problème, disent les auteurs, on ne peut s'empêcher d'invoquer les faits résumés dans le présent travail, pour affirmer que, selon toute probabilité, une syphilis traitée à temps, et par des doses suffisamment élevées de dérivés bismuthiques ou arsénoïques est susceptible de guérir radicalement. (Levaditi et P. Lépine. *La Presse médicale*, 27 juin 1931.)

Chirurgie

L'hypotension du liquide céphalo-rachidien intervient activement dans la symptomatologie de certains traumatismes du crâne, anatomiquement peu graves, cliniquement assez bruyants. Bien que l'hypotension n'ait pas l'importance et la fréquence du phénomène hypertension, quand elle existe, une thérapeutique convenable (injection d'eau distillée intraveineuse et de sérum physiologique sous la peau) permet de remettre rapidement sur pied le traumatisé. Sur 75 cas environ de traumatismes craniens, vus par Leriche dans ces dix dernières années, le syndrome d'hypotension a été trouvé une douzaine de fois. Pratiquement, l'hypotension ne joue aucun rôle quand il y a des contusions diffuses rapidement mortelles ou quand il y a compression. Chez un traumatisé du crâne, quand la ponction lombaire est blanche, ne donne qu'une ou deux gouttes de liquide, quand on constate une tension très basse (moins de 10) au manomètre de Claude en position assise — il y a certainement hypotension du liquide céphalo-rachidien. Comment cette hypotension se traduit-elle cliniquement ? Il n'y a rien d'absolument caractéristique dans la symptomatologie qui est atténuée par rapport à celle que crée l'hypertension, mais elle peut toujours à elle seule suggérer l'idée d'hypotension. Généralement le blessé n'est pas dans un coma profond. Somnolent, semi-comateux, couché sur le côté, fuyant la lumière et le bruit, il ne répond pas aux questions qu'on lui pose ; quand on insiste, il indique par un geste qu'il a une violente céphalée frontale, des vertiges et des nausées. *Pouls* : plutôt petit, souvent lent, parfois un peu accéléré surtout dans les hypotensions secondaires. *Température* : Peut atteindre 38°5 et même 39°. Blessé moins congestionné, moins comateux, moins abruti qu'un hypertendu. Pas de stertor. Respiration plutôt superficielle. Pas de contracture, ni de résolution musculaire. Il y a grand intérêt à vérifier le diagnostic d'hypotension, par la ponction lombaire ; car chez un malade qui n'a aucun signe de foyer, chez lequel l'examen ne révèle aucun phénomène de compression, on peut avoir en quelques minutes par la thérapeutique liquidienne, une véritable résurrection. Il y a des inconvénients à la méconnaître. Dans la littérature chirurgicale de ces vingt dernières années on trouve des preuves du rôle nocif de la ponction lombaire évacuatrice, répétée par système (Observ. de Costantini, S. de ch. 1921).

La congestion méningée que produit la perte de liquide céphalo-rachidien explique pour une grande part la symptomatologie des hypotendus après traumatisme cranien. Quand le cerveau n'a plus son atmosphère liquide normale, ses vaisseaux, ceux de la pie-mère et les petits vaisseaux duraux se dilatent (congestion à vacuo). Si on ignore combien de temps elle dure, jusqu'où elle s'étend, certains faits donnent à penser que quand elle se prolonge, elle aboutit à la commotion hypertrophique, c'est-à-dire en somme à l'œdème cérébral. Quel est le mécaniste de l'hypotension elle-même ? Un fait est certain : après le choc, il y a un spasme des artères cérébrales. A la vaso-constriction succède la vaso dilatation active, d'où une congestion intense des hémisphères. Il est probable que, dans certains cas, le spasme dure et se prolonge, et c'est sans doute ainsi que normalement s'explique l'hypotension primitive.

Traitement : Il y a des hypotensions cédant à 40 cmc. d'eau distillée et d'autres qui exigent une dose massive de sérum artificiel. On peut à son gré utiliser l'eau distillée intra-veineuse à la dose de 40 cmc., le sérum artificiel sous la peau ou intra-veineux à la dose de 500 à 1.000 en sachant bien que si on n'a pas l'effet escompté, il faut parfois insister, associer les deux injections et presque toujours renouveler l'injection dans les jours suivants. Il faut savoir s'arrêter à temps et ne pas oublier que si on force les doses, on peut provoquer de l'hypertension. L'art est affaire de nuances, dit Leriche : tout n'est que cas particulier. Le traitement des fractures du crâne ne peut être standardisé. (R. Leriche. De l'hypotension du liquide céphalo-rachidien dans les traumatismes du crâne. *La Presse Médicale*, 27 juin 1931.)

« .... Il faut bien se pénétrer de cette vérité qu'aux faibles doses l'ergostérol, tout en agissant thérapeutiquement, n'est aucunement nocif ; il ne le devient, chez les animaux, qu'à des doses qui, comparativement, seraient 500 à 1.000 fois supérieures à celles utilisées chez l'enfant. Quel est donc le médicament, quel est le corps neutre, qui par lui-même, à ces doses extraordinaires, ne causerait pas de désordres dans l'organisme ? « Quel est l'homme malade, ou même bien portant, qui résisterait pendant quelques jours à l'administration quotidienne de 1 à 5 kilogr. de bicarbonate de soude, ou même de vulgaire sel marin » (Pénau) ?

(H. Simonnet et G. Tanret. Recherches expérimentales sur l'action de l'ergostérol irradié. *La Presse médicale*, 24 juin 1931.)



Roger Dacosta. Edit.

NOTES DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

L'étude radiologique de la muqueuse gastro-duodénale normale et pathologique

L'étude radiologique de la muqueuse gastrique repose sur l'imprégnation de la surface interne de l'estomac par une mince couche barytée. On obtient ainsi une véritable empreinte de cette muqueuse. Pour obtenir cette couche mince, il faut faire absorber au malade une faible quantité de lait baryté très diluée puis disposer le sujet en décubitus ventral. L'étalement peut aussi être réalisé par une compression dosée. L'examen radioscopique est insuffisant pour permettre l'étude de l'ombre très faible ainsi provoquée. La prise d'un ou de plusieurs clichés est indispensable. La radiographie doit être faite dans des conditions toujours identiques : décubitus ventral, film glissé sous l'abdomen, distance focus-plaque constante. L'emploi d'un antidiffuseur est nécessaire. L'aspect de la muqueuse gastrique normale est représenté par une série de bandes claires, parallèles, séparées par des traînées sombres. L'ensemble de ces bandes striées a une direction générale longitudinale.

Cette image traduit les plis normaux et les sillons de la muqueuse. Ce dessin peut subir de légères variations sous la dépendance des contractions de la tunique musculaire de l'estomac, des mouvements propres de la muscularis mucosæ et des modifications entraînées par les différentes phases de la sécrétion des glandes gastriques.

Cependant l'aspect général est assez constant pour permettre une étude fructueuse de cette muqueuse dans les cas pathologiques. La surface intérieure du bulbe duodénal est habituellement lisse. Elle peut cependant présenter quelques plis qui sont normalement parallèles.

L'aspect typique de l'ulcère gastrique ou duodénal est représenté par l'image étoilée, sceau radiologique du cratère entouré de plis radiés.

Le cancer détermine une lacune cerclée d'une zone où la muqueuse infiltrée a perdu son relief.

Dans les gastrites hypertrophiques, on observe une augmentation de largeur des plis. Dans les gastrites atrophiques, au contraire, le relief est flou ou même absent sur un large territoire.

Le gros intérêt du procédé de la couche mince consiste dans le diagnostic précoce du cancer. Dès la période d'infiltration de la muqueuse, la disparition du relief permet le diagnostic de cette affection.

(Marius Giraud, *Thèse de Lyon*, 1931).

Le traitement des furoncles et des anthrax par le bactériophage

Le bactériophage de d'Hérelle est susceptible de guérir très rapidement les furoncles et les anthrax, à condition d'être injecté *in situ* au centre et surtout à la périphérie de la lésion. Cette action est inconstante et pour l'obtenir il est nécessaire d'avoir recours à des races de bactériophage correspondant exactement aux variétés de staphylococcies à détruire. Il n'y a qu'un seul moyen de s'en assurer, c'est de faire précéder la thérapeutique d'un essai de lyse expérimentale et de choisir la souche qui lyse le mieux les cultures du staphylocoque en question. Mais pratiquement ce contrôle bactériophagique et expérimental est rarement possible. En se contentant de stock bactériophage les succès sont moins constants et s'obtiennent encore dans 75 à 80 % des cas, à condition d'employer du bactéstophy-phage dans les furoncles fermés et du bacté-pyo-phage dans les furoncles et anthrax ouverts. On obtiendra ainsi :

a) En général une sédation des douleurs presque immédiate et particulièrement appréciable dans les formes très douloureuses de la face et dans les énormes anthrax ;

b) Assez souvent une guérison très rapide de la lésion. Seuls les furoncles fermés récents guérissent en 48 heures sans suppuration. Dans ceux où le bourbillon est déjà formé, seuls les phénomènes inflammatoires disparaissent, le pus se collecte et se fluidie très vite. Il s'élimine avec le bourbillon et le furoncle guérit comme une plaie nette et propre. Les furoncles anciens sont plus rebelles.

Le bactériophage est particulièrement indiqué :

a) Dans les furoncles de la face qu'il est dangereux d'inciser ou de laisser évoluer et où il a de plus l'avantage d'éviter toute cicatrice ;

b) Dans les très gros anthrax où il permet d'apaiser les douleurs, de transformer l'état général, de gagner du temps et, si toutefois elle devient nécessaire, de diminuer considérablement les délabrements de l'intervention chirurgicale.

La méthode n'a qu'un inconvénient sérieux, c'est qu'elle est souvent très douloureuse. On peut y remédier aujourd'hui en injectant, avant le bactériophage, un anesthésique donné, la butelline ou la tutocaïne, qui seul n'entrave pas l'action. (Pesce. *Thèse de Lyon*, 1931.)

Thrombose des deux artères fémorales après appendicectomie

Si les complications veineuses sont assez fréquentes au cours de l'appendicite, les accidents artériels sont très rares.

M. Favreul (*Société médico-chirurgicale des hôpitaux de Nantes*, mai 1931) rapporte l'observation suivante :

Mme S... entre à la clinique pour une crise légère d'appendicite. Appendicectomie immédiate, réunion de la plaie sans suppuration. Le septième jour, congestion pulmonaire. Le quinzième jour, l'opérée se lève, mais se trouve mal. Deux jours après, oblitération de l'artère fémorale droite, battements faibles du côté gauche qui s'oblitère complètement deux jours après.

Amputation de cuisse à gauche ; à droite escarre talonnière et du gros orteil qui guérissent spontanément.

La gangrène des membres inférieurs est exceptionnelle ; Hoffmann en rapporte deux observations et l'auteur n'en a pas trouvé d'autres.

La résection du segment thrombosé préconisée par Leriche dans les formes à marche lente serait peut-être à essayer, dit l'auteur. Sinon la seule ressource est d'attendre pour amputer le plus économiquement possible.

La valeur pronostique de l'épreuve du rose de bengale dans les hépatites scléreuses

« Dans tous nos écrits antérieurs, dit M. Noël Fiessinger, nous avons insisté sur cette nécessité de suivre par le laboratoire l'évolution des cirrhoses hépatiques. A un moment donné, l'étude du rose bengale, par suite d'un concours exceptionnel de circonstances, nous ayant fourni un chiffre important de cas où l'évolution fatale avait toujours suivi la constatation de taux élevés (atteignant ou dépassant 9), nous avons cru pouvoir conclure à une possibilité pronostique basée sur cette constatation. L'expérience nous a montré que cette règle, si elle est vraie le plus généralement, souffrait des exceptions qui nous ramènent à cette loi absolue que nous émettions jadis : « Le pronostic d'une insuffisance hépatique se déduit plus facilement de l'évolution d'un syndrome que de son mode de groupement ; il faut voir une insuffisance hépatique dans le temps comme dans l'espace pour suivre ce qu'elle va devenir, il faut, en somme, la voir en action. »

(Noël Fiessinger et Henry Walter. Le rôle de l'infiltration scléreuse et de la dégénérescence parenchymateuse du foie dans l'exploration chromagogue des cirrhoses. *Paris Médical*, 27 juin 1931).

Modifications de la formule sanguine au cours de l'aurothérapie

Chez les malades traités par les sels d'or (thiosulfate double d'or et de sodium), MM. Dumarest, Mollard et Pavie, d'Hauteville, ont fait un examen systématique du sang. Voici leurs conclusions :

1° L'amélioration de la formule sanguine au cours de l'aurothérapie est d'un bon pronostic. Elle est parallèle à l'amélioration clinique. Inversement quand elle est nulle il semble que la chrysothérapie demeure inefficace ; 2° La constatation d'une éosinophilie importante doit faire arrêter, au moins provisoirement, le traitement, sous peine d'accidents d'intolérance ; 3° La constatation d'une hyperleucocytose progressive avec augmentation du nombre des polynucléaires neutrophiles semble indiquer que la saturation de l'organisme est atteinte et qu'on doit, sous peine d'accidents de saturation, arrêter le traitement.

(Société de Biologie, 20 juin 1931.)

REVUE DES THÈSES

Les cholécystites typhiques primitives, par le D[r] Gaston Rattier (*Thèse de Lyon*, février 1931, 88 p., *Impr. réunies, Valence*).

L'auteur conclut :

Nous avons étudié uniquement la localisation vésiculaire primitive de l'éberthémie et nous nous sommes attaché à mettre en évidence son autonomie, ses caractères et son intérêt pratique.

Il n'y a rien de particulier à signaler au point de vue sémiologique. Il s'agit d'une cholécystite aiguë avec ou sans suppuration.

Si le diagnostic de la cholécystite est en général facile, par contre celui de l'étiologie éberthienne est beaucoup plus délicat. C'est cependant le plus intéressant en pratique. Il faudra donc penser à la possibilité d'une localisation vésiculaire primitive de la fièvre typhoïde. Cette localisation est moins rare qu'on ne le croit. Mais le diagnostic ne sera fait que par les recherches de laboratoire. On utilisera essentiellement le séro-diagnostic et quelquefois la recherche du bacille d'Eberth dans la bile retirée par tubage duodénal.

Le traitement pose le problème important des indications opératoires. En pratique on opérera seulement en présence de signes nets de suppuration et après échec d'un traitement médical bien conduit.

Au point de vue du pronostic, il semble s'agir d'une détermination relativement peu sévère de l'infection éberthienne. Cependant la possibilité d'une suppuration et d'une perforation domine le pronostic immédiat qui reste subordonné ici à une surveillance de tous les instants. Quant au pronostic éloigné, il est bénin, mais le malade restera souvent un porteur de germes.

L'étude pathogénique de ces cas montre une fois de plus, s'il en était besoin, le rôle important de l'appareil biliaire dans le développement et la détermination de la septicémie éberthienne.

Huret Gabriel. **L'angor aigu coronarien fébrile.** Forme angineuse de l'occlusion coronarienne aiguë. *Thèse de Paris*, 1931. Masson, édit.).

Voici les conclusions de l'auteur :

I. Dans le domaine des angines de poitrine liées à des lésions du cœur et de l'aorte, il y a lieu de distinguer avec Lian, à côté de la forme commune, une forme spéciale : l'angor aigu coronarien fébrile.

II. On sait que la forme commune des angors cardio-artériels revêt deux types principaux : *a*) l'angor d'effort, crise brève apparaissant et disparaissant avec l'effort, en particulier la marche ; *b*) l'angor de décubitus survenant pendant le repos de la nuit, consistant en une forte crise durant une demi-heure mais permettant au malade de se lever et même de reprendre ses occupations le lendemain matin.

III. L'angor aigu coronarien fébrile est caractérisé cliniquement par la réunion de trois symptômes :

a) *La douleur angineuse*, mais spéciale par sa durée, son intensité, ses irradiations, lointaines et anormales ;

b) *La défaillance cardiaque* aiguë, dont le meilleur indice le plus constant, est la chute de pression artérielle ;

c) *La fièvre*, atteignant en général son maximum (38° ou même 39°) en 36 heures, puis diminuant peu à peu pour disparaître en une huitaine de jours.

Dans sa forme pure ou myocardique ce syndrome évolue souvent, lors d'une première crise vers la guérison. Celle-ci est annoncée par la disparition des douleurs, de la fièvre et par l'augmentation de la pression artérielle qui ne revient pas en général à son chiffre antérieur. Toutefois la mort subite peut exceptionnellement survenir dans une première crise. En cas de survie, éventualité habituelle, le sujet présente les signes de la forme commune de l'angor pectoris (angor d'effort ou de décubitus ou encore il verse dans l'insuffisance cardiaque). Il faut redouter la mort dans une nouvelle crise d'angor aigu coronarien fébrile.

IV. L'angor aigu coronarien fébrile a également des signes électro-cardiographiques caractéristiques.

Ce sont : 1° exceptionnellement une grande onde monophasique reliant R à T ; 2° assez souvent une simple dénivellation de la ligne R T ou S T ; 3° plus souvent encore un T pointu ou négatif dans une, deux ou trois dérivations, T precédé ou non d'une onde curviligne étalée.

La principale caractéristique de ces déformations du complexe ventriculaire est d'ordre évolutif. Elles vont en s'atténuant dans les cas à évolution favorable. Cette atténuation se fait à la déformation 1, à la déformation 2, puis à la déformation 3. Enfin toutes ces déformations peuvent disparaître ou bien le T négatif persiste indéfiniment.

V. A côté de la forme pure ou myocardique, C. Lian décrit d'autres formes cliniques :

a) *La forme myocardo-péricardique* où, aux signes de la forme pure ou myocardique, s'ajoute un frottement péricardique éphémère.

b) *La forme cardio-gastrique* dans laquelle les signes des formes myocardique ou myocardo-péricardique sont très accentués (état de mal angineux) et accompagnés de nausées et de vomissements répétés.

c) *La forme infectieuse* ou de multiples localisations infectieuses, succédant à l'angor aigu coronarien fébrile, témoignent de l'existence d'une sérieuse infection aiguë à l'origine de tous les accidents.

d) *Les formes incomplètes* ou *frustes* dont le tableau est estompé et qui font la transition avec l'angor banal de décubitus.

VI. L'individualisation du syndrome de l'angor coronarien fébrile est bien justifié; du point de vue clinique, elle s'impose sans discussion quelles que soient ses bases anatomiques ou pathogéniques.

Lian considère ce syndrome comme d'origine coronarienne parce que, dans toutes les autopsies on a trouvé des lésions d'obstruction coronarienne (en général artérite sténosante coronarienne aiguë ou chronique compliquée de thrombose) et parce que les déformations électro-cardiographiques sont semblables à celles que donnent les ligatures coronariennes expérimentales. Il considère qu'une importante et brutale ischémie myocardique d'origine coronarienne suffit à réaliser ce syndrome qui n'est pas toujours l'expression symptomatique d'un infarctus du myocarde.

Ainsi donc l'angor aigu coronarien fébrile est un syndrome plus vaste que la forme angineuse de l'infarctus du myocarde, cette dernière lésion étant d'ailleurs susceptible de se traduire, en l'absence de toute douleur précordiale, par des troubles du rythme cardiaque ou par des signes d'insuffisance cardiaque.

VII. Le diagnostic de l'angor aigu coronarien fébrile est en général facile, sauf dans certaines circonstances cliniques d'ailleurs rares. Mais, comme tous les syndromes, il présente des formes frustes dont le diagnostic est délicat, parfois impossible.

VIII. Le pronostic immédiat est relativement favorable dans la forme pure myocardique ; plus grave dans la forme péricardique ; très grave dans la forme cardio-gastrique où la mort est fréquente. Mais dans les cas favorables l'avenir du malade est assombri par la possibilité de récidives et de mort subite.

IX. — Au point de vue traitement, il y a trois indications principales : 1° calmer la douleur par la morphine ; 2° lutter contre la défaillance cardiaque par la digitaline ou l'ouabaïne ; 3° diminuer l'ischémie myocardique par le citrate de soude, les antispasmodiques, la diathermie pré-cordiale transthoracique.

« .... J'ai la plus grande admiration pour la microbiologie de Pasteur, mais on peut prévoir que d'ici à quelques années les pauvres microbes seront déchus du rôle dominateur et exclusif qu'on leur attribue aujourd'hui. Il y aura d'autres nocivités que celle des microbes. J'admire à l'extrême la conception de l'atome, d'après Rutherford, Bohr et Jean Perrin : mais il est probable que d'ici à un demi-siècle, les idées des physiciens et des chimistes auront singulièrement évolué. Leur œuvre, immortelle cependant, n'est qu'une étape, et des théories nouvelles surgiront. De même l'œuvre immortelle du maître des maîtres, de Lavoisier, est profondément modifiée aujourd'hui et ébranlée dans ses fondements.... » (Charles Richet. *Le Matin*, 12 juin 1931.)

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus mienne, qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

L'opinion de Louis Veuillot sur les médecins. — « La médecine tient une grande place dans les sociétés incrédules. Plus l'homme s'éloigne des vérités chrétiennes, plus il s'attache à la vie. Qu'il se croie réservé au néant, que la pensée d'une autre vie vienne quelquefois le tourmenter, vivre longtemps est son affaire principale ; car sa nature a horreur du néant, et sa conscience a peur de l'éternité. Il craint la maladie, non seulement parce qu'elle est la privation des jouissances, seul bonheur auquel il sache aspirer, non seulement parce qu'elle est la douleur, dont il ignore le prix et contre laquelle son âme est sans force, mais parce qu'elle est l'annonce ou la menace de cette mort qui va ou le détruire tout entier comme un vil animal, ou peut-être le livrer impérissable et souillé aux arrêts de la divine justice. Tant qu'il se porte bien, volontiers sceptique et irrévérencieux envers l'art de guérir, au premier frisson la médecine devient son unique espérance. Il se remet entre ses mains, docile jusqu'à la lâcheté, crédule jusqu'à la stupidité. Le culte de la médecine ne connaît point d'athée parmi ceux qui nient tout le reste. Combien n'en voit-on pas de ces forts esprits, moqueurs superbes des pratiques et des abstinences religieuses, qui, une fois atteints d'un mal réel ou imaginaire, deviennent sobres, continents, fuient le monde et les affaires, font des retraites à la campagne et des pèlerinages aux bains, vont au loin consulter les empiriques et les somnambules, portent sur eux, en guise de scapulaire, quelque morceau de camphre ou quelque flacon d'odeur ! Il n'y-a rien que le médecin ne puisse obtenir d'eux. Ce corps qui leur inspire tant de soucis, ils le soumettent à des pénitences de fakirs. Ils paient et ils avalent sans murmurer les drogues les plus infâmes, ils gardent la prison, ils battent la campagne à marches forcées, ils se flagellent, ils s'exilent, ils vont se plonger dans des eaux glacées ou putrides. Que ne feraient-ils pas ? Si les médecins leur disaient de passer tous les jours deux heures à genoux sur les dalles, devant un cierge allumé, certes, ils encombreraient nos églises et contraindraient l'Etat d'en bâtir de nouvelles !

L'influence du médecin ne s'exerce pas seulement sur l'imbécilité du malade. Les plus saintes affections de concert avec certaines nécessités aussi terribles que fréquentes au milieu d'un monde corrompu, lui livrent ce que la famille a de plus secret et de plus sacré. Il est le confesseur de ces maisons dont un prêtre n'a jamais franchi le seuil. C'est lui, et non le prêtre, qui, pour employer les odieuses expressions de M. Michelet, « gouverne la table et le lit », et qui les gouverne, non du confessionnal, mais du foyer où il a sa place à toute heure de la nuit et du jour. C'est à lui qu'on révèle des mystères périlleux pour qui les confie et pour qui les reçoit, parce que de telles révélations, quand elles ne sont pas l'effort salutaire du repentir et l'aveu du coupable à son juge, deviennent aisément l'entretien de deux complices. Paul-Louis Courier, mari, comme on sait, d'une femme qui ne se confessait pas, a laissé contre la confession une page fort célébrée en ces derniers temps par les pamphlets universitaires. Quelles peintures ne pourrait-on pas faire de la confession, exercée par les médecins, par ces hommes à qui les mœurs permettent tant de choses et qui ont tant de moyens de faire impunément ce que les lois ne permettent pas !

Au dernier siècle, les médecins furent les premiers à seconder les doctrines matérialistes, et ne contribuèrent pas médiocrement à les propager. Ils comprirent instinctivement que ces doctrines, déjà si commodes pour eux, si propres à les dégager de tout scrupule, et qui simplifiaient si singulièrement la science en remplaçant l'observation par des formules et des systèmes, auraient encore le résultat d'accroître largement leur clientèle, Incrédules, que pouvaient-ils désirer de mieux pour leur orgueil et pour leurs intérêts qu'une société folle d'impiété ?

L'impiété cherche le plaisir, le plaisir fait des malades, et les malades que le plaisir a faits, craignent la mort. Certains médecins de ce temps, hyperextrêmes de la dégradation civilisée, verraient-ils avec joie un autre Robert d'Arbrissel entraîner, par foules, dans d'immenses monastères les tristes habitants des maisons de prostitution et diminuer de la sorte les bénéfices que la débauche assure à leur industrie ?

Cependant, si l'influence des médecins s'est accrue, il n'en a pas été de même de leur fortune et de leur considération. Pour être riches, ils sont trop nombreux ; pour être considérés, ils sont tout à la fois serviables et trop ignorants. La société se venge ainsi des périls qu'ils lui font courir, et plus encore peut-être des bons offices qu'elle en obtient. L'estime ne s'acquiert pas par les mêmes voies que la célébrité. Le talent même et le succès ne suffisent pas à conquérir cette auréole de la bonne renommée, cette confiance du cœur réservée à la vertu. Quelle différence sous ce rapport entre les médecins et les prêtres ! On peut honorer les individus pris à part ; la corporation en masse est décriée. Cette opinion, plus douloureuse au petit nombre de ceux qu'elle épargne qu'à la foule de ceux qui la justifient, ne s'est pas formée spontanément dans le public. Les médecins l'ont eux-mêmes provoquée, eux-mêmes établie, et la part des charlatans et des sots a été moindre en ceci que la part des illustres. Ce sont les maîtres de la science qui, par l'éclat de leurs polémiques, par le nombre, la déraison, la fortune et la chute de leurs systèmes, ont appris au monde la profonde misère de cette science devant laquelle le monde est prosterné. On a vu qu'elle flottait sans base au vent des imaginations, puisqu'il suffisait de ce qu'on appelle libéralement un homme de génie, c'est-à-dire d'une parole ardente au service d'une idée absolue, pour emporter comme dans un tourbillon toute une génération d'écoliers et de praticiens, jusqu'à ce qu'un autre tourbillon reprît à son tour cette poussière de docteur et l'emportât au sens opposé. Une telle mobilité dans une science qui a pour objet le corps de l'homme, c'est-à-dire le sujet à la fois le plus immuable et le plus intelligent, indique trop que beaucoup de docteurs même très illustres, ne savent rien. Et, en effet, leur matérialisme les condamne à méconnaître le sujet même sur lequel ils opèrent ; et combien d'entre eux, cyniquement, avouent tous les jours qu'ils ne connaissent pas l'homme et qu'ils ne le respectent pas. Tel médecin en chef d'hôpital a une panacée, c'est la saignée : il y soumet régulièrement et indistinctement ses malades. Il saigne, saigne encore et ne cesse de saigner. Tel autre, dans tel hôpital, purge, repurge et purge toujours. Le pauvre malade est traité moins selon sa maladie que selon le hasard du quartier où il habite et de la porte où on le dépose. Quelquefois, par zèle scientifique, on fait exception à la règle, on essaie du nouveau, non pour guérir, mais pour savoir. Par exemple on est curieux de connaître la qualité du sang dans un malade parvenu au troisième degré de la phtisie : on prend le premier sujet qu'on rencontre, et on saigne ce misérable qui n'a plus qu'un souffle. On renouvelle l'expérience, on la contrôle. Qu'y a-t-on gagné ? On y a gagné de savoir qu'au troisième degré de la phtisie, la qualité du sang est telle : cela fait bien dans un mémoire. Quant au phtisique on le savait incurable, aussi n'est-ce pas pour lui qu'on l'a saigné.

Qu'on juge des élèves qui doivent se former à de pareilles leçons. Devenu docteur après quatre ou cinq années de séjour à Paris, l'étudiant muni des idées morales et religieuses qui se puisent dans les collèges de l'Etat et qui se développent sur les bans de l'amphithéâtre, retourne dans sa province, très disposé à s'amuser, très résolu à s'enrichir, mais n'ayant du reste, ni le désir, ni souvent même la possibilité d'étudier. Il est docteur, il a son diplôme, sa lancette ou son émétique, et peut-être encore quelque feuille médicale pour le tenir au courant des nouveautés. Que lui faut-il de plus ? Cependant il se trouve sur un terrain inconnu, où le peu qu'il a appris ne saurait lui servir sans être redressé par de solides observations. Les lieux, le climat, l'air, les eaux, les mœurs, ne sont plus les mêmes partant les maladies diffèrent. N'importe, il saigne, il purge, comme il avait vu faire à Paris ; et si son journal lui indique quelque chose de neuf, il expérimente comme à Paris. Les médecins capables et honnêtes qui sont quelquefois appelés en province, reviennent épouvantés de l'insuffisance orgueilleuse des docteurs à brevet. Beaucoup leur préfèrent les officiers de santé. Ils disent que ces guérisseurs de second rang, moins gâtés par les lumières et les joies de Paris, moins téméraires, plus modestes, connaissant ce qui leur manque du côté du diplôme, font plus d'efforts pour s'instruire, et réussissent fréquemment à racheter l'infériorité du grade par la supériorité du savoir. Quoi qu'il en soit, on comprend qu'une telle situation, fort peu rassurante pour le public, n'ait pas tardé à devenir

très désavantageuse pour le corps médical lui-même. En effet, il se plaint. Tandis que la tête recueille les honneurs et les profits de la popularité, le cœur souffre, le reste vit dans le dédain et souvent dans la gêne. Sentant le mal sans en connaître la cause ou sans vouloir l'avouer, les petits médecins dénoncent avec une colère jalouse l'ignorance des officiers de santé et le nombre croissant des empiriques, à la concurrence desquels ils attribuent le peu de confiance qu'inspirent leurs titres universitaires ; mais ils négligent les témoignages que ne laissent pas de rendre contre eux leurs malades.... quoique beaucoup de ceux-là ne parlent plus.

Cancer et littérature. *La Gazette des Hôpitaux* (30 mai 1931) vient de publier une conférence faite par M. le Professeur Forgue, à la séance annuelle de la « Ligue contre le cancer », sur *le Problème du cancer dans ses aspects psychiques*. En voici un extrait.

« — Une question, aussi prenante, aussi poignante même, que celle du cancer, doit forcément sortir du milieu médical et, par la littérature, être portée dans le grand public ; j'ai cherché cet écho parmi les livres et les esprits dominants de notre époque ; c'est une intéressante consultation et la pensée du médecin s'élargit par cette fenêtre ouverte sur les belles-lettres.

De ce dossier littéraire la pièce maîtresse, incontestablement, est l'étonnant tableau du cancer de l'estomac qu'a tracé Balzac dans le *Lys dans la vallée*. Un médecin ne peut pas, sans surprise et sans admiration, lire ces pages, qui non seulement sont, au point de vue des symptômes, d'une exactitude descriptive frappante (car il est facile avec un précis de pathologie de se documenter), mais qui témoignent, au point de vue de la pathogénie, d'une audace d'hypothèse, d'une vision prophétique du rôle du grand sympathique, d'une avance sur les idées médicales de son temps, où apparaît le génie créateur de ce maître du roman français. Ce n'est pas seulement par la représentation de la vie observée, que la supériorité de cette intelligence extraordinaire s'affirme, c'est par la pénétration de son analyse, par sa compréhension de la vie profonde, par la force presciente de son inspiration, par sa conception intuitive de l'enchevêtrement des causes et des effets qui compose la vie.

Ecoutons les plaintes de M. de Mortsauf que hante la phobie du cancer : c'est un chapitre de pathogénie, logiquement déduit : « Toujours le pylore ! J'ai fini par saisir les causes de la maladie : *la sensibilité m'a tué*. En effet, toutes nos affections frappent sur le centre gastrique... *les peines trop vives exagèrent le jeu du grand sympathique*. Cette exaltation de la sensibilité entretient dans une constante irritation la muqueuse de l'estomac, comme si quelque poison lent se mêlait au bol alimentaire.... la muqueuse s'épaissit, l'induration du pylore s'opère et il s'y forme un squirrhe dont il faut mourir. » Et voici comment il détaille les composants de cette situation morale : les souffrances de l'émigration, les chagrins domestiques ; les alarmes causées par les enfants ; une fortune à refaire ; la mésentente conjugale, les difficultés de service. Tout cela ne compose, en somme, qu'une série d'épreuves supportables, et il faut l'égocentrisme de M. de Mortsauf pour leur accorder une valeur étiologique : aussi n'est-il qu'un cancéreux imaginaire. Au contraire, c'est sa femme, la douce et aimante créature, brisée par la dureté égoïste du mari, par l'inconstance de l'ami, par les tourments de sa passion, âme hypersensible, d'une excessive vibration, qui meurt de l'affreux mal ; comme le dit le docteur Origet, « c'est chez elle l'incurable résultat d'un chagrin comme une blessure mortelle est la conséquence d'un coup de poignard. » Tant il est vrai, comme le formule Balzac, que « les souffrances morales ne sont pas absolues, et qu'elles sont en raison de la délicatesse des âmes ». Il y a, en effet, un « seuil » que l'émotion doit franchir pour devenir choc psychique : ce seuil varie selon les conditions personnelles de notre sensibilité morale.

C'est par cette divination de la vie intérieure, par cette perception des phénomènes délicats et profonds que l'œuvre de Balzac est surprenante : il a perçu les lois d'enchaînement « des choses causantes et causées », la souveraine unité de l'être vivant qui est un de nos grands dogmes montpelliérains. Sur un plan de moindre qualité, se place sa puissance descriptive. Voyez la description de ce faciès de cancéreux gastrique, à la période d'inanition : « le ton de cire sur la face allongée, les tempes creuses, les joues rentrées, les lèvres blanches. » Quelle vérité d'observation dans ce tableau de Madeleine restant les yeux attachés sur sa mère, respirant quand elle respirait, imitant son souffle léger ; que de fois j'ai vu, au chevet d'une agonie, un être très cher accompagnant ainsi les derniers mouvements respiratoires du mourant !

Lisons maintenant l'étrange dialogue qui s'échange entre les deux médecins, dans le livre de Barbusse, *L'Enfer* ! Le vieux consultant disserte sur le cancer : « Nous ne sommes pas en présence d'une maladie locale, nous sommes en présence de la crise

pathologique de toute une catégorie d'affaiblis... c'est un état général qui nécessite et précise le mal ; c'est le malade lui-même qui appelle le ravage du parasite ; c'est son organisme qui le veut ». Voilà, curieusement affirmée, dans un roman, une thèse scientifique très actuelle, à savoir cette importance du terrain comme facteur de prédisposition au cancer, qui se dégage de nos plus récentes acquisitions concernant la réceptivité, vis-à-vis des agents cancérigènes. Les cliniciens peuvent aussi souscrire à cette opinion : « Chez les arthritiques en dépression nerveuse, déclare le vieux praticien, c'est le cancer qui se développe ; il est le produit de l'accumulation du glycogène chez un arthritique affaibli » ; et, de fait, nous savons, depuis les travaux de Brault, que la richesse en glycogène des cellules est en raison directe de la malignité de la tumeur. Mais, à côté de ces affirmations assez orthodoxes, quelles hérésies ! « La plupart des cancéreux sont des tuberculeux guéris et refroidis » ; « c'est le même germe pathogène qui, selon le tempérament individuel fait du tubercule chez les déprimés fiévreux qui dépensent plus qu'ils n'acquièrent ou du cancer chez les arthritiques froids qui acquièrent plus qu'ils ne dépensent ». Dans cette conception du problème du cancer envisagé par un romancier, je ne retiens donc que cette vue juste : le rôle de l'arthritisme ; l'influence de la dépression nerveuse.... »

Les souvenirs de Maurice de Fleury. — *Les Nouvelles littéraires* (11 juillet 1931) viennent de commencer la publication des souvenirs de Maurice de Fleury.

« On regretta dans la presse, quelques jours après la mort de Maurice de Fleury, que cet érudit charmant, qui compta de si précieuses amitiés littéraires, n'eût pas écrit ses mémoires. L'an dernier, je l'en sollicitai, dit M. Maurice Martin, du Gard, et il profita des vacances pour mettre au point ses souvenirs. La vie absorbante qu'un médecin de sa valeur mène à Paris ne lui a pas permis de pousser fort loin son entreprise : les *relations* dont *les Nouvelles littéraires* commencent la publication ne sont qu'un fragment de l'œuvre qu'il eût écrite. »

Dans la première partie de ses souvenirs, écrits à la campagne « dans mes ruines de Charente », Maurice de Fleury parle de ses relations avec Alphonse Daudet :

«... J'ai sous les yeux la belle lithographie de Carrière représentant Alphonse Daudet et la beauté douloureuse de ses traits qui font penser à une image de Jésus-Christ. J'aime cette effigie, parce qu'elle est celle du maître qui m'a fait accueil à Paris lorsque je vins de ma province en novembre 1884. J'avais été interne des hôpitaux de Bordeaux et je venais concourir pour l'internat de Paris, après avoir fait à Toulouse un an de service militaire. Au cours de cette année, j'avais lu deux ouvrages qui m'avaient empli d'un bel enthousiasme : *Le mariage de Loti* et *Sapho*. Pour lui dire mon admiration, j'avais écrit à Alphonse Daudet, qui m'avait répondu par la lettre la plus humaine et la plus paternelle. Après sa fine signature, un post-scriptum disait : « Je vous réponds bien tard, mais j'ai souffert, les eaux ne m'ayant pas apaisé cette fois, j'ai promené en Savoie, en Suisse, les affreuses douleurs qui désolent ma vie ». Un peu plus tard, une autre lettre me disait : « Venez me voir si vous poursuivez à Paris vos études. »

Maurice de Fleury, peu de temps après son arrivée, à Paris, concourut pour l'externat, ce qui lui permit de concourir pour l'internat l'année suivante.

« Je fus inscrit pour le service du docteur Mesnet, à Saint-Antoine, mais avant d'y prendre ma place, j'allais bravement sonner à la porte du maître, qui avait écrit les romans les plus émouvants, les plus délicats, les plus vrais. Il demeurait alors au numéro 3 de l'avenue de l'Observatoire, ses fenêtres donnant sur les beaux arbres du Petit-Luxembourg. Et la porte me fut ouverte par un garçon de dix-sept ans, en tunique de lycéen ; il avait le teint chaud, des cheveux bruns bouclés, des yeux pleins de vie et de gaieté. Ce fut là ma première rencontre avec Léon Daudet... »

« Le grand effort qui reste à faire : les 25.000 médecins de France devraient être 25.000 associés à la Maison du médecin. La déficience du prosélytisme, chez les médecins, est surtout due à leur vie si absorbée qui en fait les esclaves du travail et de leurs malades. Mais qu'ils prennent garde qu'ils ne deviennent sur leurs vieux jours les esclaves du besoin et de la misère. Il faut envoyer à nos collègues de Valenton des livres et des journaux amusants et non des livres arides de science médicale qui ne sont plus pour eux. Heureux ou malheureux il faut finir par sourire avant le jour de mourir. » (DARTIGUES. Faisceau oratoire.)

BIBLIOGRAPHIE

Les poèmes de Taldir, par Fr. Taldir JAFFRENNOU. Barzez Taldir Texte breton et traduction française. Portrait de l'auteur. Préface de Jean des COGNETS. Poésies liminaires de Constance Le Merrer et Alexandre Goichon. Rennes. Editions de l'« Ouest-Eclair » 38, rue du PréBotté, 222 p., 7 fr.

Les esprits cultivés connaissent celles des douces, des poésies tendrement pénétrantes que Brizeux écrivit en langue française. *Marie* compte au nombre de nos œuvres classiques. Et il n'est guère de Français qui ne connaissent quelques chansons de Botrel.

La Bretagne recèle bien d'autres trésors. C'est une terre, un roc dont la race tire des idées claires, fortes et tenaces de sentiments profonds qui, souvent imprécis à la conscience même de celui qui les éprouve, se nimbent d'une atmosphère dont les clartés diffuses sont à la limite entre la réalité et la poésie.

C'est dire que la Bretagne baigne dans la poésie, que le séjour en Bretagne facilite les vocations et les éclosions poétiques c'est dire aussi que le Breton est un poète-né qui s'ignore ou . . . qui ne s'ignore pas.

Les bardes n'ont pas cessé, ne cesseront pas de surgir de cette terre.

A ceux de notre époque incombe un grand devoir : restaurer et développer la langue et la littérature des Aïeux, maintenir et étendre dans sa forme même, ainsi d'ailleurs qu'en langue française, le champ breton.

C'est à cette tâche qu'est voué le grand barde contemporain Taldir Jaffrennou dont je lis en ce moment le troisième recueil de poèmes.

Il ne s'agit pas d'une poésie purement verbale comme malheureusement ne l'est que trop souvent la poésie française servie par une langue à peu près dépourvue d'accents toniques et astreinte de ce chef aux nécessités strictes d'une étroite prosodie.

Ne connaissant pas la langue bretonne, je ne puis naturellement pas apprécier la valeur de l'équivalent auditif des poèmes bretons, et à peine leur équivalent visuel. Je dois m'en rapporter à la traduction.

Que chante Taldir ?

Tout, ainsi qu'il est naturel à une âme poétique : les faits courants de la vie, un baptême, un enterrement, la Bretagne toujours, la France, les douleurs, les incertitudes, les espoirs de la grande guerre (Taldir fut un vaillant Poilu). Et des prières, des chants, des danses trouvent bien entendu leur place dans le recueil.

Il y aurait tant à dire — tant de bien — sur les poèmes de Taldir.

Je me borne à des exemples :

Une traduction (Jusqu'à la mort : les deux vieux) — le moineau qui chaque soir venait frapper à la vitre, certain soir, frappe trop fort et s'écrase sur le sol : »

. . . . . « Alors les deux vieux comprirent une chose étonnante à dire.
Le moineau avait perdu sa compagne tuée par la griffe d'un chat [féroce.
En la cherchant tout alentour, il survint par hasard
Près de la fenêtre d'une maison tranquille ; et son esprit simple s'ima- [gina
En voyant son image dans la vitre que sa compagne se trouvait de [l'autre côté
Ainsi, chaque matin, chaque soir, il vint causer à la fenêtre,
Jusqu'à ce qu'il mourut à force d'embrasser son amie »

Des vers français (Demain) :

. . . . . Je voudrais lorsqu'au cimetière.
Des amis — suivant l'us rural —
Porteront ma dépouille altière
Sans pleurs et sans discours banal,
Laisser la trace d'un brave homme
Du commun, sans vastes desseins,
Pour que paisible soit mon somme
Dans l'enclos parmi les voisins.

(Le tocsin) :

. . . . . Mais parfois l'Astre-Dieu ricane entre les ombres
Et des chaos géants de son pectus en feux
Sort un long grondement qui roule dans les cieux
Et fait trembler les Cours et les grands Palais sombres
Où se trame la Guerre où s'étranglent les Lois :
Tocsin avant-coureur des faillites des Rois.

Nul ne lira sans intérêt *Nostalgie*, sans émotion *Debout les Morts* (War zao ar Re Varo !)

Tout est à lire d'ailleurs d'un pareil livre sur lequel on ne peut que rêver longuement, méditer longuement.

Et l'on ne peut aussi qu'approuver cette phrase de la Préface de Jean des Cognets : « Voici les monuments de cette langue bretonne que vous condamnez à mourir et qui, chaque saison, enfante encore de la beauté. C'est en cette langue sacrée que des centaines de milliers de Bretons, qui mouraient pour la France, ont murmuré leur suprême appel et leur dernière prière. N'est-ce pas indignement les trahir que de la vouloir étouffer sur les lèvres de leurs petits enfants ? Vous dépensez des fortunes à conserver des palais déserts et à soutenir des ruines, et vous refusez la vie à ce vestige vivant du plus glorieux passé, à ce merveilleux reliquaire de poésie . . . »

Parfaitement.

Et nous sommes d'autant plus disposés à apprendre et à admirer que nous savons que la fidélité bretonne n'est pas purement verbale, qu'elle est de granit, et aussi que, contrairement à d'autres, les Bretons ne nous menacent pas du bâton si, par manque naturel de compréhension nous ne pouvons admirer autant que si nous étions Bretons, si nous ne faisons pas chorus avec la bande des perroquets qui, dociles aux appels de tous les bluffs, rabaissent Virgile, Dante, Camoëns et tous les grands poètes français au profit de quelque idole et de ses succédanés dont le parler et surtout l'*accent* nous sont incompréhensibles !

Nous aimons la poésie bretonne parce qu'elle est tout autre que du verbalisme et parce que, se respectant eux-mêmes, les Bretons respectent ce qui est autre qu'eux-mêmes.

Mon admiration et, de cœur, mes vœux au grand barde Taldir.

(*Reproduction autorisée*). G. ESPÉ DE METZ.

La Princesse de New-York, par Cosmo HAMILTON Traduction F. Laroche. Un volume in-16 : 12 fr. Les Éditions G. Crès et Cie, 11, rue de Sèvres (VIe)

L'Amour et l'Argent ! Aventures modernes qui se développent aux confins du roman mondain et du roman policier.


Constipation habituelle
CASCARINE LEPRINCE
Laxatif parfait
réalisant le véritable traitement
des CAUSES de la CONSTIPATION
AFFECTIONS du FOIE
ATONIE du TUBE DIGESTIF
Eumictine
Santalol, Salol, Hexaméthylène, Tétramine
Antigonococcique - Diurétique
Analgésique - Antiseptique
Blennorragie. Cystites. Néphrites
Pyélites. Pyélo-Néphrites. Pyuries.
8 à 12 capsules par jour.
PHOSPHOTHERAPIE RATIONNELLE
par le RHOMNOL
Pilules et Saccharure à base d'Acide Nucléinique
Ampoules à base de Nucléinate de Soude
et le NEO-RHOMNOL
à base de Nucléinate de Strychnine
Ampoules : Cacodylate de Soude
Comprimés : Méthylarsinate de Soude
Neurasthénie - Infections - Convalescences
Traitement rationnel et scientifique du DIABETE
par les
Pilules du Dr Sejournet
Complexe à base de Santonine
ANTIDIABÉTIQUES, RECONSTITUANTES
ne nécessitant qu'un régime facile à établir.
Une pilule à chaque repas.
SAP
Spécifique de l'Hypertension
GUIPSINE
en Pilules aux principes utiles du GUI
REGULATEUR du TRAVAIL du CŒUR
non vaso-constricteur
Diurétique Antialbuminurique - Antihémorragique.
Laboratoires du Docteur
Maurice LEPRINCE
62 rue de la Tour
PARIS 16e
et
toutes pharmacies
R. C. Seine 219925 B.

FONDÉ EN 1873. — N° 39 LE NUMÉRO : 50 Centimes 26 SEPTEMBRE 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS (Ve)
Ch. P. Paris 357-81 R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE


L'Eclairage Parfait
des salles d'opérations
est réalisé avec la...
LAMPE
ASCIATIQUE
sans ombre portée
qui permet d'opérer plus vite
et avec moins de fatigue.
La Société
GALLOIS et Cie
54, Chemin Villon
LYON
envoie sur demande documentation
ainsi que l'étude récente traitant de
L'ÉCLAIRAGE et la VISIBILITÉ
dans les
SALLES D'OPÉRATIONS
Si une panne
de courant se
produit, un dis-
positif d'éclairage
de secours par une
ampoule à double
filament assure un
allumage automatique
sans interruption de
lumière.

NOUVELLES

Monument Paul Lecène. — L'inauguration du monument élevé à l'hôpital Saint-Louis de Paris, en mémoire du Professeur Paul Lecène, aura lieu le mardi 6 octobre 1931, à onze heures.

Liste alphabétique des candidats admissibles aux épreuves orales du concours de l'internat en médecine (1931). — Mlle Abadi, MM. Abaza, Aboulker, Mlle Abraham, MM. Adrianopoulos, Aliker, Alliliaire, Amante, Arnal, Arnous Arvay, Arviset.

MM. Baratoux, Barcat, Baumgartner, Bastien, Beaufils, Benassy, Benoist, Bensaude, Béquignon, Bernard Jacques, Bidou, Bigey, Billard, Bloch, Boisseau, Boissonnet Jacques, Bonhomme, Bonnet Georges, Bonnet Pierre, de Botton, Bouchacourt, Bouley, Boulle, Bour, Bourdial, Boursat, Boussollade, Bouteau, Boutron, Bouwene Van der Boyen, Boyé Pierre, Boyer Isidore, Bréhant, Brincourt, Brinon, Brocard Henri, Brouet, Broutman, Brunhes, Bureau.

MM. Caby, Cachin, Camelot, Camus, Carrez, Castany, Catanné, Catinat, Chapireau, Cnareire, Chatain, Cehvallier André, Chevallier Roger, Coldefy, Corcos, Mlle Cottin Amélie, M. Cottin Pierre, Mlle Courrier, M. Coussieu.

MM. Damon, David Lucien, Debidour, Debray Charles, Dechaume-Moucharmont, Delaître, Delorme, Delort, Demartial, Desvignes, Désoteux, Dormoy, Douay, Dreyfus André, Dubois Pierre, Duiet, Duperrat, Durandy, Dutray, d'Escrivan.

M. Esquirol.

MM. Falk, Fasquelle, Ferroir, Feuillet, Findjanjian, Flori, Fontaine, Fourestier, François, Frosnais, Fuchs.

Mlle Gagneur, MM. Gahinet, Gaignerot, Gaultier Michel, Gerbert, Genty Philippe, Genty Pierre, Ghosland, Giard, Gibert, Gillot, Girard, Goyer, Crépinet, Grèze, Grossierd, Groulier, Guichard, Guillaumat, Guison.

Mlle Hahn, MM. Hanaut, Hertz, Mlle Huguet, M. Huguier.

MM. Ichard, Iliovici, Israël.

Mlle Jammet, MM. Jouanneau, Jouffroy, Judet.

MM. Kaplan, Kipfer, Klotz.

MM. Lachmann, Lafon, Landrieu, Lanthier, Laude, Lauret, Le Cœur, Legry, Le Picard, Leroy Louis, Levaditi, Lichtenberg, Mlle Liphschutz, Livieratos, Mlle Lyon, Mme Longuet Georgette.

MM. Macrez, Mallarmé, Marcombes, Marcy, Marre, Martin Marcel, Martrou, Maspétiol, Mathivat, Mendelsohn, Meyer Jean, Mine, Mirbeau, Monier, Morax, Moreau Jacques, Morono, Morin, Mouchotte Maurice, Moulinier.

MM. Nastorg, Nastier, Netter, Nomblot.

Mlle Ochmichen, MM. Offret, Olivier Claude, Ortholan.

MM. Pannet, Pêcher, Pellier, Pergola, Perreau Pierre, Perret, Perrot Raoul, Pascarole, Pierra, Mlle Poindessault, MM. Pointud, Porge, Pourquié, Prunet, Pyt.

MM. Rambert, Robert, Rodier, Rossignol, Rouvillois, Roux Marcel, Roy André-Louis.

MM. Sabourin, Sacquépée, Mlle Salembiez, MM. Sambron, Sauvain, Scemama, Scheid, Séguin, Seringue, Sidi, Simon Gaston, Soubrane, Soulignac, Soyer, Mlle Spire, MM. Stenwart, Stérin, Strée, Schumann.

MM. Terver, Thomann, Thorel, Tran-Quang Dé, Tribalet, Trombert, Trotot.

M. Ullmann.

MM. Varangot, Vauclin, Velez, Vendryes, Mlle Verlière, MM. Vial, Vidart, Vildé, Vincent Jean, Voisin.

MM. Werner, Wetterwald, Willot.

MM. Yaich, Yovanovicth.

M. Zhâ.

Prix Fillioux. — Pour l'année 1931 le concours sera ouvert le jeudi 10 décembre 1931.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale (Service de santé), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 heures à 17 heures, du 3 au 14 octobre 1931 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le mercredi 14 octobre dernier délai. Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

Prix Civiale. — Un concours est ouvert en 1931, entre les internes en médecine et externes en premier, pour l'attribution du prix fondé par feu le Docteur Civiale au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce prix aura une valeur de 1.000 francs.

Ce travail devra être déposé à l'Administration centrale (Bureau du Service de santé) le 16 novembre 1931, au plus tard.

MM. les internes sont informés que les mémoires destinés à être présentés pour le concours des prix de l'internat (médaille d'or) ne pourront pas être admis pour le prix Civiale.

Clinique médicale propédeutique de la Charité (Prof. Emile SERGENT). — Le cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire commencera le lundi 7 décembre à 9 h. 1/2.

Le programme détaillé sera publié ultérieurement.

Congrès de chirurgie. — A l'occasion du Congrès de chirurgie, M. CALOT (de Berck) fera le mercredi 7 octobre de 9 h. 1/2 à 11 h. 1/2 dans sa clinique de Paris, 69, quai d'Orsay, une séance de démonstrations :

1° Réduction de luxations congénitales non encore traitées. Reduction de luxations récidivées.

2° Valeur comparée de la méthode conservatrice (ponctions, injections) et de la méthode opératoire sanglante, dans le traitement des tuberculoses « chirurgicales » (adénites cervicales, abcès froids, fistules, mal de Pott, coxalgies, tumeurs blanches, épididymites). Présentation de sujets en cours de traitement et après traitement.

3° Les notions indispensables à tous sur la rénovation de la pathologie de la hanche par les travaux d'après guerre.

MOYENS D'ACCÈS : les tramways 14 et 20 du boulevard Saint-Germain ; descendre à l'arrêt : rue Jean-Nicot, entre le pont des Invalides et le pont de l'Alma.

Avis de concours. — Un nouveau concours aura lieu dans les Landes pour la désignation d'un médecin spécialisé de dispensaires. En raison de l'urgence qu'il y a de procéder à cette nomination, les dossiers des candidats devront être adressés, avant le 20 octobre, à la préfecture de Mont-de-Marsan, à qui on peut demander tous renseignements au sujet de ce poste.

— On nous prie d'annoncer un concours sur titres pour la nomination d'un médecin spécialisé pour le département de l'Isère, avec résidence à Grenoble, pour entrer en fonctions à partir du 1er novembre prochain.

Les conditions de nomination et de traitement sont conformes au statut type des médecins spécialisés.

Pour tous renseignements, s'adresser au Comité départemental de lutte contre la tuberculose, à la Préfecture de Grenoble, ou au Comité national de défense contre la tuberculose, 66 boulevard Saint-Michel, Paris (6e).

Les dossiers devront être adressés avant le 14 octobre.

Hôpital Saint-Michel (33, rue Olivier-de-Serres.) — *Service de gastro-entérologie.* — Nomination à une place d'interne en titre et une place d'interne remplaçant pour six mois ; entrée en fonction le 15 octobre.

Service des internes. — Interne en titre : service de la consultation et des salles chaque matin, à partir de 9 heures.

Contre-visite chaque après-midi. (L'interne assiste en outre aux opérations des malades du service.)

Interne remplaçant : il assure le service avec l'interne titulaire, régulièrement une fois par semaine. Il remplace le titulaire chaque fois que celui-ci s'absente.

Rétribution. — L'interne en titre reçoit 300 fr. par mois. Il est nourri à l'hôpital. L'interne remplaçant reçoit 150 fr. par mois, il est nourri à l'hôpital son jour de service et ses jours de remplacement. Il touche, si le remplacement est de plusieurs jours, le traitement que ne touche pas le titulaire.

Les demandes doivent parvenir avant le 1er octobre, à M. le Dr Delort, chef du service de gastro-entérologie à l'hôpital Saint-Michel (prière d'indiquer sur l'enveloppe qu'il s'agit de cette demande). Elles doivent comporter l'indication de tous les titres du candidat. Elles seront classées par ordre de valeur des titres exprimés.

La cotation sera affichée en même temps que la liste de classement.

La liste de classement des candidats sera affichée à l'hôpital Saint-Michel à partir du 5 octobre. Les cinq premiers de cette liste seront appelés à se présenter dans le service par lettre individuelle.

Si aucun d'eux ne peut accepter le service, ceux qui suivent seront convoqués par fractions de cinq de la même façon.

Leur nomination sera présentée ensuite à l'agrément définitif du Dr Récamier, médecin-chef de l'hôpital.

XVIIIe Congrès annuel d'hygiène (Paris, Institut Pasteur, les 12, 13, 14 et 15 octobre 1931.) — Le XVIIIe Congrès d'hygiène, organisé par la Société de médecine publique s'ouvrira sous la présidence effective de M. Blaisot, ministre de la Santé publique ; il tiendra séance les lundi 12, mardi 13, mercredi 14 et jeudi 15 octobre 1931, à Paris dans le Grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. le Docteur Lesage, membre de l'Académie de médecine, président de la Société pour 1931.

La Société de médecine publique assume tous les frais du Congrès ; aucune cotisation n'est donc réclamée aux personnes qui désirent y assister.

Mercredi 14 octobre, à 9 heures : Réunion privée (au grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur) : Réunion de l'Assemblée générale du Syndicat des médecins hygiénistes français. Affaires syndicales. L'avenir de l'hygiène et le projet Legros. Discussion. — A 14 heures : Séance du Congrès. M. le Docteur R. Martial : Sur le projet de loi du Docteur Legros. Discussion. Vote des vœux émis par le Congrès.

Jeudi 15 octobre, à 9 heures : Réunion privée : Réunion de l'Assemblée générale des médecins hygiénistes français : Affaires syndicales. — A 11 heures : Visite de l'Exposition coloniale. Visite en groupe avec entrée gratuite et sous la conduite de guides. Dîner-banquet par souscription dans un restaurant de l'Exposition : 40 francs par personne, service compris. Les dames seront admises à ce dîner. On peut s'inscrire dès à présent en écrivant à M. Dufaure, agent de la Société de médecine publique, 205, rue de Vaugirard, Paris XVe, ou en s'inscrivant

au secrétariat du Congrès, à l'Institut Pasteur, les 12 et 13 octobre. La carte de membre du Congrès qui sera exigée à l'entrée de l'Exposition coloniale sera délivrée au secrétariat du Congrès.

Par décision du Conseil d'administration de la Société, les auteurs de communications devront se conformer aux prescriptions suivantes qui seront strictement appliquées : 1° Les communications ne devront pas avoir plus de cinq pages (pages de 39 lignes ; lignes de 52 lettres), format du *Mouvement Sanitaire*, et leur exposé ne pourra durer plus de dix minutes ; 2° Les manuscrits devront être remis en séance ; 3° le texte devra être dactylographié, corrigé *ne varietur*, sans lectures douteuses, absolument prêt pour l'impression. Il n'est pas, en effet, envoyé d'épreuves aux auteurs ; 4° les demandes de tirés à part devront être adressées directement au *Mouvement sanitaire*, 52, rue Saint-Georges, Paris ; 5° envoyer au secrétariat un résumé (10 à 15 lignes) en plusieurs exemplaires, destiné à la presse.

Ecole centrale de puériculture. — Les cours de l'Ecole centrale de puériculture commenceront le jeudi 19 novembre 1931 à 16 h., 91 *bis*, rue Falguière.

Pour tous les renseignements et inscriptions s'adresser au Comité national de l'enfance, 26, boulevard de Vaugirard.

Nécrologie. — Dr Louis BOULARD, de Seurre (Côte-d'Or), décédé à l'âge de 56 ans. — Dr FERRY, de Strasbourg, médecin capitaine de réserve, tué dans un accident d'aviation, alors qu'il accomplissait comme réserviste un stage au 2e régiment d'aviation. Il était âgé de 36 ans. — Dr Louis GOUDARD, de Pau, décédé à Châtel-Guyon. — Dr Joseph KENT-GAZET, d'Aix-les-Bains. — Dr Louis ROULIN, ancien président de la Société de médecine et de chirurgie pratiques, décédé à Paris. — Dr Georges VEILLARD, décédé à l'Ile-aux-Moines (Morbihan). — Dr Octave VRAIN, ancien conseiller général du Loir-et-Cher, décédé dans sa 80e année. — Dr Eugène LYMAN FISK, de New-York, directeur médical, du *Life Extension Institute* (Institut pour la prolongation de la vie), décédé à Dresde.

« Nous avons la conviction absolue et d'innombrables preuves que, par la radioscopie seule, de très nombreux ulcères sont méconnus et la conviction absolue également, que leur diagnostic est à peu près toujours immédiatement facile par la lecture de bons clichés... » (René A. GUTMANN. *L'ulcère du duodénum.*)

TRAVAUX ORIGINAUX

Intoxication et dermatoses professionnelles par le Brôme[1]

Résultats d'enquêtes
Les ateliers d'extraction du Brôme et de fabrication de composés bromés

Par MM. F. HEIM DE BALSAC, E. AGASSE-LAFONT, A. FEIL

Le Brome qui, à la température ordinaire est liquide, mais émet des vapeurs caustiques, provoque dans l'organisme des manifestations pathologiques plus ou moins graves, qui sont nettement d'origine professionnelle.

Dans le but de préciser les conditions hygiéniques du travail dans les usines où s'extrait et se manipule le brome, nous avons procédé à des enquêtes, dont voici les résultats.

***

Nos enquêtes ont été poursuivies dans une usine d'extraction du Brôme puis dans une usine de produits chimiques, dans laquelle un nombre, restreint d'ailleurs, d'ouvriers sont appelés à manipuler le Brôme, en vue de la fabrication de différents corps bromés. Ces ouvrier se répartissent en trois groupes. Nous allons indiquer successivement : les conditions dans lesquelles ils sont exposés au bromisme puis les constatations que les examens clinique et hématologique nous ont permis de faire à leur sujet.

A. Extraction du Brôme

Le Brôme s'extrait, par action du chlore sur les eaux mères, dans des ateliers annexés à des usines qui travaillent le sel marin ou les dépôts de sels potassiques.

Sont affectées à ce travail des colonnes à Brôme, constituées par un assemblage de dalles épaisses, formant des étages successifs, séparés entre eux par des dalles horizontales ; des précautions sont prises, au montage de ces colonnes, pour en assurer l'étanchéité. Les surfaces en contact sont dressées, des bandes de carton, d'amiante, préalablement mouillées, sont intercalées entre les 4 joints verticaux des 4 plaques d'un étage ; une armature constituée par des pièces de fonte, reliées entre elles par des tirants, assure le tirage des joints.

Les joints entre les dalles verticales et les dalles horizontales, séparant les étages sont faits de la manière suivante : on commence par dessus les dalles, et chaque étage est ajusté sur celui qui le précède : le joint horizontal occupe toute l'épaisseur de la paroi, il est constitué par des bandes de carton mouillées : sur ces premières bandes, on en place un deuxième rang ; le serrage, dans le sens vertical, est assuré par des tirants verticaux, reliant les pièces de fonte de l'armature ; les joints sont matés de l'intérieur et de l'extérieur : de plus, on exécute, après le matage, un badigeonnage au silicate sur les joints. Etablie dans ces conditions, une colonne à Brôme ne présente pas de fuites ; les fuites, assez rares, ne peuvent se produire que lorsqu'il y a une malfaçon dans la confection d'un joint : en ce cas le joint est refait aussitôt.

(1) Travail de l'Institut d'Hygiène industrielle (Institut d'Hygiène de la Faculté de médecine de Paris).

Lorsqu'un ouvrier se trouve exposé à une fuite de brome, il est remarquable que ce soit le tube digestif et non l'appareil respiratoire qui réagisse ; les troubles gastro-intestinaux cèdent d'ailleurs rapidement.

B. Fabrication des bromures

La fabrication des bromures est destinée à l'usage médical, et surtout à la photographie. Elle porte sur les trois bromures dont la production annuelle est en moyenne, dans cette usine, la suivante : bromure de potassium, 50.000 kgr. ; bromure de sodium, 25.000 kgr. ; bromure d'ammonium, 5.000 kgr. Quel que soit leur usage, médical ou non, le mode de fabrication est le même.

Le principe en est le suivant. On met le Brôme en contact avec du fer (tournure de fer) en présence d'eau. On obtient ainsi des solutions de bromure ferreux, qui sont transformées en d'autres bromures, par double décomposition avec des carbonates correspondants. La technique consiste à vider des flacons de Brôme dans des récipients de fonte remplis au préalable de tournure de fer. Le danger de cette opération est double. Il consiste, d'une part, dans l'inhalation des vapeurs de Brôme, dont le contact avec les muqueuses respiratoires provoque la toux, et même quelquefois de la dyspnée avec sensation de suffocation chez les sujets qui n'ont pas encore d'accoutumance, ou qui présentent une susceptibilité particulière. D'autre part, la manipulation rapide d'un grand nombre de flacons de Brôme entraîne le risque de rupture et de brûlure des téguments. Ces flacons sont transportés, de leur point d'origine, à l'usine où on les utilise, dans des caisses renfermant de la poudre de bois, qui, en cas de bris du flacon, absorbe le Brôme mis en liberté.

Dans l'atelier que nous avons visité, très vaste, très haut et largement aéré, nous n'avons constaté aucune odeur de Brôme, si ce n'est au voisinage immédiat des places de manipulation. Les ouvriers de cet atelier, tous des hommes, étaient âgés de 23 à 56 ans, et exerçaient leur profession depuis un temps variant de 6 mois à 25 ans. L'examen clinique nous a révélé un certain nombre de manifestations pathologiques, les unes attribuables au Brôme, les autres d'étiologie discutable, avec les pourcentages que voici.

85 % des ouvriers présentent, par intermittence, sous l'influence d'inhalations de vapeurs de Brôme, de *la toux*, du *larmoiement*, de la *pharyngite*.

43 % ont eu des *brûlures*, assez sérieuses par contact accidentel du Brôme avec les téguments.

14 % accusent, soit une *céphalée* intermittente, soit de l'*anorexie*, soit de l'*acné*.

57 % ont une *tension* maxima légèrement supérieure à la normale (16 à 19, avec l'appareil Vaquez-Laubry), et 43 % un maxima de 14 à 15.

L'examen du sang ne révèle pas de caractères morphologiques anormaux du côté des globules rouges. En ce qui concerne les globules blancs, on décèle une légère tendance à la polynucléose, car on trouve : un nombre de polynucléaires un peu inférieur à la normale (entre 50 et 60) dans la proportion de 14 % des sujets ; un nombre normal (de 60 à 70) chez 44 %, un nombre supérieur (de 70 à 80) chez 44 %. On ne constate pas d'éosinophilie appréciable : on note l'éosinophile pour 100 leucocytes chez 44 % des ouvriers, 2 éosinophiles pour 100 chez 28 %, et 3 pour 100 chez 28 % également.

C. Fabrication du bromoforme

La technique de fabrication du bromoforme consiste à verser des flacons, renfermant chacun plusieurs kilos de brome, dans un récipient en grès, d'où le brome s'écoule, à l'aide d'un siphon, dans un bassin qui renferme un mélange de soude et d'acétone. Pour atténuer la cha-

leur excessive. produite par la réaction, on met au préalable des blocs de glace dans le bassin.

Le liquide prend un aspect laiteux, dû à la formation de gouttelettes de bromoforme. On agite jusqu'à disparition complète de la couleur rouge du Brôme, et l'on voit rapidement, en quelques minutes, le bromoforme se déposer au fond du récipient. On décante le liquide qui surnage. Le bromoforme recueilli ensuite est soumis à une nouvelle décantation, puis transporté dans un autre atelier, pour y être purifié et distillé.

Comme dans la fabrication des bromures les dangers sont ceux de la manipulation préalable du Brôme. Quant à l'inhalation des vapeurs de bromoforme, elle a plutôt une action antagoniste et bienfaisante par l'anesthésie qu'elle provoque du côté des muqueuses, et qui empêche la toux.

Un seul ouvrier est occupé, dans cette usine, à la fabrication du bromoforme. Nous ne saurions donc apporter de statistique valable, au sujet de cette fabrication. Signalons seulement que nous avons constaté chez lui une légère *anorexie*, une tension normale, une formule leucocytaire normale, au point de vue polynucléaire (66 %) mais avec légère éosinophilie (4 %). Le fait intéressant est que cet ouvrier ne tousse jamais, bien qu'il soit exposé aux vapeurs de Brôme comme les autres travailleurs de l'atelier. Ceci est dû, vraisemblablement, aux vapeurs de bromoforme qu'il respire spécialement, et dont l'action anesthésiante neutralise l'irritation produite par le Brôme.

D. Atelier d'embouteillage du Brôme

Dans les ateliers d'extraction du Brôme les ouvriers affectés au travail de division et d'embouteillage du Brôme liquide reçoivent, fréquemment, sur l'avant-bras et la face dorsale de la main, des projections de gouttelettes de Brôme, d'où localisation d'une dermatose bromique, particulièrement sur le dos de la main et des doigts ; l'affection procède par poussées successives ; l'épiderme est épaissi, fendillé, quelques crevasses s'établissent : les lésions restent sèches, nullement suintantes.

Les ouvriers des ateliers affectés à la préparation de composés bromés sont chargés de répartir, de manier le Brôme et en même temps les divers acides (acide chlorhydrique, acide sulfurique, etc.) nécessaires à la préparation des produits bromés.

A ce travail sont occupées, en majorité, des femmes (de 18 à 46 ans), exerçant leur profession depuis une durée variable de 6 mois à 8 ans. Les hommes y sont aussi employés dans une proportion de 25 %.

L'examen clinique nous a révélé les symptômes que voici : 62 % des sujets se plaignent de *toux*, de *pharyngite*, de *larmoiements* intermittents sous l'influence des vapeurs de Brôme.

50 % ont eu de sérieuses *brûlures* par le Brôme au niveau des mains ou des pieds.

50 % se plaignent de *constipation*, mais il est à remarquer qu'il s'agit d'une population ouvrière en majorité féminine, chez qui la constipation est plus habituelle.

12 % enfin présentent de l'*acné* ou des *éruptions intermittentes des membres supérieurs avec prurit*.

25 % seulement ont une *tension* maxima un peu élevée (16) et 75 % une tension maxima de 12 à 15, mais il convient aussi de remarquer qu'il s'agit en majorité de femmes.

Au point de vue du sang, nous avons deux différences à signaler avec les ouvriers fabriquant les bromures. Nous constatons ici plutôt une tendance à la mononucléose : en effet, 25 % des sujets ont 70 polynucléaires pour 100 leucocytes ; 50 % de 62 à 65 polynucléaires pour 100 ; 25 % de 45 à 50 polynucléaires seulement pour 100 globules blancs. D'autre part les éosinophiles sont notablement plus nombreux, et au-dessus de la normale : deux éosinophiles pour 100 leucocytes chez 25 %, trois chez 25 %, cinq chez 38 % : six éosinophiles pour 100 leucocytes chez 12 % des sujets examinés.

***

Les manifestations morbides pour lesquelles le Brôme ou ses composés peuvent être incriminés sont donc de plusieurs ordres.

1° *Brûlures*, provoquées par le contact direct du Brôme, atteignant accidentellement les téguments (projection de gouttelettes, bris de flacon, etc.). Ces brûlures sont, en général, graves et longues à guérir. Leur gravité est augmentée de ce fait que le Brôme se transforme en acide bromhydrique, dont la causticité est supérieure à celle du Brôme.

Professionnellement, elles siègent surtout aux mains, et aussi aux pieds atteints par la chute du Brôme, lorsqu'il y a rupture de flacon.

Elles sont assez fréquentes, et bien connues des ouvriers qui, quand ils sont atteints plongent immédiatement la main ou le pied, même avec la chaussure, ou le sabot qui la recouvre, dans une solution de bromure de fer antérieurement préparée : la solution neutralise le liquide corrosif, et l'emploi rapide de cette mesure prophylactique peut empêcher la brûlure, ou tout au moins en atténuer la gravité.

2° *Atteinte des muqueuses* par le Brôme liquide, ou le plus souvent les vapeurs de Brôme. Cette atteinte, d'intensité variable, entraîne des phénomènes congestifs du côté des muqueuses oculaire, nasale, laryngée, buccale et pharyngée, avec possibilité d'infections secondaires, conjonctivite, pharyngite, laryngite, bronchite.

Chez certains sujets prédisposés, l'inhalation des vapeurs de Brôme, même en très faible quantité, détermine de la dyspnée avec sensation de suffocation (due peut-être à un spasme glottique), de la toux, une brûlure des yeux, du picotement de la muqueuse nasale. C'est cet ensemble de symptômes que les ouvriers qui manipulent le Brôme, appellent une *prise de gaz*.

Grâce à l'action irritante, qui rend manifeste la présence des vapeurs et oblige l'ouvrier à rechercher l'air libre, les accidents graves sont très rares. Il est des cas, cependant, où le dégagement de vapeurs bromiques se fait brutalement, à doses massives : l'ouvrier n'a pas le temps de fuir. La mort peut survenir rapidement par accidents pulmonaires, suffocation ou collapsus. L'action irritante du Brôme peut aussi favoriser l'éclosion, surtout chez les alcooliques, de pneumonies, broncho-pneumonies, etc., qui amènent la mort au bout de quelques jours ou de quelques semaines.

Les voies digestives peuvent être atteintes également, avec congestion et hématémèse parfois.

Notre enquête ne nous a pas révélé, à ce point de vue, dans les commémoratifs des sujets examinés, de manifestations graves, et les symptômes relevés ont été seulement des atteintes de conjonctivite, des crises de toux, de légères prises de gaz (12 fois en deux ans sur une vingtaine d'ouvriers), parfois une tendance à l'anorexie. La constipation, signalée dans le groupe des ouvrières de la division des acides, est sans doute de pathogénie complexe et difficile à élucider : il ne semble pas que le Brôme puisse être incriminé à son sujet.

3° *Bromodermies*. — Les bromodermies, qui paraissent indépendantes de la formule chimique sous laquelle le Brôme est introduit dans l'organisme, de la voie d'introduction, de la durée et de la quantité, sont de pathogénie complexe : les phénomènes d'idiosyncrasie, les altérations des glandes endocrines, du foie et des reins, l'absence de soins d'hygiène de la peau, et peut-être parfois l'abus de ces soins (influence néfaste des bains trop fréquents ou trop prolongés), autant de causes prédisposantes ou occasionnelles, qui peuvent être invoquées à leur sujet.

Elles sont très polymorphes, allant du prurit et des érythèmes simples, à l'acné, à l'eczéma, aux ulcères et aux

phlegmons. La plus connue est l'acné brômique qu'on a particulièrement observée pendant la guerre, dans les usines où l'on fabriquait les gaz asphyxiants.

Nous n'avons rencontré ces lésions cutanées que dans une proportion assez faible, sous forme de prurit, d'érythème simple et d'acné.

Etat du sang. — L'expérimentation a montré, sous l'action des vapeurs de Brôme, un certain nombre de manifestations morbides du côté des globules rouges et des globules blancs : c'est ainsi que Marino a signalé de l'anémie, avec leucocytose, tantôt à type de polynucléose neutrophile, tantôt à type lymphocytose.

Chez les sujets exposés à l'inhalation répétée de vapeurs de Brôme, notre enquête nous a donné les résultats suivants : tendance à la polynucléose, sans éosinophilie, chez ceux préparant les bromures ; tendance à la mononucléose, avec éosinophilie, chez ceux occupés à la division des acides ou à la préparation du bromoforme. La différence tient sans doute à la différence des produits, qui, en dehors du Brôme, sont maniés dans l'un et l'autre cas.

La vaccination des broncho-pneumonies

Par les Drs

H. BERNADOU et **P. LAMOTHE**

Ancien interne des Asiles de la Seine — Assistant au Sanatorium des hospices de Bordeaux

Le traitement des broncho-pneumonies par les vaccins a été discuté au Ve Congrès de Pédiatrie, à Lausanne en 1927. Depuis, les praticiens ont pu expérimenter suffisamment la méthode pour contribuer à rendre précis ce que le débat avait laissé d'incertain.

Il y a encore peu d'années, la vaccination pulmonaire ne groupait qu'un petit nombre d'adeptes, directement ou indirectement rattachés aux centres médicaux qui en avaient fait les essais et où ses applications restaient méthodiquement poursuivies.

La réputation, pour quelques vaccins, de ne déterminer aucune réaction aida à leur vulgarisation. Ainsi se répandirent le vaccin antipneumonique de Minet et celui que Weill et Dufourt ont destiné aux broncho-pneumonies.

La décimante broncho-pneumonie était bien la meilleure pierre de touche de leur valeur. C'est à son sujet que l'on suscita le referendum des avis autorisés.

Le Congrès de Lausanne montra que les vaccins broncho-pulmonaires quels que fussent les services rendus par eux, ne pouvaient être considérés comme absolument héroïques. Après comme avant leur utilisation, les formes graves de la broncho-pneumonie, dites toxiques ou infectieuses, restaient redoutables, c'est-à-dire à peu près toujours fatales ; et les succès accusés se rapportaient à des cas qu'on ne pouvait considérer comme inaccessibles à la thérapeutique habituelle.

Il convenait donc de bien définir le degré et les caractères des troubles dont triomphait le nouveau traitement.

A ce propos, Ribadeau-Dumas posa la question : « La broncho-pneumonie représente-t-elle dans l'esprit de tous les médecins le même syndrome morbide ? ».

Les observations de Terrien répondaient en signalant quelles confusions étaient fréquemment commises entre la bronchite capillaire et la bronchite asthmatique de la première enfance, d'évolutions pourtant dissemblables, mais dont le diagnostic différentiel pouvait ne reposer que sur des nuances.

Cassoute et Taillens en conclurent que les broncho-pneumonies sont plus rares qu'on ne le croit généralement.

Il était bien difficile, dans ces conditions, d'établir, avec certitude, le pourcentage de leurs guérisons.

Cependant, est-il nécessaire de se montrer tout à fait strict sur les diagnostics nosologiques, pour apprécier la valeur d'une thérapeutique ? Ne suffit-il pas, pour en juger, d'expérimenter toujours dans les mêmes conditions, le coefficient d'erreur personnelle restant le même ?

Nous croyons avoir pu acquérir une conviction suffisamment adéquate à la réalité, en enregistrant les résultats globaux de notre pratique, avant et après l'usage des vaccins pulmonaires. Et nous devons déclarer que, par suite de cet emploi, a eu lieu un abaissement très sensible de la mortalité de nos malades soignés pour broncho-pneumonie, qui, plus précisément, représentaient, si l'on estime ce diagnostic trop facilement porté, un ensemble de cas comprenant, outre une minorité de broncho-pneumonies toxiques, avérées mortelles, un gros contingent de formes asphyxiques, pseudo-lobaires ou à foyers disséminés et des états considérés, par nous, comme des broncho-pneumonies débutantes, mais qu'on aurait peut-être pu aussi bien dénommer : « bronchites diffuses à râles muqueux à bulles fines », « à râles sous-crépitants fins », dont le diagnostic aurait ainsi parfois *pu hésiter* entre une congestion pulmonaire et une broncho-pneumonie. Dans tous ces cas, les signes fonctionnels et généraux ont été ceux de la broncho-pneumonie.

Nos plus éclatants succès ont appartenu aux broncho-pneumonies débutantes.

Et, à peu près toutes les fois que nous avons tardé à leur appliquer les vaccins, celles-ci se sont aggravées, confirmant l'évolution redoutée. Au contraire, lorsque nous n'avons pas temporisé, l'évolution a été enrayée et la guérison en a été plus rapide. Il va sans dire, que, de plus en plus, nous nous sommes interdits de différer les injections de vaccins en pareilles circonstances, et que nous renonçons désormais à vérifier, par l'abandon de la précieuse vaccination, tout diagnostic qui pourrait être hésitant.

Nous estimons que, pour déterminer une opinion, en clinique, l'ensemble des résultats réalisables doit suffire.

La plupart de nos échecs se rapportent à la broncho-pneumonie toxi-infectieuse, dont les auteurs ne sont guère d'accord pour expliquer la marche si constamment assombrie.

Ribadeau-Dumas en voit la raison dans une anergie qui serait naturelle aux nourrissons, en vertu d'une sorte de loi biologique dont on retrouverait les effets dans la résistance aux vaccinations que présentent les jeunes poulains.

Comment immuniser des nourrissons, dit-il, par des vaccins (staphylococcique, anatoxine, etc..) qui ne donnent aucune immunité durable aux autres âges de la vie ?

La disparition des réactions défensives de l'organisme peut également survenir chez des enfants plus grands, à l'occasion d'un fléchissement de la santé générale ou d'une maladie infectieuse dite anergisante : coqueluche, rougeole, diphtérie, grippe.

Sans méconnaître l'important facteur de ces déficiences organiques dans la gravité des broncho-pneumonies, Dufourt accuse plus particulièrement l'infection streptococcique dont la virulence et la multiplicité des races microbiennes rend pratiquement vaine toute vaccination dirigée contre elle, ou si, dans de rares circonstances, l'immunisation active pouvait être réalisée, les délais nécessaires dépasseraient de beaucoup la durée d'une broncho-pneumonie.

C'est pourquoi le vaccin de Weill et Dufourt ne contient pas de streptocoques, jugés pour le moins inutiles, sinon gênants pour l'action primordiale des éléments qu'il renferme : pneumos, staphylos, entérocoques, tétragènes.

Contre les streptocoques mieux vaut donc recourir, à son avis, au sérum spécifique dont les effets sont moins illusoires et plus rapides.

D'autres auteurs incriminent plus volontiers le bacille diphtérique, surtout chez les nourrissons, les malades d'hôpital et ceux qui vivent dans les milieux surpeuplés, même lorsqu'il n'y a pas de diphtérie cliniquement constatée.

Le professeur Marfan a signalé que la forme larvée était l'apanage de la diphtérie de la première enfance sur laquelle, avant l'âge de six mois, la sérothérapie était dénuée d'efficacité. Il a dit, en outre, qu'une broncho-pneumonie évoluant chez de tels sujets est nettement plus grave que chez les autres enfants.

Assimilant à ces données le fait qu'à un âge plus avancé, des broncho-pneumonies graves sont souvent observées chez des porteurs de bacilles diphtériques, surtout à l'hôpital, on a cru pouvoir rendre ces bacilles responsables de la gravité des broncho-pneumonies, notamment du syndrome toxi-infectieux qui en est la plus grande cause de décès. Sur ces observations s'est élevée une théorie d'après laquelle toute broncho-pneumonie ne guérissant pas par les vaccins, qui ne contiennent que ses germes habituels, doit être considérée comme l'objet d'une surinfection d'origine naso-pharyngée dont l'agent le plus redoutable, le bacille diphtérique, trouverait sa sanction selon Duchon, dans l'application d'un lysat-vaccin préparé à cet effet au moyen de sept espèces microbiennes (Loëffler, strepto, pneumo, staphylo, Pfeiffer, catarrhalis, coli), lysées en fortes proportions dans une huitième espèce : le pyocyanique. Quant au streptocoque, il ne présenterait pas un danger tel qu'il ne pût être combattu. Le streptocoque serait capable d'immuniser au même degré que les autres microbes.

Si, pourtant, les lysats-vaccins laissent, eux aussi, leur pourcentage de mortalité, c'est qu'on a affaire à une intoxication diphtérique et que les lysats immunisent bien contre le microbe, mais non contre sa toxine. Pour annihiler celle-ci, il est nécessaire d'adjoindre au traitement des injections de sérum antidiphtérique intensives et précoces.

Beaucoup de pédiâtres n'ont pas accepté les assertions de M. Duchon. Lereboullet et St-Girons ne considèrent pas que les bacilles diphtériques soient nécessairement infectants pour les broncho-pneumoniques qui les portent dans leurs voies aériennes.

D'ailleurs Ribadeau-Dumas n'a trouvé que 12 % de porteurs de germes parmi ses malades, ce qui représente un nombre encore inférieur aux décès par broncho-pneumonie accusés par les statistiques les plus optimistes.

Cathala constate l'inefficacité de la méthode de Duchon.

Bleckmann fait observer que « la possibilité d'agir par « un lysat antidiphtérique, — ou produit appelé tel — sur « une diphtérie confirmée, ne paraît démontrée ni expéri- « mentalement, ni cliniquement. »

Dufourt, dans une critique générale, remarque que, pour accorder un rôle actif au bacille diphtérique, dans certaines broncho-pneumonies, il faudrait au moins démontrer que ce germe est virulent pour son hôte. Or, la plupart des porteurs de germes ont une réaction de Schick négative, ce qui indique qu'ils sont réfractaires au bacille de Loëffler.

Hormis les cas de diphtérie cliniquement confirmée et des particularités propres aux nourrissons qu'a signalées Marfan, il ne semble donc pas qu'il y ait une relation de cause à effet entre les bacilles dont on peut être porteur et la broncho-pneumonie ; c'est l'avis de la plupart des auteurs.

Bien plus, comme dans la broncho-pneumonie consécutive aux diphtéries pseudo-membraneuses, on retrouve une pullulation des grands microbes pyogènes qui sont les agents déterminants de cette affection dans tous les autres cas, certains auteurs ne se sont même pas reconnus le droit d'attribuer au bacille diphtérique pathogène les lésions de cette broncho-pneumonie. Ils supposent qu'il n'y a, de la part du Loëffler, qu'une simple association microbienne.

Enfin un porteur de germes diphtériques a toujours le droit de faire une broncho-pneumonie d'étiologie banale.

Pour ce qui est des vaccins à antigène diphtérique, comment auraient-ils un pouvoir curatif, s'ils n'ont aucune valeur préventive contre la diphtérie ?

Remarquons, nous-mêmes, à ce sujet, que les lysats-vaccins sont censés déterminer une immunisation au bout de cinq jours. S'ils étaient préventifs contre le bacille de Loëffler, ils auraient une supériorité considérable sur l'anatoxine de Ramon qui n'immunise qu'au bout de cinq semaines, supériorité que personne n'a encore admise croyons-nous, mais qu'il serait tout de même bon de vérifier.

Malgré les principes si différents de leur préparation, presque tous les vaccins pulmonaires revendiquent à bon droit des résultats satisfaisants. C'est sans doute parce qu'ils procèdent de certains éléments communs au premier rang desquels il faut citer le pneumocoque.

Tous les vaccins ne sont cependant pas d'égale valeur.

Il ressort de nos observations particulières que le vaccin de Minet et le vaccin de Weill et Dufourt ont donné, de 1927 à 1929, les mêmes pourcentages de mortalité : 12 % seulement chez l'enfant et 15 % chez l'adulte ; tandis que les lysats-vaccins à antigène diphtérique ont laissé, en 1930 et 1931, une mortalité de 28 % chez l'enfant et de 33 % chez l'adulte, tous nos malades ayant été soignés à leur domicile et isolés.

Il résulte de ces constatations que le rendement des lysats-vaccins non seulement n'est pas en progrès sur celui des vaccins précédents, mais comporte de moins bons résultats en pratique de ville.

Les vaccins les plus simples sont donc les meilleurs, comme si, à multiplier les antigènes on amoindrissait leurs effets.

De telles différences s'expliqueraient mieux si l'on connaissait parfaitement leur mode d'action, mais sur ce point les interprétations des auteurs ne concordent pas non plus.

Teissier, Reilly et Rivalier estiment que les vaccins déclenchent un choc spécifique chez des sujets préalablement sensibilisés par les protéines microbiennes de la maladie. Une intra-dermo-réaction positive à ces protéines mettrait en évidence cette sensibilisation. En conséquence, les vaccins ne devraient pas être injectés dès les premiers jours d'une broncho-pneumonie, mais seulement vers son troisième jour, lorsque la sensibilisation a eu le temps de s'effectuer.

Ribadeau-Dumas n'admet ni la réalité de la vaccination broncho-pneumonique ni aucune spécificité d'action des vaccins pulmonaires :

Pour Dufourt, s'il y avait choc, l'effet d'un vaccin devrait suivre immédiatement son injection. Or, le vaccin n'agit qu'au bout de trois jours. En outre, les protéines contenues dans un vaccin sont en quantité quasi-impondérable, donc insuffisante à déterminer un choc. On doit admettre qu'il s'agit d'un « complexe spécifique bactériologique ». Cette spécificité serait même « très grande avec certains germes. »

Par contre, Minet trouve, dans la rapidité d'action du vaccin, parfois très grande (quelques heures), une objection à la théorie de la spécificité. Il suppose qu'intervient plutôt « une exaspération des fonctions leucocytaires » élaboratrice de « substances allotropes non-spécifiques » qui arrêtent l'infection. Une des meilleures preuves en serait le rôle important que joue, dans le rendement de son vaccin fait de pneumocoques, streptocoques, staphylocoques, entérocoques, la participation du bacille pyocyanique, microbe étranger aux affections pulmonaires, par conséquent dépourvu d'action spécifique.

Quoi qu'il en soit, pour tirer le meilleur profit de la méthode vaccinatoire dans la broncho-pneumonie, il convient d'observer certains principes dictés par l'expérience.

D'abord, s'il y a quelque intérêt à ne pas injecter le vaccin dès le premier jour de la maladie, il ne faut pas attendre l'apparition des signes de haute gravité après laquelle le mal est généralement insurmontable.

Les vaccins ont un rôle préventif à remplir. Leur utilisation doit donc être relativement précoce. Dès qu'il y a danger sérieux, il ne faut plus attendre pour la mettre en jeu.

Il est absolument nécessaire de commencer les injections par petites doses, d'autant plus petites que la maladie est plus grave, contrairement à ce qu'on serait tenté de supposer *a priori*. Les fortes doses sont celles qui exposent le plus à la « phase négative ». « En voulant aller trop vite, « dit Dufourt, on augmente la susceptibilité du malade, on « sidère le peu d'anticorps, qui existe déjà ». C'est dire assez

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de Sémiologie oculaire, par le Dr Ad. SELTER. Préface du Professeur TERRIEN, Un volume in-8 de 226 pages avec 6 tableaux et une planche schéma coloriée : 36 francs. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

L'auteur a su condenser ainsi sous un petit volume, avec un sens clinique très averti des affections très diverses qu'il oppose les unes aux autres, afin de permettre un diagnostic précis. Groupées par ordre alphabétique, souvent sous forme de tableaux suggestifs et bien disposées pour frapper l'attention. elles se retrouveront facilement, rappelant aussitôt au lecteur les signes cardinaux de l'affection qu'il étudie. Le diagnostic se trouvera ainsi facilité et par là même l'institution d'une thérapeutique convenable.

Ce petit manuel sera utile à l'étudiant et au praticien qui y trouveront condensées les différentes notions recueillies au cours de leurs lectures. Enfin groupant, sous une même rubrique, à la faveur de l'étude d'un grand syndrome, des affections souvent très éloignées, il rendra aussi service à l'ophtalmologiste.

L'évolution de la Syphilis du Système Nerveux et de ses Envoloppes, par le Docteur J.-S. PATRIKIOS. J. Peyronnet et Cie, éditeurs,7, rue de Valois, Paris (1er).

Dans ce travail, l'auteur évitant de reprendre une fois encore l'énumération symptomatologique des diverses formes de la syphilis nerveuse, abondamment répétée dans les traités classiques, a surtout cherché à mettre en valeur ce qui constitue l'Unité de cette dernière. Après récapitulation des dispositions anatomophysiologiques qui conditionnent la fréquente localisation de la S. au niveau du système nerveux, il a étudié la longue période prémonitoire de méningite syphilitique pure, les modalités évolutives de toute syphilis nerveuse, et l'influence du traitement sur cette évolution par l'examen suivi du L. C. R. et l'examen clinique.

Il a, de cette façon, cherché à mettre en valeur les éléments communs qui expliquera l'unité des données générales qui régissent la conduite du traitement de toute syphilis nerveuse, quelle qu'en soit la forme, et c'est par l'exposé de la direction de ce traitement qu'il termina son travail.

Celui-ci, basé sur un matériel de quatre mille cas suivis cliniquement et sérologiquement durant de longues années à l'Institut prophylactique de Paris, dont le lecteur trouvera brièvement mais complètement exposés deux cent cinquante cas en exemple, est le fruit d'une longue et minutieuse étude poursuivie dans la Section neurologique de ce centre de syphiligraphie, unique au monde, mise à la portée de tous les médecins.

La poliomyélite (Paralysie spinale infantile ou maladie de Heine-Medin). *Etude clinique et thérapeutique*, par le Dr Paul DUHEM. Préface de M. le Dr NOBÉCOURT. Un volume in-8° (20 × 15) de 137 pages, avec figures, 25 fr. Gauthier-Villars et Cie, 55, quai des Grands-Augustins, Paris 6e).

Le Docteur Paul DUHEM était particulièrement qualifié pour écrire un livre sur la poliomyélite.

Electro-radiologiste de l'hôpital des Enfants-Malades depuis plus de dix ans il a eu l'occasion de soigner quantité d'enfants atteints de cette affection. Il peut les suivre pendant la phase aiguë du début, et pendant la longue période de paralysie qui lui succède. Il observe les malades en clinicien et en électrologiste ; il les traite avec toutes les ressources de la physiothérapie, et contrôle les résultats du traitement avec un sens critique très averti.

Aussi, bien que son livre soit un exposé didactique, il contient une note personnelle qui lui donne un intérêt tout spécial.

combien il faut se méfier des vaccins qui contiennent de fortes proportions d'antigènes. Ne cherchons pas à brûler les étapes !

D'autre part les injections doivent être quotidiennes, répétées longtemps, jusqu'à la défervescence et même d'après Dufourt jusqu'à ce que les râles fins aient disparu ; on évitera ainsi des retours offensifs. Minet indique, chez le nourrisson, la gradation suivante des doses à injecter : 1/3 de c.c., 1/2, 3/4 puis 1 c.c. que l'on répétera jusqu'à la fin.

Les résultats favorables se font parfois très vite sentir : en quelques heures (Minet), ordinairement le troisième jour (Dufourt) l'immunisation s'effectuant vers le cinquième jour (Duchon).

Les indications principales de la vaccinothérapie pulmonaire sont les broncho-pneumonies aiguës ou subaiguës, les états similaires à formes asphyxique, pseudo-lobaire ou disséminée et toutes les pneumopathies graves génératrices de broncho-pneumonie.

Les contre-indications sont représentées par la tuberculose, les états pulmonaires chroniques (Dufourt), les gangrènes pulmonaires (Duchon).

Quant aux formes toxi-infectieuses de la broncho-pneumonie où « il est évident qu'il s'agit bien plus d'une intoxication générale que d'une infection localisée à l'arbre respiratoire » (Lévesque), on est forcé de les traiter assez éclectiquement, aucune méthode ne s'étant montrée souveraine contre elles.

Voici la conduite qui nous paraît le mieux se conformer à ce qui vient d'être rapporté :

Avant tout, prévenir l'apparition des broncho-pneumonies par un traitement judicieux de tous les états nasopharyngés ou trachéo-bronchiques susceptibles d'y conduire. Pour avoir moins à compter avec le bacille diphtérique, vaccination préventive systématique par l'anatoxine de Ramon, de tous les enfants ayant plus d'un an ; instillations nasales de 914, suivant la méthode de Lereboullet et Gournay, aux porteurs de germes, nourrissons ou autres.

Ensuite combattre les infections broncho-pulmonaires aiguës : bronchites diffuses, congestions pulmonaires, dès leur apparition. Contre leurs aggravations ; états pneumoniques, broncho-pneumonies débutantes, en continuant l'application des méthodes classiques que rien ne saurait remplacer, recourir comme il a été dit, à la vaccinothérapie.

Enfin, si l'on est en présence d'une forme manifeste de broncho-pneumonie dite toxique ou infectieuse, s'inspirant des conceptions pathogéniques et des données cliniques qui se rapportent à cette redoutable affection, adapter à chaque circonstance particulière les modalités de traitement qui paraîtront le mieux convenir :

Contre l'infection streptococcique, injecter précocement et à hautes doses le sérum approprié, en particulier l'actuel sérum de Vincent. En outre, pour les médecins qui ne croient pas perdu tout espoir d'immunisation active en pareil cas, un vaccin polyvalent, contenant des streptocoques, tel que le vaccin de Minet pourra être utilisé. Si l'on estime au contraire, que l'antigène streptococcique est vraiment illusoire et plus nuisible qu'utile, on pourra employer le vaccin de Weill et Dufourt en vue de se débarrasser des germes associés.

Quand le danger paraît plus ou moins lié à la présence du bacille de Loëffler, il importe de ne pas négliger la sérothérapie antidiphtérique. Simultanément, utiliser un vaccin polyvalent. Comme, suivant nous, les plus simples sont les meilleurs, celui de Minet ou de Weill et Dufourt nous paraissent des plus recommandables.

Telle est la méthode à suivre lorsque les vaccins ne sont pas contre-indiqués.

Mais, en présence d'un état d'anergie évidente, Lévesque conseille d'abandonner la méthode vaccinatoire qui demande « une certaine réactivité du malade » impossible à obtenir. Alors on aura la ressource de procédés, un peu plus compliqués mais aussi rationnels, comme la saignée suivie de transfusion sanguine ou mieux d'immuno-transfusion. Plus simplement Paillard utilise l'hémothérapie ; le sang étant prélevé à l'un des proches parents du malade, autant que possible à quelqu'un qui a présenté une infection de la même nature que celle que l'on veut combattre et dont le sérum contient vraisemblablement les anticorps désirés. Les sérums spécifiques répondent à cette utilité, qu'il s'agisse du sérum antistreptococcique (Dufourt), du sérum antipneumococcique (Ribadeau-Dumas), du sérum antidiphtérique (Lévesque) ou des trois réunis (polysérothérapie de la méthode mixte de d'Œlsnitz). Pour Ribadeau-Dumas qui n'a aucune confiance dans les traitements spécifiques des pneumonies, tous ces sérums n'ont d'autre action que de relever la nutrition générale et de réhydrater les malades ; ils sont donc interchangeables.

Mais, quoi qu'on fasse, il est à craindre que la broncho-pneumonie toxi-infectieuse mette en échec, longtemps encore, les perfectionnements de la thérapeutique et continue de nuire au bon renom, pourtant par ailleurs si justifié, de la vaccinothérapie.

BIBLIOGRAPHIE

1. J. MINET. — Sur la vaccination des affections pulmonaires aiguës aux trois âges de la vie. (*Journal Médical Français*, février 1928.)

2. WEILL et DUFOURT. — Sur la bactériologie des broncho-pneumonies et leur traitement par le vaccin dit de « Weill et Dufourt ». (*Journal Médical Français*, février 1928.)

3. A. DUFOURT. — Considérations sur l'étiologie et la vaccinothérapie des broncho-pneumonies. (*Paris Médical*, 5 novembre 1927.)

4. CONGRÈS DE PÉDIATRIE DE LAUSANNE « Broncho-pneumonies » (*Paris Médical*, 1927.)

5. L. DUCHON. — Les broncho-pneumonies. (*J. M. F.*, février 1928.)

6. L. DUCHON — Lyso-vaccinothérapie des broncho-pneumonies, (*Presse Médicale*, 13 février 1929.)

7. RIBADEAU DUMAS et CATHALA. — Le traitement des broncho-pneumonies infantiles. (*Paris Médical*, 20 février 1926.)

8. LEREBOULLET et SAINT-GIRONS. — Traitement des broncho-pneumonies du nourrisson. (*Paris Médical*, 18 février 1928.)

9. D'ŒLSNITZ. — La sérothérapie des broncho-pneumonies de l'enfant et de l'adulte. (*L'Hôpital*, avril B., 1928.)

10. Jean LÉVESQUE. — Traitement des broncho-pneumonies infantiles. (*Bulletin médical*, 31 janvier 1931.)

11. BLECHMANN. — Les feuillets du pédiatre. (*L'Hôpital.*)

12. H. PAILLARD. — L'hémothérapie dans les pneumopathies aiguës. (*Journal Médical Français*, mai 1931).

Statistique de la diphtérie observée dans le service de la diphtérie à l'hôpital des Enfants-Malades, en 1929 et 1930. « Au cours de ces deux années, 1.210 cas de diphtérie ont été accueillis dans notre service ; ils ont donné lieu à 131 décès. Le pourcentage de la mortalité réduite, c'est-à-dire abstraction faite des enfants ayant succombé au cours des 24 premières heures de leur admission, se monte donc à 10,8 p. 100.

Parmi ces décès, 93 se sont produits à la suite d'angines diphtériques, au nombre de 1.054, le taux de la mortalité étant de 8,7 p. 100. Les 138 cas de diphtérie laryngée ou laryngo-trachéo-bronchique ont donné lieu à 31 décès, offrant un taux de mortalité de 22 p. 100.

Enfin, les paralysies diphtériques, au nombre de 28, ont fourni 7 décès, soit 25 p. 100 de mortalité.

La mortalité a été à peu près rigoureusement identique au cours des deux années 1929-1930, atteignant dans la première année 11 p. 100, dans la seconde année, 10,6 p. 100. » (WEILL-HALLÉ. Diphtérie et sérothérapie à l'hôpital des Enfants-Malades en 1929 et 1930, Académie de médecine, 16 juin 1931.)

La kératose palmaire progressive apparaît après la puberté et dure jusqu'à la trentaine. Elle se voit en été et surtout chez les citadines. Le système nerveux végétatif est excité, les lymphocytes sont augmentés et les éosinophiles diminués. Les extraits ovariens améliorent beaucoup l'affection. (SEICHI KITANURA. *Japan med. World.*, 15 octobre 1930, p. 74).

H. V.

CHRONIQUE

Déterminisme sexuel

S. J. Holmes, (The low sex ratio in Negro births and its probable explanation. *Biological Bull.*, t. III, p. 325), a voulu vérifier si réellement la masculinité était plus faible chez les nègres que chez les blancs. Le fait est exact. Vraisemblablement il n'est pas dû à une particularité intrinsèque de la race noire, mais à la grande quantité des mort-nés, chez les nègres, notamment à cause de la syphilis : Or, on sait que, presque sans exception, les morts anti-natales frappent plus souvent les mâles que les filles. Une comparaison entre les nègres de la ville et ceux de la campagne donne une masculinité plus élevée pour ces derniers mais souvent tarée de syphilis.

* * *

On connaît, dans l'espèce humaine, d'assez nombreux cas où des injections alcalines ont permis la fécondation de femmes stériles.

Un vétérinaire célèbre, le professeur F. Unterberger, (Détermination à volonté du sexe de l'enfant. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 21 février 1930), a observé des phénomènes analogues chez la vache. Mais il a aussi, remarqué que, dans l'espèce humaine, ces fécondations (après injections alcalines ou après saupoudrage du col au bicarbonate) donnent toujours des garçons (100 pour 100). Normalement, le vagin de la femme est acide, par suite de sa flore microbienne (bacille de Döderlein), tandis que le canal cervical est alcalin. Il semble que le milieu alcalin favorise la vitalité des spermatozoïdes et leur résistance et, de ce fait, facilite la procréation. Quand, par suite de circonstances diverses, les sécrétions vaginales sont trop acides, le milieu ne se trouve pas favorable et les spermatozoïdes meurent avant d'avoir atteint l'ovule. L'alcalinisation favorise donc la fécondation et, plus spécialement, la fécondation de garçon. D'autre part, chez une femme ne donnant naissance qu'à des filles, le sexe peut se changer sous l'influence de ces injections vaginales alcalines ou en saupoudrant le prépuce et le gland du mari avec du bicarbonate.

La contre-partie de cette théorie, encore non mise à l'essai, serait de tenter d'augmenter l'acidité vaginale par des injections de solution d'acide lactique très dilué pour obtenir des filles.

* * *

C. R. Pfister (Die Verschiebung der Sexual. Proportion bei den Kindern und die Schilddrusen der Ettern. *Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LVIII, n° 52, 29 décembre 1928.), au cours d'une étude sur le goitre chez les Bataks de Sumatra, a recherché quelle influence la thyroïde des parents a sur les proportions relatives des naissances masculines et féminines. De l'observation de 2.034 mâles et 2.120 femelles, il a pu conclure que, si les parents n'ont pas de goitre, la proportion des mâles est de 53,1 % et si le goitre est manifeste, le nombre des enfants mâles n'est plus que de 48,7 %.

* * *

Schoner, (*Schweiz. med. Woch.*, 1er octobre 1927, p. 953), d'après des constatations d'autopsie, de césarienne, de gros ovaire à corps jaune au début de la grossesse et d'après des commémoratifs d'ancienne ovariectomie unilatérale a conclu que les deux ovaires donnent des œufs des deux sexes, mais que l'ovaire droit donne plus de garçons et l'ovaire gauche plus de filles (1).

(1) L'ovaire droit, en général, donne plus de naissances. (831 à droite et 692 à gauche).

Gert Bonnier (The parental age and the sex-ratio in Man. *Acta Zool*, t. VII, p. 219-247, 1926), a essayé d'apprécier par des recherches de statistique, les relations qui existent entre l'âge des parents et le rapport numérique des sexes des enfants. Le matériel utilisé a été l'ensemble des enfants légitimes nés en Suède en 1919. Il y a lieu, comme on sait, de distinguer le rapport numérique primaire, relatif aux zygotes au moment de la conception, et le rapport numérique secondaire, celui qui est considéré ici, celui qu'on établit au moment de la naissance.

Le rapport secondaire augmente avec l'âge du père.

L'accroissement de l'âge de la mère est accompagné d'une augmentation de la mortalité fœtale. Or, celle-ci frappant davantage les mâles il en résulte que le rapport secondaire diminue quand l'âge de la mère augmente. Cependant il y a, comme dans le cas de l'homme âgé, une influence d'augmentation du rapport. Mais, alors, cet effet est moins marqué.

* * *

Crew, (*Brit. med. Journ.*, 19 novembre 1927, p. 917), n'a pas trouvé de différences dans le taux des sexes suivant l'époque du rut — précoce ou tardive — où avait lieu l'accouplement.

A. Marmeaux.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Diagnostic

La concordance des diagnostics radiologiques et chirurgicaux dans 126 cas, où la vésicule biliaire était ou paraissait en cause, paraît être la règle générale.

Trois examens sans ingestion de tétraiode ont donné des images susceptibles d'être prises pour des calculs ; un seul malade a été opéré, il s'agissait d'une cholécystite subaiguë. Les calculs vésicaux sont rarement visibles, d'où l'importance de l'ingestion de tétraiode, qui les rend visibles par encadrement.

Soixante opacifications de la vésicule sont obtenues au moyen de la concentration du tétraiode dans sa cavité. 49 sont homogènes, indiquant des vésicules absolument normales. 11 vésicules donnent des images troublées ; 7 sont opérées avec les résultats suivants : une cholécystite subaiguë, une cholécystite calculeuse, une vésicule fraise, trois cholécystites chroniques, une vésicule à muqueuse normale mais avec lumière du canal considérablement diminuée.

Soixante-six examens tétraiodés montrent une vésicule pathologique. 29 de ces sujets sont opérés avec les résultats suivants : 19 cholécystites calculeuses, 7 cholécystites chroniques, 2 péricholécystites, 1 cholécystite subaiguë. (Jules Gosselin. La concordance des diagnostics radiologiques et chirurgicaux de la vésicule biliaire. *Bulletin médical de Québec*, mars 1931.)

Tuberculose

La pression artérielle baisse progressivement dans les formes chroniques et cachectisantes de la tuberculose pulmonaire parallèlement à la déchéance de l'organisme. La maxima tombe rapidement, la minima moins vite, si bien que la différentielle va toujours en diminuant. Les formes extra-pulmonaires donnent une hypotension semblable ; l'intestinale et la péritonéale s'accompagnent d'une forte chute ; les localisations osseuses et cutanées influencent moins la tension.

Mais les cas d'hypertension ne sont pas rares.

La suralimentation et l'augmentation de poids consécutive peuvent élever la maxima de 20 millimètres, en quelques semaines, surtout si l'état général est bon et les lésions limitées.

D'autres causes concourent à maintenir élevée la tension du tuberculeux : l'alcoolisme, le diabète, la goutte, la néphrite, l'emphysème, l'artériosclérose, la ménopause.

Une hypertension transitoire se manifeste dans la période

préhémoptoïque, dans les troubles gastro-intestinaux, dans la période menstruelle, pendant une cure arsenicale.

L'association de la syphilis et de la tuberculose donne en général une pression basse ou à peu près normale. (Walter Galli. Pressione sanguigna e tubercolosi. *Gazetta degli Ospedali e delle Cliniche*, 22 mars 1931.)

Neurologie

Le torticolis spasmodique a été considéré d'abord comme purement fonctionnel, puis comme d'origine organique incontestable, en rapport avec des altérations de la colonne cervicale. E. Melkersson développe une théorie pathogénique originale, qui a de grandes chances de s'imposer : ses constatations personnelles lui paraissent démontrer que les altérations vertébrales sont simplement secondaires au torticolis, lequel est lui-même entièrement déterminé par une affection cérébrale, probablement extrapyramidale.

Les observations sont au nombre de 5. En outre de leur torticolis tous ces sujets présentent les signes d'une affection cérébrale et trois d'entre eux des symptômes extrapyramidaux.

Tous étaient atteints d'altération des corps vertébraux sous forme de dépôts ostéophytiques occupant quelques vertèbres situées entre la 3e et la 7e cervicales. Dans un cas les altérations faisaient défaut lors du premier examen, mais apparurent ou progressèrent lors des examens suivants. (E. Melkersson. La pathogénie du torticolis spasmodique. *Acta medica Scandinavica*, 28 avril 1931.)

Chirurgie

Le traitement conservateur des plaies graves des doigts a des avantages qui semblent évidents, mais qui doivent être rappelés, car on sacrifie trop de doigts inutilement ; le principal est la conservation de l'intégrité manuelle indispensable à certaines professions.

Il faut éviter les antiseptiques. La teinture d'iode est néfaste, l'acide phénique gangrène même en solution faible, l'eau oxygénée a une action caustique, les hypochlorites ont une action cytolytique qui s'exerce au détriment des leucocytes.

On se contentera d'une détersion mécanique par une large irrigation chaude à 45° avec du sérum physiologique sous faible pression. On fait ces irrigations tous les jours d'abord, puis tous les deux ou trois jours.

Aux pansements aseptiques et aux irrigations chaudes on adjoindra l'immobilisation complète des doigts atteints tout en prenant soin d'en exclure les autres doigts sains qui doivent être rapidement mobilisés.

Lorsque les blessures des doigts sont plus ou moins souillées de terre ou de poussière de rue ou de route, l'injection préventive de sérum antitétanique est faite systématiquement.

L'observation suivante montre les résultats qu'on peut obtenir :

Un jeune apprenti imprimeur de 16 ans se laisse prendre en avril 1923 l'annulaire droit dans sa machine. Il me montre une plaie qui s'étendait obliquement du rebord unguéal interne jusqu'à la base du bord externe de la phalangine. Toute la partie externe comprise entre ces deux points est enlevée. Les tissus sont effilochés, écrasés, arrachés. Les tendons fléchisseurs et extenseurs, mis à nu, sont cependant intacts. La phalangine est fracturée obliquement en deux fragments. La phalangette est à découvert. Son tiers externe a été enlevé. Il ne reste qu'un petit fragment d'ongle du côté interne.

La brèche est donc vaste et, à la contempler, ce jeune garçon est navré, non pas tant à cause de sa blessure, mais parce qu'il prend, m'explique-t-il, des leçons de musique. Il est un virtuose du basson. Ses parents ayant foi dans son avenir musical se sont imposé des sacrifices assez lourds pour lui faire suivre ses leçons.

Lui-même croit plus à sa carrière de musicien qu'à celle de typographe ; aussi est-il désolé de voir son doigt mutilé et prévoit-il l'impossibilité de continuer sa musique. Je le rassure en lui promettant de tout tenter pour éviter l'amputation.

Expectative, douches chaudes physiologiques à 45°, pansements aseptiques, immobilisation du doigt blessé, mobilisation précoce des doigts sains, tel fut le traitement que je lui appliquai et qui permit d'assister à une restauration vraiment inespérée.

Au bout de deux mois et demi tous les tissus se sont régénérés, sauf l'ongle qui resta diminué de moitié. La pulpe de la phalangette s'est matelassée, les mouvements des articles phalangiens sont revenus si bien que ce jeune homme est venu m'annoncer, tout heureux, que son doigt a repris toute son agilité et toute son adresse d'avant l'accident.

Le devoir du chirurgien est de conserver tous les doigts atteints de plaies contuses par écrasement ou arrachement. (J. Veyrassat. Quelques considérations sur le traitement conservateur des plaies graves des doigts. *Revue médicale de la Suisse Romande*, 25 mars 1931.)

Petite chirurgie, grands résultats

La mortalité dans l'appendicite aiguë est l'objet des considérations suivantes de Wilkie.

La mortalité dans l'appendicite est à peu près la même qu'il y a vingt ans ; il semble que la technique opératoire a fait des progrès réels, mais qu'il n'en est pas de même pour le diagnostic, surtout dans les formes graves.

L'opération immédiate s'impose au début de la crise. Diagnostic précoce, intervention précoce, tels sont les principes essentiels.

On admet généralement deux types d'appendicite suivant qu'il s'agit d'obstruction ou d'inflammation ; ils diffèrent, a-t-on dit, par leur symptomatologie. Retenons simplement que les cas d'obstruction ont une gravité comparable à celle de l'occlusion intestinale. Raison de plus pour opérer d'urgence.

La perforation avec péritonite est une cause importante de mort ; il en est de même de l'occlusion intestinale post-opératoire.

Les cas avancés paraissent bénéficier davantage de l'expectative que de l'intervention. (Wilkie. Mortality in acute appendicular disease. *British Medical Journal*, 7 février 1931.)

Thérapeutique

Le chlorure de calcium a donné de bons résultats dans dix cas d'arthrites blennorragiques et dans 5 cas d'épididymites et d'orchites de même nature ; il paraît supérieur aux vaccins, à la peptonothérapie, aux injections intra-articulaires.

On injecte, par voie intraveineuse, 10 cc de chlorure de calcium à 10 %, d'abord tous les jours, puis tous les deux jours aussitôt l'amélioration obtenue. Une série de 20 piqûres suffit dans la plupart des cas.

Bien que les observations soient en nombre réduit, elles présentent une grande valeur pratique, puisqu'elles permettent de mettre en œuvre une thérapeutique efficace dans les complications douloureuses et traînantes de la blennorragie. (Enrique Chaux F. El cloruro de calcio en las artritis gonococcicas. *Revista Medica de Colombia*, mars 1931.)

La plasmochine paraît cinquante fois plus active que la quinine. Trois centigrammes par jour chez l'adulte suffisent à couper les accès de fièvre tierce ou quarte.

Ce produit est parfaitement toléré. Les injections de plasmochine ne provoquent pas la moindre réaction douloureuse ; elles peuvent être pratiquées indifféremment sous la peau ou dans le muscle, sans déterminer d'infiltration ou de nécrose.

Enfin la plasmochine est efficace dans les cas d'hémoglobinurie provenant de la quinine. (Benedetto de Luca. Sulla cura della malaria. *Rinascenza medica*, 15 mai 1931.)

Varia

Bien que les varices du membre inférieur soient une affection extrêmement répandue et, dans bien des cas, pour les patients, une grave et pénible infirmité, la littérature médicale les traite généralement avec un certain dédain (Aage Berntsen, de Copenhague).

Tout écoulement du mamelon qui se produit en dehors des périodes de grossesse et de lactation est pathologique. (J. G. Kopp, d'Amsterdam).

J. Lafont.

« ..... La sérothérapie doit garder la valeur d'une *arme précieuse mais non exclusive*. Les indications pour si précises, qu'on ait voulu les formuler à l'origine de la sérothérapie, ne sont pas immuables, pas plus que sa posologie. Il reste, avant tout, la part du jugement du médecin pour chaque cas particulier et, si, du traitement spécifique anti-microbien et anti-toxique, il peut encore attendre des résultats, il sait aussi que les soins adjuvants ont une grande part dans le résultat final. — »

(Gollewski. — Les controverses sur la sérothérapie. *Journal Médical français*, mai 1931).

NOTES DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

Une cause rare de compression médullaire. Les varices des méninges molles

MM. L. Bériel et M. Levrat rapportent l'observation d'un malade qui fut opéré pour une compression médullaire dont il présentait tous les symptômes habituels et en particulier l'arrêt du lipiodol. L'intervention chirurgicale, puis l'autopsie montrèrent qu'il n'existait pas de causes de compression autres que des varices volumineuses étendues à toute la hauteur de la moelle. Les auteurs montrent qu'il n'existe pas actuellement de signe clinique ou radiologique permettant de distinguer des autres compressions intra-rachidiennes cette variété dont il y a peu d'observations connues. (Soc. méd. des Hôp. de Lyon, 28 avril 1931.)

A propos du diagnostic radiologique des kystes hydatiques du poumon

Nina Afanassoff, rappelle dans sa thèse (*Thèse de Lyon* 1931), que si capital que soit dans le diagnostic des kystes hydatiques du poumon l'examen radiologique, les données qu'il fournit ne mettent pourtant pas à l'abri de toute erreur. L'image typique de Béclère, ombre arrondie homogène à limites nettes, comme tracées au compas, tranchant sur un champ pulmonaire clair, correspond au cas particulier d'un kyste hydatique vivant, fermé, situé au tiers moyen du poumon et sans périkystite prononcée. Les images atypiques modifiées par les organes voisins et masquées par les réactions périkystiques, sont très fréquentes. De nombreuses affections thoraciques (anévrysmes sacciformes de l'aorte, pleurésies enkystées de la grande cavité, pleurésies interlobaires, kystes hématiques, cavernes bacillaires, tumeurs solides du médiastin et du poumon, etc.), peuvent simuler le kyste hydatique à l'examen radiologique.

Dans les cas douteux, la ponction exploratrice seule pathognomonique est à juste titre proscrite comme dangereuse. Les tests biologiques sont infidèles à l'exception de la réaction de Casoni, dont on n'admettra pas trop aisément la positivité : en cas de doute, dit l'auteur, la thoracotomie exploratrice est formellement indiquée sous réserve de quelques précautions techniques, elle est inoffensive.

Le traitement des rhumatismes chroniques par l'émanation du thorium

L'émanation du thorium ou thoron, malgré sa très courte durée de vie, possède une action physiologique certaine, — dit Ali-Akber Pycheva, dans sa thèse inspirée par le professeur Cluzet (*Thèse de Lyon*, 1931) — action niée par nombre d'auteurs à cause de la brièveté de son existence.

Le gaz radio-actif peut être utilisé en thérapeutique. L'émanation du thorium est obtenue soit par extraction du thorium de ses minerais, soit, et c'est le plus pratique, dit l'auteur, à partir des sédiments des sources minérales radioactives (Echaillon-en-Savoie) qui, purifiés chimiquement, serviront à charger l'inhalateur de Cluzet et Chevallier. Parmi les actions biologiques multiples de ce gaz : modifications des éléments figurés du sang, action sur le système endocrinien et les glandes hématopoïétiques il convient surtout de retenir, dit l'auteur :

1° Son action sur le métabolisme de l'acide urique. L'inhalation de thoron fait diminuer le taux de l'acide urique dans le sang, et augmente son élimination par le rein.

2° Son effet sédatif sur le système nerveux.

Le thorium n'agit que sur la douleur et non pas sur les déformations osseuses dans les rhumatismes chroniques des grandes articulations ou du rachis. Toutefois, en supprimant la douleur et, par suite, la contraction réflexe, il peut diminuer dans une notable proportion l'impotence fonctionnelle. En outre, par le fait de l'atténuation de la douleur et de la contracture, on peut, au moyen de mouvements passifs qui, autrement auraient été impossibles, récupérer encore un certain degré de mobilité. Pour utiliser ce gaz en thérapeutique, il faut l'employer dès sa naissance, avant sa disparition, et pour cela le capter dans un appareil approprié. L'inhalateur de Cluzet et Chevallier réalise un dispositif pratique et sûr du thoron par inhalation, mais ce n'est pas le seul appareil pouvant atteindre ce but. Au Congrès d'Alger 1930 furent présentés les appareils imaginés par Vaugeois, qui n'utilisent que le radon ; toutefois, dans les irrigations internes le thoron est également employé. Dans l'appareil de Cluzet et Chevallier l'inspiration seule du malade suffit, dans l'appareil de Vaugeois le balayage de l'émanation nécessite un courant d'oxygène. Comment conduire le traitement ? Il est préférable, pour éviter des effets toxiques, d'employer des doses peu élevées et fréquemment renouvelées. Les petites doses sont stimulantes, les grosses doses dépressives, peuvent occasionner une leucopénie. Il est donc nécessaire de commencer par de petites doses pour tâter la susceptibilité du malade.

Les doses de thoron, employées par l'auteur, avec l'inhalateur de Cluzet et Chevallier, ont été des doses moyennes (800 unités E. S. environ) réparties en vingt-huit ou trente jours.

Ces séries de quatre semaines ont été renouvelées tous les deux ou trois mois, suivant la nécessité. L'auteur procède de la façon suivante : il commence par une inhalation quotidienne de cinq minutes tous les deux jours, pour arriver à des durées de une heure et demie environ.

La moitié de la dose quotidienne doit être prise le matin et la seconde moitié dans l'après-midi. A noter qu'à partir de la deuxième semaine, les demi-doses quotidiennes demandent elles-mêmes chacune une durée d'inhalation supérieure à un quart d'heure, demi-doses qui doivent être fractionnées, car les malades n'arrivent que très difficilement à inhaler plus de quinze minutes sans interruption. Pendant le traitement, le malade devra boire chaque jour entre les repas, au moins un litre et demi d'eau d'Evian, de Vittel ou d'infusions diurétiques.

Au cas, ou au cours du traitement il se produirait une augmentation des phénomènes douloureux, on cessera complètement les inhalations pour ne les reprendre qu'après leur disparition.

Quelques cas d'intolérance absolue, ont été observés chez les goutteux par Cluzet et Chevallier, qui ont appliqué la thoronthérapie en inhalations à une centaine de malades.

Douleurs rénales persistantes et péri-néphrites chroniques d'origine traumatique

Les reins contus peuvent demeurer douloureux longtemps après l'accident qui les a atteints. Le fait est connu depuis Rayer. Il n'entre en considération que les cas où la douleur est le symptôme cardinal, sans qu'entre en jeu une affection rénale quelconque, lithiase, ectopie, etc. On a attribué ces douleurs soit à une péri-néphrite traumatique, avec pachy. capsulite, soit à une névralgie ou une névrite des nerfs lombaires, soit à une névrose traumatique.

L'analyse des documents cliniques permet de conclure que ces douleurs sont dues, dans la grande majorité des cas, à une périnéphrite chronique atteignant soit la capsule propre du rein, soit l'atmosphère graisseuse périnéale, les deux lésions pouvant se combiner.

(XXX[e] Congrès francais d'Urologie. Les contusions rénales.)

Un cas de thrombose cardiaque au cours de la diphtérie

MM. Chalier et Guichard rapportent une observation de diphtérie maligne terminée par la mort subite.

A l'autopsie, ils trouvèrent un caillot de l'oreillette droite, très adhérent à l'endocarde.

A l'examen histologique, lésions de myocardite interstitielle et parenchymateuse de la paroi auriculaire droite ; myocardite interstitielle du ventricule et endocardite pariétale sus-apexienne. Reins et surrénales histologiquement normaux. A ce propos, les auteurs insistent sur la grande rareté de la thrombose cardiaque au cours de la diphtérie. (Soc. méd. des Hôp. de Lyon, 28 avril 1931).

La cholestérolémie a été trouvée par Cuizza, augmentée en cas d'ablation de l'utérus, non changée en cas d'ablation de l'utérus et conservation d'un ovaire, diminuée en cas d'ablation de l'utérus et des deux ovaires. (*Clinica ostetrica*, 1931, p. 5.)

H. V.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

A propos des accidents de la basse tension. — Extrait de la communication de M. A. Zimmern à l'Académie de Médecine (S. du 30 juin 1931).

« . . . A bien des médecins échappe encore la notion des méfaits possibles de la basse tension.

L'une des raisons les plus propres à entretenir le préjugé de l'innocuité de la basse tension m'a toujours paru résider dans le fait que seule, la haute tension signale ses dangers. L inscription « haute tension — danger de mort » avec son effigie macabre apposée au flanc des pylônes ou à la porte des cabines de transformation éveille implicitement le syllogisme que, la tension ne serait-elle pas si haute, elle serait inoffensive et que, du moment que les compagnies des distribution n'attirent pas l'attention de l'abonné sur les dangers de la basse tension , c'est qu'ils sont inexistants.

Or, on ne peut pas laisser cette erreur se perpétuer plus longtemps. Il est indispensable que le public soit mieux instruit des risques afférents aux circuits d'utilisation. Ce qui me suggère aujourd'hui cette protestation, c'est qu'en dépit de louables efforts de diffusion, fréquemment appuyés du reste par la grande presse, les accidents de basse tension se poursuivent. Je n'en veux pour exemple que deux nouveaux et tout récents accidents de baignoire, type d'accident dont la lugubre série devrait être depuis longtemps éteinte si le public était davantage alerté sur la périlleuse promiscuité de l'eau et de l'électricité . . . .

Le principe d'un avertissement, sous une forme à déterminer, du danger des lieux humides et de conjonction de l'eau (salles de bain, cabinets de toilette, buanderies, cuisines, jardins) aurait au minimum pour effet d'éveiller l'attention et de détruire le préjugé de l'innocuité de la basse tension.

Qu'entend-on par éducation sexuelle ? — *Le* Lien Médical *(mai 1931) vient de publier une conférence faite par Mme Gracia Jourda à l'Association des Parents d'élèves du Lycée Carnot. Cette conférence est intitulée* : Devons-nous donner à nos enfants une éducation sexuelle-sanitaire-morale ? Ce qui se fait ailleurs, ce qui se fait chez nous.

« ... Je ne puis trouver, dit Mme Gracia Jourda de meilleure définition que celle de Mme Montreuil-Strauss dans son rapport sur l'Education sexuelle au Congrès de l'Association internationale des femmes médecins :

« Dans le milieu médical, enseignement sexuel signifie souvent enseignement prophylactique antivénérien. Dans les milieux pédagogiques les éducateurs, surtout préoccupés du dérèglement des mœurs et de ses répercussions sociales, comprennent l'enseignement sexuel comme un enseignement purement moralisateur plus ou moins détaché de toute base scientifique. Enfin la grosse masse du public attache au mot sexuel un sens vaguement obscène, grivois et pornographique, et pense que le mieux est de ne pas en parler.

On peut appeler Education sexuelle toute éducation qui, scientifiquement, moralement, socialement et religieusement prépare et aide l'enfant, l'adolescent à vivre pleinement et sainement *sa vie sexuelle normale qui est la vie familiale.*

L'Education sexuelle doit tenir compte au même degré des connaissances anatomiques, physiologiques et prophylactiques, des principes ethiques et religieux de la vie sociale. »

Le Professeur Gougerot ajoute : Et le met en garde contre la débauche et la contagion. »

Dans la conférence de Mme Gracia Jourda on trouve une documentation abondante sur la façon dont le problème de l'Education sexuelle est envisagé dans les principaux pays du monde.

En Allemagne l'éducation sexuelle fait partie inhérente de l'Education générale. Mme Gracia Jourda donne la traduction d'une lettre de M. Paul Meyer, docteur en droit, sur les plans d'études dans les *Hochsschule* (écoles secondaires) à Berlin.

« *Filles* : Jusqu'à 15 ans on ne parle pas d'éducation sexuelle, il n'y a que des cours de botanique et de zoologie.

« En *untersecunda* (seconde) de 15 à 16 ans, hors du programme

de l'*Abitur* (baccalauréat dans les leçons d'histoire naturelle sont incorporées des leçons d'anatomie humaine.

« On expose avec détails l'évolution de l'enfant depuis la fécondation de l'œuf par la semence jusqu'à l'accouchement. On y joint des leçons de puériculture. On parle de diverses maladies sans nommer les maladies vénériennes.

Une conférence spéciale est faite aux élèves sur les maladies vénériennes à la fin du cours d'anatomie aux élèves quittant l'école, par le professeur de classe ou la doctoresse de l'école.

« En *Oberprima* (première) de 17 à 19 ans, hors du programme de l'*Abitur* (baccalauréat) il y a une leçon sur le péril vénérien, faite par l'institutrice ou la doctoresse de l'école.

« Il y a une visite obligatoire gratuite tous les semestres.

Garçons : Les conditions sont les mêmes jusqu'à 14 ouf15 ans.

« En *untesrsecunda* (seconde), 14 à 15 ans, dans les leçons d'histoire naturelle, on décrit le développement de l'enfant dans le corps humain, en montrant en même temps des pièces anatomiques (fœtus d'animaux).

Les explications réelles ne commencent qu'en *oberprima*, 18 ans, avant l'*Abitur*, faites par le professeur de classe ou le médecin de l'école. Ce dernier fait quelques conférences obligatoires sur les maladies vénériennes.

Il y a une visite obligatoire gratuite tous les semestres.

Il n'y a pas encore de séances cinématographiques, éducatrices dans la Hochschule, mais de nombreuses projections.

Avant d'entrer à l'Université, tous les jeunes gens et jeunes filles sont soumis à une visite médicale, gratuite, complète et des plus sévères. Radioscopie des poumons et Wassermann si l'étudiant est douteux. Examen au spiromètre dans le but de régler les sports qui sont obligatoires, selon la capacité physique de l'individu. Aussi certains sports sont permis ou défendus. »

Vous me direz, avec juste raison, dit Mme Gracia Jourda : ces pays sont nordiques, nous sommes d'un pays latin plus sensuel plus ensoleillé, nous avons d'autres conceptions de la vie !

Les goitres chez les animaux. — Pendant longtemps, les goitres, malgré leur fréquence relative chez les animaux, ont été peu étudiés. Aussi la littérature vétérinaire n'est-elle pas riche en documents sur cette affection. Ce n'est guère que depuis la création des chaires d'anatomie pathologique dans les Ecoles vétérinaires que des précisions ont été apportées sur le goitre chez les animaux. Rigollot, qui vient de consacrer sa thèse à ce sujet (Thèse de l'Ecole vétérinaire de Lyon, 1931) rappelle dans le chapitre consacré à l'historique de la question, qu'en 1863, un médecin, Baillarger, envoya une note à l'Académie de médecine, où il signalait que dans plusieurs localités de la Maurienne : à Aiguebelle, St-Jean, St-Michel, Modane, il avait trouvé chez les mulets *l'hypertrophie* de la thyroïde dans une proportion si considérable qu'elle dépassait de beaucoup, dans ces localités, celle qu'on observe chez l'homme. Dans une écurie de Modane, Baillarger avait constaté 19 goitres sur 20 mulets, et 4 chevaux devenus goitreux sur 7, à la gendarmerie de Saint-Jean-de-Maurienne.

Chez les animaux comme chez l'homme, le goitre existe à l'état *endémique* ou à l'état *sporadique* La Suisse, la Savoie, le Piémont, les Vosges, l'Isère, sont les régions où le goitre se montre le plus souvent chez les animaux. Le goitre simple est observé surtout chez le mulet, le cheval, le chien, plus rarement chez les bovidés, le mouton, l'agneau, la chèvre, le porc, le chat, le coq. On l'a également signalé chez le chameau, le dromadaire, la hyène, l'antilope, la girafe, le tigre, le lion, l'ours et chez les poissons.

Pline connaissait le goitre du chien et du porc et incriminait déjà les eaux que l'on donnait à ce dernier. Campbell dans un voyage au Tibet constata 23 cas de goitre chez la chèvre et l'agneau. D'après Léon L'Africain, les lions du Maroc étaient souvent goitreux. Jakinow a signalé chez une lionne un goitre colloïde et kystique qui pénétrait jusque dans la cage thoracique. Sur 3.126 animaux sauvages disséqués, Fox a constaté 56 fois des affections de la thyroïde.

Joëst fait remarquer que le goitre est probablement plus fréquent que ne l'indique la littérature vétérinaire. C'est aussi, dit Rigollot, l'opinion du professeur V. Ball (de Lyon), qui en a étudié de nombreux cas. D'après Reinard ce seraient les chiens d'arrêt français, les barbets ainsi que les carlins qui seraient le plus souvent porteurs de goitre. On le rencontre surtout chez les chiens des pays montagneux.

Le goitre peut être congénital chez les animaux comme chez l'homme. A. Peyron et L. Thomas (1930) dans un article inti-

tulé : *Les tumeurs thyroïdiennes des Salmonidés*, ontpublié deux cas de tumeurs thyroïdiennes de la truite et du saumon, observés à l'établissement de pisciculture de Thonon-les-Bains. Les A. rappellent que Marine et Lenhardt trouvèrent les brochets et les tanches souvent porteurs de goitre, dans le lac Erié aux Etats-Unis, lac entouré de régions où régne l'endémie goitreuse.

L'hérédité du goitre admise chez l'homme est également admise chez les animaux. Il se développe plus souvent chez les femelles.-Chez l'homme on indique 4 à 5 femmes contre 2 à 3 hommes.-Chez les animaux on ne peut fixer aucune proportion.

Un ensemble de symptômes correspondant à la maladie et Basedow a été observé chez les animaux domestiques, surtout chez les femelles, en général, chez le cheval, le bœuf, le mouton, et surtout chez le chien, enfin chez la poule. Bien que certains cas soient douteux, en raison du peu de netteté ou de l'état incomplet des symptômes, la plupart des autres cas sont caractéristiques de la maladie de Basedow qui existe bien chez les animaux.

L'adénome thyroïdien toxique des Américains est à peine signalé en pathologie comparée. Pour la remière fois, le Professeur V. Ball (de Lyon), dans son enseignement en 1930, l'a décrit chez un chien âgé de 13 ans, atteint de *goitre unilatéral nodulaire avec et kyste basedowifie.* D'après le Professeur V. Ball, la constatation d'autres cas *d'adénome toxique*, chez les animaux ne saurait tarder, quand l'attention des vétérinaires aura été attirée sur le sujet, étant donné la fréquence relative des *goitres nodulaires* chez le cheval et chez le chien notamment.

D'autre part, dit Rigollot, parmi les cas étiquetés maladie de Basedow, chez les animaux, certains se rapportent peut-être à l'adénome toxique des Américains.

Deux anecdotes sur le docteur Roux. — De *Candide* (9 juillet 1931).

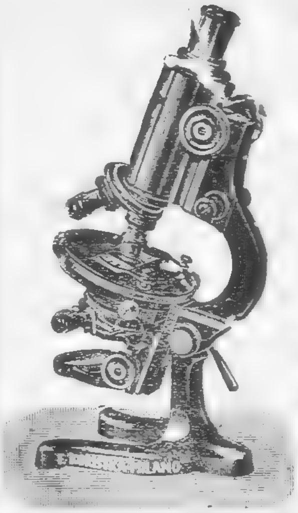
« ... Son obligeance est légendaire, mais bien peu sans doute connaissent cette anecdote cueillie sur le vif. Une pauvre marchande des quatre saisons s'en allait, l'automne dernier, le long du quai, courbée en deux, vieille comme un chemin, le visage parcheminé et la tête branlante, peinant entre les brancards de sa voiture qu'elle s'épuisait à tirer de ses deux bras trop faibles. Le Docteur Roux vit ce spectacle navrant et, sans hésiter, il se mit à pousser le véhicule, à la surprise de la pauvre vieille qui ne s'attendait pas à cette aide providentielle. Et quand la voiture fut enfin hissée au haut de la légère montée, la vieille femme, ignorant bien entendu le nom de celui qui venait de lui apporter un renfort imprévu, voulut, pour lui témoigner sa reconnaissance, lui offrir quelques-unes des pêches qu'elle transportait. Le Dr Roux déclina l'offre et se hâta de se dérober aux effusions de son obligée et à la curiosité des badauds qui commençaient à s'assembler.

Nous avions assisté de loin à la scène et quand, voici peu de jours, nous l'évoquions devant lui, le Docteur Roux se contenta de nous répondre en souriant : « Entre vieux n'est-ce pas, il faut bien s'aider un peu ! »

Veut-on une autre anecdote qui témoigne à la fois de la modestie et de la simplicité de l'illustre savant ?

Il y a quelque temps le Professeur Gosset, le pria de présider la séance inaugurale d'un congrès de chirurgie. Le Docteur Roux pour être agréable à son confère, avait accepté. Mais au dernier moment, il lui fut impossible de mettre la main sur sa redingote.

Pareil fait n'est pas rare d'ailleurs chez nombre de savants pour lesquels les préoccupations d'ordre vestimentaire sont à peu près inexistantes. Cependant, l'heure de la séance approchait et le Dr Roux avait donné sa parole. Alors, las de chercher, il prit le parti de revêtir un pardessus d'été, à la boutonnière duquel il arbora une minuscule rosette de la Légion d'honneur. Arrivé à la Faculté de Médecine, il prit timidement place au bureau. Mais soudain, quand le Professeur Gosset l'eût invité à s'asseoir au fauteuilp résidentiel, une formidable ovation retentit. La salle tout entière, debout, acclamait le « grand bienfaiteur de l'humanité ». Et lui, surpris, les pommettes roses d'émoi, demeurait interloqué. L'enthousiasme enfin apaisé, le Docteur Roux, dans une improvisation touchante et jolie, se demanda et demanda aux assistants pourquoi on lui avait fait un tel accueil selon lui bien immérité. »



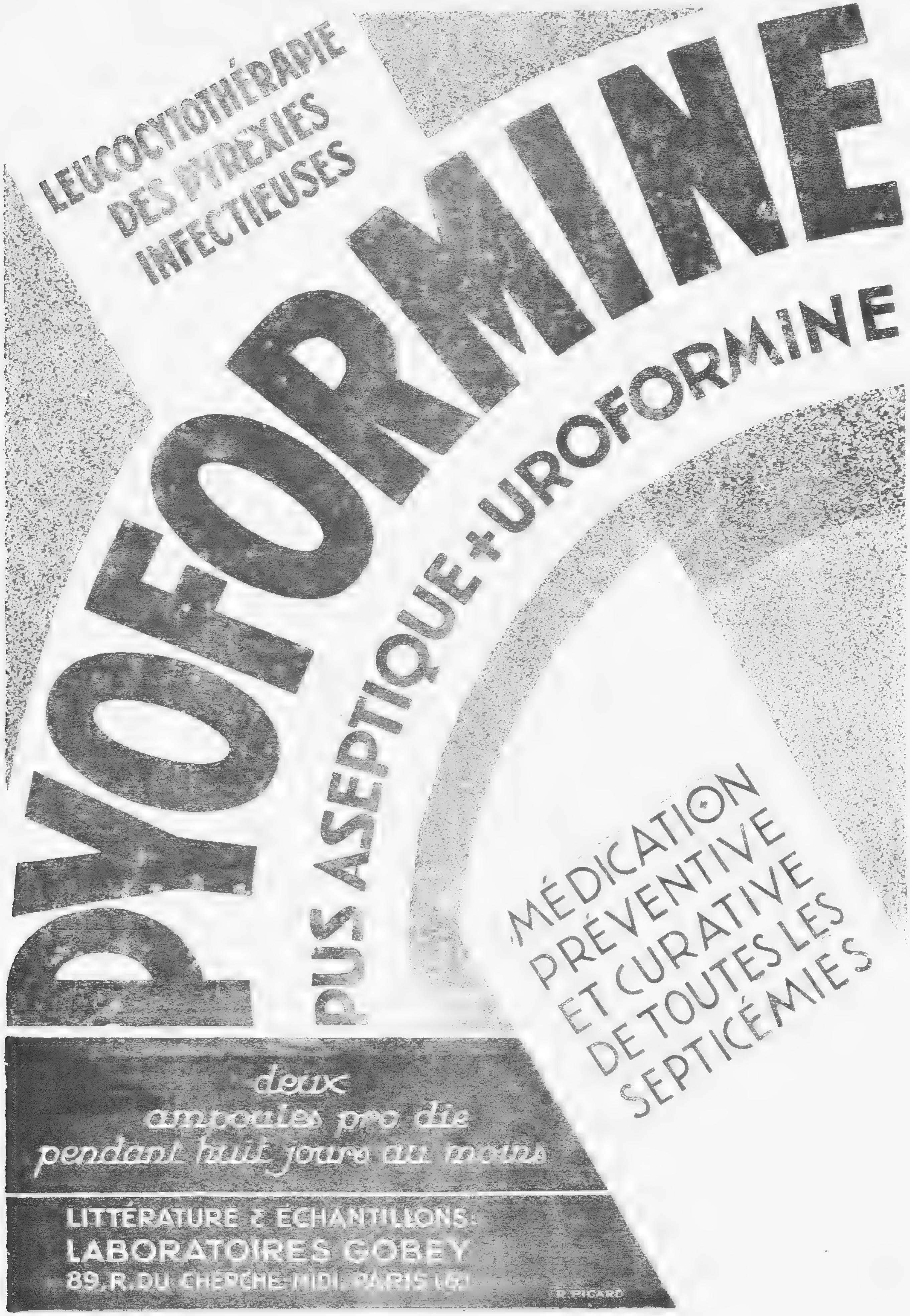
Le Gérant : A. ROUZAUD — CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie. — R. C. C. 4264

FONDÉ EN 1873. — N° 40 LE NUMÉRO : 50 Centimes 3 OCTOBRE 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE


LEUCOCYTOTHÉRAPIE
DES PYREXIES
INFECTIEUSES
PYOFORMINE
PUS ASEPTIQUE + UROFORMINE
MÉDICATION
PRÉVENTIVE
ET CURATIVE
DE TOUTES LES
SEPTICÉMIES
deux
ampoules pro die
pendant huit jours au moins
LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS:
LABORATOIRES GOBEY
89, R. DU CHERCHE-MIDI, PARIS (6)
R. PICARD

NOUVELLES

Assistance publique à Paris. — *Internat en médecine. (Oral).* — Jury avant acceptation : MM. les Docteurs Lévy-Valensi, Baudouin, May, Laroche, Huber, Chevassu, Bergeret, Leroux, Mocquot, Macé.

Hôpital Boucicaut (72, rue de la Convention). — *Cours de technique élémentaire médico-chirurgicale* du vendredi 2 octobre au jeudi 29 octobre inclus.

Ce cours, exclusivement réservé aux étudiants en médecine de première année avant le début de leur stage hospitalier, aura lieu chaque matin, à 10 heures, à l'hôpital Boucicaut, sauf le dimanche, sous la direction de MM. Courcoux et Trémolières, médecins de l'hôpital Boucicaut, de M. Rouhier, chirurgien des hôpitaux ; avec la collaboration de M. Guilbert, radiologiste de l'hôpital Boucicaut, et de MM. Bidermann et Tardieu, assistants à l'hôpital Boucicaut. Après un court exposé théorique les auditeurs seront exercés individuellement aux méthodes d'exploration clinique des malades.

Programme du cours. — Vendredi 2 octobre : Exploration des articulations. — Samedi 3 octobre : Tube digestif. Notions générales. — Lundi 5 octobre : Tube digestif. Méthodes d'exploration. — Mardi 6 octobre : Exploration des os longs. Fractures. — Mercredi 7 octobre : Voies respiratoires supérieures. — Jeudi 8 octobre : Examen radiologique du tube digestif et des voies biliaires. — Vendredi 9 octobre : Poumons et plèvre. — Samedi 10 octobre : Examen des abcès et des tumeurs. — Lundi 12 octobre : Poumons et plèvre. — Mardi 13 octobre : Examen du péritoine. — Mercredi 14 octobre : Chirurgie du poumon et des plèvres. Affections du sein. — Jeudi 15 octobre : Système nerveux. Notions générales. — Vendredi 16 octobre : Système nerveux. — Samedi 17 octobre : Examen chirurgical de l'abdomen. — Lundi 19 octobre : Examen chirurgical des organes génito-urinaires. — Mardi 20 octobre : Examen radiologique de l'appareil respiratoire. — Mercredi 21 octobre : Examen du cœur. — Jeudi 22 octobre : Examen du cœur. — Vendredi 23 octobre : Examen d'un blessé du crâne. — Samedi 24 octobre : Exploration des fonctions du rein. — Lundi 26 octobre : Maladies des reins. — Mardi 27 octobre : Maladies contagieuses. — Mercredi 28 octobre : Hygiène générale hospitalière. — Jeudi 29 octobre : Appareils plâtrés.

Hôpital Lariboisière (Service de M. le Docteur Devraigne.) — Les Docteurs Jean Seguy et J.-E. Marcel commenceront le 29 octobre 1931, un cours pratique de thérapeutique gynécologique médicale. Le cours comprendra six leçons de 2 heures chacune : cours théorique et travaux pratiques.

Programme du cours. — *a)* M. J. Seguy : Traitement des métrites. Le filhos. — *b)* M. J.-E. Marcel : Courant faradique et courant continu en gynécologie. — *c)* M. J.-E. Marcel : La haute fréquence en gyncologie : diathermie, courants de haute tension, etc. — *d)* M. J.-E. Marcel : La diathermocoagulation en gynécologie. Curettage diathermique. — *e)* M. J-E. Marcel. Rayons ultra-violets et infra-rouges en gynécologie. — *f)* M. J. Seguy : Traitement de la stérilité : insufflation, lipiodol, fécondation artificielle.

Prix du cours : 200 francs. Les leçons auront lieu, en principe, après dîner, aux jours et heures à fixer d'accord avec les élèves. Prière de s'inscrire dans le service du Dr Devraigne, à la maternité de Lariboisière.

Amphithéâtre d'anatomie. — *Anatomie pathologique chirurcale.* (Cours particulièrement destiné aux internes en chirurgie, aux candidats au prosectorat et au bureau central.) — Ce cours en dix leçons, par M. le Docteur Moulonguet, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, chef du laboratoire, commencera le mardi 13 octobre 1931, à 16 heures, et continuera les jeudi, samedi et mardi suivants, à la même heure.

Droit d'inscription : 250 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Ce cours, essentiellement anatomo-clinique, ne comporte aucune manipulation pratique. Il est gratuit pour les internes des hôpitaux, qui ont libre accès au laboratoire, et pour les externes qui se feront inscrire. Le nombre des auditeurs n'est pas limité. Le cours portera sur les lésions gynécologiques.

Programme du cours. — 1° Malformations génitales. Dystrophies génitales en général. — 2° Lésions de la vulve et du vagin. — 3° Grossesse ectopique. — 4° Les accidents de l'avortement. — 5° L'infection gonococcique. Les infections rares de l'appareil génital. — 6° Tuberculose utéro-annexielle. Lésions dystrophiques utérines et ovariennes. — 7° Fibrome, endométriome, sarcome utérins. — 8° Cancer du col et du corps de l'utérus. Chorio-épithéliome. — 9° Les lésions néoplasiques bénignes de l'ovaire et du ligament large. — 10° Les cancers de l'ovaire.

Société française de gynécologie. — La séance annuelle aura lieu le lundi 5 octobre 1931, à la Faculté de médecine de Paris, salle des thèses, n° 2, à 17 heures.

Fondation en souvenir du Docteur Quivy en faveur d'un étudiant en médecine du Nord. — Une bourse est attribuée chaque année à un étudiant en médecine de ressources modestes, originaire du Nord, si possible d'Anzin, faisant ses études à Lille ou à Paris.

Les candidats adresseront avant le 1er novembre leur demande au Docteur Maurice Renaudeaux, 22, rue de Madrid, à Paris-8e. Ils y joindront tous les documents utiles, tels que carnet scolaire, et toutes pièces établissant leur situation matérielle et celle de leurs parents dans les conditions des bourses d'Etat (livret de famille, feuilles d'impositions fiscales, etc).

La clinique médicale de l'Hôtel-Dieu à Vichy. — Les Voyages d'études médicales à Vichy ont été clôturés cette année par la visite de la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. Cet important Voyage d'études médicales avait à sa tête MM. les Professeurs agrégés Etienne Chabrol et Henri Bénard, assistés de M. le Docteur Jacques Deval, chef de laboratoire de l'Hôtel-Dieu, organisateur de ces voyages.

Il était composé, en dehors de nombreux internes et externes des hôpitaux de Paris, de jeunes médecins représentant onze nationalités différentes : Angleterre, République Argentine, Belgique, Brésil, Canada, Grèce, Italie, Norvège, Pologne, Palestine, Syrie.

Reçus à l'Hôtel Carlton, ils assistèrent le soir même de leur arrivée, à une représentation de *La Passante* donnée au théâtre du Casino, avec le concours de Mme Marguerite Carré. Le lendemain ils visitèrent les nouveaux ateliers d'embouteillage et d'expédition des eaux minérales de Vichy-Etat, le Grand établissement thermal, les sources, le laboratoire de recherches hydrologiques institué par la Compagnie fermière, sous la direction scientifique de l'Institut d'hydrologie du Collège de France, qui leur fut présenté par le Docteur Lescœur. Ils entendirent également une très intéressante conférence de M. le Docteur Durand-Fardel sur la cure de Vichy et furent reçus dans la soirée au Sporting-Club. Ils assistèrent ensuite à une brillante représentation de *Manon*, avec le concours de Mlle Mireille Berthon, de l'Opéra.

Dimanche matin le Professeur agrégé Etienne Chabrol faisait dans la salle des fêtes du Casino, une conférence du plus haut in-

térêt sur « le traitement de la lithiase biliaire » qu'il avait tenu à réserver à Vichy.

Avant leur départ les visiteurs furent réunis au Carlton en un banquet de clôture, sous la présidence de M. Normand, directeur des Services administratifs de la Compagnie fermière. Au champagne des discours furent prononcés par MM. Normand qui parla notamment des projets de la Compagnie fermière pour donner à Vichy une base scientifique et de l'important Congrès médical qui se tiendra à Vichy en septembre prochain ; le Dr Durand-Fardel, président de la Société des sciences médicales ; le Professeur agrégé Etienne Chabrol ; et au nom de leurs pays respectifs, par MM. les Docteurs Spiridakys. d'Angleterre : Amy, de Belgique ; Guimaraes, du Brésil ; Bussières, du Canada; Livaditis, de Grèce ; Strumbalo, d'Italie ; Schrümpf, de Norvège Zourekatis, de Palestine ; Hajj, de Syrie ; Konar, de Pologne : au nom des externes et internes par Mlle Lina Pauley ; MM. Nègre et Paul et enfin par M. le Professeur agrégé Bénard. Tous les orateurs après avoir remercié la Compagnie fermière de son accueil si cordial, rendirent hommage au Corps médical de la station et firent l'éloge de Vichy, reine des stations thermales.

Ils furent tous chaleureusement applaudis et cette réception se déroula dans une atmosphère de très cordiale sympathie. Les visiteurs ont quitté Vichy emportant de leur séjour le plus agréable souvenir.

VIIe Grand voyage médical international de Noël, sur la Côte d'Azur (Voyage bleu). — Le VIIe Grand voyage de Noël sur la Côte d'Azur, organisé par la Société médicale du littoral méditerranéen, sera présidé par M. le Professeur Balthazard, doyen de la Faculté de médecine de Paris, et dirigé par MM. les Professeurs Laignel-Lavastine (histoire et pathorogie générales) et Duhot (climatologie et hydrologie), des Facultés de Paris et de Lille.

Le parcours entier s'étendra de Marseille à San-Remo (26 décembre - 9 janvier). Les adhérents qui ne disposeront pas d'un temps assez long, pourront se faire inscrire pour une partie seulement.

Première partie : Réception inaugurale à la Faculté de Marseille, le 27 décembre. Promenade en mer. — Visite d'Aix, capitale de la Provence, l'ancienne Aquæ Sextiæ, métropole hydrominérale de la Province romaine. — Après avoir vu Toulon et son port de guerre, on parcourra les stations climatiques et hélio-marines de Hyères, Giens, San-Salvadour, Fréjus, Saint-Raphaël, Valescure, Boulouris, Agay, Le Trayas, Cannes, Le Cannet, Grasse, Le Golfe-Juan, Juan-les-Pins et Antibes. Cette première partie se terminera à Nice, le 1 janvier, après une excursion dans les Alpes (sports d'hiver).

Deuxième partie : Réception inaugurale, au palais de la Méditerranée à Nice, le 1er janvier. — Excursions dans les Alpes. — Puis on verra le Mont-Boren, Cimiez, l'observatoire, la Grande-Corniche, le Monument d'Auguste à La Turbie, le Château de Roquebrune, le Cap-Martin, Menton, le Château de Grimaldi (Laboratoire et élevage du Dr Voronoff), Bordighera, San-Remo, Ospedaletti, Monaco, le Palais des Princes, le Muséum océanographique, les Jardins tropicaux, Monte-Carlo, Eze, Beaulieu, le Cap-Ferrat, Villefranche. On reviendra ensuite à Nice, où la dissociation terminale aura lieu le 9 janvier.

Une excursion en Corse sera organisée à la suite de chacune des deux parties, pour les voyageurs qui en feront la demande.

On séjournera dans les villes principales, le temps nécessaire pour connaître tous les aspects de la vie d'hiver sur la Côte-d'Azur. Les parcours, choisis parmi les plus beaux, seront tous effectués en autocars ou en trains spéciaux (1re classe). Les séjours seront assurés dans les plus beaux hôtels et palais de la région. De luxueuses réceptions seront présidées par les autorités françaises, italiennes et monégasques. Des démonstrations scientifiques seront faites partout où elles seront utiles (histoire, préhistoire, géographie, botanique, météorologie, médecine et chirurgie). Toutes les richesses thérapeutiques de la Côte d'Arzur et de la zone intérieure seront présentées et expliquées par les personnalités les plus compétentes, afin que le voyage soit aussi instructif qu'agréable.

Les adhérents recevront des permis de parcours individuels à demi-tarif, valables pendant un mois, sur les chemins de fer français et italiens, en 1re et 2e classes. Des arrêts seront autorisés pendant la traversée de l'Italie, ainsi qu'à Paris, Lyon, Avignon et Arles.

Le nombre des places étant limité par la nécessité de conserver à ce beau voyage l'ordre, la tenue, le confort et l'agrément qui justifient sa renommée, les médecins et leurs familles qui désirent y prendre part, sont priés d'écrire, le plus tôt possible, à la Société médicale du littoral méditerranéen, 24, rue Verdi, à Nice.

Conférence internationale de prophylaxie mentale. — Une conférence internationale de prophylaxie mentale s'est tenue à l'hôpital Henri-Rousselle sous la présidence de M. Justin Godart, sénateur, ancien ministre de l'Hygiène, assisté du Docteur Toulouse, président, et du Docteur Génil-Perrin, secrétaire, de la Ligue nationale d'hygiène mentale.

Au cours de cette conférence, qui groupait les délégués des organisations d'hygiène mentale de la plupart des nations d'Europe, le Docteur Toulouse, se basant sur les résultats obtenus à l'hôpital psychiatrique Henri-Rousselle, a fait adopter par la Conférence internationale, une série de vœux fixant les principes essentiels de l'organisation de la prophylaxie mentale.

La Conférence demande que l'hygiène et la prophylaxie mentales soient étudiées par tous les organismes psychiatriques et d'hygiène mentale dans leurs bases scientifiques, à l'aide des méthodes objectives et surtout biologiques.

La prophylaxie mentale doit être organisée intensivement à l'exemple de la lutte contre les fléaux sociaux, tuberculose, syphilis, cancer ; viser toutes les formes de psychopathies et notamment la psychopathie infantile, comprendre la prophylaxie du crime ; et s'exercer dans le domaine sexologique en vue de diminuer le nombre des individus tarés neuro-biologiquement.

L'hôpital psychiatrique ouvert sera l'organisme essentiel de l'assistance psychiatrique, et l'asile d'aliénés transformé en hôpital psychiatrique ouvert, comprenant une section fermée. Les régimes concernant l'internement, le maintien et la sortie des aliénés seront autant que possible unifiés dans les divers pays, le médecin exerçant le rôle prédominant, et la mesure de l'internement étant réservé aux seuls malades dangereux.

Enfin toutes les formations d'hygiène mentale seront fusionnées dans des Unions nationales, groupées en une Fédération internationale, et les gouvernements sollicités de poursuivre la création d'un organisme de prophylaxie mentale à la Société des Nations.

Réunion scientifique de la Ligue française contre le rhumatisme.— La prochaine réunion aura lieu le 10 octobre 1931, à Paris.

Le matin, à 10 heures, présentation de malades, et discussion de cas cliniques à l'Amphithéâtre de l'Ecole des infirmières à la Salpêtrière (Service du Dr Crouzon).

A 16 h. 30 (12, rue de Seine), à la salle de Société de chirurgie, présentation d'une étude sur l'arthrite traumatique par MM. les Docteurs M.-P. Weil et Moulonguet :

Communications diverses et libres pour lesquelles on est prié de s'inscrire au début de la séance.

La réunion scientifique sera suivie d'une séance administrative (Admission de membres nouveaux, etc...).

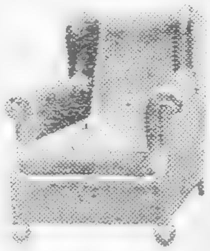
Pour tous renseignements, on est prié de s'adresser au secrétariat-trésorerie : 51, rue Bonaparte, à Paris.

IIIe Congrès international et IIIe Exposition internationale de technique sanitaire et d'hygiène urbaine. — Après Prague et Milan, la Ville de Lyon a été choisie pour être le siège, les 6, 7, 8 et 9 mars 1932, du IIIe Congrès international de technique sanitaire et d'hygiène urbaine.

Ce Congrès s'accompagnera, suivant l'usage établi aux précédentes manifestations, d'une Exposition internationale qui se tiendra du 7 au 20 mars 1932, dans le cadre et pendant la Foire de Lyon.

Tous renseignements seront donnés sur demande adressée au commissaire général du Congrès et de l'Exposition, le Docteur Garin, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu, conseiller municipal, rue Ménestrier, Lyon.

Monument Paul Lecène. — L'inauguration du monument élevé à l'hôpital Saint-Louis de Paris en mémoire du Professeur Paul Lecène aura lieu le mardi 6 octobre 1931, à 11 heures.



REVUE DES THÈSES

William J. Brunat. **Le traitement chirurgical des omoplates ballantes.** *Thèse de Lyon*, 1931, 144 p., 12 photogr., Audin et Cie, imprim.).

Conclusions :

I. L'affection connue sous le nom d'omoplate ballante résulte de la paralysie des muscles moteurs du scapulum. L'atrophie d'un seul de ces muscles peut amener des perturbations profondes dans l'équilibre de l'ensemble de la ceinture scapulo-thoracique.

II. Le traitement chirurgical de cette infirmité n'est indiqué formellement que dans certains cas particuliers : les myopathies lentement progressives, les paralysies par section des nerfs et les atrophies de toute autre origine, seulement après l'échec du traitement médical.

III. Le traitement idéal doit avoir pour but de rendre au scapulum sa fixité et sa mobilité.

Pour la fixité, on doit tenir particulièrement compte de la traction considérable exercée par le membre supérieur ; pour la mobilité de la conservation d'un centre des mouvements de bascule.

IV. Le procédé des transplantations musculaires est compliqué et paraît peu efficace à l'auteur. Il pourra donner de bons résultats dans la paralysie isolée du grand dentelé par la transplantation du muscle grand pectoral.

V. Les suspensions aponévrotiques ont donné des résultats satisfaisants dans la paralysie du trapèze.

VI. L'ostéodèse interscapulaire doit être abandonnée parce que trop antiphysiologique.

VII. La fixation omocostale par le procédé de Duval est le procédé de fixation osseuse le plus simple. Il ne tient cependant pas assez compte de la traction du bras. Ses échecs sont dus à la libération de l'omoplate après section de la côte par les fils métalliques. Dans les cas favorables, les mouvements de bascule de l'omoplate sont assez limités.

VIII. Ce procédé a été transformé par adjonction de greffes ostéopériostées interposées, ou par fixation sous les segments ventraux des 3e et 5e côtes sectionnées. On peut faire des réserves sur la durée des résultats favorables obtenus.

IX. Le procédé de la transfixion ou du verrouillage costal présente l'avantage d'assurer une fixation solide en conservant quelques mouvements de bascule de l'omoplate.

L'auteur publie deux résultats satisfaisants obtenus par ce procédé.

Paul Lavirotte. **Contribution à l'étude du syndrome acrodynique.** (*Syndrome de dystonie neuro-végétative due à un virus neurotrope.* (Thèse de Lyon, 1931)

L'auteur conclut :

I. On peut décrire sous le nom d'acrodynie un tableau clinique précis.

II. L'acrodynie a été considérée comme une entité morbide, pour l'auteur c'est un syndrome.

III. Ce syndrome traduit l'existence d'une dystonie du système neuro-végétatif.

IV. Ce déséquilibre est dû à l'attente des centres di- et méso-céphaiques de l'appareil vago-sympathique. Ces lésions sont infecteuses. L'infection est due à un virus neurotrope.

V. Ce virus neurotrope est peut-être un virus spécifique. Il semble, dit l'auteur, que tout virus neurotrope frappant la région di- et méso-céphalique peut entrainer un syndrome acrodynique. L'anatomie pathologique nous apprend que ces lésions se voient dans plusieurs affections, en particulier dans la névraxite aiguë épidémique et dans la poliomyélite antérieure aiguë. Ces données associées aux circonstances étiologiques, à ces nombreuses formes de transition et d'intrication, rapportées dans le travail de l'auteur, permettent de penser que le syndrome acrodynique relève de tout virus neurotrope, mais en particulier de celui de la névraxite surtout et de la poliomyélite parfois.

VI. Actuellement, l'épithète d'infantile s'accole au terme d'acrodynie. On a invoqué l'existence d'un terrain spécial. On peut formuler l'hypothèse suivante. Les points de l'organisme en voie de transformation sont frappés avec élection par l'infection. Le nourrisson est toujours vago tonique. Le système neuro-végétatif de l'enfant est en voie de transformation progressive. Peut-être est-ce là la cause d'appel.

TRAVAUX ORIGINAUX

A propos du traitement des abcès pulmonaires

Par M. le Prof. **Jean MINET**

Les opinions les plus divergentes ont été émises et le sont encore aujourd'hui, sur le traitement des abcès pulmonaires. Tandis que les uns donnent leur préférence à l'intervention chirurgicale précoce, les autres, les plus nombreux, temporisent et mettent en œuvre le traitement médical, se réservant d'opérer si des complications surviennent ou si l'évolution persiste sans amélioration.

Ces divergences tiennent dans la diversité des points de vue sous lesquels les auteurs envisagent la question et surtout dans la manière souvent incomplète dont ils l'apprécient.

Avant la vomique. — La très grande majorité des auteurs, en effet, sinon tous, passent sous silence, dans leurs considérations thérapeutiques, la phase d'évolution de l'abcès qui précède la vomique. Or, dans la grande majorité des cas l'abcès peut être diagnostiqué ou soupçonné avant son ouverture dans les bronches, et il serait souhaitable qu'il le fût toujours dès cette période, car sa découverte entraîne une sanction chirurgicale indiscutable : l'ouverture et le drainage.

PREMIER CAS. — *L'abcès est diagnostiqué : J'estime pour ma part, qu'un abcès du poumon avant la vomique doit être ouvert* à l'égal d'un abcès des membres, de l'abdomen, du cerveau ; son diagnostic, à mon avis, entraîne l'intervention chirurgicale, avec le même caractère impérieux que comporte la découverte d'une appendicite dans les vingt-quatre premières heures ; le vieil adage « *ubi pus, ibi ferrum* », est vrai ici comme ailleurs, et peut-être davantage, puisqu'il s'agit de préserver d'une suppuration parfois mortelle, pour le moins prolongée et souvent destructrice un organe de l'importance et de la fragilité du poumon.

Certes, si l'on savait, quand commence un abcès du poumon, que cet abcès sera unique et guérira par le traitement médical après son ouverture dans les bronches, on serait autorisé à temporiser. Mais il n'en est pas ainsi, et nul ne peut porter, à cette période, le pronostic de durée et d'évolution d'un abcès pulmonaire.

Cette façon de considérer le problème ne fait d'ailleurs qu'étendre à l'abcès du poumon une pratique à peu près généralement acceptée dans le traitement de la pleurésie purulente interlobaire ou autre, où il importe de poser le diagnostic le plus rapidement possible, de façon à mettre en œuvre en temps utile une thérapeutique que peu d'auteurs songent encore à discuter.

Si l'on ajoute à ces considérations l'inutilité complète, à la phase initiale, de toute thérapeutique médicale : si l'on oppose à cette notion l'innocuité et les grandes chances de succès de la chirurgie en pareil cas, on ne peut que souscrire à la pratique d'une méthode qui, de toutes, est la seule logique et la seule efficace.

Pour ce qui est de l'intervention elle-même, après repérage radiographique de l'abcès, le chirurgien procède à un premier temps, au cours duquel il suture la plèvre, de façon à y provoquer l'apparition d'adhérences. Ce premier temps est inutile, bien entendu, s'il existe une symphyse pleurale.

Quarante-huit heures plus tard, le poumon est incisé au thermocautère ; le chirurgien s'efforce de pénétrer dans la cavité, puis la draine. Cette besogne est parfois délicate ; encore n'est-il pas toujours nécessaire de l'accomplir jusqu'au bout. Dans des cas où le drain n'avait été amené qu'au voisinage de la collection, on a vu, deux fois sur trois environ, le pus faire son chemin vers le drain dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures après l'intervention, et l'évacuation de l'abcès s'effectuer ainsi dans de bonnes conditions.

Cette façon de comprendre et de mettre en œuvre le traitement de l'abcès pulmonaire avant la vomique, je l'ai vue appliquée dans de nombreux cas, notamment par mon collègue et ami, le Prof. Le Fort, depuis une dizaine d'années environ. De tous les malades traités, deux seulement sont morts : l'un est décédé subitement alors que, son poumon revenu à la normale, il quittait la maison de santé pour rentrer chez lui ; l'autre n'a pas résisté à l'évolution d'un abcès à marche extensive qui nécessita trois interventions successives. Tous les autres ont guéri dans des délais rapides et sans présenter par la suite la moindre séquelle.

J'estime que ces résultats, tout autant que les raisons théoriques invoquées plus haut, rendent indiscutable le traitement opératoire de l'abcès avant la vomique. Sans doute s'agit-il là d'une chirurgie délicate, difficile, peu brillante ; correctement pratiquée, elle n'en rend pas moins aux malades les plus grands services.

DEUXIÈME CAS. — *L'abcès est seulement soupçonné. Restent les malades chez lesquels on soupçonne l'existence d'un abcès, sans qu'il y ait certitude ou au moins grande probabilité. Ici encore, à mon avis, il y a lieu de recourir à l'intervention* pratiquée comme pour l'abcès dont le diagnostic paraît certain.

De deux choses l'une : ou bien il y a réellement un abcès, ou bien il n'y en a pas et il s'agit seulement d'une forme de congestion pulmonaire ou broncho-pulmonaire. Dans le premier cas, bien entendu, l'intervention rend au malade le même service que pour un abcès franchement diagnostiqué. Dans le second cas, on pourrait craindre que l'ouverture d'un foyer congestif non abcédé risque d'amener des complications plus ou moins graves. Or, en pratique il n'en est rien. J'ai assisté à nombre d'opérations de ce genre ; je ne les ai jamais vues aggraver le pronostic. Et, qui plus est, je les ai vues, assez fréquemment mettre un terme à des lésions pulmonaires dont la gravité paraissait des plus menaçantes. Ce fait a frappé mon esprit, comme il a frappé celui de mon collègue le Prof. Le Fort, à un point tel que, actuellement, devant une congestion pulmonaire ou une pneumonie, ou toute autre forme d'infection du poumon, je n'hésite pas à conseiller l'incision suivie de drainage, lorsque la situation se prolonge anormalement, ou lorsque le cas paraît au-dessus des ressources de la thérapeutique médicale. Il y a là une voie de traitement peu explorée encore, mais qui réserve à ceux qui s'y engageront les plus beaux succès, comme j'ai pu m'en rendre compte par mon expérience personnelle.

Après la vomique. — Après la vomique, le problème est différent, et la discussion reste ouverte, aujourd'hui encore, entre les partisans des diverses méthodes thérapeutiques à mettre en œuvre.

◆◆

Traitement médical

Pour certaines variétés d'abcès, seul le traitement médical s'impose : ainsi l'amibiase pulmonaire relève de la cure par l'émétine et exclut toute idée d'intervention chirurgicale, au moins avant l'essai de l'émétine.

Pour ce qui est des autres variétés, elles peuvent dans certains cas guérir spontanément. L'abcès à pneumocoques, en particulier, est susceptible de présenter, sans traitement, une évolution favorable ; en considération de ces faits, de nombreux auteurs préconisent, au début de l'évolution, l'abstention chirurgicale et mettent en action tout d'abord une thérapeutique médicale.

Les modalités de cette thérapeutique sont nombreuses. J'énumérerai les principales :

La *chimiothérapie anti-infectieuse* vient en première ligne.

L'hyposulfite de soude à la dose de trois à quatre grammes est susceptible d'agir sur la fétidité des crachats et d'amener ainsi des améliorations.

Le goménol, l'eucalyptol, injectés sous la peau auraient, théoriquement tout au moins, au cours de leur élimination sur l'appareil respiratoire, un rôle désinfectant.

L'uroformine, injectée par voie intra-veineuse (Kopfer) arrivant d'une manière particulièrement rapide aux capillaires bronchiques, aurait une action élective sur les microbes pulmonaires.

L'arsénobenzol, employé pour la première fois par mon ami Perrin, amène des améliorations et même des cicatrisations, surtout dans les cas où des spirochètes sont en cause.

La *vaccinothérapie*, comme la chimiothérapie anti-infectieuse, a à son actif un certain nombre de guérisons.

La *sérothérapie*, surtout la sérothérapie antigangréneuse agit heureusement dans les abcès putrides, et si elle ne les guérit pas, en limite assez souvent les dégâts.

La *cure de soif*, préconisée par Singer, Dorendorf, Roth consiste à réduire les boissons du malade à cinq cents ou même deux cents grammes par jour. On a pu voir, à la suite de cette cure l'expectoration diminuer, puis disparaître et la guérison survenir.

Le *drainage de position* (Quincke, Schoefer, Mandelbaum) met le patient dans une attitude déclive et aide à l'évacuation du pus. Mais c'est une méthode dont l'emploi forcément pénible et intermittent n'assure qu'un drainage bien imparfait.

Au cours de ces dernières années, la *bronchoscopie* préconisée par les Américains après Chevalier-Jackson, a réuni en France de nombreux adeptes ; elle permet l'aspiration du pus dans l'abcès, le lavage de la cavité et l'instillation en son intérieur de substances modificatrices ; elle serait suivie, surtout dans les cas aigus, d'excellents résultats et constituerait, pour Kindberg et Kourilsky, la méthode de choix en dehors des indications opératoires. Toutefois, elle reste discutée (Miller et Lambert) et n'est pas acceptée par tous les auteurs.

Quelle est la valeur de ces méthodes si diverses ? Sans doute, pour chacune d'elles, on cite des exemples plus ou moins nombreux de guérison. Mais si l'on sait que l'abcès du poumon est parfois spontanément curable, jusqu'à quel point est-il permis d'assurer qu'un traitement médical a guéri réellement de tels malades ? On peut dire seulement que la guérison s'est produite en même temps qu'était pratiquée telle méthode thérapeutique, sans établir entre les deux faits une relation certaine de cause à effet.

Traitement chirurgical

La plupart des auteurs français, à l'heure actuelle, préconisent le traitement médical au début de l'évolution ; ils le prolongent pendant six semaines à deux mois, ce qui leur permet d'observer si, spontanément, ou peut-être sous l'effet de la thérapeutique instituée, l'affection évolue vers la guérison. Si au bout de ce temps il n'y a aucun indice d'amélioration, ou si dans l'intervalle surviennent des accidents graves (d'ailleurs mal déterminés par les auteurs), l'intervention chirurgicale est pratiquée.

Cette façon de concevoir le traitement de l'abcès pulmonaire après la vomique est défendable. Elle offre évidemment l'avantage d'éviter un assez grand nombre d'interventions chirurgicales nullement indispensables, sinon inutiles.

Toutefois, il est le plus souvent impossible de prévoir, au début, si l'abcès se prépare à évoluer selon le mode aigu relativement bénin, ou si au contraire il s'apprête à constituer la redoutable forme chronique à rechutes, si souvent mortelle. N'y a-t-il pas avantage, dans ce dernier cas, à intervenir vite, l'opération précoce, chez de tels malades, étant susceptible d'enrayer une évolution que n'aurait pu réduire par la suite une intervention tardive ?

De plus, même dans la forme la plus bénigne en apparence, des complications mortelles peuvent intervenir. Le médecin temporisateur, en pareil cas, ne va-t-il pas amèrement regretter de n'avoir pas conduit le malade plus tôt au chirurgien ?

Ces considérations, jointes à l'innocuité habituelle de l'intervention en deux temps, m'incitent à penser que, après la vomique, la thérapeutique chirurgicale précoce, par ses grandes garanties de sécurité, mérite une place plus importante que celle qui lui est faite actuellement.

Quoi qu'il en soit, le principe de l'intervention étant décidé, à quelle technique chirurgicale s'arrêtera-t-on ?

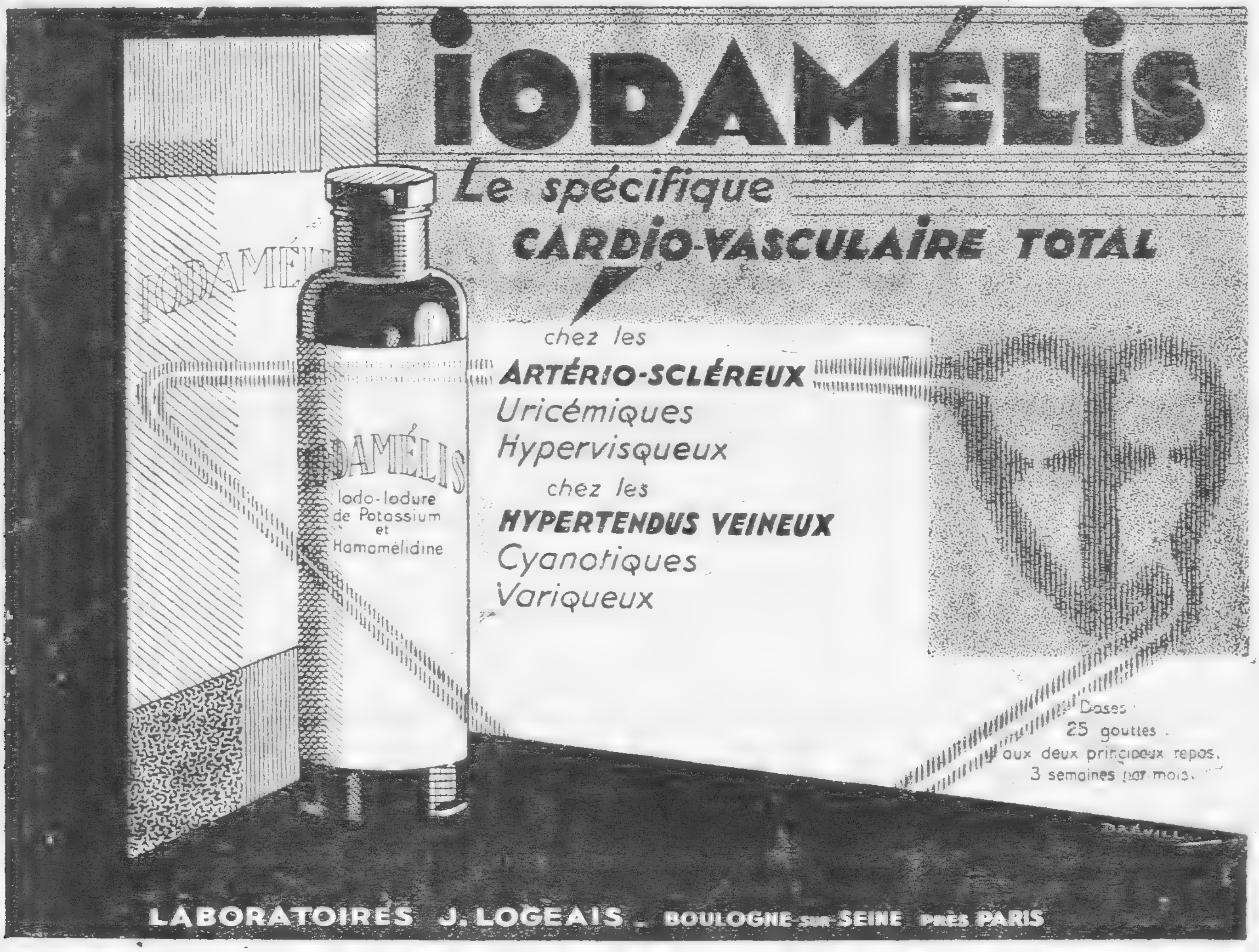
Il y a d'abord les procédés de petite chirurgie.

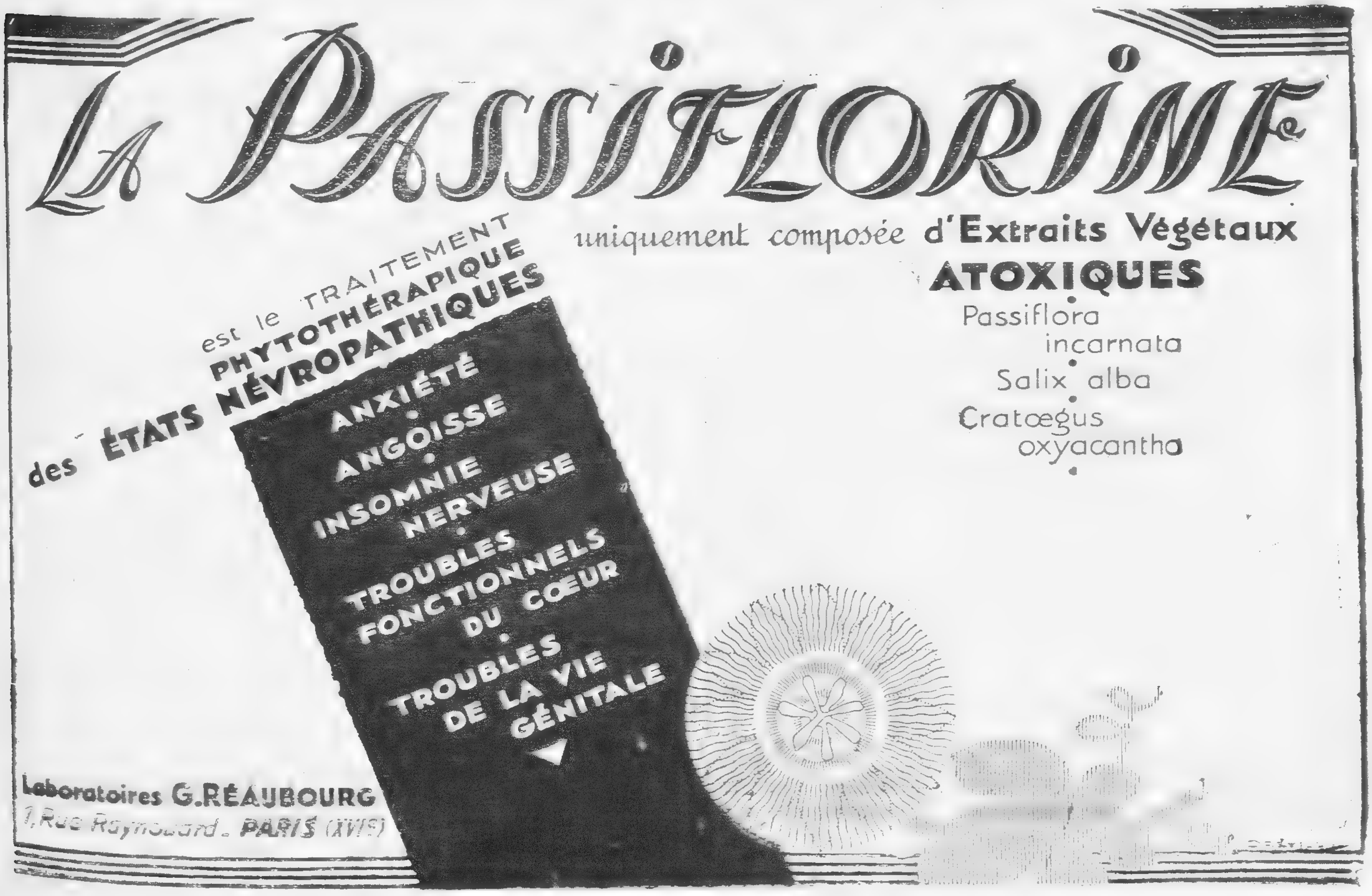
La ponction, aussi bien comme moyen de diagnostic que comme méthode de traitement, n'est pas à recommander. Elle est difficile, reste blanche dans un grand nombre de cas, donne rarement les renseignements ou les effets heureux qu'on attend d'elle. Qui plus est, elle est dangereuse et elle risque, après avoir atteint la cavité abcédée ou son voisinage, d'infecter le parenchyme pulmonaire sain, la cavité pleurale ou la paroi thoracique.

Les lavages de la cavité abcédée par la voie transthoracique ne sont pas plus à recommander pour les mêmes raisons.

Les procédés de lardage, imaginés par Rosenthal, ont pour but d'aller injecter, dans le voisinage de l'abcès, de l'électrargol, du goménol, des sérums, des vaccins. Ce sont encore des pratiques aveugles auxquelles je n'ose pas conseiller de recourir, malgré l'autorité de Rosenthal et mon admiration pour la plupart de ses travaux.

Le pneumothorax, *a priori*, paraît plus recommandable. C'est évidemment une opération tentante, susceptible, en principe, d'assurer une bonne vidange de l'abcès. Et de fait, récemment, à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, Jacquelin a rapporté plusieurs cas de guérison par ce mode de traitement. Sergent, par contre, s'est élevé contre cette thérapeutique et a fait observer l'éventualité possible et d'ailleurs parfois réalisée de la rupture de l'abcès dans le pneumothorax : un pyothorax s'ensuit qui entraine la mort dans la grande majorité des cas.


IODAMÉLIS
Le spécifique
CARDIO-VASCULAIRE TOTAL
chez les
ARTÉRIO-SCLÉREUX
Uricémiques
Hypervisqueux
chez les
HYPERTENDUS VEINEUX
Cyanotiques
Variqueux
IODAMÉLIS
Iodo-Iodure de Potassium et Hamamélidine
Doses
25 gouttes
aux deux principaux repas.
3 semaines par mois.
LABORATOIRES J. LOGEAIS _ BOULOGNE-sur-SEINE PRÈS PARIS


LA PASSIFLORINE
uniquement composée d'Extraits Végétaux
ATOXIQUES
Passiflora incarnata
Salix alba
Cratœgus oxyacantha
est le TRAITEMENT
PHYTOTHÉRAPIQUE
des ÉTATS NÉVROPATHIQUES
ANXIÉTÉ
ANGOISSE
INSOMNIE NERVEUSE
TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR
TROUBLES DE LA VIE GÉNITALE
Laboratoires G. RÉAUBOURG
1, Rue Raynouard _ PARIS (XVIe)

Rist, au contraire, au cours de la même discussion, a rappelé avoir eu des succès par le pneumothorax et a déclaré lui garder quelque crédit.

Que retenir de ces discussions ? Il est évident que le pneumothorax peut guérir un abcès pulmonaire : des observations en font foi. Mais il est aussi évident qu'un pyothorax mortel peut s'ensuivre ; d'autres observations le démontrent. Dans ces conditions, à mon avis, le pneumothorax, susceptible de se montrer dangereux, ne doit pas être employé, malgré les succès qu'il a pu procurer.

La phrénicectomie a une influence insuffisante et ne peut guère être retenue.

Ceci dit, et sans vouloir m'étendre outre mesure sur une question d'ordre chirurgical, il ne reste en somme plus que deux méthodes à envisager : la thoracoplastie et le drainage.

Contre les vieux abcès à parois rigides qu'un drainage ne pourrait tarir, c'est la thoracoplastie qui est souvent efficace.

Dans les abcès aigus, c'est l'ouverture et le drainage qui s'imposent. L'opération se fait habituellement en deux temps, suivant la technique dont j'ai donné plus haut les éléments. Je me bornerai, n'étant pas chirurgien, à citer pour mémoire la méthode d'Archibald. Cet auteur, considérant que le poumon voisin de l'abcès n'est pas sain et qu'il faut le supprimer, détruit au galvanocautère la cavité de l'abcès et le tissu pulmonaire environnant, faisant parfois, de la sorte, une véritable lobectomie.

Dans certains cas enfin, drainage et thoracoplastie peuvent être combinés ; c'est affaire de technique et d'expérience chirurgicales.

En résumé, lorsque la nécessité d'une intervention s'impose, c'est le chirurgien et lui seul, qu'il importe d'en charger. Son action est presque toujours susceptible de rendre aux malades les plus grands services. Indiscutable avant la vomique, à une période où l'abcès pulmonaire se montre une affection purement chirurgicale, l'intervention conserve, après l'ouverture dans les bronches, les plus larges indications et donne les résultats les plus favorables.

« ... Il existe trois sortes de glaces artificielles : *la glace opaque*, trouble, fabriquée sans précautions spéciales ; *la glace demi-transparente* résultat de la congélation avec agitation de l'eau ; *la glace transparente* préparée avec l'eau distillée privée d'air. Mais le médecin s'intéresse surtout à la glace « alimentaire » bactériologiquement pure. Point n'est besoin pour atteindre ce résultat de stériliser l'eau par l'ozone ou par les substances antiseptiques, car M. Bordas a démontré qu'un bloc de glace demi-transparente se compose de deux parties. A la périphérie la glace transparente est aseptique et pure. Le centre, la base et la face supérieure du bloc sont opaques. C'est là que se précipitent pendant la congélation, les sels de chaux, les bactéries et toutes les impuretés de l'eau. Si le fabricant élimine avant la solidification complète le liquide formant le noyau, la glace obtenue, transparente est parfaitement propre à la consommation... » (LORTAT-JACOB et SIMONIN. Les bienfaits du froid, *Journal médical français*, mars 1931.)

« Dans les très grandes villes de province comme Lyon, Bordeaux, Marseille, il est presque indispensable d'y être né, d'y avoir de la famille ou des relations, ou d'y avoir fait tout ou partie de ses études, car le particularisme y est très accusé. Un Lyonnais peut réussir à Paris, un Parisien a peu de chances d'être vite adopté à Lyon. ..». (Paul LEGENDRE. *La vie du médecin*, p. 233.)

Effet de la sanocrysine sur la résistance générale des tuberculeux pulmonaires exprimé par les variations de la formule du sang d'Arneth

Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose pulmonaire par la sanocrysine [1]

Par

Jacques STEPHANI de Montana (Suisse).

et

Georges DELORE Assistant à l'établissement Stephani à Montana.

Depuis qu'Ehrlich a montré en 1909 les propriétés que possédaient les métaux lourds tels que par exemple le cuivre, l'argent, l'or, le platine, le tungstène et le bismuth dans la lutte contre l'infection, les phtisiologues se sont ingéniés à trouver lequel parmi tous ces métaux pouvait éventuellement posséder des propriétés bactéricides, ou au moins augmenter en les stimulant les défenses naturelles.

Les efforts d'Ehrlich furent couronnés de succès en ce qui concerne la syphilis, mais ne réussirent pas dans la lutte contre la tuberculose.

La voie était cependant ouverte. Les métaux lourds agissaient. Il n'était que de choisir le plus opérant.

En 1924, Mollgaard après quatre années de patientes recherches présentait les résultats qu'il avait obtenus avec son thiosulfate double d'or et de sodium qu'il avait nommé « Sanocrysnin ». Depuis sa première communication tous les ptisiologues ont expérimenté ce sel et les travaux parus actuellement sur la question sont légion.

L'avis est d'ailleurs aujourd'hui à peu près unanime pour reconnaître à la sanocrysine une action incontestable dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Aussi mérite-t-elle à ce titre de figurer au premier rang des médicaments formant la base de l'armement antituberculeux.

Il ressort de l'expérience de tous ceux qui l'ont employée, ainsi que de la nôtre propre, qu'elle possède entre autres caractéristiques thérapeutiques les suivantes. Elle agit très souvent sur la température qu'elle abaisse et régularise. Elle modifie l'expectoration en la fluidifiant, en en diminuant la quantité quotidienne, en parvenant même à la supprimer dans certains cas.

Son action sur le relèvement du poids semble également intéressante, mais il paraît probable qu'ici l'effet des doses élevées, c'est-à-dire suivant le schéma de traitement tel que l'ont recommandé Mollgaard lui-même, Knud Secher, Knud Faber, et d'ailleurs avec eux une grande partie des pionniers de l'école danoise, favorise les déperditions rapides de poids de l'ordre de six à dix kilogr. en quelques mois.

D'autre part, dans un assez grand nombre de cas la sanocrysine a amené une diminution notable, souvent même une disparition des bacilles, malgré qu'à l'heure actuelle on lui dénie généralement tout pouvoir bactéricide *in vivo* comme *in vitro*.

Enfin le traitement, tout en relevant l'état général, possède une action nette sur la formule sanguine qu'il modifie. Nombre d'auteurs ont entrepris l'étude du sang à ce point de vue. Sans prétendre être complets nous citerons pour mémoire Hansen, Katz, Pittaluga et Berenguer, Codina, Costell, Mouriz, Monzalve et Ramos, Sayé, Robel-

(1) Travail exécuté dans l'établissement dirigé par le Dr Théodore Stephani, à Montana.

los. Dans leur ensemble ces travaux aboutissent aux conclusions suivantes (1).

1. *Sédimentation globulaire.* — Son étude serait du plus haut intérêt à en croire les auteurs en question. Ses variations dans le cours du traitement signaleraient les diverses phases de l'évolution de la maladie avec une grande fidélité. Ainsi la vitesse de sédimentation serait accrue dans les cas favorables dans les périodes de réaction intense. Une fois la réaction terminée la courbe de sédimentation retournerait à son niveau primitif. Enfin l'influence du traitement sur la vitesse de sédimentation pourrait dans certains cas se manifester dès les premières injections.

2. *Augmentation du taux de l'hénoglobine.* Cette augmentation se ferait sentir dans les proportions de 10, 20 et 30 % dans les cas favorables. Elle pourrait ainsi parfois porter la quantité totale jusqu'à 110 %.

3. *Augmentation du nombre des globules rouges.* — Parfois cette augmentation pourrait en arriver jusqu'à l'hyperglobulie.

4. *Diminution de l'hyperleucocytose.* — Cette diminution se ferait sentir jusqu'à la limite normale, elle s'accompagnerait dans certains cas d'une éosinophilie légère et d'une diminution du nombre des neutrophiles.

5. Vient enfin le point qui nous intéresse ici à savoir *la déviation à droite de la formule d'Arneth*, qui, suivant ces auteurs serait presque constante dès les premières injections, même dans les cas négatifs, ou dans ceux qui n'ont présenté que des améliorations tardives.

***

Pour nous faire une idée personnelle sur cette question et arriver à établir dans quel sens l'Arneth était influencée par le traitement à la sanocrysine, nous avons recherché les observations des malades auxquels ce traitement avait été appliqué depuis 1927. Nous avons éliminé d'emblée ceux qui avaient reçu un autre composé aurique tel que l'aurophos et le solganal, ceci pour les raisons que l'un de nous a exposées ailleurs (2). D'autre part, nous méfiant des illusions fréquentes en thérapeutique, surtout antituberculeuse (3), nous avons éliminé tous les cas douteux propres à fausser la statistique. Quel est le phtisiologue qui ne connaît ces améliorations naturelles survenant à la suite des poussées typiques que l'on rencontre si fréquemment dans toutes les formes et surtout dans la fibro-caséeuse commune ?

D'autre part tout malade qui arrive à l'altitude vient de quitter une vie active, fatigante, et souvent malsaine, pour se mettre d'un jour à l'autre au régime du repos et du grand air. Aussi est-il habituel de voir sa résistance s'accroître automatiquement de ce fait même et sans le secours d'aucune autre thérapeutique adjuvante ou spécifique. L'un de nous a montré à ce propos qu'il était normal d'assister dans les premiers mois qui suivent l'arrivée du malade à la montagne à une déviation à droite de la formule d'Arneth se chiffrant par un gain moyen d'une trentaine de points (4). Ces exemples suffisent à nous faire toucher du doigt combien il serait facile dans ces cas-là d'attribuer à la sanocrysine ce qui est simplement dû au climat alpin.

D'autre part nous avons distrait de la stastistique tous les cas chez lesquels deux traitements avaient été employés simultanément. Ainsi les malades traités par le pneumothorax simple ou double, par les injections de gluconate de calcium, par le walbum (5), et ayant également reçu de la sanocrysine ne figurent pas dans ce travail. En définitive il ne nous reste donc que le nombre forcément restreint de ceux chez lesquels la cure d'air semblait avoir épuisé ses effets, mais qui ne furent traités ultérieurement que par la sanocrysine seule.

***

Soit encore deux mots au sujet de notre posologie avant d'entrer dans le vif du sujet.

Ainsi que l'un de nous l'écrivait en 19.8 (*Progrès Méd.*, loc. cit.), nous ne cherchons dans aucun cas à atteindre une dose totale globale donnée, mais bien plutôt à déclencher lorsque c'est possible, la réaction voulue pour produire un changement dans la marche de la maladie.

Voici donc notre façon actuelle de conduire une cure. Première injection 0 gr. 01 (ce qui revient à dire que l'on jette les 4 5es de la première ampoule). Quatre jours plus tard 0 gr. 05 soit une ampoule. Les injections sont ensuite répétées chaque semaine aux doses croissantes de 0 gr. 10 puis 0 gr. 15, etc., en ayant grand soin de répéter plusieurs fois chaque dose, de manière à tâter la susceptibilité du sujet au traitement aurique, en d'autres termes pour explorer l'auro-tolérance, pour employer un terme cher à Dumarest. Nous augmentons ensuite les doses mais seulement jusqu'à la quantité qui paraît convenir le mieux au cas considéré. Dans ces conditions, pour certains malades la dose maximum a été de 0 gr. 15, voire même dans certains cas rares de 0 gr. 05, tandis que chez d'autres elle est montée à 0 gr. 40 voire 0 gr. 50. Jamais nous n'avons dépassé cette dose en une seule injection.

Depuis 1927, 45 malades reçurent de la sanocrysine, et parmi ces cas 25 seulement furent utilisables pour notre statistique. Les 20 cas inutilisables le furent pour les diverses raisons signalées plus haut. Enfin, chez certains malades il ne fut pas fait suffisamment d'examens de sang pour que l'expérience soit probante soit dans un sens, soit dans l'autre.

Les graphiques des 25 cas utilisables servirent donc à résoudre la question suivante : La sanocrysine appliquée aux doses et avec le schéma de traitement que nous venons d'indiquer, a-t-elle une influence sur la formule d'Arneth ?

La réponse fut la suivante. Dans 21 cas soit 84 %, la figure du sang n'est pas influencée par le traitement, l'allure générale de la courbe restant ce qu'elle était avant.

Dans 4 cas soit 16 % la formule a nettement dévié à droite à la suite du traitement.

Enfin il est à remarquer que nous n'avons relevé aucune courbe descendante après le traitement, ce qui reviendrait à dire que dans aucun cas les injections de sanocrysine n'ont eu une action défavorable sur la résistance générale du malade.

Le tableau suivant résume l'ensemble des résultats obtenus.

Total des cas	Cas négatifs	Cas positifs	Cas non influences
25	0	16 %	84 %

Un coup d'œil sur ce tableau montre donc que le traitement est sans influence sur la formule d'Arneth dans une très forte proportion de cas. Dans aucun par contre il ne la fait baisser, et cette constatation possède à nos yeux une valeur considérable. Dans le cas contraire le traitement serait évidemment à proscrire car que penser d'un médicament qui agirait peut-être favorablement sur certains symptômes tels que fièvre, dyspnée, expectoration, etc., mais au prix d'une diminution de la résistance générale, dont au contraire le renforcement est le but primordial de tout traitement antituberculeux.

(1) MOLLARD. — Les sels d'or dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Thèse de Lyon, 1929.

(2) Th. et Jacques STEPHANI. — Le traitement de la tuberculose pulmonaire par les sels d'or. *Progrès médical*, 3 novembre 1928.

(3) Th. et Jacques STEPHANI. — Illusion et thérapeutique. A propos du traitement de la tuberculose. *Schw. med. Woch.*, 1927, p. 1102.

(4) Azione dell'altitudine sulla formula dell'Arneth nella tubercolosi polmare. Th. Jacques Stephani. Il Policlinico. S. z. Prat., 1924.

(5) Traitement de la tuberculose par les sels de certains métaux entre autres le cadmium et le manganèse. Ce traitement a été étudié et mis au point par L.-E. Walbum de l'Institut sérologique d'Etat de Kopenhague. Les premières publications de cet auteur datent de 1927 et nous-même employons le traitement depuis deux ans avec des résultats encourageants.


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS

Notre façon d'adapter le traitement à chaque cas particulier sans nous imposer à nous-mêmes de schéma général, avec le résultat que nous avons pour ainsi dire une posologie particulière pour chaque malade, peut expliquer ces résultats. Il est possible que les fortes doses à la Mollgaard agissent défavorablement sur la résistance générale, comme nous avons déjà vu qu'elles agissent défavorablement sur le poids ; il est donc également possible qu'elles fassent baisser la formule d'Arneth. Comme nous sommes ennemis de cette posologie et ne l'avons jamais appliquée, nous manquons forcément de données sur ce point, que d'autres auteurs mieux placés que nous pourraient facilement élucider.

* * *

L'analyse du tableau précédent avec ses 84 % de cas n'ayant pas réagi au traitement dans le sens d'une variation de la formule d'Arneth suggère encore d'autres remarques. Comment concilier la discordance entre l'immobilité de la formule d'une part et les améliorations indéniables de l'état général que l'on obtient dans un assez grand nombre de cas ? En effet, ainsi que l'écrivaient par exemple Colbert et Pigeon, c'est sur les signes généraux que sont souvent remportés les plus beaux succès ; avec la chute de température on assiste à un relèvement de l'état général : l'appétit fait suite à l'anorexie, la tension artérielle s'élève, l'asthénie disparaît. Comment concilier ces faits avec ceux que nous venons d'observer ? D'une part, l'état général s'améliore, ce qui se traduit par une suppression des phénomènes toxiques, et cependant la formule d'Arneth reste inchangée.

On pourrait tenter l'explication suivante. Il est reconnu à l'heure actuelle que les injections intra-veineuses déterminent un choc, une sorte de déséquilibre physique, le plus souvent léger et de courte durée, causé par l'introduction brusque d'une substance hétérogène danle torrent circulatoire. Ce mécanisme pourrait d'ailleurs jouer un rôle dans la différence certaine qui existe dans les traitements par voie intra-musculaire et ceux où l'on adopte la voie intra-veineuse. Rien n'empêche donc qu'à côté d'une action du complexe chimique or et soufre dont le mécanisme intime est d'ailleurs partiellement inconnu, vienne s'ajouter une action physique caractérisée par l'apparition de floculats. Cette action serait cause des légers accidents tels que malaises, vertiges passagers, etc., que l'on observe dans quelques cas même avec les doses moyennes. Elle serait aussi cause de la stabilité apparente de la formule d'Arneth. Il ne s'agit évidemment ici que d'une hypothèse, d'une, « prière adressée par l'ignorance à la vérité » suivant l'expression d'Hugounenq.

En résumé, de l'étude que nous venons de faire il résulte les faits suivants.

La sanocrysine constitue un traitement efficace, de la tuberculose pulmonaire, mais cette efficacité est dans une très forte mesure sous la dépendance de la manière dont a été conduite la cure, c'est-à-dire du « schéma posologique » adopté.

Contrairement à ce qu'ont publié d'autres auteurs nous n'avons pas observé de déviation à droite au cours du traitement ou du moins seulement dans la très petite majorité des cas, la formule restant indifférente dans le plus grand nombre, malgré que ces malades se soient considérablement améliorés, tant au point de vue de leur état général que de leur état local. Il fut enfin frappant de constater que nombre de malades ont considérablement amélioré leur état général sans que la formule ait marqué cette amélioration.

« Je tiens à déplorer une fois de plus la dénomination tenace de rhumatisme blennorrhagique et à souhaiter qu'elle soit remplacée par celle d'*arthrite gonococcique* ».

(H. Mondor. — Quelques traitements récents des arthrites gonococciques aiguës. *Paris Médical*, 11 juillet 1931.)

FAITS CLINIQUES

Forme sympathique de l'état de mal comitial, à l'occasion d'une plaie infectée

Par Henri DAMAYE et Bernard POIRIER
Médecin des Asiles d'aliénés

L'état de mal comitial peut être déclenché par des causes infectieuses ou traumatiques, par des irritations périphériques diverses. Il peut être déclenché soit sous la forme *convulsive*, soit sous les formes équivalentes *agitée* ou *sympathique*.

L'état de mal épileptique a énormément diminué de fréquence, dans les services hospitaliers et chez les malades des villes, depuis les traitements réguliers par le gardénal, et ses adjuvants neuro-sédatifs : belladone, borosodine, génésérine.

A la campagne, on l'observe encore trop souvent chez des épileptiques qui ne se font pas traiter.

Les trois formes de l'état de mal peuvent, chez certains épileptiques, s'imbriquer plus ou moins, présenter ainsi des types mixtes. On observe également, parfois, la mutation d'une forme en une autre.

La malade dont nous allons exposer le cas, épileptique non traitée de la campagne, se blessa l'œil, lors d'un accident convulsif. La blessure, non pansée à temps, s'infecta. Il s'ensuivit une fièvre à ascension progressive et la mort par état de mal à forme sympathique.

M... Agnès, trente-sept ans, célibataire, est amenée, sans renseignement aucun, dans notre service de neuro-psychiatrie, en état d'agitation incohérente, obnubilée, le 9 juillet 1931. Elle vient d'un hôpital qui, n'ayant point de service ni de locaux pour malades mentaux, nous l'envoie, sans pouvoir nous renseigner sur les antécédents et le diagnostic.

Température : 38°6. Malade agitée, chante continuellement, ne répond à aucune question. Incohérente et stéréotypée. Cercle des idées restreint. Répète toujours les mêmes choses. Les deux paupières de l'œil gauche sont le siège d'une plaie enflammée. La conjonctive et la cornée participent assez intensément à cette inflammation.

Au poignet gauche, on remarque une grande cicatrice ancienne de brûlure.

Oreilles à ourlets rudimentaires, à lobule adhérent. Dermographisme rouge, sans marge blanche. Tachycardie. Rien d'anormal à l'auscultation des poumons.

L'œil fut nettoyé et pansé à l'eau boriquée et au borate de soude. Mais l'absence de renseignements nous empêcha d'instituer, en temps utile, c'est-à-dire dès l'arrivée, le traitement qui convenait.

La malade s'alimente bien. Elle n'eut point de crise convulsive. Pas de vomissements.

Le lendemain, la température monta presque à 40° et, le surlendemain, atteignit 40°4.

Les caractères de l'état de mal sympathique alors se précipitèrent. L'agitation avait disparu. On n'eut, en fait de symptômes, que l'éréthisme artériel avec tachycardie, une langue et des lèvres sèches, une température oscillant autour de 40°. La mort survint, en cet état, le 14 juillet. Il n'y eut aucune crise convulsive, aucun vertige. Le 13, on fit du salicylate d'ésérine.

Nécropsie, vingt-quatre heures après la mort.

Pas d'escarres ni d'œdèmes des membres. Plèvres très légèrement épaissies avec quelques rares adhérences interlobaires. Pas de tuberculose ni d'hépatisation aux poumons. Congestion un peu accentuée, sans œdème, des deux poumons. Cœur, le droit surtout, assez surchargé de graisse. Teinte un peu dégénérative du myocarde. Rien à l'aorte ni aux coronaires. Quelques vagues petits points d'épaississement sur la mitrale. Dégénérescence graisseuse du foie assez avancée. Rate très petite. Teinte lie de vin. Pas de développement anormal des trabécules conjonctifs. Capsule rénale non épaissie, mais finement adhérente au cortex. Dégénérescence assez accentuée du parenchyme. Légère surcharge graisseuse des bassinets. Tous les viscères sont congénitalement petits, plus petits que normalement.

Dans l'encéphale : Environ 20 cc. liquide intra-cranien. Pie-mère très légèrement épaissie sur la convexité. Toute la pie-mère est très congestionnée : il y a même deux ou trois petits endroits ecchymatiques. A la décortication, on éprouve une sensation de légère résistance, mais pas d'adhérences macroscopiques même très fines. Pas d'athérome des artères encéphaliques. Ventricules très vaguement amplifiés.

En résumé, mort par état de mal comitial à forme sympathique, très probablement occasionné par le traumatisme infecté des paupières et du globe oculaire. Si nous avions été renseigné, à l'entrée de la malade, nous l'aurions, d'emblée, énergiquement traitée par la génésérine, le tartrate d'ergotamine et la belladone : médicaments sédatifs du sympathique et du parasympathique.

D'après la nécropsie, il s'agit, bien vraisemblablement, d'une épilepsie par méningo-encéphalite de la vie fœtale ou du très jeune âge. L'étiologie comporte aussi, très probablement, de l'hérédo-syphilis. La mort a été favorisée par les insuffisances viscérales.

Au point de vue assistance, ce cas montre l'utilité d'une création de services de neuro-psychiatrie dans les hôpitaux.

CHRONIQUE

Prolapsus utérin

Les théories sur l'étiologie du prolapsus utérin diffèrent tellement que l'on peut dire qu'aucune n'est établie. On considère comme les plus vraisemblables celles de HALBAN et TANDLER et celle de MARTIN. Mais il reste bien des phénomènes inexplicables par la seule interprétation mécaniste. Aussi les recherches récentes ont-elles insisté sur la nécessité de porter attention à la constitution (FLATAU, V. JASCHKE, GRAF, SELLHEIM, PRZIBRAM, HEYNEMANN, BUGER, HAEFF, etc.). La cause résiderait dans une faiblesse constitutionnelle V. JASCHKE a fait ressortir le rôle de la constitution asthénique et de l'infantilisme. SELLHEIM pense que l'anomalie de constitution ne diffère pas qu'elle soit congénitale ou acquise. A ce problème, un gynécologue japonais vient d'apporter une intéressante contribution sous forme d'observations et de statistique (1).

OBS. Ier. — 50 ans. Prolapsus utérin complet, péritonite tuberculeuse, infiltration tuberculeuse du poumon droit. Menstruation régulière de trois jours, sans douleur. Ménopause à 49 ans. Huit accouchements normaux. Depuis 7 ans, son vagin descend. Amaigrissement depuis six mois, tandis que son abdomen se développe.

Etat présent : de constitution moyenne, elle est très émaciée et légèrement anémique. Pouls régulier, de 80, d'amplitude et de tension moyennes. Dermographie positive. Nombreux ganglions lymphatiques cervicaux à droite et à gauche, de la grosseur d'une fève. Thorax étroit et long ; arc costal, étroit et petit. Rien au cœur. Sommet du poumon droit obscur ; expiration prolongée et légers râles. Abdomen très distendu ; résistant dans toute son étendue, mais sans douleur. Palpation de la rate, foie, reins, etc., difficile ; ascite. Taille 145 cm. ; poids 42 kilos.

Localement : organes génitaux normaux ; importante rupture du périnée ; vulve élargie, au travers de laquelle prolabent l'utérus en entier et le vagin ; ainsi qu'une cystocèle. Ulcération étendue du col à la paroi antérieure du vagin. L'utérus rétrofléchi est de petit volume, de consistance normale et mobile. Annexes de palpation indistincte.

Opération : péritoine très épaissi, utérus, annexes et intestins conglomérés. D'innombrables tubercules miliares sur toute la surface du péritoine et plus spécialement de l'utérus, annexes et intestin. Utérus rétrofléchi de volume, consistance et forme normales. Les annexes étaient tuméfiées, des nodules tubercules s'y rencontraient par places. Liquide ascitique jaunâtre, transparent, abondant. Opération terminée par abdomino-fixation frontale du corps de l'utérus. Bonne convalescence.

OBS. II. — Campagnarde de 17 ans. Prolapsus utérin complet pleuro-péritonite tuberculeuse. Bien portante depuis l'enfance ; pas de maladie importante ; règles toutes les quatre semaines, de deux ou trois jours en petite quantité ; pas de malaises. Alors qu'une forte compression était exercée sur les muscles abdominaux quelques jours avant la consultation, la production du prolapsus eut lieu subitement avec procidence à la vulve. En état fébrile (T° maxima 37°8 C.) depuis dix jours.

Etat présent : taille 114 cm. ; poids 45,5 kilos ; de constitution maigre et délicate ; légèrement anémique. Ganglions cervicaux tuméfiés des deux côtés ; ceux de droite, gros comme l'extrémité de l'index. Dermographie positive. Pouls rapide, d'amplitude et tension presque normales), mais sujettes à variations. Thorax long et fluet ; arc costal étroit et court. Bruit sourd au côté droit du poumon. Murmure vésiculaire affaibli et, parfois, bruit de frottement. Abdomen dilaté ; de chaque côté de l'ombilic, une rénitence sans douleur à la pression. Matité abdominale variant avec le changement de position ; fluctuation.

Localement : organes génitaux normaux ; rien au périnée. Vagin large et court, à parois éversées. Prolapsus complet de l'utérus et hernie vésicale. Utérus rétrofléchi ; de volume, de forme et de consistance à peu près normaux ; mobile. Annexes et paramètres normaux. Lèvres du col, largement ulcérées.

Opération : Péritoine très épaissi et très adhérent au grand épiploon. Corps de l'utérus rétrofléchi et de petite dimension ; forme et consistance presque normales. Annexes moyennement enflées, parsemées de noyaux durs. Ovaires normaux. A la surface de l'utérus, des annexes, des intestins aires et nodules miliaires. Liquide ascitique abondant, transparent, jaunâtre. Procédé de Doléris et Lawson-Tait. Convalescence sans incident.

OBS. III. — Confiseuse de 30 ans. Prolapsus utérin complet, cysto et rectocèle, péritonite tuberculeuse, infiltration du sommet droit, lymphadénite tuberculeuse cervicale. En fance bien portante. Eclosion de la lymphadénite, des symptômes pulmonaires et péritonéaux au cours de l'an passé. Menstruation irrégulière, de 3 à 4 jours de durée, d'abondance moyenne, sans douleur. Mariée à 26 ans, mère à 29. Accouchement facile et à terme et, cependant, puerpérium fébrile ; un mois et demi de lit.

Soixante-dix jours après son accouchement, apparition brusque de l'utérus à la vulve, en suite d'une compression abdominale. Il rentrait spontanément, la patiente se plaçant en position dorsale ; mais, depuis cette année, il reste constamment à l'extérieur et la patiente ressent des douleurs plus ou moins vives dans le voisinage de ses organes externes. Récemment, est survenue de la dilatation abdominale.

Etat présent : taille 151 cm., poids 45 kilos ; de constitution fluette et délicate ; nutrition un peu insuffisante ; légère anémie. 80 pulsations régulières, d'amplitude et de tension presque normales. Dermographisme positif. Cicatrices cervicales ; ganglions volumineux, quelques-uns gros comme un œuf de pigeon ; l'un d'eux ouvert à la peau laisse soudre du pus jaune-verdâtre. Thorax étroit, arc costal étroit et petit. Rien au cœur. Matité pulmonaire supra et infra-claviculaire ainsi que postérieure ; expiration prolongée et dure ; distension abdominale ; matité, variant avec la position, et fluctuation peu distinctes.

Localement : génitoires normales, périnée intact. Difficulté de rétropulser l'utérus prolabé, hors la vulve, en compagnie de la vessie et du rectum. Antéflexion de l'utérus ; forme, dimension et consistance voisines de la normale ; mobilité ; annexes confuses ; paramètre normal.

Opération. Après un Lawson-Tait, laparotomie. Péritoine très épaissi, adhérent par place au grand épiploon et au mésentère. Corps de l'utérus antéfléchi, annexes gonflées, parsemées de nodules caséeux. Ovaires atrophiés ; vaisseaux sanguins du pelvis engorgés. Semis tuberculeux du péritoine, plus accusé sur l'utérus, les annexes et les intestins. Liquide ascitique jaunâtre, transparent, abondant. Ventro-fixation. Bonne convalescence.

OBS. IV. — 38 ans. Prolapsus complet et péritonite tuberculeuse. Sa mère a un prolapsus. Elle est faible depuis sa naissance, a été opérée de fistule anale vers sa 20e année. Depuis quelques mois, pleurite sèche droite. Menstruée régulièrement, toutes les quatre semaines pendant trois jours assez abondamment, avec légères douleurs abdominales. Mariée à 19 ans accouche à 23, 26, 33 ans à terme et aisément ; puerpérium sans incident.

Présentement : depuis environ une quinzaine de mois, elle éprouve une tension dans le bas-ventre qui s'est accentuée progressivement. Le prolapsus d'abord discret, s'est aggravé récemment. Taille de 155 cent., poids 49 kilos, constitution chétive ; nutrition insuffisante ; légèrement anémique ; 80 pulsations régulières, d'amplitude et tension

(1) J. NAKAGAWA. — Prolapsus uteri and constitution (Prolapsus-utérin et constitution), n° 2, vol. XIV *Japanese Journal of obstétrics and gynecology*, avril 1931, p. 106.

normales ; plusieurs ganglions cervicaux du volume d'une fève. Rien au cœur. Respiration rude à droite dans les fosses sus et sous-claviculaires et dans le dos. Distension abdominale, souple et indolore. Palpations du foie et de la rate difficiles ; mais possible pour le rein droit. Organes génitaux externes normaux. Déchirure du périnée du premier degré. Vagin de volume et résistance normales. L'utérus saille légèrement hors la vulve ; il est en rétroflexion, de volume légèrement accru, mou et mobile. Annexes normales.

Opération : Péritoine épaissi ; utérus, annexes et intestins pris dans d'épaisses adhérences ; corps utérin rétroversé ; de forme normale mais accrue ; légèrement ramolli ; les annexes augmentées de volume, noduleuses par places et contenant du pus vert-jaunâtre ; vaisseaux pelviens engorgés ; sur la surface séreuse, semis de granulations miliaires. Liquide ascitique abondant, séreux et un peu sanguignolent. Ablation des trompes et abdomino-fixation de l'utérus. Convalescence favorable.

Discussion. — Ces quatre cas ont été observés chez des femmes à thorax et abdomens étriqués. Dermographisme positif. Utérus en rétroversion ou rétroflexion (sauf la patiente III). A tous points de vue, constitution répondant au type asthénique de Mathie. Complications de péritonites tuberculeuses et de signes pulmonaires plus ou moins marqués. Les laparotomies ont découvert des péritoines épaissis, des ganglions dans l'épiploon et le mésentère, de l'ascite, des granulations miliaires, des annexites tuberculeuses. Dans les observations I et IV l'utérus, annexes et intestins conglomérés adhéraient à la paroi pelvienne ; et, malgré cette adhérence, fait à noter, l'utérus était prolabé.

Si l'on étudie l'étiologie des prolapsus, à beaucoup peut s'appliquer l'explication mécanique de Halban et Tandler ou celle de Martin, mais pas à tous. Par exemple, le prolapsus est plus fréquent chez les multipares, surtout porteuses de périnée déchiré ; et, on attribuait sa formation à des traumas dans la parturition ; mais, du grand nombre de femmes à larges ruptures du périnée, non réparées, peu ont un prolapsus. De plus, le prolapsus des nouveau-nées, des vierges, des femmes n'ayant pas accouché peut être expliqué par paralysie et atrophie de l'appareil musculaire du plancher du bassin, dues au spina bifida ou au spina bifida occulta : Ebeler estime à 82 % cette espèce de paralysie et d'atrophie. Pourtant tous les cas ne sont pas des spina bifida ou des spina bifida occulta. Selon les récentes recherches d'Heynemann, ces spina dépasseraient pas 5 % et, dans quelques cas de spina, il n'existait pas de prolapsus. Les statistiques, jusqu'ici, ont considéré le prolapsus comme très fréquent chez les vieilles femmes ou celles arrivées à l'âge critique, lorsque les muscles du plancher ou les ligaments suspenseurs sont atrophiés. Ce n'est pas exact. Les recherches statistiques récentes (Jaworski) ont montré sa fréquence chez les jeunes femmes non mères. De ces faits, il découle que la théorie mécaniste est insuffisante et que le rôle récemment attribué à la faiblesse de constitution résoud mieux la difficulté. Personne ne conteste cette vue. Les constitutions infantiles et asthéniques en sont les causes réelles, comme l'a avancé von Jaschke. Dans l'infantile, des lésions graves des parties molles peuvent être produites par l'accouchement du fait de la disproportion entre le contenu et le contenant ; elles deviennent la cause du prolapsus. Dans l'asthénique, tous les muscles et tissus sont faibles ; il en est de même du plancher et des ligaments suspenseurs qui se relâchent aisément ; facile ptose des autres viscères. On conçoit que, dans ces conditions, le prolapsus peut aisément se développer sans lésion obstétricale, sans spina ; mais que l'accouchement peut favoriser sa production. En un mot, le prolapsus dans un grand nombre de cas est causé par anomalie de la constitution ; il se produit rarement dans une constitution normale. Une constitution anormale peut être sa seule cause. N. tient à faire ressortir, toutefois, comme cause primordiale, la cause mécanique c'est-à-dire l'insuffisance de fixation et de protection de l'appareil de l'utérus : deuxièmement l'anomalie de constitution soit l'infantile, soit l'asthénique. Bien d'autres causes sont énumérées dans la littérature : elles sont seulement des facteurs occasionnels, incapables de fournir une explication satisfaisante. Flatau, Rueter, etc., par exemple, invoquent l'obliquité du bassin, Blair Bell, Boehm l'anomalie de position de l'utérus (rétroversion, rétroflexion) mais ce sont là des symptômes de la constitution asthénique. Dans les cas de N., l'âge des patientes, le nombre de parturition, l'état du périnée, la position de l'utérus, etc. étaient différents, mais toutes étaient de constitution asthénique et aussi étaient atteintes de tuberculose spécialement du péritoine avec ascite. Selon Sellheim, la constitution asthénique une fois acquise, du fait de sous-alimentation, les cas de prolapsus sont nettement accrus. De même Schiffmann, Piel, Kritzler, Spiegel ont constaté un notable accroissement de prolapsus en Allemagne pendant la grande guerre ; Jaworski, Magid pendant la famine de Russie (1921-1922) attribuèrent la même augmentation à la sous-alimentation et au surmenage. Ce qui montre que le prolapsus peut être produit par une constitution anormale consécutive à des maladies telles la tuberculose et similaires. Dans les cas de N. la tuberculose jointe à la faiblesse de constitution favorisait sa production. Il va sans dire que, même dans ces cas, la faiblesse n'est pas la cause unique, d'autres facteurs peuvent intervenir : telle qu'augmentaton de la tension intra-abdominale par développement de tumeurs ou d'ascite ; mais ce sont des causes adjuvantes ; beaucoup considèrent cette augmentation de tension comme jouant un rôle important dans le développement de l'infirmité, mais ce serait une erreur que de la considérer comme l'unique cause.

Tout ceci montre qu'il importe de considérer que les chances de développement du prolapsus utérin sont comparativement nombreuses dans les constitutions asthénique ou infantile, surtout lorsque compliquées de tuberculose, que l'accouchement peut ici causer des lésions graves des parties molles et qu'elles doivent être suturées soigneusement.

Observation statistique. — Après avoir constaté le rapport du prolapsus aux constitutions, N. a interrogé les statistiques pour en fixer le chiffre. Peut-être aujourd'hui cette recherche est-elle peu significative, mais, entreprise du point de vue du rôle de la constitution, elle peut n'être pas sans valeur. Ce travail a été fait sur le matériel clinique, des neuf dernières années, de l'Institut gynécologique de la Faculté médicale de l'Université impériale Kyoto.

Fréquence. — Sur 7.460 patientes, 88 prolapsus (1.18 %) qui, si on les compare aux chiffres publiés à l'étranger (24.3 %, Spiegel ; 11 % Jawoski ; 4.5 % Magid) montrent une grande différence. Les prolapsus complets seuls s'élevaient à 45 (0.6 %) légèrement moins que la proportion de Liepmann (1 %).

Comme prolapsus du vagin : 26 cas et 78 cas de descente vaginale complète soit, au total, 104 (1.39 %). Le total des prolapsus du vagin et de l'utérus 192 (2.57 %) chiffre extraordinairement petit comparé à ceux de Goljanitzki (24.3 %) et de Jaworski (27 %). On peut voir par ces pourcentages, que la fréquence chez les patientes de N. est bien moindre que dans les statistiques des récentes publications étrangères. A première vue, on peut en conclure qu'au Japon cette infirmité est plus rare. En réalité le peuple, effrayé à l'idée d'opération, ne vient pas à l'hôpital. Si l'on étendait la recherche dans les hôpitaux locaux, les chiffres seraient les mêmes que dans les autres pays.

Comme complication : un cas de maladie de Basedow et prolapsus utérin ; deux cas de hernies inguinales et chute du vagin. Parmi ceux compliqués de grossesse : un prolapsus utérin complet (6 mois de gestation) ; trois descentes de l'utérus (3e, 5e mois et un sans indication du mois) ; au total 4 (0.05 %). En outre, un prolapsus du vagin au troisième mois et un autre au quatrième ; en les ajoutant aux quatre (0.08 %); on voit que cette complication est très rare. Hannah, sur 7.562 patientes gynécologiques, a signalé seulement 4 prolapsus du vagin et de l'utérus compliqués de grossesse ; un travail sera ultérieurement publié sur ce point.

Age. — La ménopause est l'âge de la plus grande fréquence ; le prolapsus est excessivement rare jusqu'à 20 ans. L'âge de la plus grande fréquence est de 41 à 51 ans ; puis 31 à 40, quelque peu différent avec le chiffre de Spiegel. Vient, en troisième ligne, la période de 21 à 30. La patiente la plus jeune avait 17 ans ; la plus âgée 70 ; la moyenne est 40.73.

Rapport avec la parturition. — C'est un fait connu que le prolapsus utérin se produit, en général, fréquemment chez les multipares. Le plus haut chiffre de l'A. répond aux quadrimultiparités. Baer et Reis donnent comme plus grande fréquence les tertipares, puis les deux, quatre et cinq. La moyenne par rapport au nombre d'accouchées est de 4.07, elle concorde presque avec celles des autres auteurs.

Il y eut 4 cas chez les multipares (4.55 %) chiffre voisin de celui de Weinberg (3.45 %) mais bien inférieur à ceux de Liepmann (7.69 %) et de Scanzoni (13.15 %). Jadis on considérait le prolapsus comme très rare chez les multipares, mais les statistiques récentes infirment cette opinion et confirme la conception de l'étiologie constitutionnelle.

Le pourcentage des primipares, vu par N. est particulièrement élevé : 18.2 %. Fetzer indique 23.3 % pour les primipares ; 11.6 pour les secondipares et 17.8 pour les tertipares et ajoute que ce sont surtout les primipares âgées qui sont atteintes. Les publications sur ce sujet ne sont pas rares. En résumé nombreux sont les prolapsus après le premier accouchement. A première vue, on pourrait en accuser l'accouchement, l'influence mécanique du travail, mais la parturition ne cause pas toujours le prolapsus ; toutefois on peut dire que lorsque la constitution s'y prête, elle en augmente les risques.

Rapport avec les ruptures périnéales. — Les déchirures du deuxième degré sont de beaucoup les plus fréquentes. 21,6 % présentaient leur périnée intact, pourcentage plus élevé que celui des déchirées des 1er et 3e degrés. Il est peu surprenant que les cas soient peu nombreux chez les lacérées du 3e degré, attendu qu'elles sont habituellement suturées. Il n'existe pas de rapport étroit entre le prolapsus et les lacérations périnéales ; en d'autres termes, on ne peut expliquer son développement par le fait de la destruction du plancher pelvien causée par l'accouchement.

Rapport avec la constitution asthénique. — Cette constitution est en étroite connexion avec le prolapsus utérin. V. Jaschke lui en attribue la plupart des cas (90 %). Les résultats de N. le confirment. Les patientes fluettes et délicates, celles dont la taille élevée était en disproportion avec leur faible poids furent, selon la classification de Mathes, rangées comme asthéniques. Elles s'élèvent au total de 30 (34.1 % soit un tiers des cas. On peut donc affirmer que, si cette constitution n'est pas l'unique facteur, elle en est le plus important.

Rapport avec la tuberculose. — La complication de tuberculose a été trouvée 32 fois (36.4 %) ; donc dans environ un tiers des cas ainsi qu'on le voit dans les tableaux de l'auteur. Elle s'est présentée à différents degrés depuis l'infiltration d'un sommet jusqu'à la péritonite. Elle est en rapport étroit avec la constitution asthénique spontanée ou acquise, donc avec le prolapsus.

Rapport avec la profession. — La plus grande fréquence s'est rencontrée chez les campagnardes (63.55 %). Il est notoire que cette infirmité est commune chez les paysannes japonaises, par raison de surmenage, de manque d'hygiène dans le puerpérium et d'autres causes. Cette partie de la statistique de N. concorde avec celles des autres pays, unanimes à affirmer le très grand nombre de prolapsus utérin chez les cultivatrices : 93.5 % d'après Spiegel, 70 % d'après Michailows. Dans les publications européennes et américaines sont classifiées les occupations féminines ; au Japon, les femmes qui isolément pourvoient à leurs besoins sont fort rares, semblables classifications ne peuvent donc pas être établies.

Début du prolapsus. — Chez moitié des patientes (57.9 %), le prolapsus survint après parturition : le plus grand nombre (19.3 %) après la première et la dernière. Le pourcentage de ceux sans rapport avec la maternité fut de 34.1 % fait très intéressant dans la recherche étiologique de cette infirmité.

Henri Vignes.

L'autohémothérapie augmente les agglutinines du sang d'après Kiychiro Matsubayashi et Eisaku Karatu. (*Japan Med. World*, 15 octobre 1930, p. 74.)

H. V.

ACTUALITÉS

Le mois médico-psychologique

Les *accidents d'auto*, dont la fréquence et la gravité fournissent à la neuro-psychiatrie un champ d'observation de plus en plus vaste, déterminent des troubles psychiques les plus variés. Un cas intéressant vient d'être publié par M. P. Courbon. Il s'agit d'une femme de 67 ans, renversée par une auto contre un trottoir où elle se déchira le pavillon de l'oreille. Après 48 heures de coma, elle présenta deux syndromes psychopathiques successifs : d'abord, une période de *confusion mentale* avec amnésie, désorientation et onirisme ; ensuite, une phase d'*excitation hypomaniaque* avec exubérance, loquacité, turbulence, agitation intenable, idées interprétatives de jalouse. Deux mois après la malade devint calme, lucide, bien équilibrée. La discussion de cette observation porta sur trois points : y eut-il ou non commotion cérébrale ?

Comment s'explique le syndrome confusion qui apparut immédiatement ?

Comment interpréter l'accès d'hypomanie qui précéda la guérison ?

Le coma de 48 heures atteste la réalité d'une forte émotion plutôt que d'une commotion traumatique. Le fait que la validité physique est revenue aussitôt après la sortie de l'état comateux plaide en faveur de cette manière de voir.

Le syndrome : confusion mentale survenu immédiatement après le coma semble être une conséquence banale des traumatismes à retentissement cérébral. Avec Régis on peut l'attribuer à une auto-intoxication produite par l'inhibition brusque des glandes à sécrétion interne sous l'influence du choc traumatique.

Quant à l'hypomanie, M. Courbon l'expliquerait par la conception de l'asthénomanie défendue par Tastevin et d'après laquelle chaque fois que l'organisme subit une inhibition douloureuse, il se produit, à titre de compensation, une excitation consécutive.

A propos de ce cas, MM. Lhermitte, Petit, Charpentier, Gudraud et Claude ont fait remarquer la nécessité de réserver toujours le pronostic des commotionnés cérébraux ou médullaires. On voit très souvent les symptômes neuro-psychiques s'amender tout d'abord, et puis, quelques mois après, aboutir à des lésions des plexus choroïdes, à des phénomènes d'hypertension du liquide céphalo-rachidien, au retour des accidents psychiques sous la forme d'un accès de manie de longue durée. Le pronostic est plutôt bénin quand il ne s'agit que d'une émotion et non d'une commotion cérébrale authentique..

Les observations de *syndromes hallucinatoires post-encéphalitiques* se multiplient. Que l'encéphalite soit d'origine rhumatismale, spécifique ou épidémique, elle peut être suivie de l'apparition précoce d'un délire hallucinatoire. Une observation de MM. Courtois et Mareschal relate l'histoire d'une femme de 48 ans qui présenta un pareil délire au décours d'une encéphalite d'origine infectieuse mal déterminée, grippale suppose-t-on. Le délire post-encéphalitique se caractérisa dans ce cas par de la confusion mentale, de l'onirisme, des visions effrayantes, de l'anxiété, délire aigu avec stupeur, fièvre, rétention d'urine, azotémie croissante. Au bout de quelques jours, s'installe un syndrome hallucinatoire avec phénomènes auditifs, idées d'influence, hallucinations olfactives et cœnesthésiques. Au bout de trois mois le délire se précise : la malade est inactive, elle passe son temps à écouter des voix dont elle se défend lorsqu'elles se font plus injurieuses. Le pronostic n'est pourtant pas fatalement mauvais : dans des cas analogues d'encéphalite on a pu observer la disparition, au bout de plusieurs mois, d'un pareil syndrome hallucinatoire.

BIBLIOGRAPHIE

Mauvaise graine, par Alexis DANAN. Un volume in-16 de 250 pages. Editions des Portiques, Paris 1931.

Il est des livres dont l'intérêt et l'utilité sont incontestables : Celui-ci fait partie de cette catégorie et il est désirable que les pouvoirs publics et tous ceux qui se préoccupent du sort de l'enfance en prennent connaissance. M. Danan expose clairement la triste situation des enfants anormaux et a seulement le mérite de faire la synthèse des notions médicales, éducatives et juridiques relatives à ces déshérités. En France il existe des milliers d'enfants anormaux produits plus ou moins purs — de la syphilis, de l'alcoolisme et de la tuberculose. Les plus tarés de ces petits malheureux mourront, grâce aux dieux, avant d'avoir atteint l'âge d'homme : mais c'est la minorité. Les autres, ce seront, ou des non-valeurs inoffensives, clients des asiles, des hospices ou des dépôts d'infirmes, ou bien des anormaux ou des pervers en état de rébellion permanente contre l'ordre social.

Or, une grande partie de ces 40.000 enfants pourraient être sauvés. Il suffirait de leur appliquer le traitement pédagogique et médical dont l'étranger nous donne l'exemple, après en avoir reçu de nous la formule. Mais la France manque à peu près totalement de l'organisation nécessaire...

Sur ce drame de l'enfance déficiente, et abandonnée, chez nous, à son destin, M. Alexis Danan, qui s'est classé, dans la presse parisienne, au tout premier rang des grands enquêteurs, nous apporte un livre pénétrant, à la fois précis et complet comme une thèse, et bourré de tableaux hallucinants, saisis sur le vif dans tous les tristes lieux : asiles de fous, tribunaux de mineurs, maisons de redressement, où échoue cette humanité misérable que nous châtions du crime d'être née.

On blâme souvent les journalistes de leurs reportages imprécis : personne ne peut reprocher à M. Danan d'avoir écrit ce livre qui expose une situation douloureuse et établit la culpabilité de notre société.

G. PAUL-BONCOUR.

Le surnaturel et la nature dans la mentalité primitive, par Lucien LÉVY-BRUHL. Un volume in-8° de la bibliothèque de Philosophie contemporaine. Chez Alcan, Paris, 1931.

M. Lévy-Bruhl dans ses ouvrages antérieurs avait eu l'occasion de signaler une attitude et une orientation caractéristique de la mentalité primitive : les primitifs tout en distinguant fort bien du cours ordinaire des choses ce qui leur paraît surnaturel ne l'en séparent presque jamais dans leurs représentations. Le sens de l'impossible leur manque. Dans cet ouvrage l'auteur revient sur ce sujet qu'il traite à fond avec la compétence et la sagacité qui le caractérisent.

Il démontre avec de multiples arguments que le succès ou l'échec des entreprises d'un primitif, le bien-être ou le malheur de la communauté, la vie et la mort de ses membres dépendent à chaque instant des puissances invisibles, des « esprits », des influences, des forces qui, entourant le primitif de toutes parts, sont les vraies maîtresses de son sort. Bref, à en juger par ce qu'il se représente et ce qu'il craint continuellement, il semblerait que le surnaturel même fit partie pour lui de la nature.

De ces « forces surnaturelles », des « puissances invisibles », l'auteur voudrait aujourd'hui faire l'objet de la présente étude.

Il a été conduit ainsi à examiner les divers aspects de la sorcellerie, les phénomènes et actes insolites appelés « transgressions », parmi lesquels il a consacré une étude spéciale à l'inceste, et ce que la mentalité primitive se représente en général par les termes de pur » et « impur ». Il insiste, à ce propos, sur les vertus du sang et recherche les raisons des propriétés nocives si fréquemment attribuées à certains sangs. Enfin, il étudie les méthodes générales de purification, entre autres, l'usage de la confession, privée ou publique, le sens des cérémonies relatives aux prémices, et la signification mystique du talion.

On voit par ce bref aperçu le grand nombre de problèmes qui sont soulevés et résolus dans cet ouvrage de premier ordre.

G. PAUL-BONCOUR.

Créatures chez Balzac, par Pierre ABRAHAM. Un volume in-16, avec un texte inédit de Balzac. Editions de la Nouvelle revue française, Paris, 1931.

L'an dernier dans un livre aussi curieux que documenté (intitulé « Figures ») l'auteur indiquait comment on devait lire un visage et y découvrir ses qualités intellectuelles et son caractère. Continuant ses études de psychologie expérimentale M. Abraham publie ce volume sur la créature intellectuelle où ses qualités d'analyse et de chercheur sont mises en valeur, je ne puis mieux faire que de donner la parole à l'auteur qui indique son mode de travail et son but.

« Lorsque nous voulons connaître les lois de la nature, c'est dans les produits de la nature que nous les cherchons. Lorsque nous voulons connaître les lois de la pensée, c'est dans les produits de la pensée qu'il nous faut les chercher. Là-bas les constellations, les minéraux, les végétaux. Ici, les œuvres d'art, les œuvres de science, les œuvres politiques. Là-bas le monde animal. Ici le monde romanesque. Là-bas les êtres vivants. Ici les êtres imaginaires. Dans l'un et l'autre cas, les *Créatures*.

« Pour étudier les lois naturelles, la science a lentement reconnu la nécessité des méthodes expérimentales. Pour étudier les lois de la pensée, on se doit d'instaurer aujourd'hui la *Critique expérimentale*.

« Appliquée ailleurs aux monographies de *Balzac* et de *Proust*, appliquée ici aux 2.000 personnages de la *Comédie Humaine*, la critique expérimentale fournit une double moisson de résultats. Les uns intéressent la personnalité de Balzac et permettent de suivre cette merveilleuse efflorescence mentale qu'est la créature romanesque. Les autres intéressent les modes généraux de notre pensée et permettent de découvrir l'image

du monde telle que nous la portons en nous, si différente de ce que nous dépeignent les manuels.

« Déformée par notre langage ou par notre perspective intérieure comme par un cadre gauchi, cette image n'en est pas moins la contrée où s'élaborent nos pensées quotidiennes. Balzac nous permet de dessiner cette topographie tordue et de reconstituer notre géographie secrète.

« Les médecins avouent aujourd'hui que s'ils connaissent la maladie, il ne connaissent pas l'homme sain. Les psychiatres avoueront bientôt que s'ils connaissent les maladies mentales, ils n'ont pas de données sur le fonctionnement de l'esprit sain. L'hôpital ne renseigne pas sur la table de travail. Suggérons qu'il sera plus fécond et en tous cas plus agréable aux futurs psychologues, d'expérimenter sur l'œuvre de génie que sur les débiles ou sur les fous.

« Un important *Avertissement* inédit, agrémenté du roman brodé par Balzac autour d'un pseudonyme inconnu, souligne la singulière transformation qui, partant de l'homme, aboutit au romancier. » P. A.

D'après ces indications nul ne peut nier qu'il y a dans ce travail des idées et des faits intéressant les psychiatres, les psychanalystes, les psychologues et les anthropologistes. G. Paul-Boncour.

Nouveaux régimes, par Paul Reboux. Un volume in-16, sous couverture illustrée. Prix : 12 francs. Ernest Flammarion, éditeur, 26, rue Racine, Paris.

Paul Reboux compose des livres sur toutes sortes de sujets : livres d'histoire, romans, études économiques, traités de savoir-vivre. Aussi a-t-on pu dire de lui qu'il touchait à tout. Mais il y touche avec une baguette magique. Et l'ouvrage que voici en fait la preuve.

C'est, sous une apparence d'humour, un livre médical destiné tout aussi bien aux médecins qu'aux malades.

Aux médecins, il offre un abrégé de cuisine diététique et la liste exacte et complète des aliments recommandés ou prescrits pour les diabétiques, les hépatiques, les obèses, les arthritiques, les albuminuriques, etc . . . Par là, l'œuvre a la valeur d'un précieux memento.

Aux malades soumis à un régime médical, l'auteur propose trois cents recettes nouvelles qui, tout en étant conformes aux prescriptions médicales, donnent ingénieusement le moyen d'obéir aux docteurs sans négliger les préceptes de la gastronomie.

Prescrire à un patient la lecture de cet ouvrage, c'est lui donner un spécifique contre la neurasthénie et l'inappétence auxquelles on est exposé par l'interdiction de la bonne chère.

Grâce aux conseils de Paul Reboux, être au régime c'est encore se régaler.

Le Crapouillot (numéro d'août) est entièrement consacré aux « Vins de France ». C'est une plaisante livraison, très brillamment illustrée où tous les grands crus français sont passés en revue par de subtils connaisseurs tels que : Henri Béraud, Curnonsky, Reboux, Louis Roubaud, Galtier-Boissière, Villebœuf, Scize, etc . . . . (le numéro 16 francs).

Dans ce même ordre d'idées, MM. Dupouy et Richard ont publié en mai dernier l'histoire d'une femme de 37 ans qui contracta une encéphalite épidémique en 1920 avec parkinsonisme unilatéral consécutif. Chez cette malade, le syndrome hallucinatoire présenta dans son évolution des périodes de paroxysme et d'apaisement des phénomènes hallucinatoires. Au moment du paroxysme hallucinatoire, les idées délirantes offraient un caractère de conviction inébranlable, tandis que pendant les périodes d'apaisement la malade prenait conscience du caractère pathologique de ses troubles sensoriels. On voyait ainsi une psychose hallucinatoire se créer, disparaître et se reproduire à nouveau après un intervalle variable de normalité mentale et, ainsi, depuis onze ans. Fait curieux : pendant les périodes d'apaisement on ne note aucune séquelle d'encéphalite, ce qui prouve que chaque accès de délire hallucinatoire était dû à une poussée aiguë du virus encéphalitique. La psychose hallucinatoire post-encéphalitique revêt, dans cette évolution, une forme cyclique à rapprocher de certaines algies de même origine.

***

Dans les « *délires à deux* » ou les « *folies simultanées* », la contagion mentale est fondée sur l'action d'un délire *inducteur* sur un délire *induit*. C'est la forme habituelle de la contagion. Mais, quelquefois, malgré l'intervention directe de l'hérédité qui assure le renforcement de la tare psychopathique de l'ascendant chez le descendant, on peut observer une évolution indépendante des délires...

Et ces « délirants à deux » peuvent même se critiquer réciproquement comme dans deux cas relatés par MM. Claude, Migault et Lacan.

Dans le premier de ces cas, il s'agit d'une mère et d'une fille naturelle non reconnue.

Le délire de la mère, âgée de 70 ans, est constitué par un syndrome interprétatif hallucinatoire, fabulant, auto-accusateur, amnésique et confus. On l'accuse d'avoir tué son fils, on veut l'empoisonner.

La fille, âgée de 35 ans, présente un délire interprétatif à base érotique. Cela ne l'empêche point d'apprécier exactement les troubles mentaux de sa mère qu'elle explique par de « l'anémie cérébrale ».

Quant à la mère, elle trouve complètement inintelligibles et maladives toutes les « histoires d'amour » que raconte sa fille.

Plus pittoresque encore est la « folie simultanée » d'une femme de 67 ans et de sa fille de 44 ans, enfant naturelle, non légitimée, comme dans le cas précédent.

La mère est une persécutée hallucinée avec des idées de grandeur ; on viole son domicile ; ses amis les plus intimes la trahissent ; elle est connue à Paris autant que le Président de la République ; elle calfeutre sa maison, cloue les portes ; remplit ses poches avec les provisions alimentaires du jour...

Toutefois, elle ne veut pas se plaindre :

« Que voulez-vous que j'aille protester, dit-elle... Je n'ai pas de preuves et les gens diront : elle est aussi folle que sa fille qui est à Ste-Anne ».

Or, sa fille qui se dit elle-même « quadricéphale à l'œil vert » (*sic*), a construit un délire extrêmement touffu, d'un égocentrisme mégalomaniaque : son cerveau en vaut quatre ; elle possède un sang parfumé ; sa peau donne naissance à des bijoux ; elle meurt et ressuscite ; elle n'a des relations qu'avec le Créateur lui-même tout en restant vierge éternelle... Un vrai délire paranoïde.

Malgré son état nettement démentiel, elle se moque des interprétations de sa mère en les jugeant ainsi : « il n'y a pas à tenir compte de tout ce qu'elle dit »...

Ces exemples cliniques démontrent que ces « folies simultanées » peuvent évoluer d'une façon indépendante avec la faculté de critique réciproque.

Dr J. Roubinovitch.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Syphilis

La syphilis par transfusion sanguine, n'est pas aussi rare qu'on pourrait le penser. N. Fiessinger en rapporte un nouveau cas observé en clientèle.

Une femme de 56 ans, très honorable, cholécystectomisée en 1928, se fait faire en mai 1930, dans une clinique dite spécialisée, une série d'injections de sang étranger, dans le but de se donner des forces. Le 3 juillet de la même année, la malade consulte son médecin pour une éruption boutonneuse, s'étendant discrètement sur tout le corps et qu'elle attribue à un accident récent. La teinte fauve et jambonnée de l'éruption, l'existence de collerette circulaire de desquamation, orientent le diagnostic du côté de la syphilis, diagnostic qui est confirmé par un Bordet-Wassermann positif et par le Professeur Gougerot.

Dans la littérature médicale on trouve des faits analogues. En 1926 Spillmann et Morel ont signalé le premier cas de syphilis contractée par transfusion sanguine. Il s'agissait d'un médecin qui, sans chancre initial, vit apparaître une roséole syphilitique, un mois après avoir donné son sang pour une transfusion qui fut laborieuse et au cours de laquelle on dut enlever les aiguilles, puis, sans les stériliser, recommencer la prise de sang. Confusion probable des deux aiguilles et contamination du donneur par l'aiguille de la receveuse.

A noter, dans ces syphilis transfusées : *l'absence de chancre, l'absence d'adénopathies satellites primaires, la longueur de l'incubation*. Syphilis en général papuleuse et saillante. Au point de vue pratique que conclure de ces faits :

1° *A moins de circonstances d'extrême urgence, éviter d'injecter le sang d'un donneur non vérifié par une réaction de Bordet-Wassermann.*

2° *Ne pas avoir une confiance aveugle dans les donneurs professionnels* (Wassermann négatif le plus rapproché possible.)

3° *Choisir le donneur dans le voisinage immédiat du sujet, en cas de doute.*

4° *Eviter d'employer la transfusion sanguine, sans raison sérieuse.*

5° *Ne jamais transfuser directement de veine à veine* (ou n'utiliser qu'un appareil empêchant le reflux du sang vers le donneur).

(Noël Fiessinger. La syphilis par transfusion sanguine. *Journal des praticiens*, 1er août 1931).

Orthopédie

Le traitement rationnel des séquelles de poliomyélite est l'appareillage. — C'est une erreur de croire que par le seul mouvement la musculature des impotents doit revenir *ad integrum*, que les muscles doivent *se fortifier* par l'exercice, et que les appareillages sont un obstacle à leur restitution. Ne pas demander à un groupe musculaire, présentant des phénomènes de parésie, un effort identique à celui qu'il aurait pu fournir auparavant. Les résultats obtenus par la mobilisation à outrance ne le sont que par la dislocation des segments au niveau des articulations.

Le groupe musculaire moyen-fessier et facia-lata, de première importance dans la statique humaine, est constamment touché dans la paralysie par poliomyélite inférieure ; et demeure plus au moins déficient, dans les cas de récupération spontanée les plus favorables. Le membre inférieur étant « appendu » au bassin par ce groupe musculaire, l'auteur lui donne le nom d' « appendeur », mot faisant image et indiquant le rôle joué. L'action des « appendeurs » est en général méconnue, et cette méconnaissance fait que les praticiens ne savent pas diriger un appareilleur.

Ne pas faire marcher un paralytique et surtout un parétique, par des procédés contraires à la physiologie du mouvement, et sans remédier d'abord à la déficience des « appendeurs ». Attirer l'attention des électrologistes sur les phénomènes de dégénérescence de ce groupe. L'appareillage de récupération doit prévoir le maintien et plus tard le remplacement de ce groupe. Dès le début de la maladie, un appareillage provisoire est indispensable pour empêcher la création des attitudes vicieuses.

La collaboration étroite du médecin spécialiste et du méde-

cin appareilleur sera féconde en résultats. Quand les séquelles sont consolidées, un appareillage de récupération pourra permettre au paralytique de marcher. Le médecin doit s'intéresser lui-même à la récupération fonctionnelle. « un appareillage » représentant un problème mécanique assez compliqué, qui n'est pas à la portée des artisans orthopédistes.

L'art prothétique, reste à peu de chose près ce qu'il était lors des travaux de Delpech (1825.)

(Gabriel Bidou. Considérations sur le traitement des séquelles paralytiques de la poliomyélite. *Le Bulletin médical*, 18 juillet 1931.)

« ... Il est utile de bien faire ressortir que *les luxés de la hanche ne sont pas guéris après la réduction de la luxation et à la fin de la période d'immobilisation dans l'appareil plâtré.* La cure radicale des luxations coxo-fémorales congénitales ne s'obtient, sauf chez les enfants très jeunes, qu'avec des soins post-opératoires prolongés, et ce traitement spécial, difficile à régler, comprend trois périodes : médicale, familiale, personnelle.

Il faut persuader les parents que les soins consécutifs à l'ablation de l'appareil plâtré sont tout aussi nécessaires et tout aussi importants que l'opération et la contention. Dans beaucoup de cas, les manœuvres post-opératoires ont même plus d'importance que l'intervention, car, si celle ci permet de remettre la tête fémorale en bonne place, il est souvent plus difficile de l'y maintenir et on n'y arrive qu'en utilisant ces manœuvres.

Le traitement des boîteux de naissance est long, mais il ne faut pas oublier qu'il a pour but de reconstituer l'anatomie de l'articulation de la hanche, inexistante ; on comprend alors les difficultés à vaincre et les soins persévérants à donner pour atteindre un tel résultat. On est, du reste, largement dédommagé de ses efforts par la grande proportion de guérisons obtenues.

(J. Gourdon (de Bordeaux). Le traitement post-opératoire de la luxation congénitale de la hanche. *Paris médical*, 18 juillet 1931.)

Tuberculose

L'enfant du tuberculeux pulmonaire est né d'un spermatozoïde anormal. — Tel est le point solide auquel aboutit pour l'instant la question de l'hérédité paternelle en matière de tuberculose.

« Les recherches morphologiques établissent que le spermatozoïde éjaculé par un tuberculeux pulmonaire provient dans la majorité des cas d'un testicule profondément lésé et possède une structure anormale dont le produit doit se ressentir par un processus d'hérédité cellulaire. Voilà ce que nous pouvons affirmer sans quitter le terrain des faits.

Dans l'équation personnelle de l'enfant se trouve ainsi introduit un facteur d'hérédité paternelle en matière de tuberculose. Ce facteur, la biologie peut en démontrer l'existence, mais non en prévoir les conséquences. Agit-il en créant une « faiblesse constitutionnelle », une dystrophie qui peut se révéler même très tardivement ? Ou au contraire favorise-t-il la production de réactions humorales défensives ? Ce que nous savons par ailleurs de pathologie générale permet de penser que les deux hypothèses contiennent une part de vérité. Mais nous sommes déjà dans le domaine des hypothèses, et la morphologie doit ici céder le pas à l'expérimentation bactériologique et surtout à la statistique clinique qui seules permettent de pousser plus loin le problème. »

(P. Nayrac et A. Breton. De l'hérédité paternelle en matière du tuberculose et des arguments apportés par l'étude morphotocique du testicule chez les tuberculeux. — (P. Nayrac et A. Breton de Lille. La *Presse Médicale*, 8 août 1931.)

Médecine expérimentale

L'ablation d'une parathyroïde ou la résection du segment terminal d'une artère thyroïdienne inférieure avec l'origine de ses trois branches glandulaires ont l'action suivante sur la calcémie chez l'homme :

1° En cas d'hypercalcémie, elles abaissent toujours le taux du calcium. En général, elles le ramènent au voisinage de son chiffre normal.

2° En cas de calcémie normale, la calcémie n'est généralement pas ou n'est que légèrement abaissée.

Après ablation ou ischémie d'une glande parathyroïde, la fonction vicariante du tissu parathyroïdien restant joue dans les cas physiologiques, c'est-à-dire à calcémie normale. Dans les cas à hypercalcémie, elle ne maintient pas la calcémie à son chiffre initial élevé : la calcémie tombe au voisinage de son chiffre normal.

(Adolphe Jung et A. Chinassi Hakki. Les opérations parathyroïdiennes ont-elles une action efficace sur la calcémie et la fonction parathyroïdienne chez l'homme ? *Gazette des Hôpitaux*, 19 août 1931. Travail de la clinique chirurgicale A. Strasbourg.)

Radiologie

L'interligne articulaire radiologique correspond à l'interligne articulaire anatomique, mais il n'en est pas la traduction exacte. Les portions cartilagineuses étant perméables aux rayons, le vide optique de l'image ne correspond pas à un vide réel. Les extrémités osseuses constituent les seuls points de repère. Pratiquement, l'augmentation de l'espace interarticulaire radiologique même dans les épanchements, n'existe pas. Au contraire, la diminution de hauteur de l'interligne articulaire, le « pincement de l'interligne », est un signe fréquent important, traduisant le rapprochement des extrémités osseuses et témoignant de la disparition, sur une étendue plus ou moins grande, du cartilage d'encroûtement ; il dépend encore de l'architecture elle-même de l'articulation et du mécanisme suivant lequel le rapprochement des surfaces peut s'effectuer. Le pincement de l'interligne, n'est qu'un élément de l'ensemble du tableau : d'autres signes relevés au niveau des contours articulaires, dans les plages osseuses épiphysaires, complèteront les données. Le pincement de l'interligne est le symptôme le plus constant, le plus précoce de la tuberculose ostéo-articulaire s'accompagnant d'emblée d'une décalcification marquée et étendue, double caractère qui permet d'orienter le diagnostic bien avant qu'apparaissent les signes ultérieurs d'évolution (érosions et effritements des contours). Dans les autres processus articulaires, on ne retrouve pas cette intensité de la raréfaction osseuse et cette précocité du pincement.

(J. Didiée, Professeur agrégé au Val-de Grâce. Sur le concept radiologique de l'interligne articulaire. *Gazette des Hôpitaux*, 25 juillet 1931,)

Thérapeutique

L'anthéma est une médication aujourd'hui classique, dans le traitement des hémorragies sur laquelle on peut compter de façon régulière, le plus souvent rapidement efficace et dans tous les cas. Si la première injection de 10 à 20 cc. ne donne pas le résultat rapide escompté, on répétera et augmentera au besoin les doses, la réussite, dans les cas graves et rebelles, dépendant de la quantité de sérum employé. La médication sérique par l'anthéma est favorable au relèvement de l'état général, amène une légère diminution de la pression artérielle, provoque rarement des accidents sériques. Certains chirurgiens l'emploient comme préventif anti-hémorragique dans les soins pré-opératoires : Une ampoule d'anthéma par voie rectale le soir précédent l'opération et le matin de celle-ci.

Dans les hémoptysies, l'anthéma donne de très beaux succès. A part les hémoptysies foudroyantes des cavitaires, toutes les hémoptysies sont, en général, rapidement jugulées. L'anthéma a été également employé avec succès en médecine vétérinaire.

(H. Dufour et Y. Le Hello. Considérations nouvelles sur la sérothérapie par l'anthéma dans le traitement des hémorragies. *La Presse médicale*, 22 juillet 1931.)

Agents physiques

La diathermie est efficace non seulement en gynécologie mais encore dans les affections inflammatoires des glandes mammaires.

Dans ces derniers cas, la diathermie « non seulement évite la compression des seins et l'interruption de l'allaitement, mais dès les premières séances, elle calme la douleur, décongestionne et évite la suppuration. De plus, l'effet du traitement diathermique se manifestant sans tarder dans les affections mammaires inflammatoires et n'ayant, d'autre part, aucune influence sur l'évolution des tumeurs malignes, il serait possible d'utiliser ce mode de traitement comme *test* pour permettre d'établir le diagnostic différentiel entre la mastite et le néoplasme, ce qui constituerait, pour ainsi dire, un équivalent de la biopsie : que ce soit pour une affection génitale dont l'acuité ne nécessite pas une intervention urgente, ou pour une lésion


CHLORO-CALCION
SOLUTION STABILISÉE, RIGOUREUSEMENT DOSÉE, DE CHLORURE DE CALCIUM
CHIMIQUEMENT PUR
80 gouttes ou ½ cuiller à café = 1gr. Ca Cl²
Recalcifiant
Hémostatique
Déchlorurant
DIRECTEMENT
ASSIMILABLE
Littér. Echant. LABORATOIRE MICHELS
9, Rue Castex, — PARIS (IVe)

Pour traitement [illegible] de S [illegible] Pilules Lémary A (pilules de Dupuytren Codex) Pilules Lémary B (pilules Ricord Codex) Pilules Lémary C (pilules au biiodure {biiodure d'hydrargyre 0,005 millig. / iodure de potassium 0,25 centig.}) en pilules kératinisées

L'étiquette porte, le prospectus indique : pilules fortifiantes, dépuratives reconstituantes

mammaire d'allure bâtarde et à évolution lente, il faut essayer la diathermie avant de courir le risque opératoire. »

(Drsse Fainsilber et Dr Portret. La diathermie dans les affections inflammatoires pelviennes et mammaires. *La Presse médicale*, 15 août 1931.)

Varia

Dans le choix d'une nourrice pour un enfant sain, la séroréaction est indispensable : en effet les statistiques prouvent que 9 à 10 % des nourrices cliniquement « saines » ont une séroréaction positive. Si la nourrice ou la famille refuse la séroréaction le médecin fera des réserves et dégagera sa responsabilité.

(Gougerot. *Syphilis et nourrices. Journal des Praticiens*, 25 juillet 1931.)

Les lésions hépatiques, accompagnant la lithiase en dehors de toute rétention biliaire, commencent seulement à attirer l'attention en France. Notre élève Caroli, dans sa thèse récente, les décrit à la suite d'examens histologiques de fragments de tissu hépatique prélevés pour biopsie à distance de la vésicule, quelquefois même sur le lobe gauche du foie. Elles avaient déjà été décrites, à l'étranger par Graham, Mac Carthy et Jackson, Tickze et Wuikler, Flint, etc... Elles nous montrent qu'après l'ablation de la vésicule tout n'est pas dit, mais qu'il y a lieu d'instituer un régime et un traitement médical du foie.

(Hartmann. Résultats éloignés des opérations sur les voies biliaires. *Gazette des hôpitaux*, 29 juillet 1931.)

On doit accorder à la présence des lésions osseuses, décelées par les films radiographiques ou constatées par l'exploration anatomique directe, une valeur de premier ordre pour établir en toute certitude le diagnostic, souvent difficile, de syphilis congénitale dans la première enfance.

(Péhu et Policard. Nosologie de la syphilis osseuse congénitale dans la première enfance. *Presse médicale*, 22 août 19 1.)

Est-il nécessaire d'introduire des produits soufrés dans la ration alimentaire des sujets en période de croissance ? — Les déterminations biochimiques rapportées par les A., effectuées sur les animaux et les végétaux « montrent d'une façon indiscutable que le soufre (dosé sous la forme de glutathion réduit) existe à un taux nettement plus élevé chez les sujets jeunes que chez les sujets adultes. Il semble bien que le soufre intervient dans la division cellulaire et il est logique de souligner l'importance du soufre alimentaire dans la ration des sujets en période de croissance.

(Soufre et croissance. Léon Binet et A. Arnaudet. *La Presse médicale*, 25 juillet 1931.)

« ... Pour donner quelques précisions numériques disons *grosso modo* que pour une région déterminée qui mobilise 1.200 officiers du service de santé :

200 sont destinés aux corps de troupe ;
500 vont aux formations sanitaires de campagne ;
et 500 aux formations sanitaires de l'intérieur.

Dans les corps de troupe, les fonctions de chef de service sont généralement tenues par des médecins de l'active, mais ceux-ci n'existent que dans la proportion de 1/13e par rapport aux médecins mobilisés, il faudra donc leur adjoindre des médecins de complément jeunes, de santé robuste sans spécialisation technique particulière autre que des connaissances générales professionnelles... » (Médecin général Uzac. De la spécialisation des officiers du service de santé à la mobilisation et de leur affectation suivant les compétences, *La Presse médicale*, 17 juin 1931.)

..... Comme nos pères discutaient sur l'amaurose, nous discutons sur le glaucome, nous poursuivons imperturbablement des recherches sur l'étiologie, le traitement du glaucome, comme si tout ce que nous appelons glaucome devait avoir obligatoirement la même étiologie, la même pathogénie et le même traitement. Telle est à mon avis l'origine de ce que j'appellerai le « chaos glaucomateux » (A. Bonnefon. Introduction à l'étude des hypertensions oculaires.)

REVUE DES THÈSES

J. Salucki. **Le coefficient de Maillard comme élément de pronostic dans les « vomissements graves » de la gestation.** (*Thèse de Paris*, novembre 1930, 80 p., Bosc et Riou, imprim.).

Conclusions :

I. — Nous avons réuni 15 observations de « vomissements graves » de la gestation. Ces observations, recueillies pendant une période de deux ans à la Clinique obstétricale, concernent toutes des malades présentant un syndrome typique d'hyperémésis caractérisé essentiellement par : un amaigrissement rapide, supérieur à plusieurs kilogrammes, une intolérance absolue pour les aliments solides ou liquides, une accélération permanente du pouls, de l'oligurie, de l'acétonurie.

II. — Chez de telles malades le coefficient de Maillard-Lanzenberg a été systématiquement recherché tous les deux ou trois jours, et une courbe précise représentant les variations du taux de ce coefficient a pu être dressée dans chaque cas. L'étude conjuguée de ces courbes et de ces observations nous a permis d'aboutir aux conclusions suivantes :

a) Chez tous les malades présentant réellement un syndrome de « vomissements graves » lors de leur entrée dans le service, le coefficient de Maillard a toujours été trouvé supérieur au chiffre 11 ;

b) Malgré la gravité apparente des signes cliniques, toutes les fois que le coefficient de Maillard a été trouvé inférieur au chiffre 15, la guérison a été rapidement obtenue par des moyens thérapeutiques simples ;

c) Dans les cas où le coefficient de Maillard s'est montré supérieur au chiffre 25, il s'est toujours agi de formes particulièrement sévères à propos desquelles s'est posé le problème de l'avortement thérapeutique ;

d) Quant aux observations dans lesquelles le coefficient de Maillard a été trouvé compris entre le chiffre 15 et 25, il s'est agi de formes d'intensité moyenne qui ont finalement guéri à la suite d'un traitement médical correct et l'orientation décroissante de la courbe de Maillard a permis dans de tels cas de suivre pas à pas le progrès de la guérison.

III. — En résumé, ce que nous avons vu nous conduit à dire que les variations du coefficient de Maillard suivent très exactement les modifications des autres symptômes et la marche véritable de la maladie.

Le coefficient nous paraît donc posséder une valeur pronostique considérable. En outre, il a le grand avantage de s'exprimer facilement en chiffres, rendant possible la construction d'une courbe précise dont l'orientation générale nous semble posséder une réelle valeur, valeur qui dans nos quinze observations de « vomissements graves » de la gestation, n'a jamais été trouvée en défaut.

Guy Moleyre. **Dix observations d'albuminurie avec hypertension au cours de la grossesse.** (*Thèse de Lyon. Travail de la Clinique obstétricale de la Charité.* 64 p., avril 1931 n° 148. Bosc et Riou, imprim.).

Conclusions :

I. — Nous avons recueilli à l'infirmerie de la Clinique obstétricale de la Charité dix observations d'albuminurie accompagnée d'hypertension au cours de la grossesse.

Ces observations se répartissent en deux groupes :

a) Chez trois de nos malades l'albuminurie et l'hypertension ont paru liées à l'état de gestation, le rein ne paraissant pas lésé antérieurement et les symptômes rénaux ayant disparu aussitôt après l'accouchement.

b) Dans sept autres observations au contraire, il s'est agi de grossesses survenues chez des femmes atteintes de néphrite chronique, soit que la néphrite ait été connue antérieurement, soit qu'elle ait été mise en évidence par la gestation, son existence antérieure étant, d'autre part, authentifiée par un faisceau de probabilités.

II. — Au point de vue étiologique, les observations du premier groupe posent la question de l'existence réelle des néphrites d'origine gravidique et il est vraisemblable que la puerpé-

ralité puisse léser le rein de manière définitive mais la preuve de semblables faits ne peut pas être apportée. Dans nos observations, il a paru s'agir uniquement de troubles fonctionnels.

Quant à notre deuxième groupe d'observations, nous trouvons à l'origine de la néphrite chronique une seule fois une syphilis certaine ; dans un autre cas, la syphilis paraît être en cause sans qu'aucun signe de certitude permette de l'affirmer.

III. — Au point de vue des éléments de pronostic fournis par la notion d'hypertension accompagnant l'albuminurie chez nos malades, nous sommes encore obligé de distinguer deux ordres de faits :

a) Dans notre premier groupe d'observations (pas de néphrite chronique), l'hypertension, du reste modérée, n'a paru jouer aucun rôle dans l'évolution de la grossesse et ne pas modifier le tableau créé par l'albuminurie.

b) Dans le deuxième groupe d'observations, nous voyons sur sept femmes atteintes de néphrite chronique avec hypertension *quatre* d'entre elles accoucher prématurément d'un enfant mort et macéré, et *une autre* accoucher d'un enfant mort au cours du travail. Une seule de ces femmes a accouché normalement au voisinage du terme ; quant à la septième, seule la mise en travail thérapeutique a permis d'avoir un enfant vivant qui, étant donnés les accidents présentés par la mère, aurait vraisemblablement succombé sans cette thérapeutique.

IV. — Ces faits nous permettent, en résumé, de dire que si une hypertension modérée accompagnant une albuminurie transitoire ou accidentelle au cours de la grossesse ne possède pas, semble-t-il, une signification pronostique particulièrement sévère, il n'en est pas de même quand le symptôme hypertension accompagne une albuminurie symptomatique d'une néphrite chronique au cours de la grossesse.

Ce symptôme hypertension comporte alors un *pronostic extrêmement défavorable* pour le produit de conception et réservé pour la mère.

V. — La gravité de pareils faits conduit à poser la question de la légitimité dans l'intérêt de la mère d'une thérapeutique prophylactique : soit interruption de la grossesse, soit même, dans certains cas, stérilisation dans le but d'éviter les dangers d'une grossesse ultérieure.

Quant à l'interruption de la grossesse au cours du dernier mois, dans l'intérêt de l'enfant, elle n'est pas discutable dans de tels cas ; l'accouchement prématuré provoqué paraissant impérieusement indiqué par la gravité du pronostic fœtal, la mort du fœtus *in utero* s'élevant, en effet, à 70 % dans nos observations.

J. Duchamp. **De quelques formules simples en obstétrique et en puériculture.** (*Thèse de Lyon*, 58 p., 11 avril 1931, n° 149, Bosc et Riou, imprim-édit.)

L'auteur propose de remplacer certains tableaux d'obstétrique, difficiles à retenir, par une formule simple, appropriée à chaque cas. Conclusions :

Telles sont les formules que nous proposons :

1° *Hauteur du fond de l'utérus* :

$$h = 4 (m - 1)$$

Règle déjà connue, donc retrancher un mois de l'âge de l'enfant. La hauteur égale 4 fois ce nombre

2° *La longueur du fœtus in utero* :

Multiplier le nombre de mois par lui-même.

$$I = m^2$$

et l'on aura en centimètres cette longueur totale.

Cette règle est valable seulement jusqu'à 6 mois.

3° *L'augmentation de poids en une journée* d'un enfant âgé de moins d'un an ;

$$\gamma = 2 (14 - m) \text{ grammes}$$

Retrancher de 14 le nombre de mois et multiplier ce résultat par 2.

Nous en déduisons le poids pris dans un mois.

$$\gamma_{30} = 6 (14 - m) \text{ fois 10 grammes}$$

Retrancher de 14 le nombre de mois, multiplier par 6 pour avoir le nombre de fois 10 grammes.

4° *Le poids de l'enfant jusqu'à 12 mois* :

$$P = \frac{m + 7}{2} \text{ kilogrammes}$$

Ajouter 7 au nombre de mois et prendre la moitié de ce chiffre pour avoir le poids en kilogrammes.

5° *La quantité de lait prise dans une tétée* par un enfant de la naissance à 8 mois.

$$q = m + 8 \text{ ou } m + 7 \text{ fois 10 grammes}$$

C'est-à-dire ajouter 7 ou 8 au nombre de mois.

On en déduit facilement le poids de lait maternel ou de liquide pris au biberon dans la journée.

6° En résumé, notre but a été de permettre l'évaluation rapide, sans effort de mémoire, de la quantité de lait que doit prendre un enfant étant donné son âge, son poids et l'accroissement.

Nous signalons cependant que ces formules ne donnent pas un résultat absolu. Elles ne sont qu'une approximation, une règle théorique dans son application.

Pierre Imbert.— **Le problème de l'hystérie dans le passé et en face des états striés post-encéphalitiques.** (*Thèse de Lyon*, 1931, 173 p.)

Voici les conclusions de l'auteur :

Des origines de la médecine à l'époque de Charcot, l'hystérie appartient plus au domaine de la légende et des superstitions populaires qu'à celui de l'observation scientifique. L'école de la Salpêtrière, avec Charcot, s'attache à l'étude systématique de l'hystérie, mais la délimite mal ; elle ne voit pas le rôle *capital* de la suggestion dans la genèse des accidents hystériques, et, loin d'atteindre son but, aboutit à la multiplication de « l'hystérie de culture ». Par sa conception de l'hystérie-pithiatisme, Babinski donne à l'antique névrose des limites précises. Il montre qu'elle est loin de pouvoir « tout faire » et établit définitivement le rôle de la suggestion, ainsi que celui de la persuasion dans la genèse et la curabilité des accidents pithiatiques. Les résultats en sont immédiatement tangibles, le diagnostic de l'accident hystérique proprement dit obéit à des règles précises et rapidement on le guérit. Du même coup, les manifestations de la névrose se font de plus en plus rares. Malgré des résultats aussi indiscutables, il reste dans la destinée de l'hystérie de se voir attribuer tout nouveau syndrome que faute d'une objectivité connue on ne sait où classer. La guerre de 1914 parut tout remettre en question ; d'une part, en multipliant les cas d'hystérie devenus du fait des circonstances, plus rebelles au traitement psychothérapique ; d'autre part, en donnant naissance à des troubles nerveux que l'on dut nettement séparer des accidents hystériques : troubles nerveux d'ordre réflexe par irritation sympathique (syndrome Babinski-Froment).

L'apparition de l'encéphalite en 1918 entraîne une reprise des débats, mais l'organicité des états striés est tellement évidente que la discussion porte sur un plan apparemment nouveau. On revient sur l'organicité de l'hystérie. Marinesco et Radovici, suivis dans leurs idées par quelques neurologistes, défendent la conception des états hystéroïdes. Ils croient trouver dans les syndromes post-encéphalitiques, et notamment dans les spasmes oculogyres, des analogies étroites avec les phénomènes pithiatiques : similitude d'aspect des manifestations cliniques — troubles identiques de l'appareil neuro-végétatif — action comparable de la suggestion et de la persuasion. S'appuyant sur ces prétendues analogies, ils attribuent à l'hystérie la même origine organique qu'aux séquelles encéphalitiques. Le siège des lésions serait dans les deux cas, au niveau du striatum. *Du point de vue clinique*, la conception d'états hystéroïdes n'est pas justifiée, — aux similitudes morphologiques apparentes correspondent des différences essentielles, — les réflexes neurovégétatifs sont trop variables, même chez le normal, pour permettre d'assimiler deux états neurologiques différents et de les rattacher à l'atteinte des mêmes centres, — les effets de la suggestion et de la persuasion, loin d'assimiler les états striés aux états hystériques, les opposent, au contraire, formellement. Cette conception comporte de plus un certain danger. Inévitablement elle entraînerait le retour aux anciennes erreurs qui, longtemps, paralysèrent l'évolution de la neurologie. Il existe, en fait, dans les troubles moteurs post-encéphalitiques, à côté de ressemblances apparentes avec les états hystériques, des différences qui les opposent nettement. Des faits qui paraissent paradoxaux, plusieurs s'avèrent déjà de pure logique statique. L'étude de la rigidité de déséquilibre et de ses variations a permis de mettre en évidence des signes objectifs d'appréciation délicate, mais inimitables qui témoignent d'un déterminisme précis. Tout en reconnaissant l'intérêt d'ordre psychologique que peuvent présenter les nouvelles théories, l'auteur est convaincu que sur le terrain clinique la conception du pithiatisme reste entière et irremplaçable ; ce qu'elle étiquette pithiatique en peu d'instants elle le guérit — elle conduit toujours à déceler l'organique sous le masque trompeur du fonctionnel.

NOTES DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

L'occlusion aiguë ou subaiguë du gros intestin par cholécystite

L'occlusion aiguë du gros intestin au cours de la lithiase vésiculaire, est extrêmement rare.

Les phénomènes passagers d'iléus paralytique, observés dans la cholécystite, les occlusions intrinsèques par migration des calculs biliaires, ne rentrent pas dans ce cadre. Il s'agit de cas où le tableau clinique est bien celui d'une occlusion avec dilatation du cæcum et ondes péristaltiques. Mohammed Riahy, qui dans sa thèse (*Thèse de Lyon*, 1931) en rapporte un cas observé dans le service du professeur Tixier, n'en a relevé que 13 observations dans la littérature. L'auteur a cependant l'impression que les cas sont moins rares que ne l'indique la littérature. L'état des malades à qui on fait un anus contre nature pour phénomènes occlusifs, est quelquefois trop grave pour permettre une laparotomie exploratrice.

D'autre part lorsque les malades succombent, l'autopsie n'est pas toujours pratiquée.

Les lésions anatomiques paraissent être toujours identiques : énorme vésicule à parois très épaisses, à contenu muco-purulent avec calcul princeps du bassinet et adhérence périvésiculaire intense.

On peut concevoir un certain nombre de mécanismes d'occlusion du gros intestin au cours de la lithiase biliaire. La cause mécanique seule ne peut pas provoquer l'occlusion. Il faut l'intervention de l'élément inflammatoire qui paralyse la musculature du côlon. Le poids de la vésicule rend le contact entre la vésicule et le côlon plus intime, et favorise la production d'adhérences. L'occlusion est donc due aux brides périvésiculaires causées par le poids de la vésicule, à la parésie inflammatoire et aux spasmes de l'intestin plutôt qu'à une altération profonde de la paroi intestinale elle-même. Le diagnostic posé est le plus souvent celui de cancer du gros intestin (cancer de l'angle droit ou cancer du cæcum avec invagination) le diagnostic exact n'étant fait la plupart du temps qu'au cours de l'intervention. L'évolution spontanée de ces occlusions est relativement favorable, elle se fait par crises successives, séparées de périodes d'améliorations.

Le pronostic tient d'avantage à l'état de la vésicule qu'à celui de l'intestin.

Le traitement sera presque toujours chirurgical, immédiat ou retardé : l'état général des malades et des lésions anatomiques rencontrées imposeront souvent la cholécystostomie, qui sera suivie en général d'une cholécystectomie secondaire. L'intervention sur l'intestin (anus cæcal, anastomose) est d'indication tout à fait exceptionnelle.

Peut-on envisager d'une façon moins pessimiste le pronostic de l'iléus biliaire ?

« La gravité de l'iléus biliaire est grande. Pour ma part, je n'ai pas souvenir d'en avoir guéri un seul cas. Il y a un contraste saisissant entre la simplicité de l'opération et ses résultats ». Ainsi s'exprimait Delbet, en 1921, à la Société de chirurgie, dans la discussion qui suivit le rapport de Robineau sur un succès de Petit, de Niort. Quénu, Schwartz, Tuffier, Hallopeau vinrent à la même séance souligner le pronostic particulièrement redoutable de cette occlusion.

Une série de communications et de discussions devant les Sociétés de chirurgie de Paris et de Lyon en 1928, 1929 et 1930, ont donné un regain d'actualité à la question de l'ilus biliaire. Jusqu'à ces dernières années, les succès publiés étaient très rares ; or en 1928, Robineau rapportait deux cas de Lamare et Larget, avec un succès. A Lyon, la même année, Santy présentait deux observations avec un succès et Bonniot en communiquait trois avec une guérison. En 1929, Auvray rapportait trois cas de Morice avec un succès provisoire et un succès définitif. En 1930, Auvray rapportait encore trois autres cas de Jean Quénu avec deux guérisons et quatre cas de Duboucher avec une guérison. Dans les discussions consécutives, des succès étaient mentionnés par Roux-Berger, Hartmann, Alglave. Le 22 janvier 1930, Auvray disait à la Société de chirurgie : « Il semble, maintenant que le nombre de faits d'iléus biliaires publiés s'est notablement accru, que nous devions envisager d'une façon moins pessimiste le pronostic de cette variété d'occlusion ; le nombre des guérisons obtenues est devenu plus élevé » (1).

Valkévitch, dans la thèse qu'il vient de consacrer à cette question rapporte trois observations d'iléus biliaire, présentées par Guilleminet à la Société de chirurgie de Lyon. Dans les trois cas, l'intervention chirurgicale exécutée dans des conditions favorables, aidée par des injections intra-veineuses de sérum hypertonique, a été suivie de mort. V. s'est demandé, après les succès récemment publiés, si l'amélioration de la technique chirurgicale et l'utilisation des injections intra-veineuses de sérum salé hypertonique ont nettement modifié le pronostic très sombre de l'iléus biliaire. Dans ce but, V. a passé en revue les observations publiées depuis dix ans aux sociétés de chirurgie de Paris et de Lyon. Sur 62 observations, on compte, dit-il, 24 succès et 38 échecs, soit 62 % d'échecs. Si on prend les résultats en bloc, on arrive sensiblement aux mêmes chiffres que ceux donnés jusqu'ici :

Kirmisson et Rochard, 75 % ;
Raymond, 67 % ;
Daraignez, 68 %.

Récemment, Alberto Guitierrez de Buenos-Aires donnait une statistique de 15 cas avec 8 morts, soit 53 %, mais ce chiffre a été considéré par ce chirurgien comme en dessous de la vérité. Il est bien probable qu'en France, dit V., les discussions soulevées à propos de l'iléus biliaire ont dû provoquer la publication de nombre de succès, sans amener peut-être celle de tous les échecs.

D'après V. le pronostic de l'iléus biliaire reste à peu près ce qu'il était, c'est-à dire, extrêmement sérieux. Sans doute il y a des succès, peut-être même y en a-t-il un peu plus dans ces dernières années, parce que l'intervention a souvent suivi de plus près l'apparition des signes d'occlusion et même de simple obstruction.

Mais le nombre des échecs reste probablement le plus fort, car, dit V., la thérapeutique chirurgicale ne se préoccupe pas ou ne peut se préoccuper suffisamment de certaines lésions, secondaires au blocage de la pierre dans la lumière du conduit. Or, ces lésions qu'on pourrait croire assez anodines jouent un rôle important dans le mécanisme de la mort de nombre de ces opérés.

V. rappelle que les malades atteints d'iléus biliaire sont presque toujours des femmes âgées, dont la cellule hépatique est altérée, et que les caractéristiques de cette occlusion sont d'être une occlusion du grêle à évolution souvent sournoise, lente et par suite rarement diagnostiquée et opérée tardivement.

Sa fréquence par rapport à celle de l'occlusion en général est diversement appréciée. En tenant compte de toutes les statistiques publiées, cette fréquence relative varie de 0,75 à 7 %.

V. insiste sur le rôle important que doivent jouer les lésions microscopiques de l'anse obstruée et des anses dilatées sus-jacentes : éraillures, fissurations, ulcérations compressives au niveau du calcul. Ces lésions, pas toujours appréciables à l'examen extérieur des anses, servent de porte d'entrée aux résorptions toxiques et facilitent l'intoxication protéosique.

Cliniquement, le diagnostic peut se faire plus souvent qu'on ne le dit si l'on se met en mesure, par un interrogatoire bien conduit, de mettre en évidence le passé biliaire de ces malades qui est beaucoup plus fréquent qu'on ne le dit.

Le diagnostic est également basé sur le caractère lent et presque intermittent de ce mode d'occlusion, sur la constatation par la palpation, par le toucher d'une tumeur particulièrement dure et, enfin sur la radiographie, souvent positive, et qui mérite d'être faite, quand il y a doute.

Il semble résulter des faits que pour améliorer le pronostic de cette redoutable complication de la lithiase, il faut opérer de très bonne heure, devançant ainsi le moment où les lésions de l'anse deviennent profondes et où l'intoxication des malades sera irrémédiable.

L'opération faite précocement sur un intestin encore sain pourra se limiter à une simple taille de l'anse suivie d'extraction du calcul et de suture.

Le lavage des anses sus-jacentes et l'iléostomie de décharge semblent de pratique recommandable.

Dans le cas d'occlusion ancienne ou lorsqu'on aura constaté des lésions manifestes des tuniques internes du grêle, il semble qu'on pourrait, au lieu d'une résection, opération très grave dans ces conditions, se borner à extérioriser l'anse, après avoir

(1) VALKÉVITCH. — Contribution à l'étude de l'iléus biliaire aigu et de son traitement. Thèse de Lyon, mai 1931, n° 509, 83 p. Bosc et Riou, imprim. (*Travail de la Clinique chirurgicale du Professeur Bérard*).

établi une anastomose entre ses deux pieds. L'anse sera ouverte en dehors du ventre, restera fistulisée et sera éventuellement réséquée plus tard.

L'utilisation chez ces malades du sérum salé hypertonique est certainement à conseiller, dit Valkévitch, mais les faits publiés ne prouvent pas encore que le pronostic de l'iléus biliaire s'en trouve bien modifié.

Le gros thymus peut-il déterminer une compression de la trachée ?

« Il est difficile de répondre par l'affirmative dit M. Mordcha Ser (*Thèse de Lyon*, 1931).

On comprend mal qu'une glande de consistance molle puisse réaliser une sténose au niveau d'un organe présentant une rigidité assez importante. Scheel nie la possibilité de la compression de la trachée en se basant sur ses expériences : pour aplatir une trachée de nourrisson il faudrait le poids d'un kilogr. Ce qui surprend un peu. Il est donc plus logique d'admettre que les cas de sténoses observées à l'autopsie sont primitives et représentent des malformations congénitales dans le mécanisme desquelles le thymus ne joue aucun rôle. Cette façon de voir est d'autant plus plausible que la compression de la trachée, observée à l'autopsie, siège presque toujours dans la région thoracique et porte sur plusieurs anneaux et non sur le segment de la trachée correspondant à l'espace « inextensible » de Grawitz. Au surplus, il convient de faire cette remarque importante. Quand on parle d'une compression exercée par la glande thymique « hypertrophiée » sur la trachée, on invoque l'augmentation du poids de cette dernière et on en infère qu'elle doit diminuer le calibre du conduit aérien. *Mais en admettant — ce qui n'est nullement certain — l'existence réelle de cette hypertrophie, encore doit-on observer que la totalité du thymus n'exerce pas cette action et que, seule, la surface restreinte de la trachée en contact géométrique avec elle la subit* ».

« Je ne suis membre d'aucun syndicat *spécialisé*, car je trouve là une division de nos forces médicales qui devraient être concentrées en un syndicat médical unique. » (FOVEAU DE COURMELLES. Spécialités et médecine générale. *Gazette des hôpitaux*, 8 août 1931.)

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Vues nouvelles sur l'endocrinothérapie ovarienne. (M. Roger CHAZETTE, *Vie médicale*, 19 octobre 1930.)

Les extraits opothérapiques totaux, dit l'auteur, ne répondent plus, dans beaucoup de cas, aux conceptions actuelles d'une thérapeutique rationnelle des troubles dépendant d'un dysfonctionnement des glandes endocrines, et, en particulier de l'ovaire.

Comme l'hypophyse, la thyroïde, le testicule, l'ovaire est susceptible de donner, par une dissociation de ses éléments, des hormones d'action physiologique différente et même antagoniste.

Par l'opothérapie ovarienne dissociée, c'est-à-dire par l'administration soit du principe stimulant (agomensine), soit du principe frénateur et suspensif (sistomensine) peuvent être traités avec une grande efficacité les syndromes ménorragiques, métrorragiques, dysmnorrhéiques, ou bien au contraire, aménorrhéiques ou hypomnorrhéiques. A retenir également, comme cela avait été noté déjà par quelques auteurs, une action très favorable de l'agomensine dans les vomissements de la grossesse.

Quelques réflexions pratiques sur la médication bromurée. (Dr J. PEYRUS, *Sud Méd. et Chir.*, 15 juillet 1930).

Le bromure de sodium apparaît comme le plus qualifié des médicaments bromurés et le sédobrol (tablettes d'extrait de bouillon végétal concentré, dosées à 1 gr. de bromure de sodium chimiquement pur) répond remarquablement aux besoins éclectiques de la médication bromurée : c'est un médicament bromuré dissimulé, que tout malade accepte très facilement ; d'autre part, ces tablettes produisent, dissoutes dans de l'eau chaude, un excellent bouillon de goût agréable, eupeptique au plus haut point et dont la dilution même permet l'absorption de bromure de sodium par la muqueuse digestive sans aucune irritation. C'est grâce à ces caractéristiques qu'ont pu s'étendre au maximum les indications du sédobrol, non seulement dans la pratique des maladies nerveuses, plus encore et surtout dans la thérapeutique journalière de la pédiatrie, de la gynécologie, de la stomatologie, en un mot, de toutes les spécialités.

CHEMINS DE FER DE L'ÉTAT

La nuit... vous serez mieux en couchettes !

N'oubliez pas, si vous voyagez de nuit sur le réseau de l'Etat, que de nombreux trains comportent des voitures couchettes de toutes classes.
Voilà bien le confort à portée de tous puisque, pour les plus longs parcours, vous n'avez à acquitter qu'un supplément de :

EN HIVER : 33 fr. 80 en 1re classe ; 27 fr. 05 en 2e classe ; 22 fr. 55 en 3e classe.
EN ÉTÉ : 42 fr. 80 en 1re classe ; 36 fr. 05 en 2e classe ; 31 fr. 55 en 3e classe.

En outre, si vous revenez d'Angleterre par le service de nuit Newhaven-Dieppe, vous avez la faculté de rester dans votre couchette jusqu'à 7 h. 30 bien que votre train entre en gare de Paris-Saint-Lazare à 5 h. 28.

Tous renseignements désirables vous seront donnés dans les gares du réseau de l'Etat.

BUREAU OFFICIEL DES GRANDS RÉSEAUX FRANÇAIS

Maison du Tourisme

Les Voyageurs trouvent au Bureau Officiel des Grands Réseaux français installé à la Maison du Tourisme, 53, avenue George-V, à Paris, tous renseignements utiles en vue de leurs déplacements.
Ils peuvent y obtenir les billets de toutes catégories qui leur sont nécessaires (chemins de fer et autocars) et y louer à l'avance places de luxe, places de 1re, 2e ou de 3e classes.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

La chambre natale de Flaubert. — *L'Ami du Peuple* 1er septembre 1931) :

Dans *Flaubert à Paris*, M. Louis Bertrand, déplorait que la chambre natale de l'illustre écrivain normand fût devenue un « vulgaire débarras ». « Par un bel escalier, à la rampe de fer forgé, disait-il, nous montons à la chambre des époux Flaubert — la propre chambre où est né l'auteur de *La Tentation de Saint-Antoine*. Elle est devenue un carphanaüm encombré de cornues et de bocaux, où nagent des choses innommables, des viscères en charpie, un tas d'horreurs physiologiques... »

En effet, vers 1893, la chambre natale de Gustave Flaubert à l'Hôtel-Dieu avait été transformée en laboratoire d'anatomie pathologique pour les élèves de l'Ecole de médecine. Ce fut œuvre de vandales : la cheminée fut enlevée ; des lambris furent perforés pour donner passage à des tuyaux de poêle ; l'alcôve fut coupée de nombreuses planches et partout s'accumulèrent des bocaux où macéraient des viscères. C'était spectacle incroyable !

Pendant plus de vingt-cinq ans — de 1895 à 1921 — le Professeur Brunon, qui devait devenir directeur de l'école de médecine, protesta contre cette ignominie. Sa patience eut raison de l'incurie et du sans-gêne ; ayant pu transférer le laboratoire, il entreprit la restauration de la chambre natale de Flaubert. On retrouva au garde-meuble la belle cheminée de marbre noir devant laquelle on avait réchauffé le nouveau-né. Les lambris furent restaurés. L'alcôve et le cabinet de toilette reçurent une tapisserie en papier à peu près semblable à celui qu'avait connu le Docteur Flaubert, chirurgien à l'Hôtel-Dieu et père de l'écrivain. Pour meubler la chambre, les amis du Docteur Brunon firent de nombreux dons : chaises, tables rondes, guéridons ; Mme de la Moissonnière offrit une magnifique pendule ; Mme Guardia fit cadeau d'une table à ouvrage ; le Docteur Lecaplain remit un bougeoir ; le Docteur Brunon découvrit une chaise fort belle dans les greniers de l'Hôtel de Ville, une armoire normande à l'Hôtel-Dieu ; il fit don d'un lit et d'une table de nuit de l'époque et d'une table de toilette avec sa garniture. Mme Paul Gresland donna des tapis, découpés dans des tapis des Tuileries.

La chambre natale de Flaubert donnait l'impression d'une pièce habitée. Elle fut inaugurée le 22 juin 1923, en présence de l'élite intellectuelle de Rouen et de Normandie. On pénètre dans la chambre natale de Flaubert par un petit vestibule. Un lit en forme de bateau, avec de grands rideaux en toile imprimée occupe le fond de la pièce dans une alcôve, ayant à chaque extrémité, une penderie. Au milieu : un guéridon rond avec dessus de marbre ; des fauteuils et des chaises en acajou, une petite table à ouvrage et une table pour écrire ; le tout est de style Empire et s'harmonise avec l'ensemble. Deux fenêtres, garnies de rideaux rouges, tamisent la lumière et donnent une atmosphère de calme recueilli. Aux murs sont fixées des glaces en deux parties, au tein un peu trouble, surmontées d'attributs bucoliques, celles-là mêmes qui ont reflété le visage de Gustave Flaubert ; des portraits d'Achille-Cléophas Flaubert, père de l'écrivain, la photographie de son buste par Carpeaux, des portraits de Gustave Flaubert à différents âges, des portraits de Lecat, le maître de la médecine rouennaise, et enfin la photographie d'une miniature représentant une religieuse du service du Docteur Flaubert, qui aurait été l'héroïne de « Sœur Philomène » des Goncourt. La cheminée, qui a grande allure, est garnie de vases et de flambeaux bien dans le goût de l'époque.

Le cabinet a été reconstitué avec le même souci documentaire : une garniture de toilette avec sa minuscule cuvette ; de vieux flacons à cognac et à raspail en porcelaine décorée à Rouen, un bidet, une armoire et quelques chaises ; des portraits d'Achille et Gustave Flaubert enfants, par Delaunay, et enfin, soigneusement encadré un fragment du papier qui recouvrait les murs au moment de la naissance de l'auteur de *Madame Bovary*.

Ainsi, la chambre natale de Gustave Flaubert est devenue, non pas un musée froid et sans vie, mais un lieu de pèlerinage où les amis de Gustave Flaubert retrouvent le souvenir du maître rouennais. — *L. N.*

La vertu de l'ignorance. — *Extrait de la conférence faite par M. Abrami aux* Journées médicales de Bruxelles (20-24 juin 1931).

« ... Il m'est arrivé une aventure singulière que je dois vous conter en détail ... Puisque j'allais, à mon tour, tenir le rôle magique du conférencier, il me fallait un sujet dont la grandeur et la noblesse trouvassent écho dans l'esprit de chacun de mes auditeurs ... Quel plus émouvant qu'un exposé de la science médicale ?

Il y a quelques jours, ma conférence était terminée. J'en polissais avec complaisance les derniers angles. C'est alors que la catastrophe se produisit.

Un ami que j'avais prié de me servir d'auditeur (ce n'est pas un médecin, mais rien ne lui est étranger, des choses qui nous occupent), m'écouta silencieux. Et comme je terminais, attendant un éloge :

« Bienheureuse et féconde ignorance ! s'écria-t-il ... Vous vous méprenez complètement et votre conférence est le fruit d une illusion pernicieuse... Rien n'est plus dangereux, parfois, que le savoir, et l'ignorance, à tout prendre, ne mérite pas votre dédain.

Le spectacle qu'offre la médecine, ces dernières années, vous apparaît admirable, parce qu'il est tout embaumé du parfum des laboratoires... Avez-vous bien songé, mons ami, à toutes les conséquences d'un pareil état de choses, où vous vous plaisez à voir la marque du progrès et où je n'aperçois, pour ma part, qu'un affreux dévergondage du savoir ?

Etes-vous d'abord certain de posséder encore une pensée qui vous soit personnelle ? Tant que le médecin ne tirait son opinion que de son expérience clinique appuyée de quelques bonnes et saines mesures nous pouvions en appeler de son jugement. Devant quel tribunal porter les arrêts du laboratoire ?

Croyez-moi, l'évènement est grave. Car, soutenu par l'autorité de la science, tout armé d'instruments, tout bardé de mesures, tout rembourré de chiffres, et, par surcroît, le chef empli de théories non moins scientifiques, le médecin n'a plus le droit de se tromper.

Tous ces dosages savants dont vous ne sauriez, n'est-il pas vrai, vous passer pour établir votre diagnostic, ces déterminations dans les humeurs, du chlore, du sodium, du potéassium, du calcium, du phosphore, de la créatinine, de l'acide urique, de l'acide oxalique, du cholestérol , des lipides et des protides et des glucides ; et toutes ces admirables méthodes d'hématologie, de sérologie, de radiographie, d'électro-cardiographie, tout cela échappe, la plupart du temps, à votre contrôle effectif. A chaque examen nouveau peut se glisser une nouvelle erreur.

Un jour je fis prendre ma pression artérielle et le poison du doute a pénétré dans ma vie. Hanté par l'œil cyclopéen de votre sphygmanomètre, j'oscille entre la terreur de la syncope et celle de l'hémorragie cérébrale... d'autant plus désemparé qu'hypo ou hypertendu, je n'ai pas grand recours à attendre de votre science !

Encore, si nous étions les seuls à pâtir. Mais vous aussi, vous êtes victimes de votre savoir... Vous savez beaucoup trop de choses pour pouvoir encore imaginer la vérité. Votre science vous a mis des œillères.

C'est la rançon des grandes découvertes : éblouis par leur magnificence, nous ne voyons plus que par elles... De même qu'un phare, en même temps qu'il met en pleine lumière la route qu'il domine, épaissit pour nos yeux les ténèbres d'alentour, de même il y a dans toute science, un dangereux pouvoir d'aveuglement.

Telle l'époque pastorienne ! ... Et pourtant, la connaissance du microbe ne donne pas toute la solution du mystère. La bactériologie semble avoir isolé l'organisme humani du reste de l univers ; elle a fait méconnaître dans l'harmonieuse et innombrable complexité de l'enchaînement des causes, tout ce qui revient au *Cosmos* dans la genèse des maladies, et que pressentent ceux qui ne savent pas.

Un jour, demain peut-être, ce problème sera abordé et résolu, comme le seront les problèmes de l'immunité et de la guérison spontanée des maladies. Et soyez-en bien persuadé, ce n'est pas comme vous le faites depuis un demi-siècle, en tournant dans la ronde des anticorps, que vous trouverez la réponse à ces grandes questions. Ici,encore, trop de théories, trop de systèmes, trop de dogmes obscurcissent votre esprit et l'empêchent d'apercevoir la vérité. Ils exercent sur votre imagination une emprise d'autant plus dangereuse qu'ils émanent des laboratoires et empruntent à l'appareil scientifique leur souveraine autorité.

Mystique de la science, cent fois plus pernicieuse que l'innocente ignorance ! ... Savoir, arme merveilleuse et redoutable, qui illumine d'extase celui que tu frappes et lui inocule en même temps le poison de l'erreur !

Lequel d'entre vous, devant les ouvrages du génie humain, n'a fait le rêve de retrouver pour une fois, la pureté, l'ingénuité, la plénitude des impressions que lui apporta leur révélation première ? Qui n'a souhaité revivre, en face de l'univers, les temps bienheureux de l'enfance, quand chaque regard, en se posant sur le monde, offrait à notre ignorance curieuse, une découverte nouvelle ?

Ignorance, il faut te rendre la justice qui t'est due, car c'est toi, en vérité, qui fais la science ! Tu es l'aiguillon divin de notre curiosité, nous ne travaillons que pour te vaincre et sans toi, nous ne ferions rien. Plus on sait, a dit Socrate, et plus on veut savoir, car, plus on sait, plus on s'aperçoit qu'on ne sait rien ! »

Conseils aux médecins qui ont beaucoup vu. — *Extrait d'un article publié par le Professeur Condamin dans le* Lyon Médical (28 *juin et* 5 *juillet* 1931) *et consacré au Dr Tournier* :

« ..... La sagesse ne devrait-elle pas imposer à ceux qui ont dépassé la cinquantaine et surtout à l'approche de la soixantaine, le devoir impérieux quand on a travaillé scientifiquement, recherché consciencieusement la vérité, de publier sous quelque forme que ce soit, le résultat de son expérience et de ce qu'il croit être le vrai avec l'objectif précis de ne rien laisser perdre de ce qui pourrait être utile à ceux qui viendront après et qui suivant les cas, le démoliront ou construiront dessus. Avec l'âge mûr et surtout la vieillesse, la peur de la critique ou un sens trop développé du criticisme personnel, paralyse ce qui peut rester d'énergie. Il faut de l'énergie et souvent beaucoup pour écrire et fixer par la plume ce qui n'a souvent été qu'une conception un peu vague de l'esprit, sous le contrôle d'une expérience journalière. De quels documents importants ne sommes-nous pas privés, la science et nous, par le fait de ce criticisme exagéré et stérilisateur qui a empêché des hommes comme Laroyenne, Fochier, Bouveret et d'autres comme Tournier, de nous laisser par écrit tous les fruits de leur expérience, de leur méditation alors même que ceux-ci n'avaient pas atteint leur pleine et entière maturité. Comme ces fruits qui se font et mûrissent au fruitier, quand ils ont été cueillis encore verts, les observations cliniques, les vues de l'esprit de ceux qui raisonnent, peuvent acquérir avec le temps, avec la piété et la sollicitude des élèves du maître toute la valeur, leur plein rendement soit par eux-mêmes soit par les modifications qu'on peut leur apporter. Ainsi comprise, la critique qui stérilise, doit laisser indifférents ceux qui, sans rien abandonner de leur curiosité scientifique et de leur amour de la vérité, n'ont plus par le fait de leur âge des ambitions à soutenir ou des intérêts à défendre. Mais pour cela il ne faut pas trop attendre. Nul ne sait, arrivé au soir de sa carrière, si la veillée sera longue, si la torpeur qui précède le grand sommeil ne viendra pas interrompre et laisser inachevé le travail commencé. Et puis n'est-ce pas, pour eux que le travail a toujours consolé, faire preuve encore d'activité, en écrivant pour ceux qui sont encore loin des dépressions physiques de l'âge : en les voyant poursuivie ce qu'on a commencé n'est-ce pas se donner encore, l'illusion tout au moins, de continuer encore un travail habituel... »

L'éveil sensuel de Mme Roland, jeune fille. —Passage extrait des *Mémoires de Mme Roland* (par M. C. L. Perroud) et cité par le professeur Condamin dans le *Bulletin du Lyon médical* (5 juillet 1931.)

« Les progrès de l'esprit ne se faisaient pas seuls, la nature avait aussi les siens dans tous les genres. Un 1er de mai, à quatorze ans, elle avait fleuri tout à coup sans aucun effort, comme une rose vive et fraîche qui s'entr'ouvre aux rayons puissants du soleil printanier. Quoique ma mère ne m'eût jamais dit expressément ce que je devais attendre, elle en avait assez exprimé en ma présence dans l'occasion et ma bonne-maman surtout s'était trop amusée à me faire certaines prophéties pour que je fusse étonnée de l'événement.

Je remarquai avec une sorte de joie, comme une initiation dans la classe des grandes personnes et je l'annonçai à ma bonne mère qui m'embrassa tendrement, ravie de me voir passer si brillamment une époque dont elle s'inquiétait pour ma santé. Avant ce temps, j'avais été quelquefois tirée du plus profond sommeil d'une manière surprenante. L'imagination n'y était pour rien ; je l'exerçais sur trop de choses graves et ma conscience timorée la gardait trop soigneusement de s'amuser à d'autres, pour qu'il lui fût possible de me représenter ce que je ne me permettais pas de chercher à comprendre. Mais un bouillonnement extraordinaire soulevait mes sens dans la chaleur du repos et, par la force d'une constitution excellente, opérait de soi-même un épurement qui m'était aussi inconnu que sa cause. Le premier sentiment qui en résulta fut, je ne sais pourquoi, une sorte de crainte ; j'avais remarqué dans ma « Philotée » qu'il ne nous est pas permis de tirer de nos corps aucune espèce de plaisir, excepté en légitime mariage ; ce précepte me revint à l'esprit, ce que j'avais éprouvé pouvait s'appeler un plaisir, j'étais donc coupable et dans le genre qui pouvait me causer le plus de honte et de douleur, puisque c'était celui qui déplaisait le plus à l'Agneau sans tache ! Grande agitation dans mon pauvre cœur, prières, mortifications. Comment éviter pareille chose ? Car enfin, je ne l'avais pas prévu, mais à l'instant où je l'avais éprouvé, je ne m'étais pas mis en peine de l'empêcher. La surveillance devint extrême. Je m'aperçus que telle situation m'exposait plus que telle autre : je l'évitais scrupuleusement. L'inquiétude fut telle qu'elle parvint ensuite à me réveiller avant la catastrophe. Lorsque je n'avais pu la

sauver, je sautais au bas du lit, les pieds nus sur un carreau frotté, malgré le froid de l'hiver, et, les bras en croix, je priais le Seigneur de me garder des pièges du démon. Je m'imposais aussitôt quelques privations, et il m'est arrivé de pratiquer à la lettre ce que le prophète-roi ne nous a transmis peut-être que comme une figure de style oriental, de mêler de la cendre au lieu de sel sur une rôtie de beurre, par esprit de pénitence ; ces déjeuners ne me faisaient pas plus de mal que les accidents nocturnes pour la réparation desquels je me mettais à cet extravagant régime.

Je compris enfin que ce pouvaient être des épreuves que le ciel permettait pour nous tenir dans une humble défiance de nous-mêmes ; je me ressouvins des plaintes et des prières de saint Paul pour être délivré de certain démon et de ses aiguillons importuns ; j'imaginai que c'était pour cela que saint Bernard se jetait quelquefois dans la neige, que saint Jérôme couvrait son corps de cilice, et que le jeûne était si fort recommandé aux aspirants à la perfection.

Je vois déjà les curieux s'inquiéter de ce que je pouvais dire à confesse ; assurément ils n'ont pas plus de peine à l'imaginer que j'eus d'embarras pour m'en tirer. Le plus scrupuleux examen avait beau rassurer ma conscience sur la volonté, je revenais toujours aux principes du Philotée, à l'argument en conséquence, et enfin, si c'était une épreuve, encore fallait-il en parler au directeur. Comment s'y prendre ? quel nom donner ? quoi écrire ? que pouvais-je exprimer ! « Mon père, je m'accuse... » Eh bien que dire après ? le cœur me battait, le feu me montait au visage, certaine sueur se répandait partout.

« Je m'accuse... d'avoir eu des mouvements contraires à la chasteté chrétienne. » Ah ! la bonne phrase ! Sauteuil ne fut pas plus content d'avoir trouvé sa reine, et Archimède la solution de son problème, que je me sentis aise de l'expression. Mais s'il m'en demandait davantage ? Mais c'est à lui de savoir, moi c'est tout ce que je puis dire.

Je tremblai ce jour-là bien plus fort en m'agenouillant dans le saint tribunal, et j'étais voilée jusqu'au menton. Je me dépêchai de soulager mon cœur de la plus grave des accusations. « Y avez-vous contribué ? » « Je ne sache pas, mais il n'y avait pas de volonté ». « N'avez-vous pas fait de mauvaises lectures ? » « Jamais ». « N'avez-vous pas nourri de mauvaises pensées ? » « Oh ! non, elles me font peur ! » — « Heu, après... » Je ne sais si le bon abbé Morel n'avait pas à se défendre alors de quelque mauvaise pensée, mais sa sage discrétion n'ajoutant rien de plus, je trouvai que son « Heu, après » valait un passé à l'ordre du jour, et qu'il fallait bien que je ne fusse pas coupable, comme j'avais peur de l'être ; cependant il eut soin, dans l'exhortation finale, de me recommander de veiller beaucoup avec moi-même, de me rappeler que la pureté angélique était la vertu la plus agréable au Seigneur, et autres banalités que je lisais tous les jours ; je m'assurai que j'avais bien deviné en jugeant que c'était une épreuve, et en faisant telles et telles applications de saint Paul et autres. Ma conscience fut délivrée d'un scrupule très fatigant, et je fus vigilante sans être agitée».

La « Radiologie aux médecins ». — M. Hayem (*Réunion médico chirurgicale des hôpitaux de Lille*, 18 mai 1931) vient de rappeler la demande du corps médical et de l'Académie de médecine en particulier, qu'une loi analogue à celle existant déjà dans certains pays conférât aux médecins seulement l'usage de la radiologie. Il cite à ce propos, avec radiographies à l'appui, le cas d'un ouvrier, radiographié à l'usine même, par un infirmier, à la suite d'un traumatisme du genou. Le manipulateur s'était borné à prendre un cliché de profil et avait déclaré que tout était normal. Or, des radiographies prises dans les deux positions classiques montraient, sans contestation possible, une fracture de la rotule avec modification de la structure osseuse donnant l'impression d'ostéite fibreuse.

Prescriptions administratives. — Du *Journal des Débats* (9 août 1931) :

S'il est un reproche qu'on ne peut pas adresser à l'administration, c'est celui de négliger les prescriptions minutieuses. Les règlements ont la prétention de tout prévoir. Le *Journal officiel* du 7 août nous en donne une preuve bien curieuse. Il s'agit de la rémunération des médecins phtisiologues chargés de l'examen des fonctionnaires sollicitant l'octroi ou la prolongation d'un congé de longue durée pour tuberculose. La réglementation occupe 3 colonnes de l'*Officiel*, si on ajoute au décret qui l'édicte la partie d'une circulaire qui le suit. Voici un pas-

sage de cet acte administratif ; il s'agit du calcul de l'indemnité de déplacement pour une journée incomplète :

a) Déplacement sans découcher, obligeant à prendre un repas au dehors (absence excédant sept heures, mais ne dépassant pas douze heures), 21 fr. 50 ;

b) Déplacement sans découcher, obligeant à prendre deux repas au dehors (absence excédant douze heures mais ne dépassant pas dix-huit heures), 43 francs ;

c) Déplacement, avec découcher, comportant une absence excédant sept heures, mais ne dépassant pas douze heures, 25 francs ;

d) Déplacement, avec découcher, comportant une absence excédant douze heures, mais ne dépassant pas dix-huit heures, 46 fr. 50.

Il faut au médecin plus d'attention pour obéir aux prescriptions de l'administration que pour examiner son patient, s'il veut établir en toute conscience et toute précision le mémoire que l'administration lui demande de produire en double exemplaire, dont un sur papier timbré. L'administration vérifiera la régularité des mémoires, établira les relevés liquidatifs des dépenses et transmettra ceux-ci au ministère des finances.

On ne peut s'empêcher de penser que ces précautions et ces minuties font le tourment des hommes consciencieux, tandis qu'elles constituent une oasis pour ceux qui ne le sont pas.

L'adaptation du « Culex pipiens » à l'urbanisme moderne. — Dans une ville de l'Ouest dont certains quartiers sont infestés chaque année par les moustiques, j'ai reçu du maire la mission d'établir un plan de campagne contre ces insectes, ce qui comporte essentiellement la recherche des eaux ou gîtes où s'effectue la ponte, où se poursuit le développement des larves et des pupes jusqu'à leur transformation en insectes ailés.

Dans les bâtiments publics ne possédant ni cave inondée, ni citerne, et où les moustiques abondaient sans qu'on pût accuser les conduits souterrains des eaux pluviales ménagères, je découvris dans la *fosse d'aisances* la cause de l'abondance des moustiques. J'obtins la certitude de leur présence dans ces chambres liquides souterraines en voyant s'envoler des essaims de moustiques quand on soulevait la plaque métallique obturant le « regard » de la fosse (et *en pêchant directement dans le contenu*, à l'aide d'un dispositif spécial, des *larves et pupes* qui furent ramenées en nombre malgré que le flacon servant à cette pêche n'eût que 5 centimètres d'ouverture ; ce qui prouve que le peuple des larves y était très dense.

Les moustiques ailés provenant des caves, des citernes ou des fosses n'appartiennent qu'à une seule espèce, *C. pipiens*. Mais ces insectes, qui ont passé les deux ou trois semaines de leur vie larvaire dans l'obscurité, ont un thorax de nuance claire, blonde qui contraste avec le thorax foncé, chatain, des sujets de la même espèce, issus des eaux de surface où leurs larves et pulpes subissent l'action des rayons solaires pendant leur vie aquatique.

Il est aisé d'expliquer la présence de *C. pipiens* dans les caves, dont l'accès lui est largement ouvert ; vers les citernes, il découvre parfois une voie pour l'entrée et la sortie. Il est moins facile de comprendre comment il pénètre dans les fosses d'aisances et surtout comment il en sort. La femelle peut effectuer sa ponte nocturne dans l'eau du siphon quand le siphon existe ou à la surface de la colonne liquide qui remonte dans le tuyau de chute quand il n'y a pas de siphon. La chasse d'eau qui suit entraîne la nacelle d'œufs dans la fosse. Mais les moustiques éclos dans cette chambre liquide souterraine et close n'en peuvent sortir par la même voie, ils ne peuvent trouver d'issue que par un orifice dans la plaque du regard, ou sous la plaque mal appliquée, ou par le conduit d'évacuation des gaz. Ce conduit qui a parfois 10 mètres à 15 mètres de hauteur, pourrait être également la voie d'accès à la fosse.

Quelle que soit la voie d'entrée et de sortie, les fosses d'aisances peuvent être des foyers de pullulation des moustiques. Une fois introduits dans ce gîte souterrain, les œufs n'éclosent et les larves ne se développent que si le milieu n'est pas trop chargé en matières excrémentitielles. *C. pipiens* n'habite pas les fosses d'aisances qui ne reçoivent pas d'eau ou qui n'en reçoivent qu'en petite quantité. Mais quand des bâtiments publics, gares, écoles, hôtels, ont des water-closets pourvus de chasses d'eau de grande capacité ou fonctionnant automatiquement, et fréquemment votume de l'eau par rapport à celui des matières donne au moins dans la partie supérieure de la chambre liquide, un contenu tellement dilué qu'il devient propice à l'évolution des larves. C'était le cas dans deux fosses infectées dont j'ai examiné la couche supérieure ; elle était limpide dans l'une, simplement louche dans l'autre. Il y a des fosses qui ne reçoi-

vent guère que des déjections liquides pour un volume d'eau dix ou vingt fois plus considérable ou même davantage.

C'est ainsi que *C. pipiens*, qui trouvait déjà dans les caves où est installée la chaudière du chauffage central un refuge plus confortable qu'une chambre froide pour y passer l'hiver à l'état ailé, sait profiter également des fosses septiques pour y passer sa vie larvaire. Ce moustique a su s'adapter à l'urbanisme moderne et utiliser les installations sanitaires pour la multiplication de son espèce. Des villes et des bourgs deviennent ainsi plus infestés de moustiques à mesure que l'urbanisme y fait des progrès parce que ces insectes éclosent dans les eaux souterraines.

Les constatations ci-dessus posent un problème nouveau à l'architecte et à l'urbaniste : celui d'empêcher l'eau des citernes et des fosses de devenir l'habitat de *C. papiens*, qui de horticole et urbain est devenu cavernicole et domestique. Il ne s'agit pas de cacher l'eau dans le sous sol pour la soustraire à certains moustiques. Je viens de prouver le fait pour *C. pipiens* en France. Il est à craindre qu'aux colonies le *Stegomya fasciata*, moustique domestique, auteur de la fièvre jaune et de la fièvre rouge ou dengue, qui y habite déjà les égouts que nous avons construits, adopte aussi la fosse d'aisances pour habitat quand l'urbanisme fera des progrès dans nos villes coloniales : ce serait pour la santé publique un grand danger qu'il est prudent d'envisager pour le prévenir.»

(J. Legendre. Le moustique cavernicole ou l'adaptation de « Culex pipiens » à l'urbanisme moderne. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 28 juillet 1931.)

BIBLIOGRAPHIE

Hypertension artérielle, par Vital LASSANCE. Préface de M. le Dr Ch. LAUBRY. Un volume illustré de 310 pages. Prix : 35 francs. Editions médicales N. Maloine, 27, rue de l'École-de-Médecine, Paris (6e).

Quelques pages de physiologie exposent ce qu'est la pression sanguine et font comprendre, sans discussions pathogéniques inutiles, comment et pourquoi survient l'hypertension, ce trouble du fonctionnement de l'arbre artériel.

Puis sont fouillés les divers problèmes cliniques que soulèvent les nombreux malades hypertendus que l'on rencontre : Comment mesurer la tension artérielle ? quelle est la valeur et la signification des chiffres ? comment interpréter les différents types sphygmomanométriques ?

Après avoir longuement étudié les petits troubles et les grands accidents qui tourmentent la vie des hypertendus, l'auteur décrit toutes les recherches qui doivent nous renseigner sur l'état des organes ordinairement menacés comme le cœur, les reins, les artères, etc.

De cet examen complet, des données de l'étiologie et de l'évolution se dégagent quelques types d'hypertendus pour lesquels il est facile d'établir un pronostic judicieux et un traitement logique.

L'importance du chapitre consacré à la thérapeutique qui apparaît beaucoup plus riche et plus efficace qu'on ne le pense en général, relève du même esprit d'utilité pratique qui a été suivi jusqu'au bout de cet ouvrage rempli d'idées claires et bien mûries et rempli de bon sens, comme dit le Dr Laubry dans la préface qu'il a bien voulu écrire pour cet intéressant ouvrage.

Les jeunes vagabondes prostituées en prison, par le Dr Louis FAIVRE. Thèse de Paris, 1931, chez Le François.

Mettant à profit son séjour comme interne à l'Infirmerie centrale des Prisons et ses connaissances de médecin-légiste le Dr Faivre a étudié les jeunes délinquantes avec un soin tout particulier désireux de résoudre le problème de la prostitution des mineurs. Excellent clinicien et parfait sociologue notre confrère s'est attaché à démontrer que les mesures actuellement employées ne sont nullement appropriées à la situation. Son ouvrage est divisé en trois parties : dans la première il étudie la législation actuelle, dans la deuxième il aborde la question des maladies vénériennes et de la tuberculose si fréquentes chez les filles, dans la troisième il fait une excellente étude médico-légale, psychologique et sociale du phénomène prostitution. Il convient de féliciter M. Faivre d'insister sur l'urgence d'organiser un service médical de gynécologie dans les Prisons et d'examiner les prostituées pendant trois mois environ pour que le dépistage de la syphilis soit complet : en un mot ce travail est une mise au point parfaite de la question étudiée par une personne éminemment compétente.

G. Paul-Boncour.

La prescription médicale des narcotiques et les problèmes d'ordre médico-légal qu'elle peut soulever, par le Dr VERVAECH. *Bruxelles-Médical*, 5 et 12 avril 1931.

Le distingué Directeur général du service d'anthropologie pénitentiaire belge se place toujours dans un plan éminemment pratique, utilisant les documents que lui fournit sa situation, il montre dans une série d'articles que nombre de toxicomanies sont d'origine thérapeutique. Il importe donc de mettre en garde les médecins qui, par imprudence ni par ignorance des prescriptions légales en matière de stupéfiants pensent se trouver impliqués dans des instructions judiciaires à propos d'inculpés toxicomanes.

Dans ces articles, le Dr V. soulève d'intéressants problèmes médicaux ainsi que le démontre l'énumération des principaux chapitres.

La loi belge sur les stupéfiants, — les conditions de la prescription médicale — la répression des faux et délits en matière de stupéfiants, — les doses.

L'état de toxicomanie, — ses caractères et sa définition, — la responsabilité médicale, la — responsabilité pénale des toxicomanes. — La conduite du médecin, etc.

La question est donc envisagée dans son ensemble et une excellente bibliographie permet de remonter aux sources pour les faits qui sont exposés trop sommairement.

G. Paul-Boncour.

Psychologie des études médicales et des aptitudes médicales par le Dr CHAVIGNY, 1931. Un volume in-68 de 206 pages : 20 fr. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19 rue Hautefeuille à Paris, VIe.

L'auteur est depuis longtemps préoccupé des lacunes et des erreurs de l'enseignement médical ; il les a prospectées longuement avant d'en écrire et voilà seulement quatre ans qu'il a publié sa première étude d'ensemble sur le sujet : ce fut l'*initiative générale aux études médicales ; leur technique*. Bien que ce petit livre fut surtout destiné aux étudiants pour leur montrer les dons indispensables à l'exercice de la médecine et la manière de travailler avec fruit, il dut toucher aux méthodes d'enseignement et provoqua la mauvaise humeur de ceux qui jugent parfait l'enseignement actuel de la médecine.

Dans la *technique mentale des études médicales*, l'auteur poursuit son effort. Il estime que les réformes nécessaires ne peuvent se décréter. Il les cherche dans la psychologie intime de l'acte médical et on lira avec un puissant intérêt les pages consacrées au diagnostic, à l'induction en clinique, à la recherche de la causalité en clinique. Après avoir précisé les bases psychologiques, il en déduit tout naturellement la méthodologie de la médecine et en fait l'application aux diverses spécialités.

Dans une deuxième partie, sur la connaissance des méthodes logiques employées en médecine et dont la première partie a fourni l'analyse, il base un certain nombre de données pédagogiques et professionnelles : l'enseignement de la logique médicale, les conditions de la recherche et de l'invention, la notion de progrès en médecine, la valeur des disciplines de préparation, la technique mentale du praticien, les multiples techniques mentales du professeur, la nécessité d'une chaire de médecine générale dont la conception est très neuve, une esquisse enfin de sélection des étudiants sur la base des conditions psychologiques de la formation médicale.

Sur les hauteurs où plane l'auteur, il serait invraisemblable qu'il rencontrât des susceptibilités personnelles. Mais il risque de se heurter à l'esprit de routine, de moindre effort, de méfiance vis-à-vis de toute nouveauté, du moins auprès de certains collègues de l'Université. Il aura pour lui, au contraire, les jeunes, les indépendants, tous ceux dont la personnalité forte a résisté au moule des traditions empiriques et périmées : ceux-là ne seront pas tous fatalement de son avis, mais ils comprendront son effort et suivront le même sentier.

La mort par pitié, par le Dr FINEAU-VALENCIENNE. Thèse de Paris 1931, chez Amédée Legrand.

Peut-on et doit-on hâter la mort des incurables ? Telle est la question à laquelle le Dr Fineau se propose de répondre, question qui touche à la fois à la médecine, au droit et à la morale, et sur laquelle ont été écrits beaucoup d'articles traitant de l'euthanasie. L'auteur après avoir donné une définition raisonnée de l'euthanasie recherche cette pratique aussi loin qu'il la trouve dans l'histoire, la philosophie et la littérature. Il expose les divers projets de loi qui s'y rapportent et qui ont été discutés au sein des différents parlements : il envisage seules les idées émises sur ce point et avec une critique impeccable, il conclut qu'il y a des raisons qui expliquent l'indulgence des jurés, mais qu'il est impossible de reconnaître légalement le droit de tuer par pitié : trop souvent l'auteur de la mort agit en égoïste, des erreurs de diagnostic sont possibles, des difficultés au sujet des successions ne sont pas rares,

Autant de raisons pour repousser toute réglementation de l'euthanasie et pour la blâmer.

On peut recommander la lecture de ce travail qui donne un aperçu clair et raisonné de cette question brûlante.

Dr Paul-Boncour.

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE. — R. C. C. 4264

FONDÉ EN 1873. — N° 41 | LE NUMÉRO : 50 Centimes | 10 OCTOBRE 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (Ve)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance publique à Paris. — *Oral de l'internat. Composition définitive du jury après acceptation.* — MM. les docteurs Lévy Valensi, Baudoin, May, Laroche, Huber, Chevassu, Bergeret, Leroux, Mocquot, Macé.

La première séance aura lieu le jeudi 8 octobre à 16 h. 45, salle des Concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères.

La cure sanatoriale à Briançon. — A la fin du mois d'octobre 1931, s'ouvrira à Briançon, dans une situation splendide, à 1.350 mètres d'altitude un nouveau sanatorium pour dames et jeunes filles : Le Grand Hôtel des Neiges.

Ce sanatorium construit et installé de la façon la plus moderne sera placé sous la direction du Dr Pin et de Madame la Doctoresse Sentis-Pin, assistés d'un comité consultatif placé sous la présidence de M. le Professeur Emile Sergent, et comprenant les Docteurs Mignot et François Le Sourd.

Il est inutile d'insister sur l'intérêt que présente cette création dans la haute vallée de la Durance qui jouit d'un climat absolument privilégié.

Pour tous les renseignements, s'adresser au Docteur Pin, à Briançon (Hautes-Alpes).

IIIe Congrès international et IIIe Exposition internationale de technique sanitaire et d'hygiène urbaine. — Après Prague et Milan, la ville de Lyon a été choisie pour être le siège, les 6, 7, 8 et 9 mars 1932, du IIIe Congrès international de technique sanitaire et d'hygiène urbaine.

Ce Congrès s'accompagnera, suivant l'usage établi aux précédentes manifestations, d'une Exposition internationale qui se tiendra du 7 au 20 mars 1932, dans le cadre et pendant la Foire de Lyon.

Tous renseignements seront donnés sur demande adressée au Commissaire général du Congrès et de l'Exposition : M. le docteur Garin, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu, conseiller municipal, rue Ménestrier Lyon).

Internat en médecine des asiles de la Seine. — Un concours s'ouvre annuellement au mois de mars pour 7 à 10 places d'internes dans les Asiles de la Seine : Sainte-Anne, Villejuif, Ville-Evrard, Maison Blanche, Moisselles. L'hôpital psychiatrique Henri-Rousselle (Centre de prophylaxie mentale), l'Infirmerie spéciale du Dépôt recrutent aussi leurs internes dans ce cadre. Avantages : traitement, indemnités diverses, logement, nourriture ; débouchés : cadre des médecins aliénistes de l'Etat, clinicat des maladies mentales, postes d'assistants à l'hôpital Henri-Rousselle, etc.

Les épreuves se composent d'une composition écrite d'anatomie et de physiologie du système nerveux (sur 20), et d'une triple épreuve de pathologie : copies de pathologie interne et externe, question orale d'urgence (coefficient total 40).

MM. Masquin, chef de clinique psychiatrique et d'Heucqueville, interne à l'hôpital Henri-Rousselle, feront respectivement à partir du 10 octobre, des conférences préparatoires à ces deux épreuves. S'adresser, 1, rue Cabanis, Paris 14e.

Hôpitaux de Lyon.— Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — MM. Edel, Soustelle, Wenger, Thiers, Messon, Millet, Dugois, Bernardi, Contamin, Brun, Roget, Boulez, Trillat, Chauviré, Charton, Bucher, Boudènes, Riou, Loras, Aufrère, Simon, Hsu.

Sont admis à faire des suppléances. — MM. Blein, Piaget, Tillier, Marmet, Bolot, Blanc, Raccouchot, Vausteenberghe, Mlles Barral (Madeleine), Bourgeois, MM. Francillon, Montagard, Mme Vausteenberghe, M. Vincent, Mlle Barral (Marguerite), MM. Bouquin, Colas, Bertrand, Revol, Granon, Leclerc, Vernus, Ballivet, Mathieu, Mlle Anselme.

Ecole du service de santé militaire. — Voici la liste des candidats admis à l'Ecole du service de santé militaire à la suite du concours de 1931.

1° *Section de médecine.* Candidats à quatre inscriptions :

1. MM. Torrési F. A., Fromaget G. M. J., Laurent P. P. J., Francelin J. M., Raymond R., Rodallec B., Miqueu A. P., Faveret P. M. F Blanquié P., Guillot G. F., Dannenay F. H., Roussanne J. F. A. J., Cabibel Ph. A., Furet M. L. M., Martel R. L., Abadie J. J. H., Revert Y . M. J., Taxil P. J. J. C., Batailler P. M. C.

20. Ratier J. L., Gounelle R. M., Phelippaud J. Y., Castel J. A. G., Reynaud A. F. A., Plan M. L. F., Barras J. A., Hebraud Y. P. A., Perellon L. L. J., Malaterre H. L., Teil Ch., Ferrand J. B. P., Saboya R. P. J., Viaud L. M. G., Dezest G. J. T., Gay M. G. J., Gabrielle M. R. L. M., Bertaud du Chazaud P. L., Quémerch F. J., Carel H. G. G., Thévenin P. E.

41. Stéphant, M. C. A., Le Falchier Y. J. L. M., Billot M. A., André M. F., Vossemann, F., Fleuriot A. M., Ferville J. J.E; Coupigny J. M. J. G., Puyuélo R., Jean L. R., Taillefer-Grimaldi, J., Arnal G. B., Fonvieille .M. E. J., Le Bourhis G. L., Martin Barbez J. B. C., Blanche J., Ka J., Wurtz R. F. G.

Candidats P. C. N. :

1. Thory E., Morel M. H., Gousse P. J. A., Bachmann R. L. N., Caillard P. M. L., Bernès J. G., Mougenot J. M. E., Boutet P. R. L., Boënnec G. E. Ch., Accart R. F. E., Jouannin, M. M. M. Bernos A. L., Perrot H. A., Darroze R. R. E. L., Lecoz G. R. Ch. E., Causse, J. E. P., Steger E. J. R., Veyre P., Thillard P. J. B. A. P., Merand A. J. A., Raynal J. M. A., Setruk J., Bouzonie J. A., Godot A., Oberlé G. A., Moninger R. J., Leclercq J. J. M. H.

Une liste complémentaire de candidats à quatre inscriptions sera publiée pour remplacer les candidats démissionnaires.

La répartition des candidats admis entre les sections « troupes métropolitaines » et « troupes coloniales » sera effectuée ultérieurement.

2° *Section de pharmacie.* Candidats stagiaires : MM. Petard P.H., Gallon A. P., Crech P.

Une liste complémentaire sera publiée pour remplacer les candidats démissionnaires.

Les élèves admis à la suite du concours de 1931 devront se présenter au médecin général directeur de l'Ecole à Lyon, 18, avenue Berthelot, le 15 octobre à 8 heures.

Hôpitaux d'Orléans. — Un concours de médecin phtisiologue adjoint est ouvert aux hôpitaux d'Orléans, et aura lieu à l'Ecole de médecine de Tours, le 26 octobre 1931.

Les inscriptions sont reçues par M. le Directeur des hospices d'Orléans, jusqu'au 15 octobre.

Nécrologie. — Dr Charles MASSON, de Grandris (Rhône), ancien médecin commandant, décédé dans sa 74e année. — Dr CASSAN, de Cordemas. — Dr Armand CHEVALIER, de Lancouacq. — Dr ISSALINE, de Maiche. — Dr POUPY, de Brigueil — Dr Léon SALVAN, de Villemomble. — Dr Louis VASSEUR, de La Capelle-Bainethun. — Professeur GRIMBERT, membre de l'Académie de médecine.

«..... Actuellement, les praticiens disent aux Facultés : « Vous ne nous avez pas préparés à l'existence réelle. Modernisez-vous, nous en avons besoin. Et même vous en avez besoin ». Ce sont des nouveautés que les nécessités imposeront aux plus misonéistes. Pourquoi ne pas écouter dès maintenant ces demandes si justifiées ?..... ». (Paul CHAVIGNY. Psychologie des études médicales et des aptitudes médicales, 1931, Baillière, édit.).

BIBLIOGRAPHIE

L'Individualité de l'Enfant, par G. ROSSOLIMO. Traduit du russe, par Véra Kovarsky. Un vol. in-8, de 64 pages, avec 4 tableaux hors-texte. 12 fr. (Librairie Félix Alcan, Paris, 1929.)

La psychologie de l'enfant est le meilleur guide pour son éducation morale et pour son instruction. Or, si une psychologie terre-à-terre, si la « connaissance du cœur humain » suffisent pour se débrouiller quand une mère ou un professeur ont affaire à un enfant normal, le problème change quand il existe une anomalie, si légère soit-elle, et même une anomalie respectant la façade. Dans ces cas, une psychologie scientifique devient indispensable et l'on sait quelle importance ont eu, de par le monde, les tests de BINET et SIMON. Non moins importante est la méthode du *profil psychologique*, mise sur pied, en 1909, par le professeur ROSSOLIMO (de Moscou). Il faut, donc, louer Mlle VERA KOVARSKY, qui assure l'inspection psychologique des Ecoles de Montpellier d'avoir traduit le guide que le regretté psychiatre russe avait donné de sa méthode. Il s'agit d'une courte brochure, résumant un plan d'investigation destiné à servir de guide aux pédagogues, aux médecins et aux parents pour déterminer les caractéristiques des enfants normaux et déficients. Ce guide est conçu de telle sorte que l'investigateur n'ait qu'à inscrire les réponses ou les résultats obtenus en face des questions indiquées. Le questionnaire semble épuiser toutes les questions auxquelles une réponse paraît être désirable. Il se place en même temps au point de vue psychologique et au point de vue médical. Il envisage d'abord la famille de l'enfant, ses antécédents, son hérédité ;

puis il recherche ses caractéristiques personnelles, ses sentiments de diverses natures, son humeur, son émotivité, ses inclinations et ses penchants, ses diverses qualités psychiques, son attitude habituelle, gestes, démarche, la manière dont il parle, dont il observe, etc. Puis on arrive à une conclusion déterminant la caractéristique générale de l'individualité de l'enfant ; elle est obtenue par deux opérations : d'abord on tire des déduction particulières relatives à chacun des groupes de questions ; ensuite de ces déductions particulières, on aboutit à une conclusion générale embrassant tous les côtés de la caractéristique de l'enfant.

H. V.

Paysages d'Annecy, par Léandre Vaillat. Dessins d'André Jacques. Un vol. tirage à 1.800 ex. Prix : 120 fr. Librairie Dardel-Chambéry.

Après ses paysages de Paris, d'Amérique, de Tunisie, du Maroc et de l'Inde, il était naturel que Léandre Vaillat, nous donnât ses *Paysages d'Annecy*. C'est le livre ému d'un écrivain qui, ayant beaucoup circulé sur les grandes routes du monde, s'arrête un instant au pays où il est né et tâche de le regarder avec l'œil frais d'un homme qui s'en est quelque temps détaché et, cependant, la sensibilité qu'avivent en lui des souvenirs personnels.

Puis Henri Duvernois :

« M. Léandre Vaillat a composé là un poème vivant et coloré ; sa phrase est harmonieuse et tout son livre nous donne un intense désir de nature ... Je vous recommande les pages où il nous parle de François de Sales et de Jean-Jacques Rousseau en de belles phrases vibrantes et rythmiques. L'auteur montre, sans paradoxe aucun, le côté artiste de Jean-Jacques s'éveillant, frissonnant dans cette atmosphère pieuse, naissant d'une hymne religieuse, d'un son de cloches, de saints livres. »

Puis Camille Mauclair :

« Jeanne de Chantal, inconsolable de son mari, devint une sainte et ressuscita avec François de Sales les plus beaux romans d'amour spirituel de l'Italie du XV[e] siècle, une amitié idéalisée pareille à celle qui unit Michel-Ange et Vittoria Colonna. Ce roman, M. Léandre Vaillat l'a raconté avec une sûreté définitive et un charme infini : c'est une des plus jolies idylles d'âme qu'on puisse trouver dans l'histoire de la dévotion que j'appellerai « sympathique ». Il y a de la sublime ingénuité de François d'Assise en ce François de Sales composant pour toucher le cœur des femmes les plus délicieux discours. Cet homme, doué d'une inimitable grâce de l'esprit était l'ami d'Honoré d'Urfé, le poète fleuri de l'Astrée c'est dans les lieux mêmes où le saint et le poète avaient vécu, que le jeune Rousseau fut conduit à son ivresse à la fois sensuelle et mystique, philosophique et immoraliste, par l'amour de Madame de Chantal et de François de Sales. C'est certainement là une des ascendances les plus curieuses et les moins connues du génie complexe, profane et dévot, de ce capricieux Jean-Jacques ... Je n'ai pas vu que personne, avant M. Vaillat, eût expliqué de cette manière l'influence de la Savoie sur la formation de la sensibilité de Rousseau. »

Mais n'oublions pas que tous ces personnages salésiens et romanesques se profilent sur un fond de paysages qui sont tissés, suivant l'expression de Camille Mauclair, « par un artiste de la langue française ». A la vision de cet artiste de la langue française, s'ajoute, sans faire double emploi avec elle, la vision de l'illustrateur, André Jacques. Celui-ci, avec un goût très sûr, n'a pas eu la déplorable idée de serrer le texte d'une manière littérale et descriptive. Non, ses délicieux dessins prolongent en quelque sorte l'émotion causée par l'auteur, à la manière dont une musique de scène prolonge le dialogue d'une pièce de théâtre. Dessins au lavis, tout baignés de blondes et transparentes clartés, dessnis à la plume, agrafant bien un motif d'architecture, d'une solide et durable pierre, ils suggèrent et définissent tout à la fois ... Les Paysages d'Annecy de Léandre Vaillat, ceux d'André Jacques, composent, suivant le mot dont l'écrivain s'est servi en manière d'introduction, un *pourtraict de ville*.

Paysages d'Annecy. — Un fort volume in-4° carré de 160 pages, imprimé par Protat Frères, sur pur fil d'Arches filigrané Neci, illustré de 70 dessins d'André Jacques reproduits en photograpie dans les ateliers de Jacomet et Cie, tiré à 100 exemplaires numérotés en chiffres romains et non mis dans le commerce et à 1.800 exemplaires, numérotés de 1 à 1.800.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

L'antisepsie pulmonaire [1]

Par le Professeur Maurice LOEPER

La pluralité des infections bronchiques et pulmonaires et leur persistance font de l'antisepsie pulmonaire un élément capital de leur thérapeutique. Je vais étudier dans ce chapitre les médicaments auxquels on peut faire appel quand on désire aseptiser les bronches ou les poumons.

L'antisepsie a été très exactement définie : l'emploi d'un produit capable à petite dose de détruire un élément microbien ou de diminuer sa virulence.

Pour établir d'une façon très précise l'activité d'un produit antiseptique on doit faire entrer en ligne de compte la toxicité de ce produit vis-à-vis de l'organisme du sujet et sa toxicité vis-à-vis du microbe pathogène. Le rapport est d'autant plus élevé que la dose nécessaire pour tuer le microbe est plus faible et la dose toxique pour l'individu plus forte. En matière d'antisepsie pulmonaire il ne peut être que difficilement établi et notre estimation reste approximative.

Le poumon est le siège de trois variétés d'infections : les infections pulmonaires, les infections broncho-pulmonaires, les infections bronchiques proprement dites. Certaines ne sont pas primitivement microbiennes ; à leur début elles sont toxiques, ou mécaniques et ne deviennent que secondairement inflammatoires par pullulation des hôtes microbiens habituels : telle la congestion du cardiaque ou de l'intoxiqué par gaz. Les antiseptiques que nous allons considérer dans ce chapitre sont souvent anonymes ; s'ils servent à détruire ou à atténuer la virulence de beaucoup de microbes, ils n'ont à leur égard, sauf exception, que peu de spécificité.

Les seuls médicaments spécifiques sont les vaccins ou les sérums qui feront l'objet d'un travail ultérieur.

Toute plaie qui suppure nécessite d'abord un drainage. Le poumon qui suppure n'échappe pas à cette loi. Comme le drainage physiologique est fait par la toux, beaucoup de médicaments qu'on emploie dans la bronchite facilitent cette toux et la rendent plus efficace et plus évacuante. Il est des expectorants toniques et des fluidifiants. Tous trouveront ici leur utile emploi. Malheureusement l'obligation s'impose parfois d'apaiser la toux et les sédatifs assèchent les bronches et compromettent le drainage. D'où la nécessité dans les infections pulmonaires de donner des sédatifs non asséchants : codéine, péronine, par exemple, plutôt qu'opium total ou morphine.

La médication antiseptique doit accompagner le drainage ; elle peut être directe ou indirecte. Directe, elle introduit dans le poumon sous une forme aussi peu irritante que possible une certaine dose de substance antiseptique. Cette substance peut d'ailleurs, ainsi que l'a démontré Claude Bernard, se résorber et favoriser l'antisepsie générale.

La médication antiseptique peut être indirecte ou générale. Les substances qu'on injecte sous la peau, ou qu'on fait prendre par voie buccale — ou du moins certaines d'entre elles — s'éliminent par le poumon et exercent par voie sanguine une action sur le milieu bronchique et pulmonaire.

Ces quelques indications préalables fixeront à peu près l'ordre dans lequel je vais développer cette étude.

Je commencerai par dire quelles sont les substances antiseptiques utilisées dans les affections pulmonaires.

Je dirai ensuite comment on les introduit dans l'organisme et comment elles parviennent au poumon, quelles sont leurs chances de succès et dans quel ordre on doit leur donner la préférence.

J'envisagerai enfin, de façon succincte, le traitement chirurgical des grandes cavités suppurées du poumon ; car la thérapeutique chirurgicale prime souvent la thérapeutique médicale dans les cas de suppuration.

***

Les *antiseptiques du poumon* sont extraits, tous ou à peu près tous de quatre catégories de plantes : myrtacées, conifères, labiées et légumineuses.

Les myrtacées comprennent : l'eucalyptol, le goménol ; les conifères : la térébenthine, le goudron ; les labiées : le thym ; les légumineuses : le baume du Pérou et le benjoin. La créosote par contre vient du goudron de hêtre.

De ces plantes on a extrait des substances diverses : gaïacol, thymol, terpine, acide benzoïque et l'on a pu par synthèse préparer ultérieurement certaines d'entre elles.

Les médicaments antiseptiques sont mal classés dans la plupart des livres ; ils sont cités côte à côte et pêle-mêle, sans ordre botanique ou chimique. Il faut, pour en faire une étude précise et comprendre leur action tenir compte non seulement de leur nature mais de leur filiation chimique, et aussi de la famille à laquelle ils appartiennent.

Je les grouperai en quatre catégories :

La térébenthine ;
L'eucalyptus ,
Le goudron et ses dérivés ;
Le thym et les baumes.

1° Groupe de la térébenthine. — La térébenthine, bien qu'elle ne soit pas un baume, peut être classée dans les médicaments balsamiques. C'est une substance d'action complexe et multiple. Je rappelle qu'il en existe trois variétés : la térébenthine du pin maritime, la térébenthine du mélèze ou de Venise, la térébenthine du sapin ou térébenthine des Vosges.

Ces trois variétés de térébenthine n'ont pas la même utilisation.

La première, dite térébenthine de Bordeaux, très vraisemblablement parce qu'une grande partie vient des Landes, entre dans la composition du sirop de térébenthine et dans la fabrication de pilules et capsules commerciales.

La térébenthine du mélèze ou de Venise est incorporée dans les baumes, en particulier dans le baume de Fioraventi : c'est une térébenthine pour usage externe.

La térébenthine des Vosges est extraite des sapins, on en sépare l'essence par distillation et on en fait la térébenthine cuite qui est très employée.

L'action de la térébenthine n'est pas aussi inoffensive qu'on pourrait le supposer ; c'est tout d'abord une substance irritante. Irritante en application externe parce qu'une friction de la poitrine à l'essence de térébenthine produit la rubéfaction et même quelques phlyctènes ; irritante par voie buccale parce que l'ingestion détermine souvent des brûlures ; irritante encore par voie

(1) Cette leçon paraîtra dans le Tome IV Thérapeutique Médicale. — Appareil Respiratoire. Masson 1931.

••

sous-cutanée parce qu'elle fait des abcès. La térébenthine cuite est mieux tolérée que l'essence par les voies digestives.

La térébenthine est quelque peu toxique ; elle détermine assez fréquemment des troubles respiratoires ; elle ralentit la respiration quand elle est prise à dose très fortes : jusqu'à 8 et 9 gr. chez le chien, ce qui représente 24 gr. chez l'homme. Mais ces doses ne sont pas thérapeutiques. En tous cas l'action sur les sécrétions est différente à faible et à forte dose : à dose forte elle dessèche les muqueuses, à dose faible elle les fait sécréter. Une goutte de térébenthine pure appliquée sur la langue la dessèche ; la même goutte de térébenthine diluée dans l'eau semble exciter la sécrétion buccale. Démonstration évidente de deux réactions opposées.

La térébenthine, comme toutes les essences, se combine assez facilement aux éléments nerveux et peut déterminer parfois des phénomènes parétiques. Elle aseptise les voies urinaires et s'élimine sous forme d'essence de violette, mais elle a provoqué chez certains des hématuries. Par contre elle est anthelminthique, cholagogue, antidote du phosphore. Tout cet ensemble de réactions toxiques n'est pas exclusif à la térébenthine. Quand j'étudierai les différents antiseptiques bronchiques, on verra qu'ils sont presque tous irritants de l'estomac, qu'ils déterminent parfois des accidents nerveux, et qu'ils peuvent léser le foie et le rein.

La térébenthine est utilisée sous forme de térébenthine cuite, d'essence de térébenthine, ou de sirop, celuici préparé avec la térébenthine de Bordeaux.

On donne 30 à 50 gr. de sirop ; 50 centigrammes à 2 grammes de térébenthine cuite en pilules de 0 gr. 25 ; 0 gr. 50 à 3 grammes de térébenthine du pin en pilules ou en capsules de 0 gr. 20.

La posologie de l'essence est analogue : capsules de 0 cgr. 20 : 10 par jour, ou potion émulsive parce que l'essence est insoluble. Quelle que soit la préparation, les doses de 5 grammes sont déjà dangereuses.

Le groupe des térébenthines s'est enrichi depuis quelques années d'une substance, qui est un dérivé térébenthiné déshydraté obtenu par distillation de la térébenthine sous l'acide azotique et qui a nom *terpine*. On a même déshydraté la terpine et obtenu un dernier produit : le terpinol, qui est un mélange de terpinéol, de terpilène et d'un peu d'eucalyptol. La déshydratation donne à ces substances une activité plus grande, et au fur et à mesure en effet qu'on se rapproche du noyau constitutif, le pouvoir antiseptique s'accroît.

La terpine se prescrit à la dose de 50 centigrammes en cachets ou en potion, c'est-à-dire 50 centigrammes par cuiller à soupe. On donne dans les 24 heures une dose de 2 à 3 grammes au maximum.

Je rappelle qu'elle est insoluble dans l'eau et qu'on doit la prescrire soit en cachets avec ou sans benzoate de soude, soit en potion avec de la glycérine ou de l'alcool. Le looch huileux ou blanc la tient assez bien en suspension.

L'élixir de Garus qui contient de la cannelle, du safran, de la myrrhe, de l'alcool, du sucre et une petite quantité d'aloès, sert parfois de véhicule à la terpine. Il permet de faire des élixirs agréables et qui sont à la fois laxatifs, toniques et antiseptiques.

Des formules semblables peuvent être faites avec la créosote, le gaïacol ou le goudron aussi bien qu'avec la terpine.

Le *terpinol* se donne par pilules de 0 cgr. 10 à raison de 5 à 6 par jour.

Je pourrais citer dans la même famille le cèdre dont l'essence s'appelle le libanol mais qui est peu employé et aussi le genevrier dont l'essence est mal connue.

2° **Groupe des eucalyptus.** — L'eucalyptus est une plante d'un vert argenté, aux fruits brun-violet, de la famille des myrtacées, que l'on trouve dans certaines régions du Midi, en Corse, en Grèce, où il pousse facilement. Son parfum est extrêmement pénétrant, on le perçoit déjà à distance et mieux quand on écrase entre les doigts les feuilles. Ce parfum est dû à l'essence d'eucalyptus qu'on obtient industriellement par distillation.

La formule de l'essence ou *eucalyptol* est ignorée à l'heure actuelle comme est inconnue celle de la créosote et du goménol. C'est certainement un produit complexe.

Son action est nettement antiseptique mais assez asséchante des bronches même à dose faible. La vaporisation, la fumigation si classiques d'eucalyptus assèchent le nez et la gorge.

L'eucalyptol agit un peu comme l'essence de térébenthine ; sa valeur antiseptique est analogue, il est assez irritant pour la muqueuse nasale.

A côté de l'eucalyptus, dans ce même groupe des myrtacées, on trouve le cajeput dont on utilise l'essence dans les affections uréthrales plus que dans les affections pulmonaires et le niaouli. Ces deux produits sont voisins mais le niaouli donne le *goménol* dont l'usage s'est tant répandu depuis trente ans et avec raison.

Cajeput et goménol ont sensiblement la même composition ; ils contiennent tous deux 60 p. 100 d'eucalyptol et 15 p. 100 de terpinol. Mais le goménol contient en outre une térébenthine et un thérébenthène 10 p. 100. Le goménol est peu toxique, moins irritant que l'eucalyptol et d'action antiseptique et antithermique égale.

3° **Groupe du goudron.** — Le *goudron* a reçu la consécration populaire. Sur la table de famille on voyait souvent autrefois une cruche de grès flairant le vieux bateau, dans laquelle dormait l'eau de goudron : l'eau de goudron devait dissiper les trachéites et les bronchites et apaiser la toux, comme l'eau de clous sa voisine, par le fer rouillé qu'elle contenait, devait guérir l'anémie. Vieilles médications non dépourvues d'efficacité qu'on trouve mentionnées dans les vieux livres et qu'on utilise encore dans les campagnes.

Le goudron a perdu un peu de sa renommée. On s'en sert pourtant encore. Le plus habituel est le goudron de pin de Norwège. Il n'est pas soluble. On en fait des pilules de 0 gr. 20 ; des potions émulsionnées par la teinture de quillaya et même un sirop dont on donne 50 grammes par jour. De nombreuses spécialités ont répandu le goudron par le monde en capsules ou en pastilles.

Le goudron est irritant pour l'estomac ; il a une saveur brûlante mais on peut aussi l'introduire par friction de la peau car il se volatilise et pénètre l'épiderme.

Il doit son activité à plusieurs substances de la série des carbures benzéniques qui sont toutes antiseptiques du poumon.

L'une des plus importantes est la *créosote* qui contient du gaïacol, lequel est lui-même un dérivé de la pyrocatéchine. Mais c'est le goudron obtenu par distillation du hêtre qui donne la créosote ;

Si le goudron donne la créosote, la créosote donne le gaïacol et le gaïacol est un éther monométhylique de la pyrocatéchine, susceptible de donner des sels organiques ou inorganiques.

Le goudron est actuellement bien moins intéressant que la créosote, dont l'usage remonte déjà à quelque cent ans. La créosote a été successivement prônée par les uns,

et fortement critiquée par les autres. Elle est en effet irritante et toxique. Mais les recherches de Burlureaux l'ont fait entrer définitivement dans la thérapeutique. Burlureaux a consacré sa vie à l'étude de la créosote et à son action dans la tuberculose ; il l'utilisa en injections, en lavements et inventa même un petit appareil qui permettait d'injecter la créosote pendan dix heures ininterrompues et d'en faire absorber au patient jusqu'à 8 à 10 grammes. Cette technique est aujourd'hui complètement abandonnée.

Par la bouche, la créosote est peu utilisée car elle irrité pour l'estomac. Elle sert à préparer des élixirs, des vins, dont une cuiller à soupe contient 0 gr. 25. Elle se donne le plus souvent en lavement, mais comme elle est irritante pour l'intestin, on ajoute au lavement un jaune d'œuf ou un œuf complet. Cette émulsion diluée d'eau ou de lait est bien supportée par le rectum. La dose est de 1 ou 3 grammes pour un lavement. On injecte également la créosote en solution huileuse à 1/15e à raison de 15 à 30 centigrammes.

La faible solubilité de la créosote et son action irritante ont amené les chimistes à préparer des dérivés créosotés qui sont des sels de la créosote : on a fait un carbonate de créosote qui est le *créosotal* ; un phosphate de créosote qui s'appelle le *phosote*. On a fait un phosphite de créosote qu'on appelle le *phosphotal* ; un tannate de créosote qui est le *créosal* ou tannosal ; un tannophosphate qui est le *taphosole*.

Tous sont utilisés aux mêmes doses en cachets car ils sont irritants, en potion parce qu'ils sont quelque peu solubles.

Le produit le plus intéressant, le moins insoluble dans l'eau, le plus riche en créosote puisqu'il contient 90 p. 100 de créosote et les autres seulement 75 à 85, est le phosphite de créosote. Il est aussi comme le phosphate un produit phosphoré et sa composition est à peu près définie.

J'arrive au *gaïacol*. Le gaïacol constitue la plus grosse partie de la creosote, car la créosote contient du crésol, du crésylol et du gaïacol : 25 p. 100 environ. Le gaïacol utilisé est un gaïacol synthétique assez éloigné du gaïacol que l'on extrait directement de la créosote et qui est d'ailleurs assez pauvre en gaïacol.

Le gaïacol est irritant pour l'estomac ; son action se fait sentir sur la température, sur les expectorations, sur le pouls, sur la respiration ; c'est un produit quelque peu toxique.

Le gaïacol est soluble dans cinquante-cinq parties d'eau, et non dans quatre cents comme la créosote. On en peut donc prescrire des proportions appréciables, sous forme de potion, à raison de 110 grammes d'eau pour 2 grammes de gaïacol, ou sous forme de cachets avec de l'eau sucrée.

On a créé de nombreux sels de gaïacol qui sont :

Le *benzoate de gaïacol*,
Le *carbonate de gaïacol*,
Le *phosphate* et le *phosphite de gaïacol*.

Le phosphate de gaïacol représente environ 80 à 90 p. 100 de gaïacol, le benzoate de gaïacol 54 p. 100 ; le carbonate 90 p. 100, le phosphite 80 p. 100. Le phosphite est soluble, ce qui le rend précieux.

Les progrès de la chimie organique ont permis de trouver d'autres combinaisons plus intéressantes encore en y ajoutant un élément sulfoné. C'est un moyen d'accroître la solubilité. On a fait pour le gaïacol ce qu'on a fait pour le camphre : le sulfonate de gaïacol est très facilement soluble et a une action comparable, plus rapide et plus accentuée. Ce composé est le *thiocol*.

Le thiocol est en réalité un thiosulfonate de gaïacol et de potasse ou un orthosulfogaïacolate de potasse qui agit donc comme soufre, comme gaïacol et comme potasse. C'est un corps intéressant, très soluble dans l'eau et très peu irritant. On en donne 0 gr. 20 par dose cinq fois par jour.

4e **Groupe. Les baumes.** — Ce groupe contient les produits vraiment balsamiques qui sont plus utilisés par évaporation, fumigation que par absorption digestive.

A ce groupe appartiennent : le *benjoin* et le *tolu* qui viennent des légumineuses ; le *thymol* qui vient d'une labiée. La teinture de benjoin, le baume de tolu à la dose de une cuiller à café sont mélangés à l'eau et évaporés dans la chambre du malade. Mais si on ne fait que rarement des pilules avec ces deux produits, on a fait un sirop de tolu qui est classique et qu'on ajoute à beaucoup de potions. Le sirop de tolu joint à sa saveur agréable et sucrée une réelle valeur thérapeutique.

Il y a lieu de faire émerger de cette série de substances : le *thymol* ou camphre de thym qui est un produit extrêmement antiseptique. On utilise peu le thymol par voie buccale car il est toxique ; mais on s'en sert beaucoup dans les fumigations et les pulvérisations.

***

Voilà donc classées, je crois, comme elles doivent l'être, hiérarchisées en quelque sorte, les diverses substances antiseptiques du poumon. Reste maintenant à dire comment elles agissent et comment on peut varier leur administration.

Toutes sont des dérivés des benzènes ; ce sont des terpènes, ou bien ce sont des camphres, mais le noyau est benzénique, plus ou moins modifié, cétonisé, aldéhydé. Or, le noyau benzénique, comme l'a fait remarquer encore récemment M. Hugounenq, est toujours un noyau antiseptique et cryogène. Ces substances doivent donc agir sur l'infection et sur la température. Bien plus elles ont encore une action analgésique car elles se combinent aux éléments nerveux, mais elles seront pour cette raison, à forte dose, toxiques, et provoqueront : vertiges, vomissements, céphalée. En ce qui concerne la créosote, le gaïacol, même la térébenthine, ces phénomènes sont tellement typiques qu'on leur a décrit chez l'animal quatre phases qui partent de l'excitation nerveuse pour arriver à l'état analgésique complet.

Une autre propriété de tous ces produits est d'être insolubles dans l'eau. On a cherché à les solubiliser en faisant des sels et des sulfones.

Le gaïacol est soluble dans 55 parties d'eau, la créosote est insoluble mais le phosphite de gaïacol et le thiosulfonate de gaïacol sont très solubles. Tous par contre sont solubles dans l'alcool, dans l'huile, dans la glycérine ; tous s'émulsionnent dans des substances savonneuses, la teinture de quillaya par exemple. Ils s'éliminent surtout par le rein et par les voies respiratoires.

Cette élimination double est l'élément primordial de l'antisepsie rénale et de l'antisepsie pulmonaire.

L'élimination rénale exige une sulfoconjugaison préalable : sulfobenzolée, sulfogaïacolée, etc. La combinaison se fait dans le foie, que ces substances attaquent parfois. Aussi ne faut-il pas les prescrire aux hépatiques parce que la combinaison se ferait mal. Par le poumon passe en abondance le produit volatil qui imprègne les alvéoles et fait une antisepsie secondaire par voie sanguine.

***

Toutes ces considérations sont d'ordre physiologique et me permettront d'être bref dans l'application pratique du traitement.

L'utilisation des substances antiseptiques peut être directe ou indirecte ; on les fait pénétrer dans les bronches ou dans les voies respiratoires, soit par évaporation, soit par fumigations, inhalations, soit par injections directes dans la trachée. On les fait éliminer par le poumon grâce aux injections sous-cutanées.

Voyons d'abord la voie aérienne :

Il faut distinguer les fumigations des inhalations et préciser la différence qui existe entre ces deux procédés et que les livres indiquent insuffisamment.

L'inhalation, c'est l'aspiration, telle quelle, d'une substance balsamique essentielle, térébenthine par exemple, ou d'une solution de benjoin alcoolique. On mélange par exemple :

Teinture de benjoin	5 grammes
Menthol	1 gramme
Eucalyptol	2 grammes
Alcool	60 grammes

et on aspire les vapeurs : c'est l'inhalation.

La fumigation est l'aspiration de vapeur d'eau chargée de substances balsamiques ou antiseptiques. On verse une solution ou une suspension de ces mêmes produits dans un bol d'eau chaude et on aspire cette vapeur d'eau chaude : on fait ainsi une fumigation.

La pulvérisation est autre chose encore. Elle se pratique avec le pulvérisateur de Lucas-Championnière dont un tube plonge dans le mélange balsamique et l'autre dans une chaudière d'eau bouillante. La vapeur d'eau entraîne, aspire ce mélange et le pulvérise en fines gouttelettes dans le larynx.

L'inhalation est toujours très irritante parce qu'elle contient de l'alcool et des produits essentiels à peu près purs ; la fumigation a toute chance, lorsqu'elle est bien réglée par chaque inspiration, de pénétrer jusque dans les bronches ; la pulvérisation s'arrête à l'orifice du larynx et ne descend guère plus bas. De ce fait que les substances balsamiques s'arrêtent à la partie supérieure du larynx, ou de la trachée, il ne s'ensuit pas fatalement d'ailleurs qu'elles soient absolument inutiles. Elles se résorbent par les lymphatiques et le sang, et sont portées dans le poumon plus directement peut-être que si elles étaient injectées sous la peau.

Il existe des méthodes plus directes d'*instillations trachéales* et qui se répandent actuellement beaucoup. La première se fait par la voie respiratoire : une seringue recourbée est introduite dans le larynx guidée par le doigt ou mieux sous le contrôle du miroir. Le malade fait une inspiration et le liquide, quelques centicubes seulement, tombe dans le larynx. On introduit ainsi du gaïacol, du goménol, plus rarement du menthol, de l'eucalyptol en solution huileuse à 5 p. 100 et sous un volume de 5 à 10 centimètres cubes. La créosote doit être utilisée à doses un peu moindres.

Cette méthode d'irrigation directe peut aller très loin. Son efficacité a été contrôlée chez l'animal par l'examen microscopique et chez l'homme par l'injection lipiodolée.

Les solutions balsamiques descendent le long de la trachée et des bronches par le simple effet de la pesanteur mais une quinte de toux est toujours possible qui peut rejeter brusquement le liquide introduit. Aussi recommande-t-on de faire un badigeonnage local de cocaïne ou une injection sous-cutanée de morphine avant l'instillation pour empêcher cette toux et permettre au poumon de s'imprégner longuement.

Une autre méthode consiste à introduire le liquide par *injection directe* dans la face antérieure de la trachée.

Rosenthal s'est fait l'apôtre convaincu de cette méthode et l'a beaucoup perfectionnée : mais il n'en est pas l'inventeur. Si j'en crois Dujardin-Beaumetz, elle aurait été préconisée par Jousset de Bellesme il y a soixante-cinq ans. Jousset de Bellesme d'ailleurs n'y voyait pas un procédé d'antisepsie bronchique mais générale. Il mettait en pratique la découverte par Claude-Bernard de la fonction absorbante de la trachée. Et il injectait même de la quinine dans la trachée pour guérir le paludisme.

La technique est simple : on introduit l'aiguille dans l'espace intercricothyroïdien ; on injecte d'abord un peu de cocaïne, puis après quelques minutes le liquide balsamique, goménol, gaïacol ou créosote. Le réflexe tussigène est encore possible, mais il est atténué ou supprimé par la cocaïne. Rosenthal a pensé qu'on devait dans les affections chroniques difficilement curables répéter souvent ces injections. Aussi a-t-il proposé d'introduire dans la trachée et de laisser en permanence un petit tube recourbé, sorte de tube minuscule de trachéotomie. Le lieu d'élection lui paraît être non pas l'espace intercricothyroïdien, mais l'espace sous-cricoïdien. Ce petit tube mis en place est bien supporté ; il laisse libre la voie respiratoire et il permet de faire des injections fréquentes, presque le goutte à goutte trachéal. La méthode de fistulisation n'expose guère aux complications comme la trachéotomie. Elle est prohibée pourtant chez les tuberculeux parce que le trajet fistuleux peut se tuberculiser. Des exemples ont été publiés de cette redoutable complication.

Peut-être pourrait-on introduire des produits balsamiques dans la plèvre. Les travaux de L. Binet et Vernes montrent que l'huile introduite dans la plèvre se résorbe facilement et qu'on la retrouve dans les capillaires et même dans les alvéoles.

L'adjonction à l'huile de substances antiseptiques, comme le goménol, le gaïacol, l'ail, d'après les recherches que j'ai faites avec André Lemaire, ne modifie pas la résorption. 2 centigrammes d'essence d'ail introduits dans la plèvre du chien passent dans la respiration en moins de deux minutes. L'introduction des antiseptiques dans la plèvre permettra peut-être un jour d'imbiber et d'imprégner rapidement les lésions pulmonaires de l'homme. La méthode jusqu'ici assez expérimentale, mérite d'être étudiée en pratique.

Reste à savoir quel est le produit le plus actif et celui qui doit être préféré.

D'après les recherches faites par plusieurs auteurs, la valeur antiseptique du goménol et de l'essence de thym dépasse celle des autres produits. L'essence de thym détruit en cinq minutes le gonocoque, le staphylocoque et le streptocoque ; le goménol met déjà soixante minutes ; mais l'eucalyptus, la girofle mettent vingt-quatre heures. Dans les infections aiguës on doit utiliser l'essence de thym en inhalation et le goménol en piqûres. Quand il s'agit de tuberculose, on doit recourir à la créosote que beaucoup disent capable de détruire le bacille tuberculeux à la dose de 8 grammes pour 1.000. Malheureusement quand on fait absorber par la bouche et même quand on injecte à forte dose la créosote à un tuberculeux la proportion qui parvient au poumon reste encore assez faible. C'est pour cette raison que Burlureaux prescrivait de si fortes doses. D'ailleurs, pour tout antiseptique, la voie d'introduction mérite d'être discutée.

L'injection par la voie trachéale réalise d'abord une antisepsie directe puis, grâce à la résorption pulmonaire et au passage de la substance dans la circulation générale, une antisepsie secondaire. En raison des difficultés d'application, la voie directe est encore peu employée. Quant à l'injection intra-pleurale, elle est encore à l'étude et elle réserve des espérances.

Je n'ai rien dit de l'injection directe dans la cavité infectée parce que la reconnaissance et la localisation exacte de cette cavité avec la radiographie même sont bien délicates. Pourtant elle est possible dans certains abcès et j'ai la conviction d'avoir avec M. Soulié guéri rapidement deux abcès du poumon par injection de lipiodol dans le trajet de la cavité.

* * *

Il nous reste à parler de l'antisepsie indirecte, c'est-à-dire de la voie digestive, de la voie transcutanée et souscutanée.

La voie *digestive* ne comporte pas seulement la voie buccale, mais aussi la voie rectale qui évite l'irritation gastrique. Par la voie buccale, en effet, les médicaments employés sont tous irritants pour l'estomac. Le goménol pourtant moins que les autres. Il faut d'abord les dissimuler dans le sirop ou dans l'huile ou les donner en capsules glutinisées qui se dissolvent seulement dans l'intestin. L'insolubilité est d'ailleurs une considération importante ; le véhicule alcoolique est lui-même caustique, le véhicule huileux est assez mal digéré. La solubilité dans l'eau n'appartient guère qu'au thiocol.

La voie rectale est très fréquemment conseillée pour la créosote, aussi pour le gaïacol, mais il faut incorporer ces substances à l'œuf ou au lait qui en atténuent l'action caustique comme ils atténuent la causticité du chloral.

On met 40 à 50 gouttes de créosote dans un lavement avec un peu de laudanum pour en empêcher le rejet. Mais la répétition même de ces lavements peut produire de la rectite et nécessiter l'interruption du traitement.

On peut faire des frictions sur la peau et la *voie cutanée* permet une absorption déjà appréciable. Malheureusement les pommades doivent être d'un titre élevé et les doses fortes de produits antiseptiques provoquent de l'hypothermie. Le gaïacol fait baisser la température de 1 à 4 degrés avec des sueurs et des lypothymies. Le goménol a l'avantage d'être moins hypothermisant.

Il suffirait de ces accidents pour prouver l'exactitude des expériences déjà anciennes de Linossier sur l'absorption des substances volatiles par la peau.

Devant la carence, l'insuffisance, l'action irritante de ces produits, il est naturel qu'on recommande une dernière méthode d'introduction : la *voie hypodermique*, qui permet d'introduire dans l'organisme une dose faible, d'en assurer la résorption complète et de la répéter autant qu'on veut. A l'heure actuelle la voie hypodermique est extrêmement répandue. On injecte sous la peau la créosote, le gaïacol, l'eucalyptol, le goménol et tous leurs dérivés : le cacodylate de gaïacol aussi dont l'action antiseptique et générale est très appréciée.

Toutes les solutions se font dans l'huile. La formule des injections est la suivante :

Le gaïacol se fait au 10e avec une dose maxima de 0,50 ;
L'eucalyptol se fait au 20e avec une dose maxima de 0,50 ;
Le goménol se fait au 1/3 ou au 1/5 avec une dose maxima de 1 gramme.
La créosote se fait au 10e à la dose de 5 à 10 centimètres cubes.

Je rappelle que Burlureaux faisait des injections de créosote subintrantes, en quelque sorte goutte à goutte sous la peau des tuberculeux, et jusqu'à 8 grammes par jour.

Les antiseptiques introduits sous la peau se répandent dans toute la circulation ; ils empruntent rapidement pour s'éliminer les voies pulmonaires. La presque totalité du produit essentiel passe donc par le poumon. De vieilles expériences de Claude Bernard avec l'hydrogène sulfuré, d'autres auteurs avec les essences, les expériences de M. Achard avec l'alcool, l'éther, celles de Cordier avec l'acétone, les nôtres avec l'ail ont précisé même le temps de l'élimination qui est de trois à cinq minutes, et sa persistance qui est de plusieurs heures. Si l'on retrouve une certaine quantité de l'essence dons les urines, on en retrouve beaucoup plus encore dans les voies respiratoires. Et cette élimination n'est pas propre aux injections, elle existe pour l'absorption buccale et rectale mais avec une rapidité moindre.

L'élimination par le rein n'est pas négligeable. Elle est marquée pour le gaïacol et la créosote, plus faible pour les autres. Elle a son avantage mais aussi ses inconvénients, quand le rein n'est pas absolument intact.

Il faut dans l'appréciation du résultat de ces injections, tenir compte de la nature de l'excipient qui est presque toujours huileux. Sous la peau l'huile retarde certainement l'élimination respiratoire, il est peu probable qu'elle atteigne elle aussi les poumons. Dans les veines il n'en est pas de même. Quand on met une certaine quantité d'huile dans les veines comme l'ont fait Roger et Binet, les trois quarts de cette huile s'accumulent dans les vaisseaux pulmonaires et sont dissociés au niveau de l'endothélium vasculaire et alvéolaire. L'injection veineuse d'une substance antiseptique en milieu huileux fait parvenir au poumon en fines gouttelettes l'huile balsamique qui laisse échapper son contenu à la surface des alvéoles chez l'homme. L'huile n'interdit pas absolument l'injection veineuse chez l'homme, mais elle comporte les risques et c'est dommage, car elle semble être un adjuvant de l'antisepsie pulmonaire.

* * *

Je voudrais dire encore un mot du traitement *chirurgical*.

Mais je serai bref car la question se réduit à deux méthodes : le pneumothorax et la phrénicectomie.

Les vieilles dilatations des bronches, la grande dilatation congénitale où la sclérose et l'inflammation ont fait disparaître toute élasticité, où le parenchyme est si dense que la bronche y est comme sculptée, ne se peuvent guérir par les médicaments antiseptiques. Quelle que soit la voie employée pour évacuer ces cavités, il faut les affaisser et la seule ressource est le pneumothorax.

Le pneumothorax a été très préconisé par E. Weil dans des gangrènes et des dilatations bronchique . Il a déjà donné des résultats intéressants. J'y reviendrai.

On a proposé aussi la phrénicectomie, c'est-àdire la section du nerf phrénique du côté où se trouve la lésion maxima ; on obtient ainsi une surélévation du diaphragme et un aplatissement par en bas de la cavité bronchique.

Enfin, on a préconisé la thoracotomie. M. Tuffier la faisait même sous-pleurale ; il introduisait un ballon au voisinage des bronches malades et comprimait le poumon par insufflation.

En Allemagne on a rapporté des cas de thoracectomie

◆◆◆

favorable, comme dans la tuberculose. Certains sont allés jusqu'à pratiquer la pneumectomie. Et récemment on a parlé de l'efficacité de l'aspiration bronchique avec le bronchoscope.

La pneumectomie comporte des risques considérables et une mortalité élevée.

L'aspiration est de technique difficile chez un sujet gravement atteint et ses résultats sont encore peu nombreux.

Les autres interventions sont sans danger mais les effets obtenus sont encore assez précaires,

Néanmoins dans les vieilles scléroses ectasiantes, infectées, où la fièvre intermittente, les troubles généraux, voire les poussées articulaires, s'ajoutent à la dyspnée et à la toux, on a le droit de discuter l'opportunité de l'intervention, car la médication antiseptique est incapable d'obtenir quoi que ce soit et ses effets ne sont que palliatifs.

FORMULAIRE

I. — VOIE RESPIRATOIRE

A. — *Fumigations et Inhalations.*

Feuilles d'eucalyptus	2 p. 100
Eucalytol	5 p. 100
Goménol	5 p. 100
Thymol à	1 p. 100
Teinture de benjouin à	1 p. 100

B. — *Injections Intratrachéales.* (*Sol. huileuses*)

Eucalyptol à	5 p. 100
Goménol à	5 p. 100 (5 à 10 c. c.)
Créosote à	2 p. 100
Dose moyenne	0,50 à 1 gramme

II. VOIE DIGESTIVE

A. — *Essence de térébenthine.*

Capsules de	0,50
Sirop	30 à 50 grammes

TERPINE

Terpine	2 grammes
Élixir de Garus	100 —

B. — *Eucalyptus*

Teinture d'eucalyptus	L à C gouttes
Essence	capsules à 0 gr 20

C. — *Goménol.*

Capsules à	0 gr, 25
Potion à	5 p. 100. dans un looch

D. — *Goudron*

Pilules et capsules à	0 gr, 25

1° *Goudron pur* :

SIROP.

Goudron	2 grammes
Alcool	10 —
Teinture de quiltaya	10 —
Eau	80 —

2° *Créosote* :

Pilules à	0,1
Capsules à	0,25
Lavement avec lait ou jaune d'œuf	XL gouttes
Créosotal ou Carbonate de C. / Phosote ou Posphate de C. / Phosphotal ou Phosphite de C / Taphoste ou Tannophosphate	0,50 à 3 grammes

3° *Gaïacol* :

Pilules à	0,10
Capsules à	0,25

ÉLIXIR :

Gaïacol	4 grammes
Alcool	60 —
Sirop de tolu	150 —
Eau	150 —

(*cachets à* 0,50)

III. — FRICTIONS

Teinture d'iode / Glycérine	ãã 20 grammes.
Gaïacol	3 —

IV. — VOIE SOUS-CUTANÉE

1° Gaïacol / Huile	0,10 / 1 c. c.	1 à 3 cent.
2° Eucalypol / Huile	0,05 / 1 c. c.	1 à 3 c. c.
3° Goménol / Huile	0,20 à 0,30 / 1 c. c.	1 à 3 c. c.
4° Créosote / Huile	0,10 / 1 c. c.	5 à 10 c. c.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le certificat prénuptial

Par Henri VIGNES

Le choix d'un conjoint se fonde habituellement sur l'instinct et sur une appréciation plus ou moins raisonnée, plus ou moins raisonnable de l'attrait physique, de l'attrait moral et caractériel, de l'attrait intellectuel et du rang social. Il est considéré comme salutaire de contrôler les emballements de l'instinct sexuel par une politique de prudence ; en particulier, il est bon que les fiancés ou leurs guides familiaux se renseignent sur la santé ou sur le caractère de l' « Autre ». Mais, au total, la préparation au mariage présente peu de garanties, tant dans l'intérêt réciproque des deux conjoints que dans l'intérêt de leur descendance.

Toute enquête méthodique, complète et valable, en vue du mariage doit aboutir à une conclusion laquelle constitue, en fait, un certificat de mariage, qu'on lui donne ou non ce titre.

Dans un rapport dont j'avais été chargé au deuxième Congrès de l'*Institut international d'anthropologie*, j'envisageais trois modalités d'un certificat prénuptial : 1° un certificat avec obligation de se conformer au verdict ; 2° un certificat sans obligation de se soumettre au verdict, mais devant être communiqué obligatoirement à l'autre fiancé et à sa famille ; 3° un certificat sans aucune obligation destiné à éclairer le sujet sur lui-même et lui donner à réfléchir.

Je ne discuterai pas ici, les avantages et les inconvénients d'un certificat impératif, soit qu'il vise dans son ensemble l'état physique des fiancés, soit que, comme la proposition de loi PINARD, il se limite aux maladies contagieuses. Je me bornerai aux certificats non impératifs, le certificat « à communiquer » qui a été l'objet d'une proposition de loi, déposée par M. le député DUVAL-ARNOULD et le certificat pour « donner à réfléchir » dont le principe a été voté par la *Société d'Eugénique*, le 24 juin

BIBLIOGRAPHIE

Nouveaux regimes, par Paul REBOUX. Un volume in-16, sous couverture illustrée. Prix 12 francs. Ernest Flammarion, éditeur, 26, rue Racine, Paris.

Le *Progrès Médical* est heureux d'annoncer la publication du nouveau livre de Paul Reboux qui est un charmant traité de diététique.

Paul Reboux compose des livres sur toutes sortes de sujets : livres d'histoire, romans, études économiques, traités de savoir-vivre. Il y touche à tout avec une baguette magique. Et l'ouvrage que voici en fait la preuve.

Ce livre est destiné tout aussi bien aux médecins qu'aux malades.

Aux médecins, il offre un abrégé de cuisine diététique et la liste exacte et complète des aliments recommandés ou prescrits pour les diabétiques, les hépatiques, les obèses, les arthritiques, les albuminuriques, etc .... Par là, l'œuvre a la valeur d'un précieux memento.

Aux malades soumis à un régime médical, l'auteur propose trois cents recettes nouvelles qui, tout en étant conformes aux prescription médicales, donnent ingénieusement le moyen d'obéir aux docteurs sans négliger les préceptes de la gastronomie.

Prescrire à un patient la lecture de cet ouvrage, c'est lui donner un spécifique contre la neurasthénie et lui montrer l'interdiction des aliments des autres qui permet encore de faire bonne chère et de supporter longtemps les exigences de la maladie et du médecin.

Grâce aux conseils de Paul Reboux, être au régime ce n'est pas mal manger, c'est encore se régaler. M. L.

Le Paysan et la Paysanne pervertis, Florilège précédé d'une nouvelle préface de Maurice Talmeyr, par RÉTIF DE LA BRETONNE.(Illustrations de Jean Hée) Broché in-16 Jésus, bel alfa : 15 fr. « *Belles Histoires de nos Pères* ». « Les Œuvres représentatives », 41, rue de Vaugirard, Paris, (VIe). Tél. Littré, 74-97.

La longue suite de lettres qui remplissent les huit volumes du *Paysan perverti* et de *La Paysanne pervertie*, est une excursion dans une de ces contrées de gouffres, de désert et de précipices où l'on est exposé à se perdre. Il y faut un itinéraire bien arrêté, et c'est ce guide et ce tracé de routes qu'on trouvera dans le choix de lettres qu'on va lire et dans les notes qui les accompagnent.

La vie romanesque de Chateaubriand, par Victor GIRAUD, (illustré de cinq hors-texte). Beau volume in-16 Jésus (14 × 19). Broché : 9 francs. Collection «Hier ». Editions « Les Œuvres représentatives », 41, rue de Vaugirard, Paris.

« Un petit cadet de Bretagne, qui, après avoir polissonné sur la grève et vagabondé dans les bois, est lancé dans cette grande aventure : la Révolution, l'émigration ; un sous-lieutenant du XVIIIe siècle, poète et libertin, que surprennent les orages de l'époque la plus troublée, et qui, cahoté d'Amérique en Angleterre, de souffrances en désillusions, se révèle un homme de génie ; une physionomie puissante qui s'encadre dans ce magnifique et tumultueux décor : l'Empire, l'Orient, les luttes de la Restauration, 1830, pour s'endormir dans le calme silence de l'Abbaye-aux-Bois ; de grands appels à Dieu après un siècle d'impiété, et la foi ressuscitée parmi les ruines ; de grandes images, de beaux rêves, de troubles passions : n'est-ce pas assez, et faut-il « romancer » cette histoire plus romanesque qu'un roman ? Suivons simplement pas à pas notre héros ; laissons-le parler le plus possible ; rectifions, complétons ses récits, quand il le faudra ; et n'ajoutons rien à la vérité, car la vérité est bien assez belle .... »

C'est en ces termes que M. Victor Giraud, l'homme de France qui connaît le mieux Chateaubriand, nous présente cette Vie, sobre, alerte, pittoresque et vivante, fruit de plus de trente années d'études et de recherches, et qu'on lira avec l'intérêt passionné qui s'attache à tout ce qui concerne l'*Enchanteur*.

Education sexuelle et génération consciente, par le Dr SICARD DE FLAUZOLES. Un volume de 96 pages. Paris, 1931. Editions médicales.

Chacun connait l'heureuse activité du Dr Sicard de Flauzoles qui est à la fois un médecin, un sociologue et un hygiéniste : après ses excellents livres sur la fonction sexuelle, sur les principes d'hygiène sociale et sur le sens de la vie, il m'est agréable de signaler le volume qui vise avant tout le salut de la race et contient cinq importants chapitres.

Le premier reproduit la leçon d'ouverture du cours d'hygiène sociale professé à la Sorbonne en 1929 : y sont envisagées les causes de la dégénérescence chez l'homme avec explications et statistiques convaincantes. Le deuxième chapitre traite de l'Education sexuelle de la jeunesse : le Dr S. ne se contente pas de considérations générales, il donne un programme précis et indique comment pratiquement il est possible de l'appliquer en tenant compte des opinions atatrdées. Le troisième chapitre démontre que l'éducation sexuelle peut aider à la prophylaxie de la dégénérescence. Enfin dans les deux derniers chapitres nous constatons que notre confrère ne redoute pas les idées osées : il intitule ces chapitres « thèse interdite » et prouve que dans certain cas la procréation d'un être taré est un crime et que malgré la thèse qu'il faut beaucoup d'enfants quels qu'ils soient, il y a lieu dans des cas déterminés de restreindre la natalité et d'accepter la stérilisation des dégénérés. Je conseille à ceux qui se préoccupent de l'avenir de la race de lire cet ouvrage clairvoyant et solide.

G. P.-B.

L'Écriture et le Subconscient. Psychanalyse et Graphologie, par le Dr Pierre MENARD. Un volume in-8 écu, 62 autographes et figures : 20 fr. Librairie Félix Alcan, 108, boulevard Saint-Germain Paris (VIe).

L'Écriture est l'inscription graphique de gestes automatiques. Elle soulève des problèmes du plus haut intérêt : ceux de la subconscience et ceux de l'importance et de la signification de nos gestes, problèmes que l'auteur étudie dans cet ouvrage. Le Dr P. Menard définit la graphologie « une méthode scientifique d'étude du subconscient ». Il montre tous les services que cette méthode peut rendre pour l'étude objective de l'instinct sexuel du refoulement et de la psychanalyse en général.

Il faut, en graphologie, distinguer les signes graphiques des signes graphologiques, c'est-à-dire l'observation des gestes de leur interprétation. L'auteur groupe les gestes et les mouvements graphiques en cinq classes qui sont : l'énergie, la direction, l'étendue, la forme et le rythme. Peu de travaux ont encore paru sur le rythme et cependant le rythme est d'une importante capitale en graphologie. Le Dr P. Menard consacre au rythme un long et original chapitre. « Tout le subconscient, dit-il est inscrit dans le rythme de l'écriture ».

L'Écriture et le Subconscient, en faisant voir la graphologie sous son vrai jour, contribuera à répandre dans les milieux scientifiques une méthode psychologique trop peu utilisée.

NÉVRALGIES REBELLES...

naïodine
naïodine
naïodine
naïodine...

succès thérapeutique grandissant ...!

INJECTIONS INTRA-MUSCULAIRES INDOLORES = 10cc à 30cc PAR [illegible]
EN AMPOULES DE 5cc 10cc et 20cc

laboratoires J. Logeais 22bis rue de silly
boulogne sur seine ▪ près paris ▪

---

la seconde maman



Après le lait maternel
ou à défaut du lait maternel

mais toujours avec du lait,
sauf quand il n'est pas toléré,
veuillez penser à

la **Blédine**
JACQUEMAIRE

aliment biologiquement complet
d'une digestibilité parfaite

pour compléter le lait de vache,
pour le rendre plus digestible,
pour favoriser la croissance
et préparer le sevrage progressif

Dans les cas les plus difficiles
c'est aussi votre aliment de secours

car son emploi facultatif
au lait frais, au lait condensé,
au lait sec, au bouillon maigre
de légumes, ou même à l'eau,
vous donne toutes les facilités

pour suspendre l'allaitement
et y revenir progressivement.

Établissements JACQUEMAIRE
VILLEFRANCHE (Rhône)

Blécao

Toutes les qualités
de la Blédine



dans
un délicieux
déjeuner instantané

adapté au goût et aux besoins nutritifs des enfants de plus de deux ans et des adultes, et qui s'accorde avec tous les régimes.

toutes les qualités
de la Blédine se retrouvent dans le
Blécao

reconstituant vitaminé
d'une digestibilité incomparable

5F 50 la boite
de 275 grammes
pour 20 déjeuners

Verrulyse

Une Boîte
constituant
un traitement complet
sera envoyée
avec la brochure " LES VERRUES ", sur demande
aux Etablissements JACQUEMAIRE à VILLEFRANCHE (Rhône)

1930. Ne croyez pas que j'ironise sur la *Société d'Eugénique* qui, depuis des années, m'a fait l'honneur de me prendre comme secrétaire général. Mais il n'en est pas moins vrai que, de par l'esprit du public, les desiderata de la *Société d'Eugénique*, on le voit, sont modestes. Je rapprocherai de cette proposition d'un certificat « pour donner à réfléchir » l'organisation récente des diverses consultations prénuptiales, telles celles du professeur COUVELAIRE ou celle du Dr TOULOUSE et SCHIFF. Elles procèdent du même désir d'éclairer les conjoints, elles donnent d'utiles conseils, elles sont utiles pour les fiancés scrupuleux et de bonne foi, mais elles « escamotent » la difficulté en s'interdisant de donner un certificat. En somme, le vœu de la *Société d'Eugénique* et la consultation à type COUVELAIRE s'éloignent de notre point de vue initial qui est de permettre à l'une des parties contractantes de se renseigner facilement et valablement sur l'autre partie ; j'insiste sur le mot *valablement*. C'est sur ce mot que j'ai insisté longuement dans une conférence que j'ai faite en décembre 1930 à la Sorbonne sous les auspices de la *Société de morphologie*.

Pour moi, médecin, le problème est le suivant : comment, dans l'état actuel de nos lois et mœurs, le père A d'une fiancée peut-il connaître la valeur physique de l'autre fiancé X, celui-ci consentant à cette enquête avec ou sans enthousiasme ?

Evidemment, la personne la mieux qualifiée pour le renseigner, c'est le médecin habituel du fiancé à examiner, le médecin de Monsieur X, le médecin de famille, sous réserve que ledit X ne soit pas doté d'une santé insolente, ayant rendu inutile tout examen médical, de temps immémorial. Mais le médecin est lié par le secret professionnel. Or, le secret professionnel est un des fondements de notre morale professionnelle. Il n'est pas prudent de toucher à cet ensemble de traditions éprouvées qui, comportant un mélange satisfaisant de l'intérêt des patients et de l'intérêt du médecin, a de ce fait un réel intérêt, non seulement pour l'individu, mais pour la société : le médecin ne peut être utile au malade que si, investi de sa confiance, il lui assure en échange la garantie de sa discrétion.

Mais, me dira-t-on, vous avez envisagé le cas où X a consenti avec enthousiasme aux curiosités de son futur beau-père ; il peut donc délier son médecin de son secret professionnel.

En réalité, nul ne peut relever le médecin du secret professionnel, même pour donner son approbation pleine et entière ; car qui donne un certificat une fois est forcé d'en donner toujours ou, alors, le refus de certificat à un autre candidat au mariage, Monsieur Z, passera à juste titre pour la proclamation que le médecin connaît une tare chez l'individu Z qui s'est confié à lui.

Et, alors, dès que l'on aborde la question d'un certificat prénuptial efficient, on est amené à préconiser l'intervention d'un expert, — un expert impartial, non lié par le secret professionnel et compétent.

C'est dans cet esprit que certains pères de famille imposent à leur futur gendre de contracter une assurance sur la vie : si la compagnie se refuse à assurer le jeune homme, ils en déduisent que celui-ci est « mauvais pour le service ». Cette pratique doit retenir notre attention. Dans les consignes données à nos confrères, experts des compagnies d'assurance, il leur est recommandé de mettre l'assuré en confiance pour recueillir le plus grand nombre possible de renseignements utiles à la compagnie. Tout postulant cherche à éluder les questions défavorables ; il faut donc conduire l'interrogatoire avec habileté. Au total, l'interrogatoire joue un grand rôle et l'idéal pour le médecin est, tout en restant méfiant, de se rapprocher des circonstances de la médecine habituelle celle où le malade, par ses réponses, collabore avec le médecin.

Je ne crois pas qu'il puisse y avoir là, un équivalent au certificat de mariage, et ceci pour deux raisons : la première est que les risques visés par la compagnie d'assurance ne sont qu'en partie ceux visés par le beau-père ; la deuxième est que tel sujet, sincère pour une assurance-vie de cinq cent mille francs destinée à préserver de la misère, sa femme et ses enfants, sera peut-être moins sincère s'il s'agit d'une assurance de mille francs, destinée à satisfaire à la curiosité de son futur beau-père.

Je crois qu'il faut donc s'adresser à des experts spécialisés. Ils devraient à mon avis présenter plusieurs qualités professionnelles (en dehors naturellement de l'honnêteté et de la conscience).

Je voudrais qu'ils connussent bien les maladies qu'ils doivent dépister : maladies contagieuses, maladies rendant dangereuse la cohabitation, maladies héréditaires et qu'ils fussent au courant des données traditionnelles et actuelles sur les constitutions. Je voudrais qu'un tel expert ne fût pas l'homme d'une seule maladie, celui qui voit la syphilis partout, celui qui se préoccupe seulement de la tuberculose, celui dont toute l'ingéniosité vise à dépister la blennorrhagie. Je voudrais, enfin, qu'il fît un examen complet, un examen « vétérinaire », une recherche des signes physiques, sans aucun interrogatoire sur les symptômes.

On aboutit, ainsi, à la notion d'un certificat rédigé suivant une procédure toujours la même et à un inventaire de tous les organes et de leur valeur anatomique et fonctionnelle dans la mesure où cette valeur peut être appréciée objectivement, avec chiffres à l'appui si possible. Il ne s'agit pas d'un certificat médical, la médecine est toute en nuances et en réserves ; il s'agit d'un certificat scientifique répondant par oui ou par non ou, encore, par un coefficient ; ce certificat, je l'appellerai volontiers certificat anthropologique ou biométrique. Il appartiendrait ensuite, aux intéressés de se renseigner sur la valeur de ces données en s'adressant au médecin de leur choix.

Voici à titre d'indication quelques-uns des renseignements que j'aimerais voir recueillir : l'âge, la taille et toute mensuration du squelette (en particulier périmètre thoracique), le poids (et le rapport de la taille et du poids), le pouls (assis et couché), la fréquence respiratoire (et son rapport au pouls), le métabolisme basal, la capacité vitale, la tension artérielle, le réflexe oculo-cardiaque, l'acuité visuelle, l'état du fond de l'œil, *tous* les stigmates objectifs de syphilis congénitale ou acquise, avec réponse par « présent » ou « absent », les stigmates objectifs d'alcoolisme, le pH, l'urée, le sucre, le Wassermann et la coagulabilité du sang, la composition des urines, la radiologie des poumons, l'examen de l'épididyme, l'examen cytobactériologique des sécrétions normales. Et, dans cette énumération, j'oublie, certainement, divers renseignements objectifs faciles à recueillir et intéressants.

Je considère, enfin, que l'examen obligatoirement ne devrait jamais se borner à un seul fiancé, à Monsieur X. Il doit avoir pour corollaire un examen absolument ana-

logue de Mademoiselle Y. J'ai déjà souligné, à plusieurs reprises, qu'être marié à une femme qui a des organes infantiles et, souvent, un système nerveux infantile, peut être pire pour un homme qu'il n'est pénible à une femme d'être mariée à un syphilitique : la pelvimétrie, la recherche des stigmates de syphilis congénitale me paraissent d'une utilité incontestable.

Telle est la conception du certificat de mariage que j'ai exposée à la *Société de morphologie* : un conseil de révision portant sur la totalité des organes et avec réponse purement objective. Je crois que seule, cette formule, plus ou moins modifiée, présente une réponse valable à la question posée par le futur beau-père. Alors, me direz-vous, nous préférons marier nos fils et nos filles à la bonne franquette, comme on nous a laissés nous marier. Je m'incline, je ne discute pas ; car je suis parti du principe que nous admettions l'importance d'une enquête sanitaire prénuptiale et j'ai simplement voulu chercher comment cette enquête peut être efficiente.

ACTUALITÉS

Un dictionnaire de la langue médicale (1)

L'Académie de médecine a nommé l'an dernier une commission chargée de rédiger un dictionnaire français de la langue médicale.

Cette commission vient de faire dactylographier, pour être soumises à l'Académie, les définitions proposées pour les cent premiers mots.

Nous en publions le texte, les observations et remarques que pourraient faire les médecins ne pouvant être que profitables à un travail d'aussi grande envergure.

A (a privatif) préfixe. Se place au commencement des mots. Ex : *atrophie*, mais quelquefois, pour des raisons d'euphonie, en cas de mots composés, devant la partie du mot à laquelle s'applique le caractère privatif ; ex : *amyotrophie* au lieu de *myoatrophie*.

A, A ; AA, aa. — Lettres simples ou doubles, surmontées d'un trait, abréviation du mot grec ana. Signe indiquant, dans les formules pharmaceutiques comprenant plusieurs substances, une égale quantité de chacune. Actuellement le signe *aa* est seul usité en France.

Ab. Préposition latine employée comme préfixe. Indique un point de départ : *aberrant*, ou a un sens privatif : *ablation*.

Abaisse-langue, s. m. — Instrument servant à déprimer la base de la langue, pour l'examen de la gorge.

Abaissement, s. m. — Déplacement spontané ou provoqué d'un organe de haut en bas ; se dit d'opérations ayant pour objet d'abaisser un organe, ex. : *opération de la cataracte par abaissement*.

Abaisse-Paupière, s. m. — Instrument servant à abaisser la paupière inférieure.

Abaisseur, adj. — Qui peut être pris pour s. m. — Qui abaisse : Muscles abaisseurs.

Abajoue, s. m. — Poche située entre la joue et la mâchoire, chez certains animaux (Quadrumanes, Cheiroptères Rongeurs) où ils mettent en réserve des aliments (grains et fruits).

Abaptista ou *Abaptiston*, s. f. ou s. m. — (*Abaptista* sous-entendu *terebella* ; *Abaptiston*, de *a* privatif et Baptizein, plonger). Trépan à pointe épaisse et conique qui l'empêche de s'enfoncer brusquement dans le crâne (Galien). *Périmé*.

Abarticulaire, adj. — Qui est en dehors de l'articulation (Complications abarticulaires du rhumatisme).

Abarticulation, s. f. — *ab* indiquant la séparation, *articulation*. Synonyme inusité de diarthrose (voir ce mot).

(1) — A titre provisoire et par nécessité dactylographique les mots grecs ont été transposés en caractères français.

Abasie, s. f. (*a* privatif, et *Basis*, marche). — Perte de la faculté de marcher, sans troubles de la force musculaire ni de la sensibilité. Ordinairement associée à l'astasie : astasie, Abasie.

Abatage, s. m. — Mise à mort des grands animaux domestiques pour l'alimentation ou pour cause de maladies.

Abatardissement, s. m. (de *abâtardir* : *a* et *bâtard*. — Déchéance physique et morale d'un individu ou d'une race.

Abattement, s. m. — Diminution notable et plus ou moins rapide des fonctions nerveuses, spécialement des fonctions psychiques.

Abattoir, s. m. — Lieu destiné à l'abatage des animaux pour l'alimentation.

Abaxial, adj. — Qui n'est pas dans l'axe.

Abcédé, adj. — Qui est à l'état d'abcès.

Abcès, s. m. — (*abcessus*, de *abcedere*, s'écarter ; signifie littéralement : le dépôt du pus dans l'écartement des tissus) Collection de pus dans les tissus ou les cavités de l'organisme. On distingue des *abcès chauds* avec signes d'inflammation aiguë, et des *abcès froids*, à marche chronique ; des *abcès migrateurs* ou par *congestion*, venant par extension d'un point plus ou moins éloigné ; des *abcès de fixation* (voyez ce mot) ; des *abcès métastatiques* (voir ce mot) ; des abcès en *bouton de chemise*, formés de 2 collections de pus dans des plans différents, réunis par un canal étroit.

Abdomen, s. m. (de *abdere*, cacher). Région du corps qui renferme les organes de la moitié sous-diaphragmatique du tronc.

Abdominal, adj. — Qui appartient ou se rapporte à l'abdomen : *cavité abdominale*, paroi abdominale, etc...

Abdomino. — Dans certains mots composés indique qu'une partie de ces mots se rapporte à l'abdomen : *abdomino-scrotal* ; *abdomino-thoracique*, etc...

Abdominoscopie, s. f. (de *abdomen* et *skopein*, examiner). — Examen de l'abdomen (*Mot hybride à rejeter*).

Abducteur, trice, adj. s. m. (de *ab*, indiquant éloignement, ducere, mener) Qui produit l'abduction.

Abduction, s. f. — (De *Abductio*) Ecartement d'un membre ou d'un segment de membre qui s'éloigne de l'axe du corps. Se prend dans un sens actif : mouvement d'abduction, ou dans un sens passif : attitude d'abduction.

Abeille, s. f. — Insecte hyménoptère, produisant le miel et la cire, et dont la piqûre est venimeuse.

Aberrant, adj. — (De *ab*. loin *errare*, s'écarter). Qui s'écarte ou dévie de la normale.

Aberration, s. f. — (De *ab*, indiquant l'éloignement, et *errare*, errer). Dérangement ; déviation hors de l'état normal ; *aberration des sens du* jugement, *aberration mentale* : *aberration de réfraction*, de *sphéricité*.

Abiétine, s. f. (de *abies*, sapin). — Substance cristallisable retirée de la térébenthine.

Abiogénèse, s. f. — (De *a* privatif ; *Bios*, vie et *genesis*, génération). Génération ne tirant pas son origine d'un être vivant (Théorie de la génération spontanée).

Abiotique, adj. — (De *a* privatif et *Bios*, vie). Contraire à la vie ; rayons *abiotiques*.

Abderhalden (Réaction d'). — Basée sur l'hypothèse que, lorsqu'une protéine hétérogène est introduite dans le sang, l'organisme réagit en élaborant un ferment protecteur (abwehrfermente) qui décompose la protéine. Ce ferment est spécifique pour la protéine qui a provoqué sa formation.

Réaction employée au diagnostic de la grossesse, du cancer, de la démence précoce, de la syphilis, de la tuberculose et d'autres infections.

Abiurétique, adj. — (De *a* privatif, *biuret*. Qui ne donne pas la réaction du biuret.

Ablactation, s. f. (de *a* privatif, et *lac*, lait). — Cessation de l'allaitement par une nourrice (*Peu usité*).

Ablation, s. f. — (De *ablatus*, part. pas, de *auferre*, enlever). Opération supprimant un organe ou une production pathologique : ablation d'un membre, d'une tumeur etc...

Abléphar1e, s. f. — (De *a* privatif, de *blépharon*, Paupière) Absence congénitale des paupières.

Ablepsie, s. f. — (De *a* privatif, et blepein, voir). Perte de la vue, synonyme de Cécité. (*Peu usité*).

Abluant, adj. et s. m. (de *abluere*, laver). — Médicament liquide permettant de nettoyer la surface des muqueuses. (*Inusité*).

Ablution, n. f. (de *abluere*, laver, ôter en lavant). — Lavage de la peau, des muqueuses accessibles et des plaies.


aux Douleurs dentaires
dues aux Caries, Pulpites Abcès, etc.
aux Névralgies Faciales
Intercostales, Sciatiques etc.
aux Insomnies
provoquées par la Douleur ou le Surmenage
l'asciatine
oppose sa triple action
Hypnotique
Antinévralgique
Analgésique
SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
— Specia —
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3e

ABOLITION, s. f. (de *abolitio*, supprimer). — Indique la suppression passagère ou définitive d'une fonction (abolition de la vision, de l'ouïe, etc...)

ABNORMITÉ, s. f. (de *a*, privatif, et *norma*, règle). — Synonyme d'anomalie ; se dit d'une chose anormale : abnormité congénitale.

ABOIEMENT, s. m. — Se dit du cri pathologique ressemblant à celui du chien

ABORTIF, adj. — (de *ab*, privatif et *ortus*, naissance). — 1° qui avorte : (ex : forme abortive d'une maladie) : 2° qui naît d'un avortement, p. ex. fœtus abortif ou avorton ; 3° qui fait avorter, p. ex : drogue abortive.

ABORTIF, s. m. — Substance qui provoque l'avortement.

ABOUCHEMENT, s. m. — Arrivée d'un conduit dans un autre plus grand. Opération qui fait communiquer deux conduits ou deux cavités entre elles. (Voir Anastomose).

ABOULIE, s. f. (de *a*, privatif, et *boulè*, volonté). — Trouble psychique consistant en la perte de la volonté.

ABOULIQUE, adj. — Qui est atteint d'aboulie.

ABOUTIR, s. m. — Finir, se terminer. — Terme vulgaire indiquant la suppuration des foyers inflammatoires.

ABRACHIE, s. f. (de *a*, privatif, et *brachion*, bras). — Absence congénitale des bras.

ABRACHIOCÉPHALE, s. m. — Monstre sans bras ni tête.

ABRACHIOCÉPHALIE, s. f. (de *a*, privatif ; *brachion*, bras, et *xephalè*, tête). — Absence congénitale des bras et de la tête.

ABRAMS (Réflexe cardiaque d'..). — Diminution du volume du cœur après irritation de la peau de la poitrine ou percussion de la paroi thoracique.

ABRAMS (Réflexe pulmonaire d'...). — Contraction réflexe du poumon après excitation de la peau de la poitrine.

ABRASER, V. — Faire une abrasion.

ABRASION, s. f. (*abrasio*, de *ab* et *radere*, raser). — Excision des bords déchiquetés d'une plaie pour la rendre nette.

ABSCISION ou ABSCISSION, s. f. — (de *abscidere*, couper) ; Synonyme inusité d'excision (voir ce mot).

ABSENCE, s. f. — Troubles psychiques consistant en la suspension momentanée des fonctions intellectuelles, avec perte du souvenir (réservé dans le langage médical aux épilepsies dont elle est une forme larvée).

ABSINTHE, s. f. — Plante (Artemisia absinthium), employée comme stimulant, anthelmintique et emménagogue. Essence toxique.

ABSINTHÉINE ou ABSINTHINE, s. f. — Substance toxique retirée de l'absinthe.

ABSINTHISME, s. m. — Intoxication par abus des liqueurs d'absinthe.

ABSOLU, adj. — En chimie : sans mélange : alcool absolu, c'est-à-dire sans eau.

ABSORBABLE, adj. — Qui peut être absorbé.

ABSORBANT, adj. et s. m.— Qui absorbe ; substance absorbante (ouate, charpie, amidon, etc...). Poudre absorbante. En anatomie : désigne les vaisseaux de l'absorption : vaisseaux absorbants ou lymphatiques ; système absorbant ou lymphatique. Substantivement : les *absorbants*.

ABSORPTION, s. f. — (*Asorptio*, de *ab* de, et *sorbare*, boire). Action d'absorber. En physiologie : « Acte par lequel des substances pénètrent sans lésions traumatiques, dans l'intérieur d'un organe vivant ». En physique : phénomène consistant dans l'attraction et la condensation d'un fluide ou d'un liquide par un corps solide ou liquide : absorption de la lumière.

ABSTÈME, s. m. — (De *abs*. privatif, et *temetum*, vin). Qui ne boit pas de vin.

ABSTERGENT, adj. et s. m. (de *abstergere*, nettoyer). — Qui est propre à nettoyer les plaies : médicaments abstergents.

ABSTERSION, s. f. — Action de nettoyer : abstersion d'une plaie, ou effet des médicaments abstergents.

ABSTINENCE, s. f. (de *abstinere*, s'abstenir). — Privation de l'usage de certaines choses, p. ex : des aliments, des boissons, des plaisirs. Employé à tort comme synonyme de diète, qui signifie régime et manière de vie.

ABSTRACTIF, adj. (de *abs* de, et *trahere*, tirer). — Se dit des produits retirés des plantes par distillation.

ACACIA, s. m. — Genre de plantes légumineuses dont une espèce produit la gomme arabique.

ACAMPSIE. s. f. (de *a* négatif et *xamptô*, fléchir). Impossibilité de plier une articulation. (*Inusité*.)

ACANTH (de *akantha*, épine). — S'emploie dans la formation de mots composés pour désigner soit des altérations épineuses macroscopiques soit des altérations microscopiques des cellules épineuses de l'épiderme.

ACANTHOPELVIS, (de *akantha*, épine et *pelvis*, bassin). Anomalie du bassin : consistant dans la présence d'arêtes tranchantes sur l'éminence ilio-pectiné, qui peut provoquer des accidents au cours du travail.

ACANTHOSIS NIGRICANS, n. f. (de *akantha*, épine et *nigricare*, être noirâtre). Etat rugueux de la peau avec végétations papillomateuses et pigmentation. C'est la *dystrophie papillaire et pigmentaire* de Darier.

ACANTHOSE (du gr. *akantha*, épine). — Epaississement du corps muqueux que l'on observe dans certaines altérations de la peau.

ACANTHOCÉPHALE (de *akantha*, épine, *képhalè*, tête). — Désigne des nemathelminthes dépourvus de tube digestif à toutes les périodes de leur existence et possédant une trompe protractile munie de crochets.

ACANTHODERMIE, s. f. (du gr. *a*, privatif, *akantha* épine, *derma* peau). Hypertrophie de la couche cornée de l'épiderme qui pousse des prolongements en forme d'épine. Peu usité.

ACAPNIE, s. f. (de *a* négatif, et *kapnos*, fumée, par comparaison avec les déchets d'une combustion). Diminution de l'acide carbonique du sang, à laquelle Mosso attribuait le mal des montagnes.

ACARATOXIQUE, adj. — Qui a la propriété de détruire les acariens et de guérir la gale.

ACARDIAQUE, adj. (de *a* privotif, *kardia*, cœur). — Monstre privé de cœur.

ACARDIE, s. f. (de *a* privatif, et *kardia* cœur). Monstruosité caractérisée par l'absence de cœur.

ACARE, ACARUS, s. m. (de *akari*, petit insecte). — Désigne des animaux de la classe des arachnides, de l'ordre des acariens. S'applique plus particulièrement au sarcopte de la gale.

ACARIASE, s. f. — Nom donné quelquefois à la gale.

ACARIEN, s. m. — Animal de l'ordre des Acares. Cet ordre comprend les Ixodes, les Sarcoptes, etc.

ACAROPHOBIE, s. f. (de *Akari*, insecte et *phobos*, crainte). — Crainte anxieuse de la gale.

ACATÉSIE, n. f. (du gr. *a* privatif, *katizeiv*, faire asseoir). — Impossibilité de s'asseoir ou de rester assis.

ACAUDÉ, adj. (*Acaudatus* de *a* privatif, et *Cauda*, queue). Se dit de l'anomalie par manque de queue ou de coccyx.

ACCABLEMENT, s. m. (du bas latin *acadabulum*, machine de guerre (Littré). Diminution des forces morales et physiques, plus accusée que dans l'abattement.

ACCÉLÉRATION, s. f. (*Acceleratio*, de *ad* à et *celerare*, hâter). — Augmentation normale ou pathologique de la vitesse ou de la fréquence de certains phénomènes organiques (pouls, respiration, etc...)

ACCESSOIRE, adj. (de *accedere* ; *ad* vers et *Cedere*, aller). — Qui s'ajoute, auxiliaire : Glande accessoire : muscle accessoire ; nerf accessoire, etc. Se prend aussi comme substantif m. pour désigner un organe auxiliaire ou supplémentaire : l'accessoire du long fléchisseur commun des orteils (muscle du pied). Canal accessoire du pancréas. Rates accessoires.

ACCES. — (du l. *accessus*, *accedere*, survenir). — Phénomène morbide qui survient et disparaît avec une certaine brusquerie et peut se répéter avec ou sans périodicité (accès de fièvre, de toux) ; fièvre d'accès ; fièvre intermittente paludéenne. Ne doit pas être confondu, comme on le fait dans le langage courant, avec crise.

ACCIDENT, s. m. (de *accidere*, arriver, survenir). Tout événement fortuit survenant chez un sujet normal (accident proprement dit, chute, blessure) ou à l'état pathologique (symptôme accidentel ou épiphénomène).

ACCIDENTEL, adj. — Qui survient par accident. Ce terme a été employé pour désigner des productions morbides considérées comme étrangères à la structure normale des tissus.

ACCLIMATATION, s. f. (de *ad*, vers et climat). — 1° Action d'acclimater, c'est-à-dire d'accoutumer un être vivant à un nouveau climat ; 2° Action de s'acclimater.

ACCLIMATEMENT s. m. — Résultat de l'acclimatation: état d'un être acclimaté, dont l'organisme, placé dans un milieu nouveau, s'est mis en harmonie avec ce milieu.

ACCLIMATÉ, adj. — Qui a subi l'acclimatation.

ACCLIMATER, V. a. — Soumettre un homme ou un être vivant à l'action biologique d'un autre climat.

ACCLIMATER (s') V. pr. — S'habituer à un autre climat.

ACCOMMODATEUR, adj. — Qui produit l'accommodation (muscle ciliaire ou accommodateur).

ACCOMMODATION, s. f. (du lat. *Accommodatio*, ajustement). — *En ophtalmologie* : propriété que possède l'œil de s'adapter à différentes distances pour lui permettre de voir nettement les objets les plus rapprochés ou les plus éloignés.
En biologie : adaptation des organismes ou des éléments cellulaires à des conditions vitales diverses.
En obstétrique : Modification de l'attitude du fœtus dans les trois derniers mois de la grossesse.

ACCOUCHEMENT, s. m. (du lat. *accubare*, se mettre au lit. — Action de mettre au monde un enfant. — Expulsion spontanée ou extraction artificielle d'un fœtus et de ses annexes.

ACCOUCHÉE, s. f. — Femme qui vient de mettre au monde un enfant.

ACCOUCHER, V. tr. Mettre au monde un enfant.

ACCOUCHEUR, *se*, s. m. et f. — Homme ou femme pratiquant l'art des accouchements.

ACCOUCHEUR (main d'). — Attitude particulière de la main qui s'observe dans la tétanie : les doigts contracturés sont serrés les uns contre les autres en formant un cône.

VARIÉTÉS

Une observation d'éonisme

Le Chevalier d'Eon réalise, pour la petite histoire, le type du travesti, non pas parce qu'il fut le premier, comme on le croit communément, mais surtout parce qu'il a joué un rôle important, brillant dans les milieux militaires, mondains, diplomatiques et internationaux ; le mystère, dont il s'est et dont il a été entouré, n'a pas peu contribué à donner à sa vie une allure romanesque, qui séduit l'imagination et qui flatte le goût inné de tout homme pour l'aventure même trouble.

Gilbert Pignet a donné dans la *Lettre Médicale* (avril-décembre 1930) une curieuse étude sur les *chevalières*, appellation qu'il a créée pour les transfuges sexuels et qu'il applique aux précurseurs et aux imitateurs d'Eon. Il romance agréablement la vie de l'abbé de Choisy, chevalière par coquetterie et perversion, d'Eon, chevalière par raison d'état, de Jenny Savalette de Langes, chevalière par usurpation d'état civil. Après avoir éliminé quelques personnages de second plan, il conclut ainsi :

« A la vérité, depuis Mlle de Langes, c'est-à-dire depuis un siècle, on n'a plus connu de chevalière. Sans doute, d'autres individus ont dû, depuis, se travestir pour telle ou telle raison, mais... leur nom ne nous est pas parvenu, soit que leur sexe véritable n'ait pas été reconnu à leur mort, soit encore que la modestie de leur situation sociale ou l'obscurité de leur vie ne leur aient point valu d'intéresser la postérité ».

Si les petites gens échappent à l'histoire, elles ne passent pas toujours complètement inaperçues ; C.-B. Horton et Eric Kent Clarke, aliénistes du Strong Memorial Hospital, rapportent dans l'*American Journal of Psychiatry* de mai 1931, deux observations personnelles d'éonisme dont l'une, particulièrement étrange, (il y eut mariage), et non moins humoristique, (on interviewa le mari) présente trop d'intérêt pour ne pas être rapportée.

Madame Alice-Lorena Firth est amenée à la division psychiatrique de l'hôpital municipal de Rochester, le 30 octobre 1929, en vue de déterminer son sexe. Un doute à ce sujet s'est élevé à la prison de Monroe County, où elle a été détenue la nuit précédente.

Elle nous raconte l'histoire suivante :

Son père, John Wilson, fermier et charpentier, fut tué dans un accident quand elle était encore enfant. On ne sait rien de lui ni de ses parents. Sa mère était Alice X..., une émigrante française, qui se remaria avec le concierge d'un hôtel, peu après la mort de son premier mari et mourut en 1922.

La famille maternelle souffrait de troubles glandulaires qui firent de certains de ses membres de véritables mastodontes ; les grands-parents pesaient chacun 500 livres (226 kilos), tandis qu'une tante atteignait 640 livres (290 kilos).

Jusqu'à l'âge de cinq ans Alice vécut avec sa mère et son beau-père. Elle jouait à l'hôtel et au bar, apprenant à fumer alors qu'elle avait quatre ans. A cinq ans elle fut prise par la tante mastodonte déjà mentionnée et c'est avec elle et son oncle qu'Alice passa la plus grande partie de son enfance. La tante s'exhibait dans un cirque ; on l'appelait « la petite Emma » parce que son mari était un grand diable de plongeur. A huit ans Alice plongeait dans un réservoir, en s'élançant d'une plate-forme de 75 pieds (22 mètres) de hauteur, dans le même numéro que son oncle. (*Il s'agit là d'une attraction très appréciée aux Etats-Unis et qui joue un rôle important dans le spirituel roman d'Anita Loos* : Mais ils épousent les brunes). Alice n'évita l'accident que de justesse à plusieurs reprises et l'oncle eut la conviction que ce plongeon était trop dangereux pour elle ; aussi travailla-t-elle sur la piste, montant à poil, charmant des serpents, etc. Pendant quelques années cette étrange famille fit les foires et les cirques ; mais après qu'un accident fatal eut enlevé l'oncle, les autres abandonnèrent.

Alice travailla alors comme ouvrière, fille de service, pendant six ans. Elle se maria avec Harold Firth il y a cinq ans, la cérémonie fut purement civile devant un juge à Buffalo (New-York). Pendant cinq ans ils vécurent ensemble jusqu'à ce que la police les eut arrêtés pour trafic d'alcool. A la prison le sheriff crut qu'Alice était une femme, mais la surveillante refusa de l'admettre. L'issue de l'affaire était encore douteuse au moment de l'entrée à l'hôpital.

Examen physique. — L'aspect général est celui d'une blanche adulte de trente ans. Cheveux coupés à la Bob. Vêtements féminins sales et tachés par la sueur. Voix, démarche et allure bien féminines.

On trouve des caries dentaires, de la pyorrhée alvéolaire avec haleine fétide, de la pharyngite chronique et une inflammation aiguë légère de l'index droit.

Les caractéristiques anatomiques sexuelles secondaires sont nettement mâles ; barbe réclamant le rasoir chaque jour, poitrine velue, distribution masculine des poils du pubis. Les épaules sont courbées, mais elles participent à la puissance de la musculature générale.

Les organes génitaux externes sont mâles ; la seule anomalie consiste dans la blancheur et l'épaisseur de la peau du scrotum.

Sur le bras droit sont tatoués les initiales A. L. W. (Alice-Lorena Wilson).

Examen mental. — L'examen par la technique de Binet-Simon, modifiée par Stanfort, établit que l'âge mental est de 12 ans.

L'histoire sexuelle montre qu'Alice fut élevée comme une fille, sous une surveillance étroite, si bien qu'elle arriva à 16 ans sans que la question du sexe actuel lui soit venue à l'esprit. A cette époque elle découvrit dans un livre de médecine qu'elle n'était pas une femme normale. Elle ne s'inquiéta pas beaucoup de ce problème sexuel et elle conclut vraisemblablement que son anatomie atypique ne l'empêchait pas d'être une femme. Elle répond à une question : « Parce que je n'étais pas une femme naturelle ». Sa seule aventure sexuelle fut son mariage.

Les relations de Madame Firth avec son mari furent singulières. Dès le début de la vie commune il découvrit le sexe véritable de sa femme, et comme il était essentiellement hétérosexuel, il fréquenta des femmes de mauvaises mœurs, bien qu'il nie s'être abandonné à toute promiscuité. En dépit de l'absence de toute attraction sexuelle, le couple vécut uni pendant cinq ans, le mari donnant tout son argent sauf celui de ses menus plaisirs, la femme restant à la maison, faisant les repas et s'occupant du ménage. Alice avait une grande estime pour son mari, disant qu'il la protégeait, bien que toute attraction sexuelle fît défaut.

Les amies personnelles d'Alice étaient les femmes des amis de son mari, auxquelles elle faisait des visites nettement féminines. Bien qu'elles lui aient trouvé des allures bizarres et masculines, aucune ne suspectait son sexe. Même les beaux-parents n'avaient rien deviné. Elle affirmait avoir partagé, avant son mariage, sa chambre avec des compagnes de son âge et n'avoir jamais été questionnée sur son sexe.


Dragées
ADRIAN
AU CHLORURE DE
MAGNÉSIUM PUR
Tonique d'une puissance extrême régénérant les tissus empêchant l'évolution des tumeurs de toutes natures.
ADRIAN & Cie 9, RUE DE LA PERLE - PARIS (3e)
AMINASE
ADRIAN
Chlorure de magnésium
dissimulé et
stabilisé
25

Avant sa libération elle avoua qu'elle pensait et agissait comme une femme et que, si la police lui ordonnait de porter des vêtements masculins, elle aurait vite fait de reprendre sa toilette féminine.

Interview d'Harold Firth. — On vit le mari, Harold Firth. C'est un homme grand, dégingandé et timide, d'âge moyen. Il ne paraît pas très brillant. Il est d'une origine honnête et modeste. Sur son mariage il nous dit : « Je l'ai épousée pour dépiter quelqu'un, mais je pense que je me suis seulement dépité moi-même ». Le sexe véritable de sa femme n'était pas connu ; il ne l'a pas quittée parce qu'il ne voulait pas bouleverser ses parents très âgés.

Dans ce cas nous avons un exemple de travestissement, dont l'idée vient des parents et des nourriciers ; le motif le plus vraisemblable pour habiller Alice en fille était de capitaliser (*capitalize*) la force d'un garçon déployée par une « fille » : les exercices acrobatiques de l'enfant montrent que cette tentative fut faite.

Au point de vue psychiatrique, l'éonisme est encore un problème à résoudre pour C.-B. Horton et Eric Kent Clarke, car les différentes études faites à ce sujet, n'ont pas abouti à des conclusions identiques.

La première observation connue est de Krafft-Ebing, qui décrivit la *métamorphose sexuelle paranoïaque* et la considéra comme voisine de la paranoïa. En 1910 Hirschfeld publia une étude sur les *travestis* et le travestissement devint presque une entité. Havelock Ellis avait proposé le mot d'*éonisme* dès 1913, car le terme d'*inversion sexuelle esthétique* implique, à tort ou à raison, l'homosexualité dans tous les cas.

On s'entend encore moins sur la classification de faits que sur leur dénomination.

Magnus Hirschfeld admet les formes suivantes du travestissement : forme hétérosexuelle ; forme bisexuelle, avec attraction pour les femmes viriles et les hommes efféminés ; forme homosexuelle : narcissisme, dans lequel l'élément masculin du sujet trouve satisfaction dans son élément féminin ; forme asexuelle, souvent impuissante et complètement satisfaite par quelque occupation fémi-

nine. La classification de Moll admet les types hétérosexuel et homosexuel, elle décrit une forme obsédante non psychosexuelle et une forme de pseudo-travestissement.

Havelock Ellis a appliqué la méthode introspective à l'étude de ce sujet ; il admet qu'il y a des formes nombreuses. La plus commune est celle dans laquelle l'inversion est limitée à la sphère vestimentaire ; il existe une autre forme moins fréquente, mais plus complète, dans laquelle le travestissement passe au second plan ; le sujet prend les traits physiques et psychiques du sexe opposé, avec lequel il tend à s'identifier, bien qu'il n'ait aucune illusion sur sa conformation anatomique. Ellis en conclut que l'éonisme est une forme de symbolisme érotique, qui ressemble à la fois au fétichisme érotique et au narcissisme ou auto-admiration érotique, mais qu'on ne peut identifier ni avec l'un ni avec l'autre ; il mentionne la possibilité d'une manifestation atavique ; il est en effet intéressant de rappeler la coutume des Chinois de faire porter des pantalons aux femmes qui travaillent, et des robes aux hommes qui fainéantent.

La psychanalyse, qui paraissait fort indiquée pour l'étude de cette question, n'a encore rien donné ou presque. Freud lui-même a dit ou écrit peu de chose. Sadgel croit avoir trouvé l'essence du phénomène dans le complexe d'Œdipe et dans l'effort du patient pour s'identifier avec sa mère. Stekel considère le travestissement comme une forme de fétichisme dans lequel les vêtements du sexe opposé seraient le fétiche. Fenichel a donné le mécanisme suivant, qui témoigne d'une riche imagination. L'homme travesti est un fétichiste, qui croit à la femme phallique (*phallic woman*) et s'identifie avec elle. Son travestissement a une double signification : 1° acte d'érotisme se rapportant à un fétiche ; 2° acte de narcissisme, il représente lui-même une femme phallique. Comme femme phallique il recherche l'amour de son père,

C'est pour mon papa

chante le fantaisiste Milton dans le *Roi des Resquilleurs* ; en même temps, comme petite fille, il recherche l'amour de sa mère,

C'est pour ma maman.

On en vient à se demander si les psychanalystes ne sont pas simplement des humoristes qui ont trop *refoulé*.

J. Lafont.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Tuberculose

La tuberculose pulmonaire traumatique est d'une grande rareté, elle constitue une minorité tout à fait infime par rapport au nombre immense des phtisies ordinaires. La nature du traumatisme est importante à considérer ; l'influence des blessures pénétrantes est très faible et même discutable ; c'est la contusion thoracique qui doit être considérée comme le plus tuberculisant de tous les traumatismes.

Toutes les observations publiées ne sont pas également probantes ; il en est de très contestables. Tantôt les conditions du traumatisme sont mal précisées, la contusion thoracique a pu être insignifiante ou en tout cas insuffisante pour déterminer les lésions pulmonaires qu'on lui attribue. Tantôt le diagnostic de tuberculose n'est pas établi ; la constatation du bacille de Koch dans les crachats est nécessaire et indispensable.

En supposant le traumatisme bien précisé et la tuberculose

bactériologiquement prouvée, il faut encore, pour que celle-ci puisse être considérée comme vraiment consécutive au traumatisme, que les premiers symptômes soient apparus peu après l'accident et que les lésions constatées d'emblée ne soient pas celles d'une tuberculose trop avancée.

Une observation « aussi suggestive qu'une expérience de laboratoire » concerne un tuberculeux latent, pensionné de guerre pour bronchite et emphysème, éthylique, dont la santé était restée satisfaisante jusqu'à ce qu'il fut victime d'un accident d'automobile (contusion thoracique violente et fractures multiples de côtes). Des hémoptysies abondantes se produisirent pendant une vingtaine de jours ; la température oscillait entre 38°5 et 39°. Une tuberculose à marche rapide fit son apparition.

Dans les jours qui suivirent l'accident, l'auscultation ne révélait que des frottements pleuraux, d'abord localisés à la région contuse, puis étendus à tout l'hémithorax. L'examen radioscopique, pratiqué dix jours après l'accident, montrait un hydro-pneumothorax partiel localisé dans la région du sinus costo-diaphragmatique gauche ; le champ pulmonaire gauche était légèrement voilé.

Les signes d'auscultation se précisèrent, les râles humides apparurent. Un second examen radioscopique, pratiqué vingt jours après l'accident, montrait quelques taches disséminées à la partie inférieure du champ pulmonaire gauche.

Un premier examen bactérioscopique fut négatif ; le second fut positif, vingt-deux jours après le traumatisme.

L'évolution fut celle d'une tuberculose aiguë broncho-pneumonique, avec envahissement rapide de tout le poumon gauche, puis du poumon droit. La marche fut progressive et continue ; l'issue fatale se produisit deux mois et demi après l'accident. (Ch. Roubier. La tuberculose pulmonaire consécutive aux traumatismes du thorax. *Journal de médecine de Lyon*, 5 juillet 1931).

Chirurgie

La gastro-entérostomie ne doit pas être employée pour parer à des symptômes, mais pour traiter une *lésion*.

Dans l'ulcère de l'estomac ou du duodénum elle donne en général de très bons résultats. En cas de sténose, son action est « triomphale ». En cas d'ulcère non sténosant, elle agit en rompant le cercle vicieux : hypersécrétion acide, ulcération, spasme.

Les *déboires* sont le résultat des interventions à indications insuffisantes. La gastro-entérostomie doit être faite pour un ulcère vu et senti à la laparotomie et non pas « pour faire quelque chose » avant de refermer le ventre quand on n'a rien trouvé ; quand, avec le diagnostic clinique d'ulcère, on ne trouve rien à la laparotomie, il vaut mieux chercher ailleurs (appendice, vésicule, etc.) ou se contenter d'une laparotomie purement exploratrice. D'autres mauvais résultats sont dus à une gastro-entérostomie qui fonctionne mal ou, plus tard, à la production d'un ulcère peptique.

Les *insuffisances* de la gastro-entérostomie relèvent des complications dues à la persistance ou à la progression de la lésion ulcéreuse, que l'intervention laisse en place. La perforation est exceptionnelle, mais les hémorragies sont redoutables ; enfin les deux grandes causes d'échec sont la persistance des troubles douloureux et l'apparition d'un cancer. C'est à cause de ces complications qu'on a opposé à la gastro-entérostomie les opérations d'exérèse (pyloro-gastrectomie), supérieures comme résultats, mais alourdies par une mortalité plus élevée.

Dans le cancer du pylore la gastro-entérostomie est une mauvaise opération, qu'on ne doit faire qu'à regret ; c'est vers la gastrectomie qu'il faut s'orienter résolument. (Félix Papin. La gastro-entérostomie. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 30 juin 1931).

Oto-rhino-laryngologie

La pathologie des complications auriculaires des oreillons s'éclaire depuis que l'on connaît mieux l'agent pathogène, le spirochète de Kermorgant, qui possède certaines des propriétés des autres spirochètes de l'organisme, en particulier de celui de la syphilis.

On connaît bien la surdité totale et les troubles de l'équilibre dus à la destruction des deux nerfs cochléaire et vestibulaire ; on connaît peu les formes de surdité tardive où la sclérose des osselets et l'envahissement du labyrinthe, sont survenus peu à peu, sans s'être manifestés par le moindre symptôme au moment de la poussée infectieuse.

Dans les labyrinthites il s'agit probablement de névrite in-

fectieuse due au spirochète ; dans les cas de sclérose de l'oreille moyenne et de l'étrier, il s'agit peut-être d'abord de troubles trophiques dus à des lésions plus légères d'artérite, puis à des ostéo-periostites (Henry Proby. Les complications auriculaires des oreillons. *Journal de médecine de Lyon*, 20 juillet 1931).

Stomatologie

Une observation d'accidents de dent de sagesse chez un vieillard de 84 ans montre qu'il s'agit d'une dent frappée d'arrêt dans son mouvement ascendant, restée incluse dans une cavité osseuse. Ce n'est donc pas un accident d'éruption, mais de désinclusion.

En règle générale il y a lieu de pratiquer une intervention totale d'urgence, de façon à supprimer la cause de l'infection et à diminuer les chances d'une propagation vers le plancher de la bouche. (Delguel. Accidents de dent de sagesse chez un vieillard de 84 ans. *Journal de médecine de Bordeaux*, 20 juillet 1931).

Pathologie coloniale

Une observation de paludisme grave d'origine thérapeutique mérite d'être signalée : il s'agit d'un indigène, atteint de paralysie générale au début, chez lequel on a tenté la malariathérapie.

Une première tentative, en partant d'un donneur atteint de tierce bénigne, est restée sans effet, le donneur ayant absorbé de la quinine entre le moment où l'examen fut pratiqué et l'inoculation.

Un mois après, nous inoculons sous la peau 5 centimètres cubes de sang provenant d'un autre donneur Européen atteint d'un paludisme bénin à *Plasmodium vivax*. Un examen de contrôle, pratiqué sur une goutte de sang, ayant servi à l'inoculation, confirme la présence de schizontes de *Pl. vivax*, à l'exclusion de tout autre parasite.

Dix jours après le malade présente une élévation thermique à 39°5.

Au lieu de se manifester sous forme d'accès, la fièvre prend une allure rémittente, puis continue. L'état général s'altère rapidement, on constate un ictère marqué, avec gros foie, urines chargées de pigments biliaires. Un examen montre la présence de schizontes très nombreux de *Pl. vivax* et de *Pl. malariæ* parfaitement typiques.

Malgré un traitement quinique intensif (intramusculaire et intraveineux) la température persiste pendant plusieurs jours, l'état général s'aggrave et on note un œdème considérable des membres inférieurs avec albuminurie. Ces troubles ont fini par rétrocéder sous l'influence du traitement, mais le malade est resté pendant plus de quinze jours dans un état inquiétant, avec anémie accusée.

Il a d'ailleurs repris le dessus et a été confié à l'hôpital indigène dans un état satisfaisant.

Deux hypothèses sont possibles.

Ou bien l'injection de sang contenant du *Pl. vivax* a réveillé un paludisme latent à *Pl. malariæ*.

Ou bien, alors que le sang périphérique du donneur ne présentait apparemment que du *Pl. vivax*, il existait chez ce malade une infestation supplémentaire par le *Pl. malariæ*, ce dernier parasite étant trop rare pour être décelé à l'examen. (Dorolle. Paludisme grave au cours d'un traitement malariathérapique de la paralysie générale. (*Bulletin de la Société médico chirurgicale de l'Indochine*, mars 1931).

Thérapeutique.

L'action du benzol sur les hématies est bien connue : augmentation par les doses faibles, diminution par les doses fortes.

Un homme de 61 ans présente un syndrome de polyglobulie, sans splénomégalie, avec hypterension artérielle. Il existe peu de myélocytes et pas d'hématies nucléées. Le traitement radiothérapique échoue : légère amélioration fonctionnelle, augmentation de la polyglobulie, apparition de la leucocytose.

Le benzol est prescrit à la dose de 60 gouttes par jour, en deux fois. Il est très bien supporté et détermine une amélioration rapide ; les symptômes subjectifs (étourdissements, céphalées) disparaissent en quelques semaines ; la teinte de la peau devient à peu près normale ; la formule sanguine est en progrès sensible.

On poursuit le traitement de façon presque continue. Cinq

mois après le début du traitement, la formule sanguine est presque normale.

Depuis deux ans le traitement benzolé a été poursuivi avec des incidents divers : rechutes légères dues à l'interruption du traitement, hypoleucocytose motivant l'arrêt du traitement. En somme la conduite du traitement a été réglée par les numérations globulaires.

L'état du malade est excellent, mais l'hypertension n'a nullement été influencée. (Trocmé. Un cas de polyglobulie traité par le benzol après échec de la radiothérapie. *Bulletin de la Société de médecine et de chirurgie de La Rochelle*, juin 1931).

Varia.

L'effort insignifiant de petite chirurgie que comporte l'injection intraveineuse explique la résistance de quelques praticiens (Rouslacroix et Giraud, de Marseille).

Je n'ai pas l'impression que l'appendicectomie amène des accidents dans l'évolution de la grossesse (Léo Barbier, de Dijon).

J. LAFONT.

NOTES DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

L'acétylarsan et les porteurs de germes diphtériques

Chez les porteurs de germes diphtériques, des instillations nasales d'acétylarsan ont été expérimentées dans le service du prof. Pierret, selon les indications de MM. Lereboullet et Gournay. Sur 14 cas, 2 seulement se sont montrés rebelles à cette thérapeutique. Chez tous les autres, la désinfection complète du rhino-pharynx fut obtenue dans un temps moyen de cinq jours.

(P. Minet. Société de médecine du Nord, mai 1931.)

Action calcifiante du bismuth

Le bismuth, administré au lapin et au chien par voie intramusculaire et à des doses toxiques, se montre pourvu de propriétés calcifiantes à l'égard de tissus tels que le muscle, siège de l'injection, et le rein. Cette action calcifiante du bismuth ne s'oppose pas à son utilisation thérapeutique s'il est administré à des doses non toxiques.

(MM. G. Levaditi, A. Vaisman, Mlles R. Schœn et V. Manin Académie des sciences, 29 juin 1931.)

Examen et certificat du nourrisson à confier à une nourrice

Le médecin fera :

1° un examen clinique, et, en cas de doute, séro-réaction de l'enfant ; 2° un examen clinique, et, en cas de doute, si possible, sérologique du père et de la mère.

Le certificat spécifiera après ces examens :

Je soussigné... certifie, après avoir le (date en toutes lettres) examiné séparément *M. X...* (*prénoms*) *et Mme X..., n'avoir constaté à l'heure actuelle aucun signe de syphilis et tenir d'eux l'affirmation formelle qu'ils n'ont jamais eu d'accidents syphilitiques. La séro réaction pratiquée chez eux en date du... a été négative. Leur enfant* (*prénom de l'enfant*) *ne présentait à sa naissance et ne présente à l'heure actuelle aucun signe de maladie contagieuse.* (*Donné à titre de renseignement médical à la demande des parents se disant tels, dont la signature est ci-contre et remis à eux-mêmes*).

Si l'on demande au médecin de formuler par écrit son avis sur la possibilité d'un allaitement mercenaire, il ajoutera :

L'enfant peut donc être confié à une nourrice, sans que pourtant mon certificat engage ma responsabilité dans le cas où des symptômes de maladie contagieuse, impossible à prévoir actuellement, apparaîtraient dans l'avenir.

(Professeur Gougerot. Syphilis et nourrices. *Journal des Praticiens*, 25 juillet 1931).

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMP. THIRON ET CIE. — R. C. 4264

FONDÉ EN 1873. — N° 42 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 17 OCTOBRE 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance publique à Paris. — *Concours de stomatologiste des hôpitaux, du 27 octobre* 1931. — Jury : MM. les Docteurs, Frey Schaeffer, Lemerle, Robin, Rochard, Brouardel, Mouchet. — Lecteur : Vilenski. — Censeurs : Boissier, Chatellier.

Concours : 27 octobre, 8 h. 30, 3, avenue Victoria.

Deux places.

— *Concours de l'Externat* 1931. — Jury : MM. les docteurs Céloce, Ravina, Pichon, Péron, Bernard, Welti, Thalheimer, Leibovici, Hartmann, Ophtalm.

Oral de l'internat en médecine. — Séance du 8 octobre 1931. Questions : 1° Symptômes et diagnostic de la tuberculose génitale chez l'homme ; 2° Zona interscostal.

MM. Moulinier, 13 ; Scheid, 20 ; Mathivat, 18 ; Ghozland, 20 1/2 ; Soyer, 22 ; François, 17 ; Boussoulade, 18 ; Wetterwald, 21 ; Monier, 16 ; Seguin, 17 ; Broutman, 18.

Les séances auront lieu les : Lundi à 16 h. 30, mardi à 9 h. 30, jeudi à 16 h. 30.

Agrégation. — Liste des membres des jurys des concours du premier degré de l'agrégation des facultés de médecine (fin, voir *Gaz. des hôpit.*, n° 80, p. 1489) :

Quatrième division : PHARMACIE. — *Catégorie L : Histoire naturelle pharmaceutique.* — Paris : M. Perrot.

Province : MM. Maurin, Gillot, Leulier, Senevet, Cabanes, Sartory, Lavier, Lasseur, Beille, Lobstein, Seyot, Fourment.

Catégorie M. : Pharmacie. — Paris : M. Goris.

Province : MM. Morvillez, Jadin, Pastureau, Dupouy, Grelot, Leulier, Ribaut, Gérard (E.), Guillaume.

Catégorie N. Chimie générale pharmaceutique et toxicologie. — Paris, : M. Lebeau.

Province : MM. Morel, Morvillez, Gérard (E.), Valdiguie, Moog, Labrode, Pastureau, Vallée, Labat, Volmar, Douris.

II. JUGES SUPPLÉANTS. — Première division : BIOLOGIE. — *Catégorie A : Anatomie.* — Paris : MM. Hovelacque, Olivier.

Province : MM. Laux, Clermont, Granel, Mutel, Dubecq, Gabrielle, Ribet.

Catégorie B : Histologie. — Paris : MM. Verne, Millot, Giroud, Mulon.

Province : MM. Lacoste, Vatrin, Noël, Granel,.

Catégorie C : Histoire naturelle médicale et parasitologie. — Province : MM. Sigalas (R.), Mornas, Larousse, Roques,.

Catégorie D : Bactériologie. — Paris : M. Gastinel.

Province : MM. Boulet, Sorel, Aubertin, Dufourt.

Catégorie E : Anatomie pathologique. — Paris : MM. Huguenin, Oberling.

Province : M. Pieri, Mlle Condat, MM. Muratet, Sendrail, Pages, Martin (J.-F.).

Catégorie F : Physiologie. — Paris : MM. Richet, Chailley-Bert.

Province : MM. Hermann, Fabre (R.).

Catégorie G : Chimie. — Paris : MM. Sannié, Labbé (H).

Province : MM. Cristol, Vitte, Giberton, Roche.

Catégorie H : Physique. — Paris : M. Dognon.

Province : MM. Lamy, Nogier, Lemarque Bugnard.

Deuxième division : MÉDECINE GÉNÉRALE. — *Catégorie I : Médecine.* — Paris : MM. Donzelot, Piédelièvre, Lian, Chevalier, Vallery-Radot, Hutinel, Joannon, Chabrol, Bénard (H.), Cathala, Laroche (Guy), Moreau, Brulé, Harvier, Alajouanine, Aubertin, Sezary.

Province : MM. Puech, Sorel, Sendrail, Simonin, Roques, Creyx, Auguste, Gerney, Chalier, Mlle Condat, MM. Drouet, Abel, Nérac.

Troisième division : CHIRURGIE ET OBSTÉTRIQUE. — *Catégorie J. : Chirurgie.* — Paris : MM. Quénu, Moulonguet, Gatellier, Moure, Mondor, Leveuf, Brocq, Cadenat, Fey, de Gaudart d'Allaines.

Province : MM. Lefebvre, Papin, Aimes, Ferrari, Duboucher Swynghedauw, Santy, Binet, Moggi, Miginiac, Delannoy, Guillemin, Barthélemy.

Catégorie J bis : Ophtalmologie. — Paris : M. Velter.

Province : MM. Nerac, Swynghedauw, Delannoy, Gernez, Beauvieux, Auguste.

Catégorie J ter : Oto-rhino-laryngologie. — Province : MM. Swynghedauw, Ferrari, Gernez, Auguste, Duboucher, Delannoy, Nérac, Moggi.

Catégorie K : Obstétrique. — Paris : MM. Vaudescal, Portes, Vignes, Ecalle.

Province : MM. Rhenter, Pery, Houel, Coldecarrera, Vermelin.

Quatrième division : PHARMACIE. — *Catégorie L : Histoire naturelle pharmaceutique.* — Province : MM. Signalas, Manceau, Martin Sans.

Catégorie M. : Pharmacie. — Province : MM. Manceau, Golse, Florence.

Catégorie N : Chimie générale pharmaceutique et toxicologie. — Province : MM. Brustier, Chambon, Vitte.

Conférence des psychanalystes. — La VI[e] Conférence des psychanalystes de langue française se tiendra à Paris les vendredi 30 et samedi 31 octobre 1931 à l'Amphithéâtre de la clinique des maladies mentales, Asile clinique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis (XIV).

Des rapports seront présentés.

Le vendredi 30 octobre, de 9 heures à midi, par M. le D[r] PARCHEMINEY sur l'hystérie de conversion.

Le samedi 31 octobre, de 9 heures, à midi, par Mme JOUVE-REVERCHON sur l'Hystérie du point de vue psychiatrique.

Diplôme de médecin sanitaire maritime. — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Bordeaux le 29 octobre 1931.

S'inscrire auprès du Directeur de l'inscription maritime à Bordeaux.

Maladies du système nerveux et de l'encéphale. (Consultation externe, 1, rue Cabanis.) — *Neurologie et psychiatrie.* — tous les matins (de 9 heures à 12 heures) exceptés les dimanches et fêtes. Lundi, D[r] BOREL, D[r] BARUK. — Mardi, D[r] CODET. — Mercredi, D[r] BOREL. — Jeudi, D[r] CÉNAC. — Vendredi, D[r] CODET. — Samedi, D[r] BOREL.

Traitements externes : Psychothérapie. Psychanalyse : D[r] NACHT, D[r] JOUVE.

Le Caducée normand. — Le dîner d'automne du Caducée normand aura lieu le samedi 7 novembre prochain au Bœuf à la

L'Argus de la Presse vient d'éditer la sixième édition de « Nomenclature des Journaux et Revues en Langue française paraissant dans le monde entier ».

C'est un volume très documenté de plus de 1.100 pages, renfermant plus de 15.000 noms de publications différentes, qui rendra des services à tous ceux qui s'intéressent à la Presse et à la Publicité.

Mode, 7, rue de Valois, sous la présidence d'honneur du Professeur Laignel-Lavastine. Tous les médecins, pharmaciens et dentistes normands seront les bienvenus à cette réunion amicale. Ils sont priés de s'inscrire auprès du secrétaire général Robert Colas, 133, rue Lecourbe (Vaugirard 48-10) ou du président, G. de Parrel, 78, boulevard Malesherbes (Laborde 14-43).

Congrès international d'hygiène méditerranéenne. (Marseille, 20 à 25 septembre 1932.) — BUT DU CONGRES. —Ce Congrès a pour but, en permettant aux divers savants des pays méditerranéens de se rencontrer, de leur fournir en même temps les moyens d'établir à la fois le bilan des notions acquises et celui des problèmes d'hygiène à résoudre encore ou en voie de solution.

Le comité a pensé qu'il était préférable de limiter à 5 le nombre des rapports faisant l'objet des questions principales ci-dessous indiquées.

Les communications se rapportant à d'autres sujets seront faites et discutées aux séances d'après-midi dans l'ordre indiqué ci-dessous.

PROGRAMME. — Lundi 20 septembre : Matin 9 heures : Séance solennelle d'ouverture. Premier rapport : La Spirochétose espagnole, par M. SADI DE BUEN. Discussion. — Après-midi 2 heures Communications : Démographie. Mouvements de la population. Emigration. Immigration.

Mardi 21 septembre : Matin 9 heures : 2e rapport : La dengue, par M. BLANC. Discussion. — Après-midi 2 heures : Communications : Météorologie. — Climatisme. Urbanisme. Génie sanitaire. Hygiène du rivage le long des mers sans marée. Questions connexes d'hydrologie et de Géologie.

Mercredi 22 septembre : Matin 9 heures : 3e rapport : La Fièvre ondulante, par M. BURNET. Discussion. — Après-midi 2 heures : Communications : Etude des maladies les plus communes dans le bassin méditerranéen : Maladies par contamination directe : Trachome. Lèpre. Tuberculose. Maladies vénériennes. Fièvre typhoïde.

Jeudi 23 septembre : Matin 9 heures : 4e rapport : La Fièvre exanthématique méditerranéenne, par OLMER. Discussion. — Après-midi 2 heures : Communications : Maladies transmises par contamination indirecte : Phlébotomes : Fièvre à pappataci. Leishmanioses. Poux : typhus exanthématique. Spirochétoses en général. Puces : peste. Moustiques : Fièvre jaune. Paludisme.

Vendredi 24 septembre : Matin 9 heures : 5e rapport : Des Procédés modernes de dératisation des navires, par M. LUTRARIO. Discussion. — Après-midi 2 heures : Communications : Prophylaxie publique et privée des maladies infectieuses les plus communes dans le bassin méditerranéen. Ententes internationales.

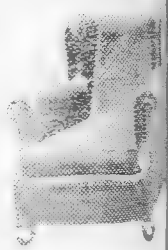
Des excursions auront lieu le samedi 25 et dimanche 26 septembre.

RAPPORTS. — Les rapports devront être remis dactylographiés en double exemplaire avant le 1er mai 1932 et seront accompagnés d'un résumé pour la presse. Ils ne dépasseront pas 10 pages d'impression grand in-octavo. Les rapporteurs sont priés d'indiquer si leurs rapports seront accompagnés de projections ou de films cinématographiques.

COMMUNICATIONS. — Les communications qui seront remises dactylographiées en double exemplaire avant le 1er mai seront imprimées et distribuées aux congressistes, elles ne pourront pas dépasser 5 pages d'impression. Les auteurs sont priés de joindre un résumé de 10 à 15 lignes pour la presse et d'indiquer si leurs communications seront accompagnées de projections ou de films cinématographiques.

INSCRIPTIONS. — Les personnes qui désirent être inscrites comme membres du Congrès sont priées de s'adresser à M. Georges Baillière, trésorier, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris, 6e.

Elles devront ajouter à leur demande d'inscription le montant de leur cotisation, soit 100 francs. Le montant pourra être versé



soit sous forme de mandat-poste, soit au compte chèque-postal Paris -202.

L'Union internationale contre la tuberculose tiendra sa prochaine conférence à La Haye, du 6 au 9 septembre 1932, et elle a mis à l'ordre du jour les trois questions suivantes :

1° Question biologique : « Relation entre l'allergie et l'immunité » ;
2° Question clinique : « La chrysothérapie » :
3° Question sociale : « L'assistance post-sanatoriale ».

Ces décisions ont été prises à la réunion du Conseil de direction qui s'est tenu récemment à Paris, sous la présidence du professeur Frölich (Norvège).

Concours pour l'admission à six emplois de médecins stagiaires de l'assistance médicale en Indochine. — Un concours pour six emplois de médecins stagiaires de l'assistance médicale de l'Indochine s'ouvrira le 13 décembre 1931.

Epreuves écrites éliminatoires dans les trois centres de Paris, Bordeaux, Marseille :

1° Une composition sur un sujet de pathologie interne.
2° Une composition sur un sujet d'hygiène.

Epreuves pratiques et orales à Marseille :

1° Examen clinique de deux malades atteints, l'un, d'une affection médicale, l'autre, d'une affection chirurgicale.
2° Epreuve de médecine opératoire avec interrogation sur l'anatomie de la région siège de l'opération.

Conditions. — Etre français, ou indigène indochinois, sujet ou protégé français, titulaire du diplôme d'Etat français de docteur en médecine ou produire un certificat de fin de scolarité et fournir ce diplôme avant l'ouverture du concours.

Etre âgé de 32 ans au plus à moins d'avoir des services antérieurs à l'Etat ou à la Colonie permettant d'obtenir à 57 ans d'âge une pension de retraite pour ancienneté de services.

Avoir satisfait à la loi sur le recrutement de l'armée.

Clôture du registre d'inscription le 13 octobre 1931, à 17 heures.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au ministère des Colonies, inspection générale du Service de santé, deuxième section.

Concours pour l'admission à six emplois de médecin de deuxième classe de l'Assistance médicale indigène de Madagascar et dépendances. — Un concours pour six emplois de médecin de deuxième classe de l'Assistance médicale indigène de Madagascar et dépendances s'ouvrira le 16 décembre 1931.

Epreuves écrites éliminatoires dans les trois centres de Paris Bordeaux, Marseille :

1° Une composition sur un sujet de pathologie interne.
2° Une composition sur un sujet d'hygiène et de prophylaxie.

Epreuves pratiques et orales à Marseille :

1° Examen clinique de deux malades atteints, l'un, d'une affection médicale, l'autre, d'une affection chirurgicale.
2° Epreuve de bactériologie courante.
3° Epreuve de médecine opératoire avec interrogation sur l'anatomie de la région siège de l'opération.

Conditions. — Etre Français, titulaire du diplôme d'Etat français de docteur en médecine ou produire un certificat de fin de scolarité et fournir ce diplôme avant l'ouverture du concours.

Etre âgé de 30 ans au plus, à moins d'avoir des services antérieurs à l'Etat ou à la Colonie permettant d'obtenir une pension de retraite pour ancienneté de services à 55 ou 60 ans d'âge.

Avoir satisfait à la loi sur le recrutement de l'armée.

Clôture du registre d'inscription le 15 octobre 1931.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au ministère des Colonies, inspection générale du Service de santé, deuxième section.

Nécrologie. — Dr Camille BOUFFLERS, de Crèvecœur-le-Grand (Oise), décédé à l'âge de 62 ans. — Dr CHABERT, de Royan. — Dr Pierre FAYOLLAT, de Grenoble, médecin commandant en retraite, décédé à l'âge de 60 ans. — Dr René PAROT, décédé à Nice à l'âge de 43 ans. — Dr PETITEAU, de Cognac, décédé à l'âge de 62 ans. — Dr CANAC MARQUIS, chirurgien canadien français, décédé à San Francisco. — Professeur Antoine DIONISI, de Rome.— Dr Arcile ZAMORA, professeur de thérapeutique et médecin de l'Hôpital Sante-Barbara (Bolivie).

« Ce que désire le médecin désireux de s'instruire, c'est de trouver, dans un espace de quatre à six semaines, trois à quatre cours pratiques chaque jour à son choix, de façon à ce qu'il puisse rafraîchir son bagage médical, soit en affections vasculaires, digestives, urinaires, gynécologiques, nerveuses, etc., etc. ». (Eugène SAINT-JACQUES. Professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Montréal. *La Presse médicale*, 10 juin 1931.)

Revue des Thèses

Victor Carrier. **Le canal de Cloquet et la persistance de l'artère hyaloïdienne.** (*Thèse de Lyon*, 64 p., mars 1931. Bosc et Riou, imprim. édit.).

Conclusions :

I. — L'artère hyaloïdienne est normalement oblitérée, à partir du septième mois de la vie fœtale la persistance au delà du quinzième mois constitue une anomalie.

Le canal de Cloquet persiste toute la vie ; l'anomalie réside dans son opacité, ou sa visibilité, et non dans sa persistance.

Il semble prouver que la paroi du canal hyaloïdien ne présente aucun caractère des gaines lymphatiques, la limitante inter-vitréenne étant très probablement due à une condensation des fibres des deux vitres à leur point de contact.

II. — Les lésions congénitales représentées par les reliquats hyaloïdiens sont probablement plus fréquentes que ne le fait supposer le nombre de cas publiés, mais la coexistence de cataractes, d'occlusions pupillaires congénitales et d'opacité du corps vitré, rendent l'exploration du fond d'œil très difficile et d'interprétations très délicates sinon impossibles.

III. — La découverte au moyen des appareils de Güllstrand de la ligne arciforme de Vogt, et de la présence du corpuscule hyaloïdien est normale.

Il faut réserver le nom de reliquat hyaloïdien à une artère hyaloïdienne présentant un certain trajet, qu'elle soit vide ou pleine de sang.

IV. — Nous rapportons 66 cas de reliquats hyaloïdiens complets dont 2 personnels.

Ces formations qui peuvent être la cause de troubles objectifs et subjectifs variés sont représentées :

a) Soit par une artère hyaloïdienne persistante :

b) Soit par un canal de Cloquet opaque ou visible ;

c) Soit par les deux réunis.

V. — La coloration sombre, rouge ou d'un blanc éclatant, les mouvements vifs au cours de la rotation de l'œil, la naissance au niveau d'un des vaisseaux papillaires et les fines arborescences terminales sur la cristalloïde postérieure sont les signes ophtalmoscopiques habituels de la persistance de l'artère hyaloïdienne.

Le canal de Cloquet peut être franchement opaque ou plus ou moins visible. Il est plus volumineux et présente un aspect nacré, en forme de verre de lampe évasé aux deux extrémités, contenant parfois l'artère hyaloïdienne, avec son aspect caractéristique.

J. Rivière. **Endocardites infectieuses vraies au cours de la tuberculose pulmonaire.** (*Thèse de Lyon*, 85 p., décembre 1930, nº 121. Bosc et Riou, imprim.-édit.).

Conclusions :

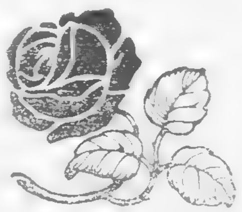
1º La coexistence de l'endocardite infectieuse avec la tuberculose pulmonaire est un fait exceptionnel. Dans les deux cas que nous avons pu observer, il s'agissait d'endocardites infectieuses à forme subaiguë, ayant évolué avec des poussées de fortes températures ondulantes, des rémissions passagères assez courtes, des signes cardiaques, des signes osléoriens, une grosse rate, et dans un cas une hémoculture positive.

2º Il nous paraît utile de distinguer les endocardites infectieuses véritables des endocardites terminales décrites par quelques auteurs, qualifiées d'infectieuses, elles ne nous paraissent pas justifier cette appellation.

En effet, anatomiquement, ces endocardites terminales se manifestent par de petites végétations sans caractères précis. Il est fréquent de les rencontrer à la vérification des cachectiques en général.

Cliniquement, elles sont absolument silencieuses et passent inaperçues parmi les signes de la phase ultime de la tuberculose pulmonaire.

Chez nos deux malades, il s'agissait au contraire d'endocardites malignes vraies dont le diagnostic avait été possible





plusieurs semaines avant la mort. Les lésions anatomiques furent des plus nettes.

3° Des anomalies thermiques chez des tuberculeux peuvent être dues à des épisodes d'endocardite ; y songer ;

b) Certaines formes d'endocardites tuberculeuses végétantes peuvent revêtir l'aspect clinique d'une endocardite infectieuse.

Braillon et Jousset ont individualisé une de ces formes. Le diagnostic entre ces différentes endocardites peut être intéressant. Nous en apportons les éléments :

Données étiologiques ;

Tableau clinique ;

Epreuves bactériologiques.

4° En outre, au point de vue dogmatique, ces faits réveillent des discussions anciennes :

a) L'antagonisme entre les lésions cardiaques et la tuberculose autrefois établi comme un dogme n'est plus admis aujourd'hui ; il se limite d'après Tripier à un antagonisme d'évolution. Mais, dans le cas de l'endocardite infectieuse, l'hydraulique cardio-pulmonaire n'a pas le temps d'être modifiée. La septicémie greffée sur le fond tuberculeux évolue seule à grand bruit et le pronostic reste celui d'une endocardite maligne à marche rapide ;

b) Dans un essai étiologique, nous avons cherché à déterminer la porte d'entrée de l'infection, nous avons discuté le rôle des cavernes et des ulcérations intestinales.

Chez nos deux malades, l'origine du bacille est restée inconnue et nous n'admettons aucune relation de cause à effet entre les deux affections.

Il semble donc qu'une simple coïncidence ait voulu que ces malades tuberculeuses meurent d'endocardite infectieuse.

ROBERTO RODRIGUEZ. **Contribution à l'étude de la forme achromique du pityriasis versicolore chez les sujets de race blanche.** (*Thèse de Lyon*, 47 p., 9 mars 1931, n° 306. Bosc et Riou, imprim. édit.).

Conclusions :

I. — Dans nos régions on peut observer sur les zones tégumentaires pigmentées, sous l'action des rayons solaires, une forme achromique du pityriasis versicolore.

II. — Les taches achromiques se caractérisent par leur coloration (blanc sur fond brun) et par la discrétion extrême du processus desquamatif.

III. — On y retrouve les filaments et les spores du « malassezia furfur ».

IV. — Au point de vue du mécanisme les auteurs, qui ont étudié cette forme spéciale, sont d'accord pour attribuer un rôle de protection au champignon vis-à-vis des rayons solaires, d'où l'absence de pigmentation au niveau des lésions cutanées et leur aspect achromique.

La mise en évidence du champignon au niveau de ces taches ne permet pas d'accepter l'opinion de Kistiakowsky, pour lequel il s'agirait d'une forme de guérison.

L'action pigmentolytique possible du champignon défendue par Gougerot et Jaussion, et étudiée expérimentalement par Gougerot parait secondaire, au moins chez les sujets de race blanche.

V. — La connaissance de la forme achromique du pityriasis versicolore garde, de toute façon, un grand intérêt diagnostique.

A. CHASSY. **Tuberculose des sinus de la face.** (*Thèse de Lyon*, 63 p., 25 mars 1931, n° 147. Bosc et Riou, imprim.-édit.).

Conclusions :

La sinusite chronique tuberculeuse est plus fréquente chez les tuberculeux qu'on ne l'admet généralement, mais elle est souvent méconnue. On peut aussi la trouver chez des individus indemnes de tuberculose pulmonaire. Elle peut aussi se manifester de façon primitive avant toute autre localisation tuberculeuse cliniquement décelable.

Son diagnostic est délicat dans ces formes, il faut s'appuyer sur l'allure chronique et récidivante, sur la présence d'adénopathie sous-maxillaire, sur la dégénérescence polypeuse de la pituitaire.

Méconnue elle peut causer l'infection tuberculeuse des poumons et par là constitue un réel danger pour le malade et son entourage.

Enfin diagnostiquée au début elle est parfaitement curable.

TRAVAUX ORIGINAUX

Considérations sur l'opération de Brauer (cardiolyse, thoracectomie précordiale) et ses indications au cours de la symphyse péricardique

Par A. CLERC, R. SOUPAULT et P.-Noël DESCHAMPS

Quand, au cours de l'inflammation chronique subie par son enveloppe, le cœur se trouve enfermé dans une gaine inextensible, elle-même bridée par une série d'adhérences aux plans voisins, il semble que toute thérapeutique strictement médicale reste vouée à l'impuissance, et que doive passer au premier plan la nécessité de libérer directement la séreuse, et de rendre à ses feuillets un maximum de glissement. De là sont nées diverses opérations, en quelque sorte radicales, dont la première en date, préconisée dès 1898 par Delorme, consiste dans le décollement des adhérences et la « décortication » du cœur ; d'un autre côté, de véritables résections, ont été considérées comme nécessaires par d'autres chirurgiens, qui, depuis Rehn (1920), ont préféré la *péricardectomie* proprement dite, c'est-à-dire l'extirpation plus ou moins étendue. En 1902 pourtant, Brauer (1), sous le nom de *cardiolyse*, avait imaginé une intervention moins directe, réalisée la même année par Petersen, et visant non plus le cœur, mais la région de la paroi thoracique, en rapport avec la face antérieure de ce dernier, et dont la mobilisation était obtenue, par la résection d'une partie des côtes correspondantes. Cette « *thoracectomie précordiale* », selon la nomenclature française, n'aurait pas seulement pour effet de dégager le feuillet péricardique externe, éventuellement épaissi, de toute adhérence avec ce plastron voisin, mais encore, grâce à l'espace virtuel qu'elle crée, de rétablir le jeu des organes respiratoires, jeu dont la suppression entraîne une gêne permanente pour le cœur, puisque en pareille circonstance, comme l'a bien montré le professeur Pierre Delbet (2), les coussinets formés par les languettes pulmonaires ne viendraient plus s'insinuer dans les culs-de-sac pleuraux antérieurs, ni combler ainsi le vide systolique laissé par les contractions ventriculaires.

C'est à la *thoracectomie*, que se borneront les considérations qui vont suivre.

Pratiquée d'abord en Allemagne, étudiée en France par Lejars, Leuret (3), Curtillet et Pellissier (4), Leriche et Cotte (5), Gallavardin (6) et Giguet (7), Lecène (8), Roux-Berger et tant d'autres ensuite : ayant suscité, parmi les auteurs de langue anglaise les travaux de Bourne (1), de Marvin et Harvey (2), etc. : la méthode s'est répandue au point que le nombre des observations connues, passait de 19, dans le mémoire de Lecène (1909) déjà cité, à 30 dans celui de Roux-Berger (1910) (3) à 43 (nouveaux depuis Lecène) dans le mémoire du professeur H. Hartmann analysant une communication de Bergeret à Theodoresco (1926) (4), à 67 dans l'excellente thèse de Merle d'Aubigné (1928) (5), qui représente actuellement le recueil le plus complet auquel, en France, on puisse se reporter.

Depuis, Rouslacroix a groupé (6), les résultats de sa propre expérience, portant sur 5 cas personnels, et, plus récemment encore, à propos d'un jeune malade traité avec succès, Taracca (1929) (7) discute longuement à son tour les 84 observations qu'il a pu récolter dans l'ensemble de la littérature médicale (8).

Personnellement, nous avons rapporté longuement (9) l'observation d'un jeune homme de 19 ans, sans antécédents rhumatismaux avérés, ayant présenté un syndrome hépato-pleural péritonéal, avec médiastinite évidente et vraisemblablement un certain degré de symphyse péricardique, sans arythmie ni lésion valvulaire, le tout fortement suspect de tuberculose : en même temps s'étaient développés tous les signes fonctionnels d'une insuffisance cardiaque, prédominant sur le cœur droit, insuffisance intense, progressive et rebelle à tout traitement médical. L'opération pratiquée par l'un de nous, sous anesthésie locale et selon le procédé de Brauer, fut suivie d'une amélioration telle, que cette dernière subsiste, huit mois après, permettant au patient une vie quasi-normale, et la reprise de son métier d'employé de bureau. Cette observation, jointe aux statistiques publiées par les divers auteurs, nous permettra de résumer, et les indications de la thoracectomie précordiale, et les résultats acquis à l'heure présente.

I) GÉNÉRALITÉS — 1° *Données relatives aux malades.* — Deux groupes de faits méritent d'être retenus : ou bien il s'agit d'une *symphyse d'origine rhumatismale* avec dilatation plus ou moins accentuée de toutes les cavités du cœur, et, trop souvent, atteinte valvulaire ; ou bien l'on constate l'existence d'une péricardite chronique, sans endocardite, mais suspecte de *tuberculose* ; dans les deux cas, à la cyanose, à l'insuffisance du cœur droit, à l'hépatomégalie, et à la stase veineuse généralisée, viennent s'associer, non seulement la médiastinite, constatable sous l'écran, mais encore des épanchements pleuraux et péritonéaux, (parfois même les deux en même temps), ayant souvent nécessité déjà des ponctions, au besoin répétées.

---

(1) BRAUER. Die Kardiolysis und ihre Indikationen. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1902, p. 258, V. *Sem. Med.*, 1903, p. 194. — V. aussi BRAUER et FISCHER. Handbuch der normalen und pathologischen Physiologie (Berlin, Springer, 1927), t. VII, fasc. 2, p. 1877-1882.

(2) P. DELBET. Discussion de la communication de Delorme. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 10 décembre 1913, p. 1611. — *Id.* La symphyse cardio-thoracique extra-péricardique. *C. R. de l'Acad. des Sciences*, 1915, p. 402. — *Id.* et VAQUEZ. De la chondrectomie dans certaines dilatations irréductibles du cœur droit. *C. R. de l'Acad. des Sciences*, 1915, p. 456 et *La Presse Médicale*, 8 avril 1915, p. 113.

(3) LEURET. — *La Clinique*, 11 novembre 1910.

(4) CURTILLET et PELLISSIER. — L'opération de Brauer dans un cas de médiastino-péricardite tuberculeuse. *Lyon chirurgical*, mai 1911.

(5) LERICHE et COTTE. — Traitement chirurgical de la symphyse du péricarde et de la médiastino-péricardite. *Lyon chirurgical*, 1909, p. 612 ; janvier 1911, p. 55.

(6) GALLAVARDIN. *Lyon médical*, 1921, p. 497.

(7) GIGUET. — La thoracectomie péricardiaque. *Thèse Lyon*, 1914.

(8) P. LECÈNE. — La cardiolyse ou opération de Brauer, ses indications et ses résultats. *Arch. des mal. du cœur*, 1909, p. 673.

(1) BOURNE. — The operation of cardiolysis. *Qualerly J. of. med.*, 1924, janvier, p. 179.

(2) MARVIN et HARVEY. — *The journal of Ac. med. Associat.*, t. LXXXII, p. 1507.

(3) ROUX-BERGER. — *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, 1910, p. 423.

(4) *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 16 janvier 1926. — V. aussi DESPLAR. Traitement chirurgical de la symphyse cardiaque. *Journ. méd. français* 1926, t. 16, p. 657.

(5) MERLE D'AUBIGNÉ. Indications et technique de la thoracectomie précordiale. *Thèse de Paris*, 1928. — Voir aussi LENORMANT et MERLE D'AUBIGNÉ. — *Journal de Chirurgie*, 1928, T. 31, p. 161.

(6) M. A. ROUSLACROIX. — Cinq observations de thoracectomie précordiale. *Marseille médical*, 1929, 1er semestre, p. 124.

(7) L. TARACCA. — La cardiolisi alla Brauer. *Archivio Italiano di Chirurgia*, t. XXIV, 1929, p. 405.

(8) Aux faits recueillis par Taracca, s'ajoutent les observations récentes de Smith (Trois cas personnels analysés *in J. Am. med. Assoc.*, T. XC, 1928 p. 575. A noter que sur les 5 cas de Rouslacroix, 3 seulement figurent dans la statistique italienne. Enfin 5 cas inédits figurent dans le mémoire de T. Martini et M. Joselevich. *Semana medica* 1929, n° 28, p. 61. — Consulter aussi l'excellente thèse de Miguel Joselevich. *Patogenia de la Insuficiencia cardiaca en la Sinfisis Pericardica.* Buenos-Aires 1929.

(9) A. CLERC, R. SOUPAULT et P.-N. DESCHAMPS. — Symphyse cardiaque probable avec syndrome pleuro-péritonéal associé. Thoracectomie précordiale. Amélioration considérable des troubles circulatoires. *Bulletin et Mémoires de la Soc. médicale des Hôp. de Paris*, 1931, 20 mars, p. 477.

2° *Outre un diagnostic le plus précis possible, l'indication opératoire* suppose, malgré des obstacles dont nous ne nions pas la réalité, (1) le développement d'une insuffisance myocardique invétérée, et, finalement, ne cédant plus à aucune thérapeutique médicale. Sans doute, une progressivité trop accentuée, et, surtout, des poussées inflammatoires, aiguës ou évolutives, représentent trop souvent des difficultés insurmontables, mais il n'en est pas nécessairement de même des lésions valvulaires (mitrales presque toujours), malgré le handicap qu'elles établissent : bien plus, l'arythmie complète ne représenterait pas, selon Bourne et d'autres auteurs, une contre-indication absolue.

De toutes façons, il est nécessaire, en la circonstance, de choisir le moment opportun, et d'éviter, par une temporisation excessive, de se trouver en face d'une déchéance myocardique trop complète ; c'est là une question de surveillance du malade, et, sans poser de lois trop absolues, on se souviendra que, selon le mot de Vaquez (2) « il ne faudra opérer ni trop tôt ni trop tard ».

3° Quant *à la technique elle-même*, elle ne saurait être longuement développée ici, et se trouve parfaitement précisée dans la thèse de Merle d'Aubigné ; nous rappellerons seulement que la résection en forme d'U transversal à base sternale, doit être assez large, dix centimètres environ à partir du bord sternal, et porter sur au moins 4 segments chondro-costaux : l'anesthésie locale est généralement préférée à l'heure actuelle, cependant des discussions se sont élevées au sujet de la valeur respective des procédés, sous-périosté ou extra-périosté, utilisés pour la dite résection. La méthode sous-périostée, adoptée en la circonstance par l'un de nous présente l'avantage, certain et important, de ménager presque à coup sûr la plèvre et d'éviter l'ouverture de la grande cavité : mais elle permet, la reproduction d'un plan osseux plus ou moins résistant : par contre, la technique extra-périostée, qui caractérise l'opération de Brauer, type crée une brèche définitive, et de nombreux chirurgiens, Lenormant, Merle d'Aubigné, entre autres, lui sont restés fidèles.

II. Résultats. — 1° Si l'on considère le *pronostic immédiat quoad vitam*, on voit que les statistiques récentes, joignant nombre de faits nouveaux à ceux, réunis déjà par Roux-Berger, Bergeret et Theodoresco, etc., montrent que la mortalité, correspondant aux suites opératoires des *premières heures* est, somme toute, relativement peu considérable. Merle d'Aubigné, sur 64 cas, admet une proportion de 6,4 %. Sur 84 observations étudiées par Taracca (3) l'issue fatale survint trois fois dans les premières 24 heures, et une fois 12 jours après (soit 4,7 %) : si, dans ce dernier cas, la blessure de la plèvre pouvait être incriminée, dans les autres il s'agissait d'asystolies avancées, compliquées ou non d'embolies pulmonaires. La mort peut aussi survenir plus tardivement, dans les premières semaines, ce qui porte alors le pourcentage total à 10,8 % (Merle d'Aubigné.

Mais l'acte opératoire n'exerce plus alors d'influence aussi directe, et sur 26 décès tardifs colligés par le professeur italien (soit en tout 35,7 %) la cause, sans parler d'infections intercurrentes, devait être cherchée dans l'insuffisance cardiaque d'emblée progressive ou avec rechûte après amélioration : trois fois enfin la tuberculose emporta le malade.

2° *Deux complications spéciales* doivent être soulignées. L'une est précoce, et consiste dans l'ouverture de la plèvre par le chirurgien, accident grave, mais non nécessairement fatal. L'autre est plus tardive, et correspond au rétrécissement ultérieur de la brèche, et surtout à la régénération partielle de la paroi osseuse, au niveau de la zone de résection : il faut reconnaître que la méthode sous-périostée y prédisposerait tout particulièrement.

Il ne semble pas, cependant, que la convalescence en soit particulièrement gênée. Chez notre malade, la dite brèche thoracique se trouve comblée par un plan résistant, cette nouvelle paroi étant déprimée de 2 centimètres environ, par rapport au plan costal voisin ; un tel affaissement situé au devant du cœur, et comparable, en étendue, à la paume de la main, paraît avoir, pourtant, rendu à l'organe le jeu qui lui manquait, et facilité ainsi son travail.

3° Pour ce qui concerne les *suites plus éloignées*, elles sont souvent satisfaisantes. Sans doute l'amélioration proprement dite des troubles circulatoires peut être insignifiante ou nulle : toutefois elle s'est montrée notable dans la proportion de 57 %, au point que dans 27 cas de Merle d'Aubigné et 33 de Taracca (soit 39,38 %), la guérison fut presque complète, se maintenant depuis plus d'un an chez 75 % des sujets ainsi sélectionnés. Aussi la statistique française signale-t-elle 9 malades suivis pendant deux ou quatre ans, et 7 pendant 4 ou cinq ans : cette dernière catégorie fournit une seule mort, par asystolie : la même cause figure deux fois dans la première, à côté de la tuberculose et de la broncho-pneumonie qui occasionnent chacune un décès. Mais cette terminaison éventuellement défavorable n'est pas pour étonner si l'on considère que la progressivité des lésions valvulaires [surajoutées entre presque toujours en ligne de compte, et que la thoracectomie ne saurait directement s'y opposer. Voilà pourquoi les rhumatisants avérés, la plupart atteints de péricardite ou d'endocardite chronique, ne figurent-ils guère que pour un tiers dans le total des malades favorablement influencés (1).



Il est vrai que, le plus souvent, l'insuffisance cardia-

(1) On ne saurait trop insister sur l'importance que prend la vérification d'ordre radioscopique et radiographique.

(2) H. Vaquez. — Les orientations nouvelles de la chirurgie cardiaque. *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1919, n° 82, p. 155. *Maladies du cœur*, p. 252. *Id. Médicaments et médications cardiaques*, p. 210.

(3) Si les statistiques française et italienne peuvent différer dans quelques détails, et dans l'interprétation de certains résultats opératoires, elles concordent dans leurs grandes lignes et reposent en grande partie sur les mêmes observations. Toutefois, la seconde, plus récente, mentionne d'autres cas nouveaux, dont deux personnels ou inédits. Toutes deux méritent d'être citées, mais sans être confondues.

(1) Sur les cinq sujets de Martini et Josselevitch, opérés par Cebalos, un mourut quarante-huit heures après, trois après un intervalle de 2 à 8 mois ; un seul restait amélioré au bout de 2 ans et deux mois. Tous étaient d'anciens rhumatisants, en état de décompensation et porteurs de lésions mitrales.


LAXAMALT
TRAITEMENT
DE LA
CONSTIPATION
AUCUNE CONTRE-INDICATION
50% huile de
paraffine
50% extrait
de malt
LABORATOIRES
LIGARDY
Bd Bourdon
PARIS


LA PASSIFLORINE
uniquement composée d'Extraits Végétaux
ATOXIQUES
Passiflora
incarnata
Salix alba
Cratœgus
oxyacantha
est le TRAITEMENT
PHYTOTHÉRAPIQUE
des ÉTATS NÉVROPATHIQUES
ANXIÉTÉ
ANGOISSE
INSOMNIE
NERVEUSE
TROUBLES
FONCTIONNELS
DU CŒUR
TROUBLES
DE LA VIE
GÉNITALE
Laboratoires G.


La Société
GALLOIS & Cie
34, Rue Villon
LYON
est à la disposition de MM. les Docteurs pour leur fournir tous renseignements bibliographiques médicaux ou scientifiques concernant
ULTRA-VIOLET
LUMIERE DE WOOD
INFRA ROUGE
LAMPES à mercure en quartz GALLOIS
avec brûleur à haut rayonnement ultra-violet. (Brevet Gallois et H. George)
Filtre de Wood
très sélectif fourni avec son spectrogramme.
PROJECTEUR PHOTOTHERMIQUE
Nouvelles Electrodes
toutes formes - tous modèles en quartz pur transparent pour applications combinées des courants à Haute Fréquence et des Rayons U.-V.
Agence à PARIS :
14, Rue de Bretagne

que n'est pas radicalement supprimée, et qu'il subsiste un peu de dyspnée, avec un certain degré de dilatation veineuse et d'hépatomégalie.

Pourtant la restauration fonctionnelle est si accentuée que la plupart du temps, elle permet une activité très remarquable, et certains se livrent même à divers sports. De toutes manières, il s'agit de sujets capables d'aller et venir, et non plus confinés dans leur lit, anhélants, cyanosés, œdématiés et cachectiques.

L'étude de notre propre malade, les photographies successives recueillies par Taracca sont, à cet égard, particulièrement suggestives.

* * *

D'une façon générale, en ce qui concerne le traitement de la symphyse cardiaque invétérée, la thoracectomie (et non la péricardectomie dont nous n'avons aucune expérience personnelle) (1) apparaît dans ses suites immédiates comme une intervention beaucoup moins grave qu'on pourrait le supposer (sans doute parce que relativement moins traumatisante), et beaucoup plus efficace dans ses suites éloignées. Mais elle combat le symptôme et non la cause, et si longtemps que puissent être suivis les malades (sur lesquelles d'ailleurs les renseignements ultérieurs sont parfois peu précis). on reste en droit de craindre qu'à un moment donné l'insuffisance du myocarde ne reprenne le dessus ; Les tentatives concernant de gros cœurs rhumatismaux, sans signes nets d'adhérences, n'ont donc amené que des résultats éphémères, encore que les malades aient pour la plupart survécu un certain temps (2). L'intervention, pour être vraiment favorable, supposerait un cœur capable, une fois libéré de reprendre, par ses propres moyens, une contractilité suffisante.

Aussi les succès les plus durables concernent-ils, en général, des jeunes gens, plutôt adolescents (entre 16 et 20 ans), *sans lésions orificielles*, bien qu'offrant, en plus d'une symphyse cardiaque présumée, les signes d'une médiastinite calleuse chronique ou subaiguë, avec polysérie envahissant non seulement les plèvres mais le péritoine, et dont le foie, volumineux et dur, donne l'impression d'une péri-hépatite fibreuse surajoutée à la stase proprement dite, comme le syndrome de V. Hutinel nous en offre l'exemple (3). Chez eux, la tuberculose plus ou moins lente est, bien souvent, invoquée comme facteur étiologique, certain ou vraisemblable mais l'évolution néfaste, bacillaire, bien qu'elle puisse être observée n'est nullement la règle, car. comme on le sait, les formes séreuses se montrent, en principe, bien plus curables que les autres.

Cependant —, même admises les restrictions et la prudence, avec laquelle il faut envisager l'avenir, même en reconnaissant qu'il s'agit d'un acte opératoire dont les indications réclament une grande clairvoyance et, de toutes manières, semblent devoir demeurer limitées, notre propre expérience et la lecture des divers travaux d'ensemble, nous porteraient à considérer comme justifiées l'optimisme que reflètent les conclusions presque unanimes de ces derniers (4).

(1) Merle d'Aubigné considère la mortalité en pareil cas comme bien plus considérable (35 % au lieu de 6.4 %) *loc. cit.* p. 49. Cette dernière semble cependant être préférée par de nombreux chirurgiens étrangers ; c'est à elle qu'avaient eu recours dans un cas favorable Claude S. Beck et R.-S. Griswald, lesquels ont, d'ailleurs, expérimentalement vérifié l'influences favorable de l'opération sur une série de chiens, après avoir réalisé chez ces derniers un syndrome péricardo-hépato-péritonéal (syndrome de Pick) par injection intra-péricardique de liquide de Dakin. (V. *Annals of Surgery*, 1930 t. 21-2, p. 1065.

(2) V. Vaquez et Lenormant cités par Merle d'Aubigné, (p. 122-127 et suivantes). Voir aussi R. Giroux. *Bulletin médical*, 1929. T. XLIII, p. 2[illegible].

(3) V. aussi Mouriquand. — Notes sur quelques points de séméiologie de la médiastino-péricardite, d'après les observations de cardiolyse. *Lyon chirurgical*, 1909, n° 7, p. 781.

(4) Dans le cas favorables (avec maladie mitrale associée) relaté par Martini et Joselevitch, l'opération ne confirma pas l'existence d'adhérences véritables, malgré un épaisissement certain du péricarde ; l'incision de la séreuse ne montra pas non plus de symphyse interne, mais donna issue à environ 50 cent. cubes de liquide citrin). Pourtant les résultats furent très satisfaisants au point de vue de l'état circulatoire, et de l'évolution ultérieure de la péricardite, comme si selon l'expression de Joselevitch une sorte d' « opération de Spencer Wells » avait été réalisée.

♦♦♦

L'alimentation variée pour l'enfant de six à dix-huit mois

Dr Odette CODET

Il ne sera point ici question de remplacer, au cours des premiers mois, chez un enfant normal et dont l'état est satisfaisant, le lait de sa mère. Trop nombreux, malheureusement sont les cas où le problème alimentaire ne se présente pas avec cette simplicité parfaite. Sans parler des rares cas de nourrissons ne supportant pas le lait de leur mère, celle-ci peut être déficiente quant à la quantité ou la composition du lait qu'elle fournit. L'enfant, en naissant peut n'avoir apporté que d'insuffisantes réserves en substances normalement absentes du lait, telles que fer ou vitamine antirachitique. L'allaitement artificiel, s'il y faut recourir, malgré les soins minutieux d'asepsie qu'il exige, à cause d'eux même, n'offre au bébé qu'un aliment transformé dans sa composition ou dans sa structure profonde. Le médecin doit donc être prêt à conseiller l'addition aux tétées de tel ou tel aliment. Et ce, parfois, dès les premiers mois. Cette notion est actuellement universellement admise.

Cependant, si l'ablactation progressive s'impose souvent, de nombreuses théories sont en présence quant aux aliments à fournir d'après l'âge de l'enfant. Nous voudrions apporter ici quelques résultats précis, recueillis au cours des derniers mois dans le service de consultations de M. Henri Janet, à l'hôpital Hérold, sous la direction de notre ami M. Edouard Pichon.

Il nous faut tout d'abord jeter un regard rapide sur les caractères particuliers de la digestion chez l'enfant de 6 à 18 mois, âge que nous avons spécialement en vue.

L'estomac, à la naissance, n'est que la chambre de coagulation de la caséine ; la fonction présurale existe seule alors, et la digestion se fait dans l'intestin, dont il semble que les ferments (lipase intestinale, lactase, invertine, érepsine peut-être) soient les seuls apparus à cette époque, ainsi que la fonction biliaire. Mais, à partir de l'âge de quatre mois, la fonction chlorhydropeptique s'installe peu à peu, pour devenir parfaite vers la fin de la première année.

Cette donnée physiologique semble corroborée par la clinique, et nous verrons la facilité avec laquelle nos enfants d'un an à peine tolèrent la viande dès qu'elle est suffisamment fragmentée. L'action de la pepsine, complétée, éventuellement par celle de l'érepsine, y peut sans doute suffire, même si la tripsine n'est pas encore en état de tenir un rôle aussi important que chez l'adulte.

La fonction pancréatique au contraire ne s'établit que plus tard, et dans la pratique, à l'âge qui nous occupe, l'enfant supporte très mal les graisses non émulsionnées, telles que graisses cuites et huiles, alors que le beurre cru est toujours bien toléré, ainsi que, généralement, le jaune d'œuf, qu'il est important, croyons-nous, de considérer séparément du blanc.

D'autre part, l'organisme du nourrisson, s'il a relativement peu de dépenses à faire en travail mécanique, doit faire face par contre aux très grands besoins de la croissance, qui augmentent l'énergie fonctionnelle minima. Henri Janet a pu établir que le métabolisme basal, (mesuré par mètre carré par rapport à la surface du corps) est sensiblement égal, à la naissance, à celui de l'adulte, et s'élève ensuite de moitié jusque vers cinq ans.

Enfin l'appareil de régulation thermique, très impar-

fait durant toute la première enfance, ainsi qu'en témoigne l'intensité des variations thermiques pour les plus petites causes, et l'énorme déperdition calorique par rayonnement, la surface du corps étant grande par rapport au volume, nous obligent à un gros apport de chaleur.

* *

Lorsque la déficience de la mère, l'intolérance de l'enfant au lait, ou l'insuffisance de ses provisions congénitales, lorsque, plus simplement, son évolution normale créant de nouveaux besoins, nous obligeront à fournir d'autres aliments que le lait, auxquels pourrons-nous et devrons-nous nous adresser ?

Il est d'usage d'introduire tout d'abord dans la diète des nourrissons les farines de céréales, sous forme de bouillies. La farine d'arrow-root, maltée, peut être donnée dès les premiers mois ; mais nous ne croyons pas qu'il y ait intérêt à se borner à une seule farine, ni à un seul excipient. Très rapidement les farines de riz, de blé, d'orge, puis d'avoine, de maïs, de tournesol, viendront varier les menus. Le bouillon de légumes servant à la cuisson de la bouillie une ou deux fois par semaine en remplacement du lait apportera des sels minéraux utiles tout en reposant le tube digestif. A mesure que l'enfant grandira, les farines de légumineuses, de chataignes, etc., viendront varier encore les potages.

Bien que le pain donné précocement soit souvent responsable de méfaits, il semble qu'à partir de 10 mois environ la panade, mitonnée jusqu'à liquéfaction, sans grumeaux et légère, soit bien supportée.

Vers huit ou neuf mois, la pomme de terre, en purée point trop épaisse, apportera son fer et son potassium ; le riz, bien que carencé en minéraux et, tel qu'on le trouve dans le commerce, en vitamines, rendra des services comme aliment purement énergétique et calorifique. Il faut savoir que, de même que les adultes, les tout petits montrent plus d'appétence pour un riz s'égrenant, cuit à l'orientale ou à la créole, plutôt que pour la masse pâteuse et lourde trop souvent servie sous le même nom.

Au même âge viendront les compotes et les confitures, faites de fruits bien mûrs. Même crus, et si la maturité est parfaite, la pulpe en sera donnée et prise avec plaisir. Nous ne parlons pas ici des oranges et citrons, dont l'usage s'est établi de donner le jus dès les premiers mois, mais des raisins dûment épépinés, des poires, des pêches, des pommes. Les noisettes et les amandes, riches en phosphore et en calcium, seront réduites en pâtes, incorporées aux compotes. Les aliments riches en calcium, le lait écarté, sont assez rares pour n'être pas négligés, à une époque où l'organisme en élaboration en a de grands besoins.

De même que les fruits, les légumes verts, source de potassium et de magnésium, grands fournisseurs de vitamine C et, pour certains d'entre eux, de vitamine A., seront donnés dès neuf ou dix mois (Pirquet et ses élèves, de Vienne, donnent des épinards dès le quatrième mois). Nous conseillons aux mamans de ne les point faire cuire à grande eau, par ébullition prolongée, mais à feu doux, à l'étouffée ; l'accession d'un minimum d'oxygène permettant une meilleure conservation des vitamines A et C, le peu d'eau leur laissant leurs sels minéraux et leur arôme.

Le beurre sera donné à une époque à peu près contemporaine des purées et des légumes verts. Il ne s'agit pas là du beurre cuit, que les enfants, à l'âge qui nous occupe, ne supportent guère ; mais le beurre cru, donné au bout de la cuiller, est pris avec plaisir et apporte un important contingent de vitamine antixérophtalmique.

Dès neuf ou dix mois, les fromages seront un nouvel élément de variété dans l'alimentation ; non point les fromages crus fermentés tels que brie ou camembert, mais les caillés et fromages blancs. Nous usons plus encore des fromages cuits comme le gruyère qui, de bonne qualité et rapé, peut rendre agréables les tristes pâtes alimentaires préparées à l'eau ; ou comme le hollande, dont les enfants sont très friands. Ces fromages ont le grand avantage d'être riches tout à la fois en phosphore et en calcium.

Vers dix mois, nous essayons avec prudence de donner un peu de jaune d'œuf, le jaune étant, d'après notre expérience, supporté bien mieux que n'est le blanc. Le fer, le phosphore, la chaux, la vitamine A qu'il contient encouragent à en corser les purées, pour peu qu'il soit bien frais et de poules sainement nourries.

Enfin, dès la première année révolue nous donnons à l'enfant de la viande. Les résultats obtenus justifient à eux seuls cette pratique à laquelle, doctrinalement, rien ne semble s'opposer. Il semble, suivant toute vraisemblance scientifique, que la digestion de la viande se fasse correctement dès la fin de la première année ; les albumines de la viande nous paraissent les moins choquantes pour l'enfant de 12 à 18 mois ; enfin, outre le fer du sang, la présence de la vitamine B dans le muscle, outre le soufre, le phosphore, le magnésium qu'elle contient, la viande fournit la lysine, cet acide aminé indispensable à la croissance.

Dès le dix ou le onzième mois on peut arroser d'un peu de jus de viande les purées ou les pâtes. Puis le jambon, cuit et non fumé, fraîchement entamé et coupé très menu, est la première viande que nous donnons à l'enfant. Bientôt le bœuf, puis le mouton viendront s'y ajouter, rôtis ou en grillades bien « saisies ». Il faut en effet, pour que les viandes rouges conservent leurs sucs, leur sang et leur sapidité, qu'un feu vif ait coagulé en une sorte de coque mince les albumines de la périphérie. Ainsi la viande conserve toutes ses qualités nutritives.

Il semble que les viandes blanches soient plus difficilement supportées et nous ne les introduisons dans l'alimentation que plus tard.

Le poisson sera donné à la même période, sous forme de merlan et de poissons plats (sole, limande, carrelet, etc.). Il ne sera point bouilli à grande eau mais cuit à l'eau frissonnante, puis arrosé d'un jus de citron, accompagné de beurre cru.

* *

Nous terminons notre inventaire succinct d'aliments souhaitables ; mais il importe d'observer que la liste que l'état actuel de la science permet de dresser n'est pas exhaustive. Outre les substances identifiées, il en est peut-être nombre d'autres qui sont indispensables à la vie. C'est pourquoi il est prudent de varier le plus possible et le plus tôt possible le régime alimentaire des enfants ; plus de ressources leur sont offertes ainsi, où puiser ce dont ils ont besoin.

Nous donnons ici quelques courbes de poids prises parmi des observations identiques.

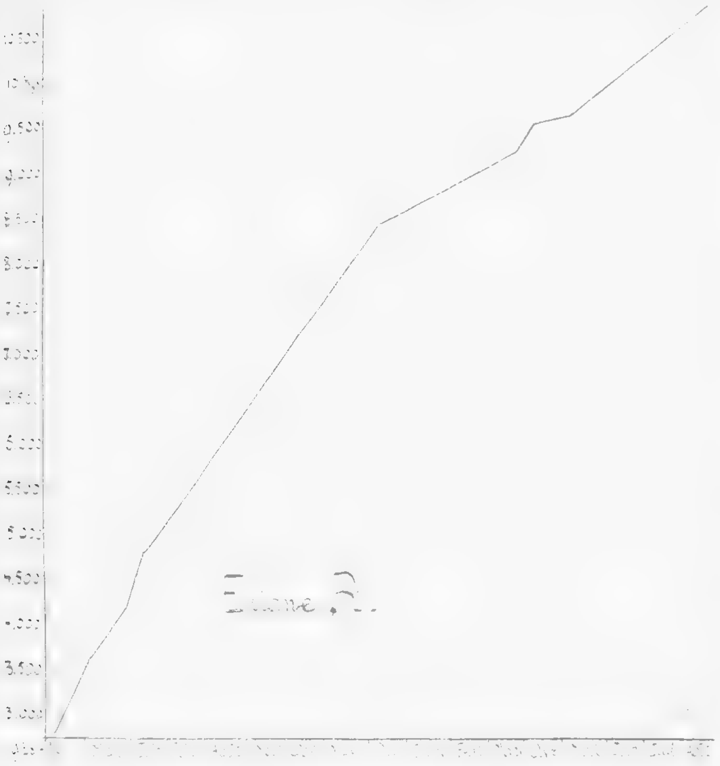
Eliane R. — Nous est amenée pour la première fois le 7 avril 1928, âgée de sept semaines et pesant 2 kgr. 850. La mère a deux autres enfants, en bonne santé. Eliane est nourrie au sein. Elle a huit tétées par jour, espacées de deux heures et demie et durant 10 minutes. Elle n'est pas malade, sa mère l'amène seulement pour surveillance médicale. Sa courbe de poids s'élève régulièrement jusqu'au 13 octobre 1928. Elle pèse alors 7 kgr. 290. Nous la mettons à un régime de cinq tétées et d'une bouillie. Puis dans le même mois, au bout de 15 jours à 4 tétées et 2 bouillies.

Le 16 janvier à dix mois et demi, nouveau régime : cinq repas : 2 bouillies, une purée arrosée de jus de viande, 2 tétées et du jus de fruits. Le 30 mars la sécrétion lactée de la mère diminuant, l'une des tétées est remplacée par un biberon. Dans la semaine qui suit, l'enfant commence à avoir du prurigo, ce qui nous oblige le 11 avril à supprimer le lait de vache. Nous croyons également nécessaire d'être prudent pour l'introduction de nouveaux aliments dans le régime. Du 11 avril au 9 mai l'enfant reste à un régime de bouillies au bouillon de légumes, de potages de légumes passés et de compotes.

Le 9 mai 1929 le prurigo a disparu. L'enfant, dont la courbe

de poids n'a pas cessé sa marche ascendante malgré les incidents des dernières semaines, pèse alors 9 kgr. 670 à 14 mois. Nous ajoutons au régime de la purée de pommes de terre chaque jour et du jambon deux fois la semaine.

Le 13 juin nous ajoutons au régime du jambon une troisième fois dans la semaine ou bien à la place de ce jambon du bif-



teck coupé très menu. Nous conseillons aussi les pâtes alimentaires à l'eau et du riz à la créole. La courbe de poids continue à s'élever.

***

Roger Del. — Nous est amené pour la première fois à la consultation le 20 avril 1928 à l'âge d'un mois, pesant 3 kgr. 955. Le père et la mère sont bien portants. Roger est leur premier enfant. Il est nourri au sein. Il est amené parce qu'il est constipé et vomit quelquefois.

Après avoir pesé la tétée nous réglons l'enfant sur la base de huit tétées par jour à intervalles de 2 heures 1/2. Nous prescrivons en outre une demi-cuillerée à café de jus de fruits. L'enfant cesse rapidement de vomir. Ce régime est continué sans changement jusqu'au 23 juin 1928. Le poids pendant cette période s'élève régulièrement. Le 23 juin il atteint 5 kgr. 900. L'enfant a 3 mois. On met à sept tétées, à intervalles de 3 heures, et l'on remplace le jus d'orange par du jus de fruits de saison : cerises puis pêches.

Ce nouveau régime mène l'enfant, par une augmentation régulière, au poids de 7 kgr. 690 atteint le 8 septembre à 5 mois 1/2. Dès cette époque nous le mettons à six repas : cinq tétées et une bouillie. Le jus de fruits est alors de pêches ou de raisin. Comme le 22 septembre le poids est resté stationnaire nous instituons un régime de quatre tétées et deux bouillies. Ce régime est très bien supporté. L'enfant le 3 octobre a atteint 7 kgr. 930.

Un incident diarrhéique aigu entre le 8 et le 13 octobre exige la diète hydrique puis le bouillon de légumes et abaisse le poids à 7 kgr. 160, mais dès que l'on peut reprendre le régime le poids se relève rapidement. Le 15 décembre 1928, à 9 mois l'enfant atteint 8 kgr. 590. Il a six dents. On institue alors un régime de deux tétées, deux bouillies et une purée arrosée de jus de viande.

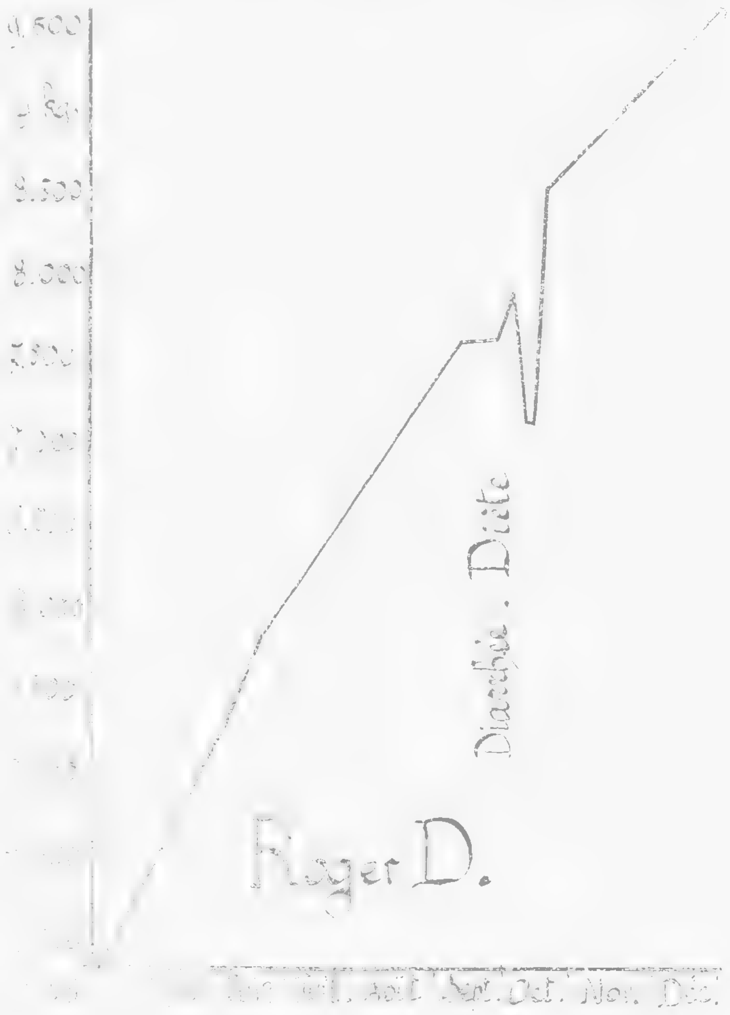
Malheureusement la mère, empêchée, reste ensuite un an sans nous ramener l'enfant. Mais quand nous le revoyons le 8 janvier 1930, pesant 11 kgr. 400, elle nous apprend qu'il a très bien supporté le régime qui avait été institué à l'âge de 9 mois et qu'il a augmenté régulièrement pendant l'année avec un régime alimentaire qu'elle a elle-même élargi.

***

Janine Daz. — Nous est amenée pour la première fois le 4 juillet 1929 à l'âge de 3 mois. Son père et sa mère sont bien portants. Elle est leur premier enfant. La mère n'a pas eu de fausse couche.

Janine est née à terme, par accouchement normal. Elle pesait à la naissance 3 kgr. 250. Elle a été au sein pendant 1 mois 1/2. Pendant cette période elle prenait régulièrement du poids, mais elle vomissait déjà très fréquemment. Elle fut mise en nourrice ; là, elle a été dix jours au lait Nestlé. L'abondance des vomissements, la survenance d'une constipation marquée, incite la nourrice à changer le régime. A la suite de conseils extra-médicaux elle met l'enfant au lait de chèvre (sept biberons de 75 gr. de lait et de 25 gr. d'eau). Le résultat de ce régime est l'exagération des vomissements et de la constipation, poussée à tel point que le 4 juillet nous faisons pratiquer un examen radiologique de l'évacuation gastrique, qui montre qu'il n'y a pas de sténose pylorique.

Nous instituons alors un régime de petits repas fréquents : dix repas de 70 gr. et un traitement par la teinture de bella-



done : deux gouttes du 4 au 8 juillet et trois gouttes ensuite et par les rayons ultra-violets.

Dès le 12 juillet 1929, sous l'influence de ce traitement et de la reprise de l'enfant par sa mère la malade va déjà beaucoup mieux. Elle pèse alors 4 kgr. 560.

Dès le 19 juillet les vomissements, quoique persistant encore sont devenus assez rares pour que nous puissions arrêter les rayons ultra-violets (au bout de sept séances) revenir au régime de sept repas et ramener la teinture de belladone à deux gouttes.

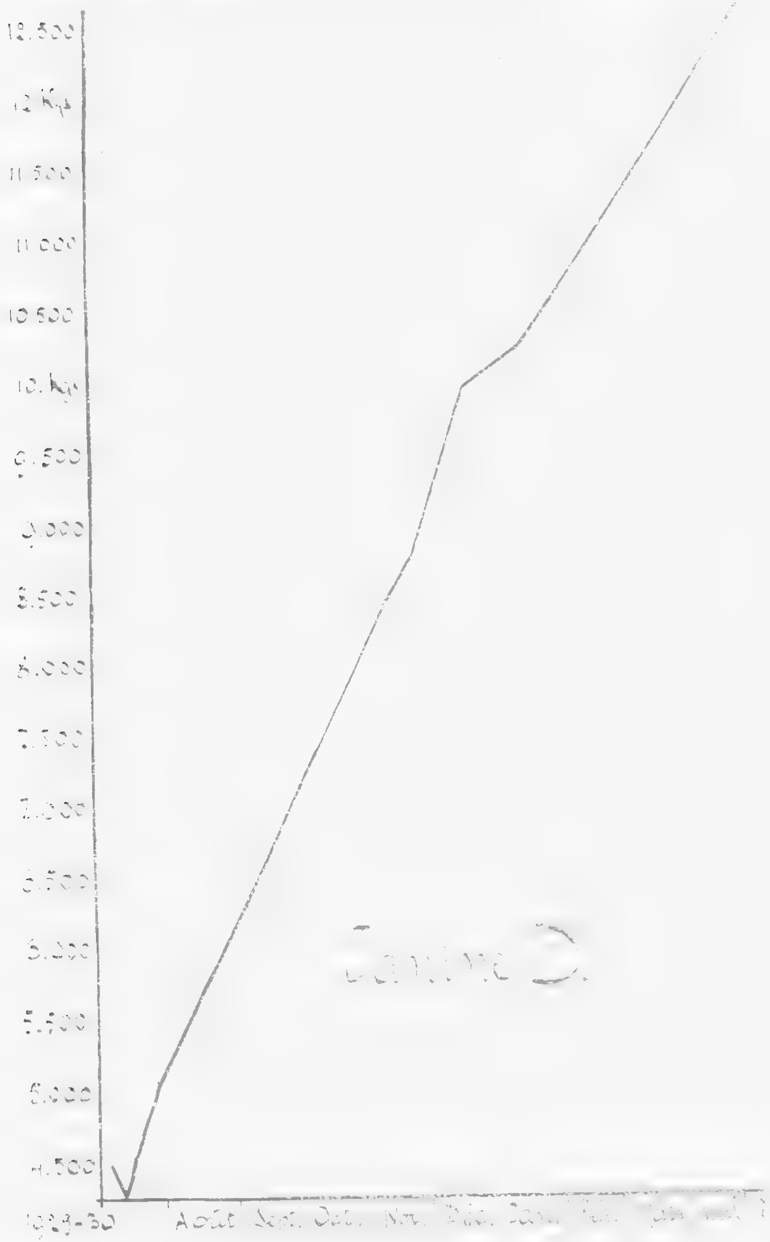
L'enfant augmente régulièrement jusqu'au 22 août 1929. Elle pèse à cette date 5 kgr. 910. Mlle Houzeau prescrit de donner une bouillie de farine lactée dès l'apparition de la première dent. Le 26 septembre l'enfant pèse 6 kgr. 470. On lui donne dans chaque biberon un peu de farine que l'on varie à chaque repas, et le nombre des repas est ramené à six. Depuis l'institution de ce régime l'enfant cesse de vomir. Le 14 novembre elle pèse 8 kgr. 750. Nous la mettons à cinq repas. Comme elle n'a encore qu'une seule dent, à 7 mois, nous la mettons en outre au stérogyl.

Le 19 décembre 1929 l'enfant pèse 10 kgr. Nous modifions le régime en faisant donner, sur les cinq repas, une bouillie au

bouillon de légumes à l'assiette et une purée de pommes de terre suivie d'un peu de confiture. Le 3 janvier 1930 l'enfant pèse 10 kgr. 290. Elle a 9 mois. Nous ajoutons un peu de jus de viande à la purée.

La courbe de poids continue régulièrement sa marche ascendante. Au mois de mars, nous donnons à l'enfant qui va avoir un an un peu de poisson plat, de merlan, ou de jambon au repas de midi.

Nous ne revoyons l'enfant qu'en juillet 1930, sa mère nous l'ayant alors ramenée avant leur départ pour la campagne. Elle



pèse 12 kgr. 190. Elle mange avec appétit tout ce qu'on lui offre. Nous conseillons d'ajouter au régime un œuf frais par semaine, en surveillant si cela n'occasionne pas d'éruption, puis deux par semaine au bout d'un mois si cet essai a été satisfaisant. Nous prescrivons en outre de commencer l'usage des fruits crus.

Jean B. — Nous est amené pour la première fois le 10 novembre 1928 à l'âge de 4 mois 1/2. Ses parents sont bien portants. Il est leur premier enfant, mais la mère avait eu préalablement une fausse couche. Jean est né à terme, il est nourri uniquement au sein et pousse bien. Il a six repas espacés de 3 heures et durant chacun 15 à 20 minutes. Il pèse 7 kgr. 400.

Le 15 décembre, on met l'enfant âgé seulement de 5 mois 1/2, à cinq tétées et une bouillie avec dix gouttes par jour de stérogyl. La courbe de poids s'élève régulièrement. Le 12 janvier on prescrit deux bouillies et quatre tétées. Le 9 février l'enfant âgé de 7 mois 1/2, pèse 8 kgr. 727 et a percé deux dents.

Le 9 mars on prescrit trois tétées, deux bouillies et une purée plus une cuillerée à entremets de jus de fruits réparti entre les deux repas, et quinze gouttes de stérogyl. Le 19 avril on ajoute de la marmelade de fruits, des confitures, de la banane. Le 11 mai on ajoute un jaune d'œuf une fois par semaine. L'enfant a trois dents.



Nous le revoyons le 15 juin, âgé de 11 mois 1/2 pesant [illegible] kgr. [illegible] et ayant six dents. Nous prescrivons au repas de midi un peu de jambon de Paris ou de poisson (poisson plat ou merlan). La courbe continue à s'élever régulièrement. A treize mois il a huit dents. A 16 mois il marche entièrement seul.

* * *

Pierre R. — Nous est amené pour la première fois le 25 mai 1929 âgé de 7 mois. Son père, d'aspect malingre et très maigre, prétend néanmoins être en bonne santé. Sa mère ; bien portante, n'a pas eu de fausse couche. Elle a un autre enfant, une fille, d'un autre père. L'enfant a cette époque est encore à un régime purement lacté, fait de biberons de lait de vache, et pèse 6 kgr. 790. La forme olympienne de son front, encore que semblable à celle du front de sa mère et de sa sœur, son chapelet costal et la forme arquée de ses membres inférieurs, nous portent à lui donner du facteur antirachitique sous forme d'ergorhone puis de stérogyl, dont nous disposons à la consultation. En outre l'un des biberons est remplacé par une bouillie à la crème de riz.

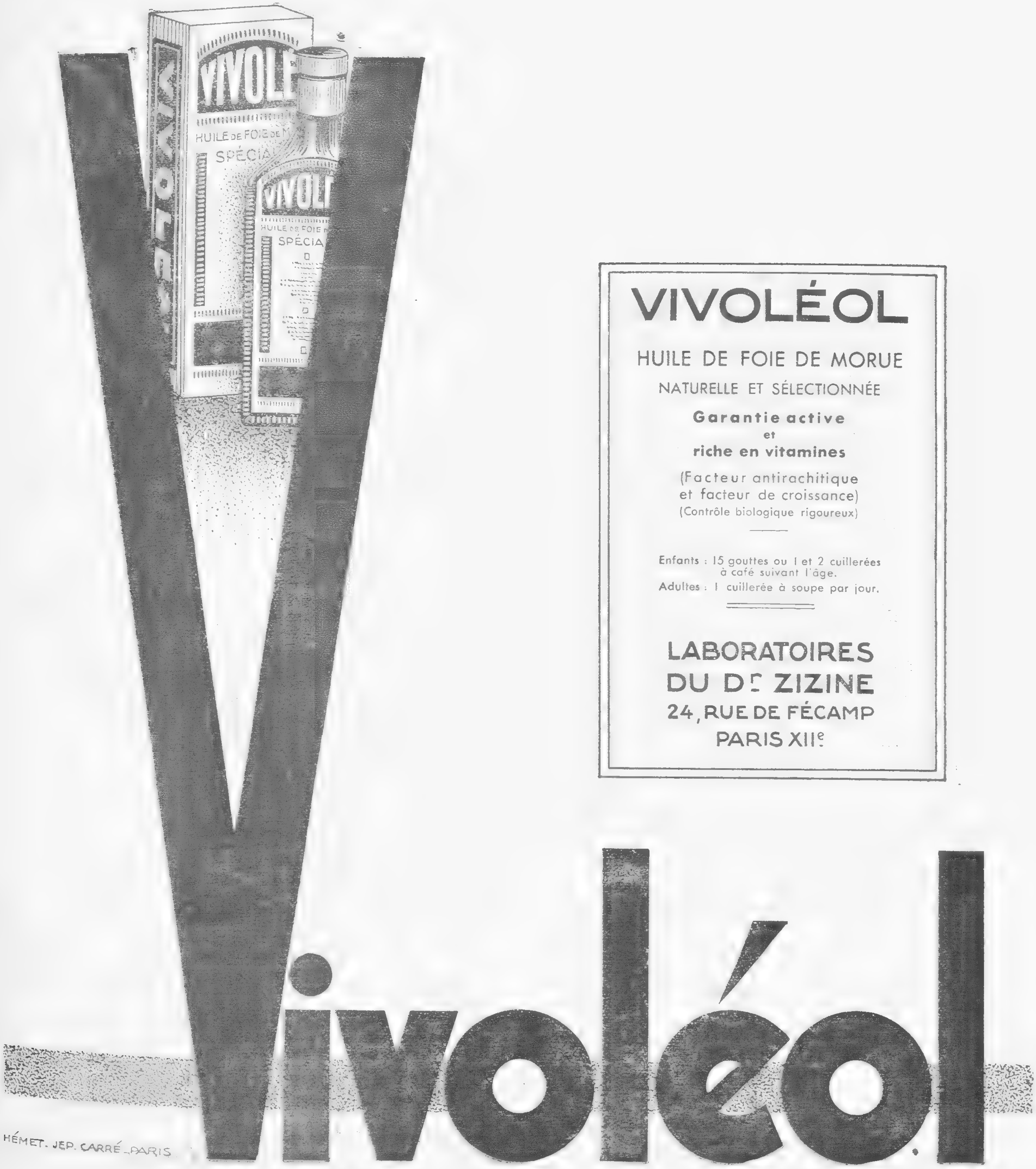
Le 6 juin 1929 l'enfant pèse 7 kgr. 020, on varie la bouillie en employant désormais alternativement les farines de riz, de blé, d'orge, et plus rarement d'avoine.

Le 27 juin 1929 il a atteint 7 kgr. 630. On le met à cinq repas dont deux bouillies. Son poids continue à s'élever régulièrement pour atteindre 8 kgr. 395 le 25 juillet. A cette époque on ajoute une compote au repas de 5 heures du soir. Le poids continue toujours à croître, jusqu'au 14 août, époque où il atteint 8 kgr. 750. Le 8 août on a supprimé le stérogyl, que l'on a remplacé par du protoxalate de fer et du glycéro-phosphate de chaux.

Dans le courant du dixième mois, entre le 20 et le 27 août survient un incident aigu qui abaisse le poids jusqu'à un minimum de 8 kgr. 330 le 22 août : c'est que des vomissements et de la diarrhée, coïncidant d'ailleurs avec une poussée dentaire nous ont forcés à mettre, le 20 août cet enfant à la diète au bouillon de légumes. L'alimentation est ensuite reprise progressivement. L'enfant revenu à son régime normal a atteint 9 kgr. 730 le 7 septembre 1929, quoique venant de percer deux autres dents. Mlle Houzeau le met à ce moment aux rayons ultra-violets et, trouvant les tissus un peu bouffis donne du corps thyroïde. Le régime alimentaire est toujours celui qui a été institué le 25 juillet.

L'enfant nous est ramené le 17 octobre 1929, âgé d'un an.

Son poids s'est élevé régulièrement dans ces dernières semaines et est maintenant dans les moyennes normales puisque atteignant 9 kgr. 980. Nous ajoutons à ce moment au régime de la purée de pommes de terre arrosée de jus de viande. Nous supprimons l'usage du biberon et nous limitons la quantité totale de lait à employer à 600 gr. par jour. Le 31 octobre nous



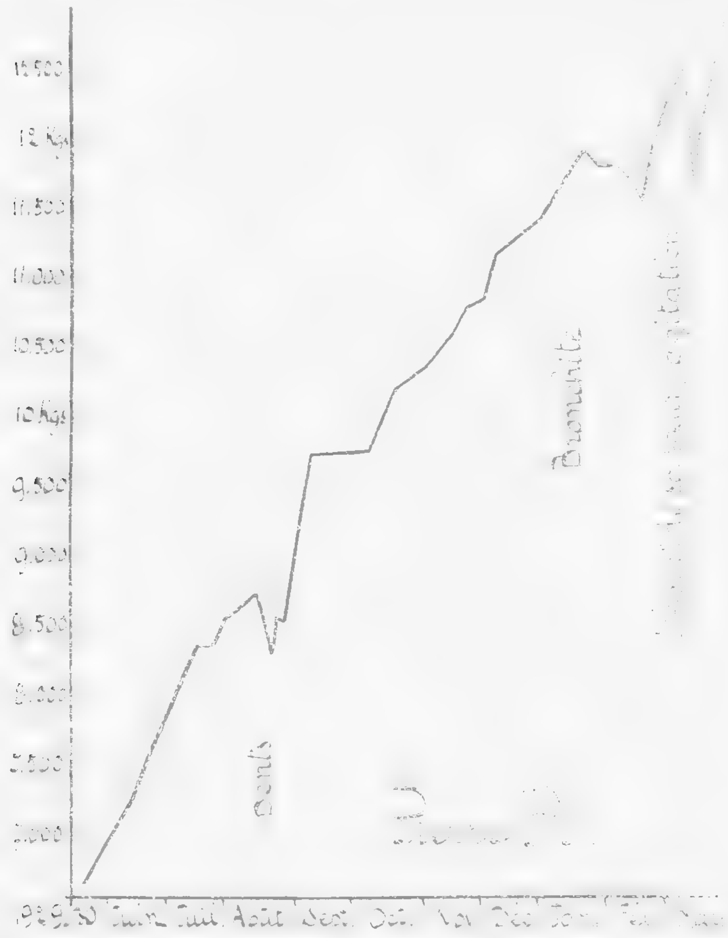
VIVOLÉOL
HUILE DE FOIE DE MORUE
NATURELLE ET SÉLECTIONNÉE
Garantie active
et
riche en vitamines
(Facteur antirachitique
et facteur de croissance)
(Contrôle biologique rigoureux)
Enfants : 15 gouttes ou 1 et 2 cuillerées
à café suivant l'âge.
Adultes : 1 cuillerée à soupe par jour.
LABORATOIRES
DU Dr ZIZINE
24, RUE DE FÉCAMP
PARIS XIIe
Vivoléol
HÉMET. JEP. CARRÉ _ PARIS

faisons ajouter au régime de la compote et de la confiture, et le 14 novembre du jambon deux fois par semaine et un jaune d'œuf une fois par semaine.

En novembre, à 13 mois, l'enfant, de lui-même se fatigue du lait. Nous conseillons à la mère d'obéir à cette indication et d'en diminuer encore la quantité quotidienne. Le 19 décembre nous ajoutons du poisson (poisson plat ou merlan) une fois par semaine.

Dans toute cette période du 17 octobre au 23 janvier 1930, où ont eu lieu ces élargissements du régime alimentaire, le poids s'est élevé régulièrement de 9 kgr. 950 à 11 kgr. 950.

Fléchissement du poids entre le 23 janvier et le 21 février. A cette dernière date l'enfant pèse 11 kgr. 600. Cette période est



remplie par une bronchite aiguë avec diarrhée secondaire dans les derniers jours, nous obligeant à prescrire la diète hydrique dans la journée du 21. Tout s'arrange ensuite rapidement. Dès le 27 février l'enfant a atteint 12 kgr. 070. Mais sa mère nous apprend qu'il a été très agité et très troublé dans son sommeil dans le courant de cette semaine-là à la suite du départ de sa sœur pour San Salvadour.

Le poids augmente ensuite régulièrement jusqu'à atteindre 12 kgr. 550 à 17 mois.

**

Nous ne voulons pas terminer cette rapide étude sans dire un mot de l'aspect psychologique du problème qui nous a occupé. Si jeune que soit l'être humain auquel il s'adresse, son médecin doit être psychologue.

On ne peut pas douter qu'il ne faille au bébé une grande souplesse psychologique pour s'adapter à la rapide variation de ses conditions de vie entre la naissance et le milieu de la seconde année. En particulier, pendant la période qui nous occupe, dans le seul domaine de l'alimentation, on lui impose un changement radical. Mais, bien qu'il soit vrai qu'on le lui impose, il y faut jusqu'à un certain point sa bonne volonté. Il y faut son *acceptation* psychique. Cette nécessité n'est pas sans imposer, dans certains cas, de sérieuses difficultés, qui exigeraient une étude spéciale et que nous voulons seulement indiquer aujourd'hui.

Deux difficultés principalement nous ont paru fréquentes, au Dr Pichon et à moi, dans notre pratique de la consultation du jeudi à l'hôpital Hérold : la privation de la succion, et l'acceptation d'aliments d'une consistance jusqu'alors inconnue.

La succion du tiède mamelon maternel ou de la tétine souple et chaude du biberon est sans aucun doute une source de plaisir buccal bien normal pour le bébé. L'usage que les mères plébéiennes font couramment de tétines pleines pour apaiser leurs petits enfants, même relativement âgés déjà, l'extrême fréquence du tic de succion du pouce après la cessation de l'usage du biberon, nous sont les garants cliniques de la vérité de cette notion.

L'institution de régimes appropriés à leur âge est troublée, chez certains enfants, parce qu'ils ne veulent pas accepter d'aliments sinon par la voie du biberon. Beaucoup de mères cèdent à cette exigence ; elles font des bouillies assez liquides pour pouvoir être données de cette façon. Elles essaient une fois ou deux de donner une purée, puis, attendries par les réactions de leur petit tyran, elles y renoncent, font des bouillies assez claires pour pouvoir être données au biberon et prolongent alors, malgré les conseils du médecin, un mode d'alimentation insuffisant.

Nous ne nions pas que, quelquefois, la difficulté créée par la résistance de l'enfant ne soit extrêmement difficile à surmonter, mais nous croyons que, plus on laisse s'invétérer l'exigence de l'alimentation par succion, plus on a de peine à en triompher. M. Pichon prescrit de ne jamais donner au biberon *que le lait* (ou ses succédanés d'avant six mois). La première bouillie sera donnée à l'assiette et à la cuiller, et de même tous les aliments ultérieurement introduits dans le régime. On ne peut pas sérieusement soutenir que ce mode d'ingestion soit audacieux à l'égard d'un enfant de six mois et plus puisqu'on sait qu'il arrive que certains petits vomisseurs, ou certains hypothrepsiques de moins de trois mois ne puissent être sauvés que par le dévouement de personnes patientes qui veuillent bien leur donner par petites cuillerées les aliments que par d'autres procédés ils n'accepteraient ou ne garderaient pas. Acceptons donc la règle que tout remplacement d'un repas de lait par un repas d'autre nature implique le remplacement du biberon par l'assiette et la cuiller. Que la cuiller soit de très petite taille, qu'elle soit au début légèrement chauffée afin d'éviter à la petite bouche qui ne s'y attend pas le dur et froid contact du métal, facilitera le plus souvent son acceptation au bout de quelques tentatives.

Une seconde difficulté peut provenir avons-nous dit, de la *consistance* des aliments, qui nous a toujours semblé pour les tout petits jouer un rôle psycho-sensoriel plus important que leur saveur. Il y a des enfants qui ne veulent pas d'aliments qui ne soient pas très fluides : bouillies épaisses, purées, sont refusées. Il y en a d'autres qui n'acceptent pas le moindre grumeau, la moindre sensation granuleuse : il leur faut des compotes et des purées absolument lisses ; les purées grossières, les fragments de fibre cellulosique persistant dans les compotes, les petits fragments de jambon ne sont pas acceptés. Il y en a d'autres enfin qui, quoique déjà munis de dents se refusent au moindre effort masticatoire : feuilles de salade, légumes verts, cuits, non hâchés en purée, poisson et viande même coupée menu, sont refusés.

Quelle que soit la catégorie d'aliments non acceptés, la scène est toujours la même. L'enfant se laisse en général mettre dans la bouche un peu de l'aliment en question, puis il le rejette violemment. Quelques haut-le-cœur viennent généralement corser la scène. Dans la majorité des cas la mère dit alors : « Il ne peut pas supporter tel aliment, cela le ferait vomir ». Et elle cède.

L'affectivité des mères a en effet tendance à prendre le parti de celle de leurs enfants, contre leur raison à elle et leur intérêt à eux. Nous ne nous dissimulons pas

qu'il y a des cas, rares il est vrai mais indéniables pourtant, dans lesquels l'irréductible entêtement de l'enfant créera pendant longtemps une difficulté réelle. Mais si l'on exhorte la mère à varier, à répéter les essais avec une douce et patiente fermeté, que souvent, à l'âge qui nous occupe, des paroles adressées à l'enfant pourront déjà appuyer, on arrivera le plus souvent à obtenir dans un délai relativement bref l'acceptation du régime nouveau.

CHRONIQUE

L'Obésité

J'ai une certaine tendance, ou plus exactement, une tendance trop certaine à être *fort* et je voudrais bien connaître une recette pour maigrir sans peine et sans privation. Je soigne, d'autre part, un grand nombre de femmes qui voudraient aussi connaître cette recette, et, qui plus courageuses que moi, accepteraient presque toutes peines et privations pour se délester d'un embonpoint indésiré. Par égoïsme et pour le bien de ces clientes, je m'intéresse infiniment aux livres et articles qui étudient l'obésité. Ces jours-ci, la moisson en a été abondante.

***

Voyons d'abord le livre du Dr Leray (1). Notre confrère exerce à Brides-les-Bains. Les eaux de Brides font merveille pour les adiposités opulentes et attirent un grand nombre de patients rembourrés. Voyons ce qu'une observation attentive qui remonte à plus de douze ans a enseigné à Leray.

Leray étudie d'abord les *causes prédisposantes* de l'obésité.

1° L'hérédité joue un rôle fréquent. On rencontre souvent l'obésité dans les antécédents héréditaires des obèses, mais il importerait de ne pas en exagérer la fréquence. Car, si l'obèse a, souvent, une hérédité arthritique, il a aussi une hérédité et plutôt, une éducation de solide appétit dont il devient vite l'esclave. Il est, parfois aussi, le prisonnier d'une ambiance de vie facile et de bonne chère, ambianee dans laquelle il se complait et d'où il ne réussit pas toujours à sortir à temps. Par ailleurs, il faut tenir compte du rôle prédisposant que peut avoir l'hérédité syphilitique, principalement dans certaines obésités infantiles, par son action sur les glandes à sécrétion interne.

2° Age : l'embonpoint s'accuse parfois à partir d'un certain âge, quarante ans le plus souvent. Certains auteurs y voient surtout la conséquence de modification dans le genre d'existence (bonne chère, manque d'exercice, habitudes sédentaires, etc.) Leray ne pense pas que semblables conclusions puissent être généralisées. Chez la femme, en particulier, les approches de la ménopause amènent tout un cortège des troubles endocriniens qui suffisent à créer l'obésité ou qui, du moins, la favorisent.

3° Le sexe : par suite de l'existence des troubles endocriniens, beaucoup plus fréquents chez la femme que chez l'homme, il ne paraît pas douteux que, (toutes conditions étiologiques étant, par ailleurs, identiques), le sexe féminin soit prédisposé à l'engraissement.

4° Surmenage, fatigue, troubles nerveux : Leray a eu, depuis de nombreuses années, l'occasion d'observer des obèses ayant un régime alimentaire normal, prenant d'autre part un exercice régulier, mais qui sont des grands surmenés, qui sont chargés de soucis, qui souffrent d'insomnie et qui ont traversé des périodes de dépression nerveuse. Il a, très souvent, constaté que ces malades, qui étaient en pleine poussée d'obésité, diminuent de poids assez rapidement par le simple repos et l'isolement. Ces observations cliniques vont peut-être à l'encontre de certaines théories classiques, mais elles sont indiscutables.

5° Grossesse, allaitement : pour Marcel Labbé, la grossesse et l'allaitement ne constitueraient des causes prédominantes de l'embonpoint que surtout par la suralimentation qu'elles entraînent, l'augmentation de l'appétit, etc... Leray a cependant eu, souvent, l'occasion de traiter des obèses ayant fait des poussées rapides de poids pendant une grossesse, sans que la suralimentation, ni la sédentarité ne paraissent pouvoir être incriminées. Pour ma part, je crois à l'existence de ces faits et je crois que leur étude minutieuse apporterait des données intéressantes sur tout le problème de l'obésité.

6° Les obésités suite de maladies infectieuses seraient, pour les uns, des obésités de suralimentation. Pour d'autres auteurs, par contre, elles seraient la conséquence de troubles endocriniens engendrés par l'infection. Il paraît difficile à l'heure actuelle de se faire une opinion absolue à ce sujet, mais le rôle de toutes les infections comme cause prédisposante de l'obésité paraît incontestable.

7° L'insuffisance fonctionnelle hépatique tient une place qui est très discutée, malgré ce que l'on sait du rôle du foie dans le métabolisme des graisses.

8° Associée à une insuffisance de la sécrétion biliaire, l'insuffisance de la sécrétion externe du pancréas produit un mauvais dédoublement des graisses en glycérine et acide gras et cette graisse mal oxydée se fixe dans les tissus sans être utilisée. Par ailleurs, la sécrétion interne du pancréas joue un rôle capital dans le métabolisme des hydrates de carbone : si elle est insuffisante, une partie des hydrates de carbone est inutilisée, non transformée en glycogène, mais en graisse dont l'excès se dépose dans les tissus. Ces hydrates de carbone joueraient également un rôle dans la fixation de l'eau, fixation favorable à l'augmentation du poids.

9° Le rôle des troubles endocriniens est bien connu.

10° Troubles rénaux : l'embonpoint n'est pas uniquement constitué par de la graisse, mais également par la présence dans les tissus d'un excès de protéines, de matières minérales et d'eau. Le métabolisme de l'eau a donc autant d'importance dans la production de l'excès de poids que le métabolisme des graisses et cette notion amène à l'idée que les troubles rénaux constituent un facteur sérieux de l'embonpoint.

11° L'insuffisance musculaire doit enfin, être prise en considération : le tissu musculaire est, lui aussi, le siège d'oxydations au cours desquelles les graisses sont comburées. Les sujets à développement musculaire insuffisant sont en état d'infériorité à ce point de vue. Cette cause s'ajoutant parfois à d'autres peut favoriser l'évolution progressive de l'embonpoint.

Les **causes déterminantes** de l'obésité sont le surcroît d'apport et l'insuffisance de dépenses.

Obésité par surcroît d'apports. — Un examen minutieux du bilan nutritif de l'obèse et une analyse d'urine de vingt-quatre heures, dans laquelle tous les éléments sont en excès, montrent, dans de nombreux cas, que la ration alimentaire est supérieure à celle que comporteraient l'âge et la corpulence. C'est là un fait d'observation qui n'est discuté par personne : l'obèse est très souvent un gros mangeur.

[Idée exacte, mais j'aurais bien voulu voir notre confrère Leray s'attaquer au problème de savoir pourquoi M. X..., obèse, est un gros mangeur].

L'Obésité par manque de dépense est une réalité, mais cette insuffisance des dépenses est loin d'être constante.

Leray étudie ensuite la nutrition de l'obèse, la symp-

(1) J. Leray. — *Embonpoint et obésité*. Masson, éditeur, 1931.

tomatologie, les formes cliniques, les complications et le pronostic en des chapitres fort intéressants.

Arrivons au **traitement**.

Ce traitement, le plus habituellement, ne devra pas être trop rapidement mené. On fera une cure *en échelons* pour donner à l'organisme et au système nerveux le temps de s'adapter à une situation nouvelle. Dans quelques cas, cependant, il y a avantage à aller vite.

Il faut d'abord établir une ration alimentaire équilibrée en tenant compte du minimum d'aliments indispensables. Dans l'établissement de ce régime, on évitera toute exagération et toute précision excessive qui impressionne peut-être certains malades, mais qui n'a aucune utilité pratique. Les aliments très riches en calories et en particulier le pain, seront radicalement supprimés. Leray pense que l'on peut le remplacer chez les gros mangeurs par des biscottes au gluten, prises en petite quantité. [Je me permets sur ce point une réflexion : la suppression du pain est excellente pour maigrir, non pas tant parce qu'elle supprime des hydrates de carbone que pour une autre raison ; le pain n'est pas simplement un important appoint d'hydrates de carbone, mais il constitue un aliment peu relevé qui après chaque bouchée d'aliments plus relevés, ramène le sens du goût au zéro et permet à la gourmandise de s'exercer sur la bouchée suivante ; si l'on supprime le pain, la satiété est rapidement obtenue et on mangera moins de viande, de légumes, etc.] Les viandes dégraissées seront autorisées en quantité permettant de conserver toujours le minimum d'albumine indispensable et le dépassant même souvent largement. L'alcool sera aussi réduit que possible. Il en sera de même des graisses, des hydrates de carbone à plus de dix pour cent. Les aliments frais, les crudités, les fruits, seront conservés en quantité suffisante pour maintenir un appoint important de vitamines. Les boissons, les chlorures de l'alimentation, etc., seront réglementés.

Faut-il prescrire ou proscrire l'exercice physique ? — La théorie classique des cures d'amaigrissement comporte habituellement l'association de l'exercice et de la culture physique avec le régime alimentaire. C'est là une conséquence du vieux principe que la cure d'amaigrissement doit être provoquée en augmentant les dépenses et en diminuant les recettes. Cependant, Georges Leven a signalé que le repos physique contribue souvent à réduire le poids des obèses. C'est là une opinion qui, pour n'être pas classique, et pour paraître même à certains paradoxale, n'en renferme pas moins une large part de vérité : pour Leray, pour Heckel, il est incontestable que certains obèses maigrissent plus facilement en restant au repos (de préférence le repos étendu). Mais il faut se garder de tout parti pris comme de toute exagération. Il y a des obèses qui, même dès la période de début, bénéficient largement de la cure d'exercice, et auxquels on doit l'ordonner dès cette époque.

Quant aux *exercices respiratoires* dont, en France, G. Leven en particulier s'est fait le propagandiste, ils peuvent se justifier par la notion de la lipodiérèse se produisant au niveau des alvéoles pulmonaires, ainsi que l'ont montré Roger et Binet.

Leray ne nie pas l'intérêt que représentent ces exercices pour les obèses, mais sa pratique personnelle ne lui a jamais démontré que ces exercices puissent avoir une réelle efficacité pour accélérer l'amaigrissement.

Le *massage* est un excellent adjuvant parce qu'il améliore la circulation, parce qu'il est efficace dans les cas de cellulite et parce qu'il stimule le système musculaire.

Les *douches* peuvent être d'une utilité réelle au cours des cures d'amaigrissement. Elles agissent comme tonique, elles stimulent l'état général et provoquent, soit par leur température soit par les variations de la force avec laquelle elles sont administrées, des réactions vaso-motrices régulatrices de la circulation. Les bains froids ou frais peuvent être utiles sous réserve de certaines contre-indications. Certains auteurs recommandent les bains froid comme un moyen susceptible d'augmenter d'une façon notable la perte de chaleur de l'organisme.

La *sudation* est une ressource précieuse. Elle réalise une diminution de poids atteignant toujours quelques centaines de grammes et pouvant aller suivant les individus jusqu'à deux ou trois livres et même légèrement plus. Mais il ne faut pas se faire d'illusion sur la persistance de cet amaigrissemeut : l'eau éliminée ainsi par la sudation est rapidement remplacée par la boisson, par les aliments et par l'air. Si, donc, par suite de la soif, qui est souvent intense après ces traitements, la malade qui y est soumis boit, la diminution de poids sera très passagère et la bascule remontra à son chiffre initial. Si, au contraire, le sujet traité peut éviter de boire avant deux ou trois heures, la reprise de poids ne paraît être que relative, comme si la déshydratation de l'organisme se fut secondairement opérée, en partie aux dépens de la graisse interstitielle.

Leray étudie à ce propos le bain de lumière, le Hammam, le bain de vapeur, le bain de paraffine (qui m'a donné parfois des résultats remarquables), le bain chaud.

La *gymnastique électrique* de Bergonié, théoriquement fort intéressante, n'a pas rendu, en pratique, dans les cures d'amaigrissement, les résultats que l'on aurait pu supposer.

L'*héliothérapie* à une importance secondaire au cours des cures d'amaigrissement. Elle peut constituer toutefois un stimulant actif pour l'état général des obèses anémiques, principalement chez les enfants. Elle peut, en particulier, être associée avec profit à des séances hydrothérapiques comme par exemple, au bord de la mer, à la suite de la balnéation. Elle provoque, alors, une action très salutaire.

Les *cures hydrominérales* sont ensuite étudiées par Leray mais à mon gré beaucoup trop sommairement. J'aurais été heureux qu'il nous fasse profiter de son expérience de Brides et de ses réflexions.

Les laxatifs sont utiles parce qu'ils stimulent le foie. Les médicaments opothérapiques rendent des services bien connus que l'auteur expose et il signale à juste titre le danger des cures thyroïdiennes non surveillées.

La plus employée des *autres médications* est la médication iodée, bien que presque tous les auteurs s'accordent à la considérer comme un vestige du passé. Leray ne fait que la signaler ; la médication par voie hypodermique lui semble sans valeur et celle par voie buccale ne ferait maigrir qu'au moyen de troubles digestifs qu'elle entraîne, ce qui me semble discutable. Il rappelle, enfin, une méthode par laquelle on a tenté de provoquer l'amaigrissement, celle des injections sous-cutanées d'oxygène, qui lui est apparu comme étant sans aucun effet.

J'aurais voulu qu'au chapitre suivant, où il étudie l'association de l'obésité avec les autres maladies de la nutrition, Leray parle davantage des rapports de l'obésité avec le diabète, la goutte et la lithiase : que de diabètes, de gouttes et de lithiases consécutifs à des cures d'amaigrissement ! Sans doute, s'étendra-t-il sur ce sujet dans une autre édition que son intéressant ouvrage aura bientôt.

* * *

Au cours de son livre, Leray a donné des indications sur les renseignements que l'on peut demander au métabolisme basal dans la clinique de l'obésité. Ce sujet a été étudié récemment par un autre médecin de Brides. Kermorgant (1).

Très souvent, le métabolisme basal est normal chez les obèses, d'après les auteurs américains et d'après Marcel Labbé. Kermorgant arrive à une autre conclusion : sur 265 métabolisme étudiés chez les obèses des deux sexes, il trouve 59 métabolismes normaux, 19 au-dessus de la

(1) Kermorgant. — Métabolisme basale et obésité. *Presse médicale*, 29 août 1931, p. 1282.

normale, 187 métabolismes abaissés au-dessous de 12 pour cent. Il explique cette divergence en insistant sur le contingent important d'hypoovariennes, observés à Brides à cause du voisinage de Salins-Moutiers ; beaucoup de femmes venant pour faire les deux cures simultanées. Cette interprétation de KERMORGANT est plausible : l'incrétion ovarienne (à un moindre degré que l'incrétion thyroïdienne et que l'incrétion testiculaire) est capable de remonter le métabolisme et on a même proposé, comme test des extraits ovariens, la possibilité pour un extrait, de remonter le métabolisme d'une quantité donnée. Je reste, pourtant, un peu étonné du grand nombre de femmes auquelles KERMORGANT croit pouvoir appliquer cette explication.

Quoiqu'il en soit, KERMORGANT attache une très grande importance à la recherche du métabolisme basal.

1° Un métabolisme normal contre-indique l'emploi des préparations thyroïdiennes.

2° Un métabolisme basal au-dessus de la normale se voit chez trois espèces de sujets : *a*) les gros mangeurs qui ont un apport de calories supérieur à la normale ; *b*) certaines ovariennes présentant une réaction d'hyperthyroïdisme se traduisant par cette exagération du métabolisme ; *c*) les sujets dont le métabolisme est instable.

Dans le premier cas, la réduction alimentaire ne suffit pas toujours ; dans le second et la troisième, elle est, pour la plupart du temps, inopérante ; c'est l'hémato-éthyroïdine qui est, dans ces cas, la médication de choix.

3° L'abaissement du métabolisme fait, en général, classer le sujet comme hypothyroïdien et entraîne comme corollaire l'administration de corps thyroïde. KERMORGANT s'élève contre cette pratique. L'abaissement du métabolisme s'observe : *a*) chez les ovariens ; *b*) chez les malades atteints de troubles digestifs avec insuffisance des glandes digestives (foie, pancréas, intestin). Mais ces deux causes peuvent se trouver réunies chez un même sujet et, si l'on peut observer des hypo-ovariennes avec obésité et troubles hépatiques secondaires, l'inverse peut également être vrai et ce sont ces malades qui tirent le plus grand parti de la cure de Brides pour les hépatiques et de la cure associée de Brides et de Salins pour les ovariennes. L'abaissement du métabolisme n'indique qu'une seule chose : c'est que le sujet supportera l'administration de corps thyroïde si la clinique montre la nécessité de lui en donner.

Par ailleurs, le métabolisme ne doit pas être considéré comme immuable ; il peut varier spontanément. De ses modifications spontanées, les unes sont le résultat d'une lente évolution du sujet, les autres sont le fait d'une certaine instabilité. On observe ces instabilités surtout chez la femme du fait des troubles ovariens, soit au moment des règles, soit à la ménopause. KERMORGANT a observé des exemples frappants de cyclisme et de rythme chez des malades présentant des phases alternées de métabolisme exagéré et diminué en rapport avec leurs périodes menstruelles. Ce ne sont pas les sujets les plus faciles à traiter. Il faut préciser ces phases d'alternances et toujours y songer en présence d'un métabolisme exagéré.

Telles sont les intéressantes constatations faites par KERMORGANT.

* * *

Si, comme le disent tous les médecins spécialisés à soigner les obèses, le régime a une importance primordiale, il faut bien reconnaître qu'il est parfois difficile de prescrire un régime s'accommodant aux habitudes psycho-physiologiques de l'intéressé et ne malmenant pas ses papilles gustatives. Parmi nos confrères, il en est beaucoup qui sont d'une sobriété vertueuse et qui témoignent d'une méconnaissance totale de la psychologie du gourmand et des lois de la gastronomie. Ils sont bien excusables : car, pour les non gourmands, les affaires de gourmandise sont quelque peu nauséeuses. Et, pourtant, le moyen de réussir n'est pas de faire appel au stoïcisme du gros monsieur ou de la grosse dame, mais de tromper leurs besoins sans contrarier leur appétit.

Un très grand gastronome, ALI-BAB, qui était le frère d'un très grand médecin, a écrit de bien bonnes pages dans son « Traité de gastronomie » sur le régime des obèses. Voici une autre tentative de ce genre dans un livre de PAUL REBOUX intitulé : *Nouveaux Régimes* (Ernest Flammarion, édit., Paris, 1931).

Il n'est pas besoin de présenter le maître ès lettres aux médecines français ; car nul Français cultivé n'ignore les ouvrages qui ont fait sa réputation dans des directions multiples. PAUL REBOUX, qui n'ignore pas la bonne chère, a eu l'idée, l'heureuse idée de se risquer à écrire un livre sur la diététique et ce livre sera aussi utile aux médecins qu'aux malades.

De quel droit me direz-vous, ce littérateur vient-il dans nos plates-bandes ? Sans doute parce qu'il y a carence de renseignements sur ce sujet : j'indiquais, tout à l'heure, l'incompétence gastronomique de certains maîtres ès-diététique.

Mais, me direz-vous encore, quelle est la valeur des conseils donnés par ce profane ? Il suffit de le lire pour les apprécier. Il est possible que PAUL REBOUX ait été conseillé par des confrères compétents dont il a su traduire avec art l'expérience. Il est possible, aussi, qu'il ait eu les maladies pour lesquelles il donne un régime (quel homme, alors, de s'en être tiré). Il est possible, encore, que, maître de maison parfait, il se soit penché avec sollicitude vers les maux de ses invités. Quoi qu'il en soit, le résultat est là et je ne saurais trop vous recommander de lire comment il faut nourrir un arthritique, un diabétique, un entéritique, ou, pour en revenir à notre point de départ, un obèse.

HENRI VIGNES.

L'état actuel du traitement des suppurations pulmonaires non tuberculeuses

La question du traitement des suppurations pulmonaires est à l'ordre du jour. Leur multiplication extraordinaire, leur connaissance plus approfondie grâce au développement et au perfectionnement des méthodes d'investigation modernes en sont les raisons principales.

La quantité considérable de documents amassés depuis une dizaine d'années a permis, sinon de donner une solution définitive à ce problème infiniment complexe, du moins de poser quelques jalons extrêmement précieux et M. J. Moulinier les donne dans son importante thèse (Lyon, 1931).

I. — LES IDÉES GÉNÉRALES D'UNE CLASSIFICATION DES SUPPURATIONS PULMONAIRES DEVANT LA THÉRAPEUTIQUE

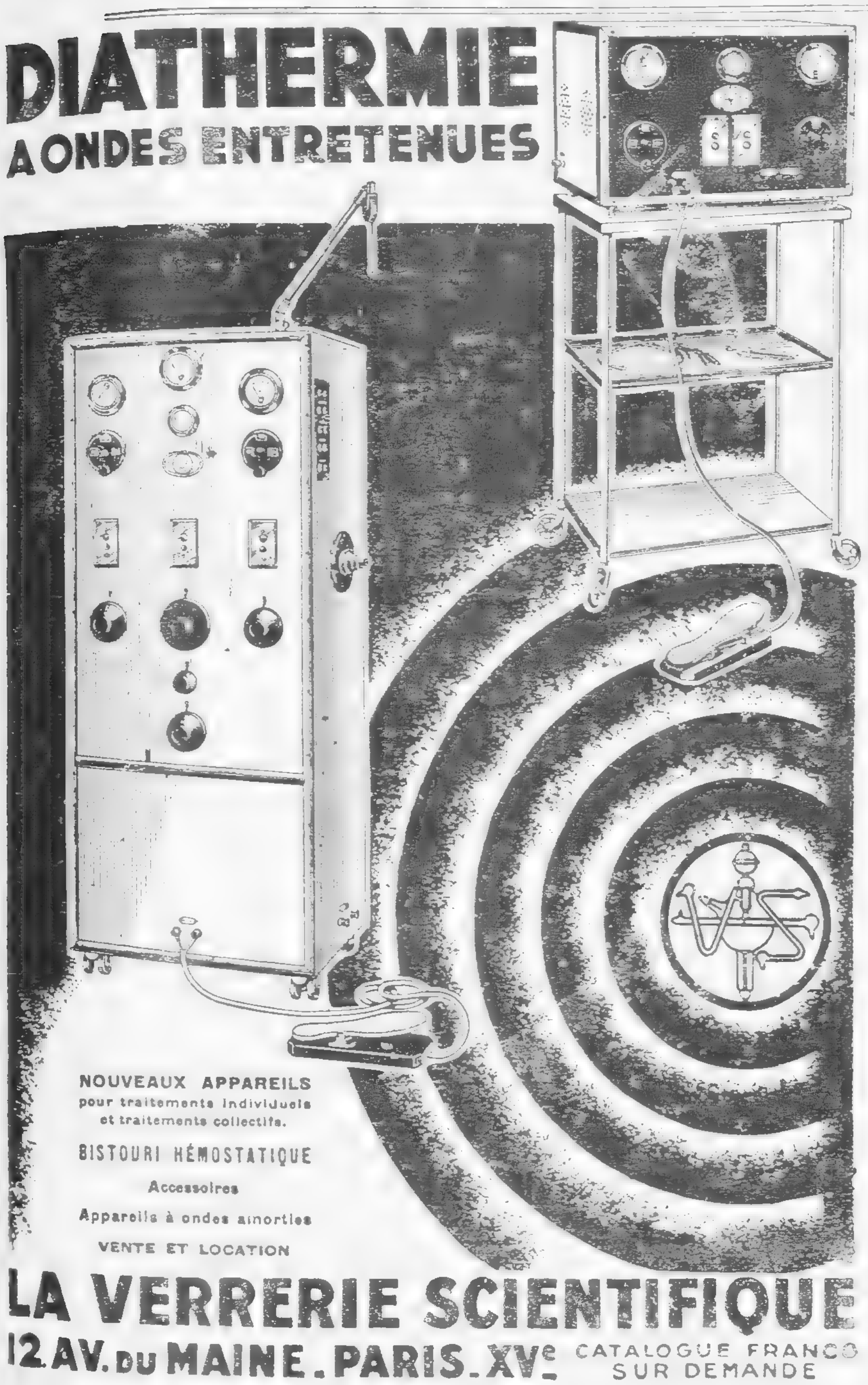
A) Les différentes variétés de suppurations pulmonaires apparaissent aujourd'hui — grâce aux constatations faites au laboratoire, en clinique, à l'intervention ou à l'autopsie — unies par des liens étiologiques, pathogéniques et même anatomiques étroits.

B) Il paraît cependant nécessaire à M. Moulinier de conserver une classification des suppurations pulmonaires qui s'essaye :

D'une part, à adapter les formes classiquement décrites (abcès, gangrènes, bronchectasies) aux notions essentielles actuellement acquises, dont la plus importante est celle d'évolution, par rapport à laquelle celle de fétidité paraît secondaire, sinon du point de vue nosologique, du moins du point de vue thérapeutique ;

D'autre part à juxtaposer les types identifiés par la Clinique française et ceux adoptés par les Ecoles étrangères.

C) Une telle classification paraît justifiée par le fait que, si l'évolution se charge parfois de confondre les types


DIATHERMIE
A ONDES ENTRETENUES
NOUVEAUX APPAREILS
pour traitements individuels et traitements collectifs.
BISTOURI HÉMOSTATIQUE
Accessoires
Appareils à ondes amorties
VENTE ET LOCATION
LA VERRERIE SCIENTIFIQUE
12 AV. DU MAINE. PARIS. XVe
CATALOGUE FRANCO SUR DEMANDE

initiaux d'une manière inextricable, ceux-ci sont à leur origine suffisamment tranchés par leur localisation (bronches ou parenchyme pulmonaire) ou la nature essentielle de leur processus (sphacèle ou suppuration) pour comporter un pronostic et un traitement particuliers : même à la phase chronique, la lésion primitive prédominera habituellement d'une façon suffisante pour entraîner la préférence de telle ou telle méthode.

D) Cette classification distinguera donc :

1° Les gangrènes pulmonaires vraies, dont il faut bien reconnaître qu'elles se séparent nettement des abcès aigus par le caractère anatomique de leurs lésions : bloc de sphacèle et non collection de pus ; par conséquent tendance à une élimination plus lente, sinon à l'absence d'élimination spontanée ; d'où action chirurgicale, sinon très différente de ce qu'elle est dans l'abcès, du moins plus souvent urgente et rapidement urgente.

Ce sont :

Les gangrènes aiguës diffuses, d'ailleurs exceptionnelles aujourd'hui, défiant tout traitement ;

Les gangrènes aiguës circonscrites, correspondant à la forme pneumonique classique, la mieux individualisée de ce groupe au point de vue thérapeutique ;

Les gangrènes circonscrites à marche lente, qu'il paraît à l'A. tout à fait impossible de distinguer des abcès chroniques, avec lesquels on pourrait les confondre sous le terme de suppurations chroniques putrides.

La même notion d'évolution se retrouve à la base de la catégorie suivante :

2° Les abcès pulmonaires qui comprennent :

Les formes miliaires qui n'ont pas d'histoire clinique ;

L'abcès aigu typique, qui, assez souvent, guérit spontanément, mais souvent aussi se rattache à la forme suivante ;

L'abcès chronique, extrêmement variable dans ses aspects, très difficilement curable et qui pose un problème chirurgical de la plus haute complexité.

3° Les bronchectasies, que l'exploration lipiodolée a pour ainsi dire multipliées, soit sous leurs formes pures, soit sous leurs formes intriquées avec les abcès chroniques et parmi lesquelles il convient de distinguer :

Une forme bronchitique curable, apanage de l'enfant ;

La bronchectasie confirmée du jeune sujet (forme latente à épisodes aigus de l'Ecole française, bronchectasie non compliquée des Américains), très difficilement curable et qui, le plus souvent, évolue vers les complications cardiaques ou passe à la forme suivante ;

La forme chronique enfin (bronchectasie invétérée des auteurs français, bronchectasie compliquée des auteurs américains), forme habituelle de l'adulte, au moins à un moment de son évolution spontanée, absolument incurable, et dont la guérison peut théoriquement n'être apportée que par l'exérèse

Encore faudrait-il distinguer dans ces types cliniques les formes primitivement bronchectasiques et aboutissant à l'abcès chronique, et les abcès chroniques qui déterminent secondairement des bronchectasies : l'intrication de ces deux formes rend compte de la parenté et de la dépendance de ces lésions.

II. — L'ÉVOLUTION DES CONCEPTIONS THÉRAPEUTIQUES

Elle est particulièrement remarquable dans la question des suppurations pulmonaires, en opposition avec la tuberculose.

Autant cette dernière possède un traitement chirurgical bien établi, ayant largement fait ses preuves et dont les indications sont actuellement fermes, autant le traitement chirurgical des suppurations non tuberculeuses du poumon est encore en pleine évolution, laissant aux prises les partisans des diverses méthodes.

Quelques faits importants peuvent cependant être dégagés.

A) *L'échec du traitement médical*, qui, après une période d'espoir basé sur le caractère spécifique des médications employées, s'est montré bien décevant.

La sérothérapie antigangréneuse, qui d'ailleurs, ne pouvait guère prétendre à cette spécificité, paraît actuellement de moins en moins efficace, agissant tout au plus par une banale action de choc.

L'arsénothérapie, dont les conceptions modernes sur le rôle primordial des spirochètes ont entraîné l'application dans un très grand nombre de cas, semble très inconstante dans ses résultats.

L'autovaccinothérapie n'a pas fait ses preuves.

Reste l'émétine, médicament merveilleux de l'amibiase, qui, dans les cas où cette étiologie est en cause, donne de véritables « victoires thérapeutiques » mais, dans les autres, n'a qu'une action bien douteuse, quoiqu'on ait voulu lui reconnaître un pouvoir anti infectieux général d'ordre humoral. Cependant, la constance de ses résultats et le caractère définitif des guérisons qu'elle amène dans les faits de suppurations amibiennes du poumon doit la faire essayer au moins à titre de traitement d'épreuve dans tous les cas où celles-ci est sont seulement probables, mais possibles, et même en présence d'une suppuration fétide et déjà ancienne.

B) Devant l'inefficacité des thérapeutiques médicales, tout, dans cette question, est vu *en fonction de l'acte chirurgical*.

Les conceptions chirurgicales elles-mêmes ont largement évolué : après une phase où l'on a tenté de calquer leur traitement sur les méthodes employées dans la tuberculose, nous leur voyons substituer de plus en plus l'*action directe* (drainage ou exérèse), à laquelle prétendent d'ailleurs participer les méthodes bronchoscopiques, qui revendiquent aujourd'hui une place de plus en plus importante dans le traitement des suppurations pulmonaires.

III. — LES PRINCIPES GÉNÉRAUX DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

Cette action directe, pour être légitime et efficace, doit s'appuyer sur des principes formels :

A) La notion de la relative fréquence des *guérisons spontanées*, à peu près méconnue il y a seulement quelques années. L'ensemble des statistiques permet d'en estimer la proportion autour de 20 à 25 %. Nous avons vu que si une telle guérison est le fait surtout des formes aiguës franches, elle peut aussi survenir après plusieurs mois d'une évolution sournoise, subaiguë ou, procédant par poussées successives. Par une évolution spontanément favorable est actuellement expliqué ce que l'on attribuait autrefois à telle ou telle action médicamenteuse.

Cette notion entraîne comme corollaire immédiat :

B) La nécessité absolue d'une période de *temporisation* avant l'aventure chirurgicale. D'un commun accord, médecins et chirurgiens de tous pays l'ont fixée aux environs de six à huit semaines, règle générale qui souffre d'assez nombreuses exceptions, puisque la vomique curatrice peut survenir et surtout guérir au bout d'un délai plus long, et que des indications impérieuses d'ordre général ou local peuvent forcer la main avant cette date. D'où :

C) L'importance d'une appréciation aussi rigoureuse que possible de l'*évolution* par l'étude soigneuse de ses caractères locaux (putridité, extension, etc...) et généraux (l'âge et le terrain paraissent jouer un rôle primordial tant au point de vue des résultats de l'intervention que de l'évolution et du pronostic).

D) Pour établir un tel inventaire, nous savons la *relativité des renseignements bactériologiques* et l'*insuffisance des signes physiques*, et qu'il est basé avant tout, outre la connaissance des signes généraux de l'évolution, sur les données de la *radiologie*, assistée de l'*exploration lipiodolée* et de l'*investigation bronchoscopique*.

E) Tout ceci exigeant la constitution d'une équipe homogène et complète dont les protagonistes sont le médecin le chirurgien et le bronchoscopiste, examinant leurs malades à plusieurs reprises dans une constante collaboration

IV. — Application de ces principes aux divers cas cliniques

Nous basant sur ces principes généraux, et à la lumière des travaux récents, nous nous sommes efforcé d'établir pour chacune des formes-types décrites un plan général d'action.

A. — *Gangrène pulmonaire vraie*
(gangrène aiguë circonscrite)

Essai (sans trop y compter) des traitements médicaux étiologiques (sérum antigangréneux et arsénothérapie, classiquement associés d'ailleurs), anti-infectieux généraux (urotropine, trypaflavine) et symptomatiques (fétidité en particulier).

Rejet du traitement bronchoscopique, inefficace et dangereux.

Traitement chirurgical, souvent précocement imposé : incision, ablation de l'escarre gangréneuse et drainage (le pneumothorax artificiel conservant des partisans dans certains cas).

B. — *Abcès du poumon*

a) *Abcès aigus.* — Phase de temporisation, pendant laquelle on devra presque toujours essayer l'émétine, concurremment au repos prolongé au lit et au traitement postural.

Avant l'intervention, il faudra recourir aux méthodes bronchoscopiques, qui devront être essayées à partir de la troisième semaine (Léon-Kindberg), donnant alors leurs plus beaux succès.

Enfin, au bout de six à huit semaines en moyenne, l'intervention devient nécessaire si une amélioration nette ne s'est pas produite et dans le but de prévenir le passage à la chronicité : pneumotomie en un ou deux temps, suivant l'état de la plèvre, séparés par huit à quinze jours d'intervalle.

b) *Abcès ou suppurations pulmonaires chroniques.* — L'infinie variété des formes rend particulièrement difficile le problème chirurgical. Ce sont des cas d'espèce.

De toutes façons, commencer toujours par le traitement bronchoscopique que peut encore guérir un petit nombre d'entre eux.

On distingue essentiellement, au point de vue de l'action chirurgicale :

1° Le cas de la *suppuration collectée* : la collapsothérapie (thoracoplastie ou décollemsnt pleuro-pariétal) a pu donner des succès quand le drainage spontané était suffisant ; c'est encore (devant les accidents de rétention) le drainage chirurgical, qui doit ici s'aider toujours des méthodes d'effondrement (coque fibreuse, fistule bronchique) ; les deux procédés s'associant dans un ordre variable suivant les circonstances.

2° Le cas de la *suppuration multiloculaire diffuse* : l'exérèse seule peut guérir, et l'on s'est rattaché en France à l'opération de Graham (pneumectomie par cautérisations successives), méthode relativement prudente, progressive, combinant le drainage à l'ablation du tissu malade, et qui a donné dans les mains de son auteur des résultats favorables.

C. — *Bronchectasie*

Maladie progressive, donc traitement progressif. Les cas d'urgence sont tout à fait exceptionnels ici (rétention dans une volumineuse bronchectasie ampullaire).

a) *Forme bronchitique* de l'enfant. — Les traitements médicaux (thermal, climatique, antisyphilitique surtout), et dans certains cas laryngologique (traitement d'une amygdalite ou d'une sinusite chroniques) amène souvent, avec la croissance, la guérison.

b) *Bronchectasie confirmée non compliquée.* — Essayer encore les traitements médicaux, mais ne pas s'y attarder.

L'ablation bronchoscopique d'un corps étranger amène la guérison complète dans 98 % des cas où cette étiologie est en cause (Chevalier-Jackson). Les instillations de lipiodol ont donné quelques succès.

Appliquer les méthodes collapsothérapiques dans l'ordre suivant : pneumothorax, phrénicectomie et thoracoplastie (ces deux dernières devant toujours être associées pour le professeur Bérard).

Malgré cela, cette forme aboutira souvent soit à l'évolution cardiaque, soit à la forme suivante

c) *Bronchectasie compliquée ou invétérée.* — Les méthodes collapsothérapiques sont insuffisantes et présentent une gravité opératoire relative.

Les interventions radicales seraient seules capables de guérir (au cas de lésion unilobaire). Mais l'opération de Graham, d'après son auteur lui-même, est moins satisfaisante et plus grave dans les cas de suppurations pulmonaires où la lésion essentielle est la bronchectasie, que dans ceux d'abcès chroniques. Les lobectomies typiques, théoriquement idéales, sont grevées d'une effroyable mortalité immédiate. Les procédés d'extériorisation paraissent encore trop dangereux et leur expérience bien réduite. Les « lobectomies graduelles », où l'ablation du lobe malade n'est que le temps final d'une série d'interventions utilisant successivement la plupart des méthodes de collapsus, donneraient des résultats favorables avec le minimum de dangers.

Les traitements médicaux et surtout bronchoscopiques (instillations de lipiodol) restent les seuls moyens de soulager, et parfois de prolonger les malades dans les formes bilatérales.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Voies respiratoires

Les pneumonies à résolution lente, dites traînantes ou prolongées, ont une symptomatologie assez spéciale.

Il est possible de les prévoir pendant la période fébrile ; la forme ataxo-adynamique, la forme typhoïde, la pneumonie massive, la forme migratrice, la pneumonie à recrudescence ont une évolution lente.

En période critique, trois cas peuvent se présenter :

1° Il y a une recrudescence, une migration du processus ou une pneumonie double ;

2° La crise n'est pas franche ;

3° La crise a eu lieu, mais les signes locaux persistent.

En période de résolution on est frappé par la ténacité du syndrome de condensation.

Du fait que l'évolution de la pneumonie est anormale, la confusion est toujours possible, soit avec une affection totalement différente, soit avec une complication due à l'intervention d'un germe surajouté. (P. Louyot. Les pneumonies prolongées. *Revue médicale de l'Est*, 1er janvier 1931.)

Psychiatrie

L'asthénie post-traumatique ou post-commotionnelle, avec ou sans fracture du crâne, est d'observation très commune ; elle évolue à l'état de pureté ou présente des manifestations névro-psychopathiques diverses, plus ou moins sérieuses. Ce qui est rare, c'est de la voir se compliquer de crises nerveuses hystériques, c'est-à-dire de crises nerveuses à base d'énervement.

L'observation d'une femme de 45 ans montre que les crises hystériques, surajoutées à l'asthénie post-commotionnelle, sont survenues immédiatement après l'accident d'automobile qui a causé des troubles nerveux. Elles ont persisté et elles durent encore plus d'un an après l'accident. Elles ont pu être déterminées au début par la douleur physique, actuellement par des facteurs moraux.

La malade avait fait, un an auparavant, des troubles nerveux à la suite d'un choc émotionnel ; elle avait présenté quatre ou

cinq crises nerveuses, sans contorsions. (R. Benon. Asthénie. Hystérie. Commotion. *Gazette médicale du Sud-Ouest*, 1er mai 1931.)

Chirurgie

L'arrachement du tendon du biceps à son insertion radiale est assez rare.

Le mécanisme de rupture est le suivant : Dans une chute on se raccroche à la première saillie venue et on reste suspendu à bout de bras. L'avant-bras est brutalement étendu sur le bras et le biceps surpris par cet effort inattendu et violent.

Le diagnostic est assez facile : Douleur subite ; craquement ; impotence fonctionnelle du muscle ; disparition de la corde tendineuse du biceps au niveau du pli du coude et perception de la masse musculaire remontée vers le bras et subissant encore un mouvement d'ascension au moment de la contraction.

L'indication opératoire est formelle ; si le blessé désire récupérer sa puissance musculaire, le résultat fonctionnel est d'ordinaire excellent. (J. Guibal, Ortscheit et Gentin. Deux cas de désinsertion du tendon distal du biceps. *Revue médicale de l'Est*, 15 décembre 1930).

Le cancer du sein offre parfois une symptomatologie à peu près nulle comme le montre l'observatien suivante :

Il s'agit d'une jeune femme nullipare ayant eu... à 18 ans une péritonite bacillaire qui a guéri.

A l'âge de 36 ans, en juillet 1926, elle présente une adénopathie axillaire qui est extirpée et dont il est fait un examen histologique. Cet examen conclut à un épithélioma glandulaire.

... L'examen du sein avait, bien entendu, été fait soigneusement et il avait été négatif...

La malade est revue de temps à autre, les examens sont négatifs...

Au début de juillet 1927, la malade revient montrer... quelques ganglions qu'elle vient de percevoir à nouveau dans l'aisselle. En effet il existe des ganglions axillaires et une petite chaîne sous le tendon du pectoral. L'examen soigneux et répété du sein est toujours négatif.

Curage ganglionnaire le 4 juillet 1927 ; les ganglions sont encore l'objet d'un examen histologique. Celui-ci... confirme un épithélioma glandulaire, avec cette indication d'origine mammaire probable. L'examen du sein avait été négatif, il est repris avec soin et il reste négatif.

... L'amputation est enfin décidée et faite en août 1927.

On trouve, d'une part, encore des ganglions le long du pectoral et enfin un petit épithélioma sous la glande, minuscule...

On tente... la rœntgenthérapie, largement...

La malade va bien jusqu'en juin 1928, date à laquelle elle revient avec des ganglions au creux sus-claviculaire et axillaire du côté opposé, mais surtout elle se plaint d'une gêne thoracique... Radioscopie et radiographie révèlent un épanchement pleurétique médiastinal... Il s'agit d'une pleurésie métastatique..., la malade... meurt en août 1912, 11 mois après l'amputation du sein.

Ce cas typique de malignité montre que la tumeur a métastasé sans avoir été perceptible (Baron et Jacob. Premières manifestations rares d'un cancer du sein. *Bourgogne médicale*, mars 1931.)

La scoliose unicourbe a généralement pour cause l'inclinaison du bassin sur un côté.

Une aile iliaque étant plus haute que l'autre, le rachis, implanté obliquement à sa base, est bien obligé de s'incurver légèrement pour maintenir le corps au voisinage de la verticale ; il lui suffit d'une seule courbure pour obtenir ce résultat.

Le malade étant debout, les talons joints, on marque à l'encre les deux épines iliaques antérieures et supérieures et on mesure à la règle rigide la distance de ces deux points au sol.

La contre-épreuve consiste à placer, sous le talon du côté incliné, un livre d'une épaisseur convenable ; la scoliose disparaît.

Le remède est très simple ; un liège, une talonnette suffisent pour relever le bassin et redresser la colonne vertébrale.

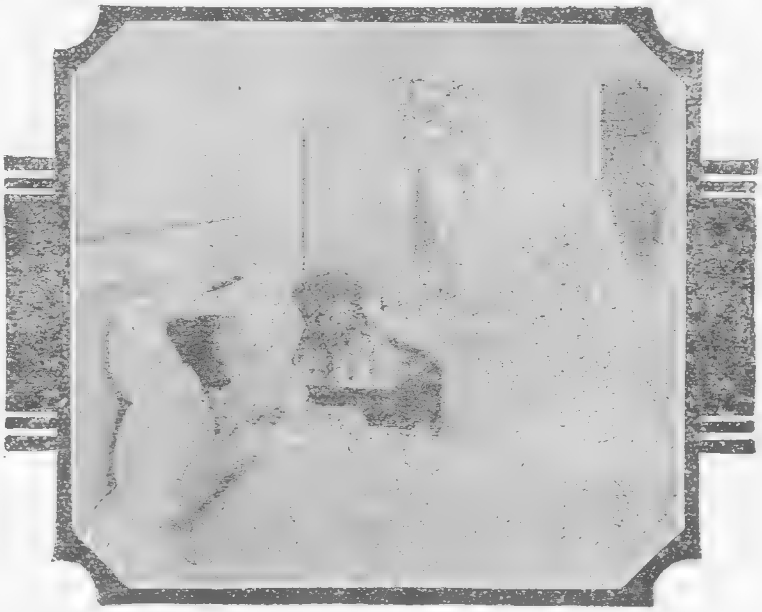
La cause du défaut de l'horizontalité du bassin est quelquefois difficile à découvrir ; cela ne change rien au fait.

La notion de scoliose unicourbe évitera des plâtres inutiles (Eugène Perdu. Scoliose unicourbe, écart d'horizontalité. *Gazette médicale de Picardie*, avril 1931.)

Ophtalmologie

Le trachome réclame un traitement spécial à chaque cas. Voici cependant une bonne formule de collyre aux essences.

Essence de niaouli	1 gr.
Camphre	0 gr. 25
Gaïacol cristallisé	0 gr. 25
Essence de bergamote	0 gr. 25
Huile lavée et stérilisée	15 gr.



Ces produits ont une puissaece bactéricide remarquable et une innocuité relative pour les tissus. Ce collyre est très bien supporté et son action est très fortement augmentée par l'addition de dix gouttes d'essence de cannelle. (Dufaure de Citus. Le trachome et la kératite phlycténulaire. *Maroc médical,* 15 mai 1931.)

Parasitologie

L'inefficacité relativement fréquente des traitements de l'helminthiase semble établie par l'examen attentif et régulier de 2.100 soldats en Indo-Chine. Six observations, publiées sur une centaine, montre la résistance des helminthes.

Tous les porteurs d'ascaris ont été facilement déparasités. 30 % des ankylostomés (sur 637) et 60 % des porteurs de trichocéphales (sur 273) ne purent être guéris.

Pendant plus d'un an il a été possible de suivre 32 sujets parasités par *S. Mansoni* ou *S. hœmatobium* et de les traiter à diverses reprises par des injections sous-cutanées de chlorhydrate d'émétine à la dose de 12 centigrammes par jour pendant dix jours consécutifs. Aucun de ces malades n'a été guéri par cette méthode. (Advier. Sur plusieurs cas d'helminthiase résistant à la thérapeutique. *Marseille médical,* 25 février 1931).

Varia

La clientèle sait ou croit savoir soigner une coqueluche avec telle ou telle spécialité et le changement d'air (Duverger, Nantes).

L'ophtalmologie élémentaire, qui n'est pas une spécialité, peut et doit être exercée par tous les médecins (Henri Villard, de Montpellier.)

J. LAFONT.

« La valeur symbolique que Locarno doit au pacte européen de 1925 confère aux sessions d'enseignement de la Fondation Tomarkin un caractère spécial et que, pour ma part, j'estime très haut. Rassembler ici des médecins, maîtres et auditeurs, de tous pays, afin qu'ils se connaissent mieux, qu'ils s'instruisent les uns les autres, qu'ils contractent des liens d'amitié et d'estime, — c'est travailler efficacement à faire pénétrer dans une des élites les plus influentes l'esprit de paix et de collaboration européenne. » (Cl. REGAUD. La Fondation Tomarkin et ses cours de perfectionnement médical à Locarno. *Paris Médical,* 19 septembre 1931.)

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifiant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Arrêtez ! Il y a un thrombus ! — Dans une amusante lettre adressée au *Matin*, M. Charles RICHET fait le récit d'un duel auquel il assista comme médecin, à la demande de son ami Albert Delpit.

A la suite d'une polémique acerbe sur le naturalisme (c'était aux environs de 1880), un différend s'éleva entre Paul Alexis, disciple de Zola, et Albert Delpit. On convint de livrer le combat chez Paul Déroulède, mon ami et ami de Delpit. Déroulède offrit obligeamment son jardin de Croissy.

Les deux adversaires engagèrent l'épée. Mais, comme ni l'un ni l'autre n'avait envie d'être embroché, ils se tinrent à distance respectueuse, engageant seulement les pointes de leurs épées. Après avoir ferraillé ainsi pendant quelque temps, Alexis, pressé sans doute d'en finir, tendit son avant-bras que Delpit piqua légèrement. La piqûre détermina non pas la moindre hémorragie externe, mais une petite hémorragie sous-cutanée. Le sang s'amassa sous la peau, qui gonfla un peu.

Alors, aussitôt je m'écriai : « Arrêtez ! Arrêtez ! Il y a un *thrombus*. »

Cette expression technique inspira à tous les assistants une

illégitime, quoique réelle, frayeur. D'un commun accord le combat fut arrêté.

Les adversaires se réconcilièrent. Nous dinâmes joyeusement chez Déroulède, et l'histoire du *thrombus* resta presque classique.

Léon Daudet, candidat à l'internat. — *Extrait de la préface de la deuxième et définitive édition du tome second.* Devant la Douleur (Bernard Grasset, éditeur), *préface publiée par l'*Action Française (6 *septembre* 1931.)

« ..... Alors arriva un événement dont il reste un témoin : mon vieil ami Charles Nicolle, directeur de l'Institut Pasteur à Tunis. J'avais eu, au concours de l'Internat, un sujet exceptionnel, auquel ni moi, ni mes camarades n'étions nullement préparés : *Muqueuse de l'utérus, diagnostic différentiel des métrorrhagies.* C'était l'année où Arroux fut reçu le premier, et Maurice Nicolle, frère de Charles, le second. Ma copie écrite avait été, comme chez tous les concurrents, médiocre. Mais ma question orale (innervation et irrigation de la main) fut très bonne et devait logiquement me rattraper. Comme nos professeurs et examinateurs dissertaient — dans un bureau de l'avenue Victoria — de nos mérites respectifs, je dis à Charles Nicolle : « Viens voir un peu comment ça se passe. » Nous montâmes, à pas de loup, l'escalier de bois, dont j'entends encore les craquements humides, traversâmes deux salles encombrées de bancs et de pupitres, et arrivâmes à la porte entr'ouverte de l'aréopage. Le moment était bien choisi : Albert Robin, agrégé de la Faculté, non encore professeur, avait la parole et disait ceci, que Charles Nicolle et moi écoutâmes pieusement : « Daudet pourrait être ti« tulaire, vu sa composition orale qui a eu le maximum. Mais son « ami, le fils du professeur X ..., étant recalé, nous ne devons « l'admettre que comme « provisoire », le premier, si vous voulez ».

J'étais fixé. Je poussai le coude de Charles Nicolle, avec qui j'avais suivi, auprès de Leredde, le grand syphiligraphe, de Grandmaison et de Camescasse, les conférences d'internat, à l'hôpital des Enfants-Malades, rue de Sèvres, et nous redescendîmes l'escalier moisi. Dès le lendemain, indigné, je prenais ma plume, littéraire cette fois, et traçais le scénario des *Morticoles*, parus chez Fasquelle en 1894, où j'exhalais, avec ma légitime rancune, ma colère de candidat laborieux, et sacqué pour une raison futile.... »

L'opinion de Bretonneau sur l'organisation des études médicales. — Voici ce que Bretonneau écrivait à Velpeau le 26 octobre 1836 :

« Plaisanterie à part, les écoles primaires car notre pauvre école n'est pas même secondaire, formeraient à peu de frais une bonne et précieuse institution, si la nouvelle organisation des études médicales leur assignait un emploi et un rang convenables ; si, pour être admis dans les écoles des Facultés, il fallait d'abord subir un examen analogue à celui que le gouvernement exige pour l'admission à l'Ecole polytechnique. La santé publique, le sacerdoce médical, ne sont pas choses moins importantes qu'artillerie, génie et ponts et chaussées.

« Là, les néophytes apprendraient à apprendre.

Là, au grand avantage de leurs familles, leur aptitude serait éprouvée, et un moindre nombre de ceux qui arriveraient aux écoles, après avoir subi ces premières épreuves, s'en iraient à Paris faire du tapage et tromper l'espoir de leurs parents.

Les examinateurs hésiteraient moins à arrêter un jeune homme au début d'une carrière qu'il pourrait facilement quitter pour une autre ; le corps médical y gagnerait, et les pauvres malades, qui s'y trouvent un peu intéressés, n'y perdraient pas ».

Un traitement de la tuberculose en 1868 (in *Abeille Médicale*). — Le D[r] de Beaufort expose d'abord que la source du tubercule est dans le système lymphatique. Celui-ci donne plus au sang qu'il ne reçoit de lui : comme la densité de la lymphe est augmentée dans la tuberculose, la circulation se ralentit d'autant plus : il en résulte une stase, d'effet analogue à celle des stases sanguines. Les capillaires sanguines continuant à nourrir les molécules organiques, celles-ci ne peuvent utiliser le trop plein qui reste dans le tissu connectif ou le capillaire lymphatique, débordé, ne peut le reprendre .....

Le traitement doit donc : 1° Empêcher le dépôt et l'organisation du plasma lymphatique. C'est de la prophylaxie, et le succès est au bout des mesures prises à temps. Exercices réglés, hygiène de l'habitation et de la vie, préparation à base d'iode de noyer, stimulation de la peau, séjours marins.

2° Le tubercule amorcé ne doit pas se répandre il faut l'isoler, en empêchant l'obstruction du réseau sanguin à sa périphérie : ainsi le sang vivifiant pourra le pénétrer. Médication « liquéfiante » ou bien le bichlorure ou le bi-iodure de mercure, mais seulement au début de la maladie, ou plutôt , et dans tous les cas, le chlorhydrate d'ammoniaque, déjà si utile dans l'engorgement laiteux et pour limiter la gangrène sénile. Ce médicament surtout dans les cas où les tubercules sont nombreux, où il existe des noyaux de pneumonie caséeuses, donne une réaction violente : sueurs, expectorations abondantes, appétit supprimés râles muqueux dans toute la poitrine. C'est que les plasmas se ramollissent, que les vaisseaux se réobstruent. Alors intervient la 3e indication : atténuer dans l'organisme l'action infectante des produits ramollis et décomposés. C'est le moment de donner le tannin, le sulfate de quinine et enfin les hyposulfites alcalins.

La crise terminée, il n'y aura plus qu'à alterner altérants et désinfectants. On guérira les cas peu avancés et on améliorera sérieusement les autres.

Formules

a) Hyposulfite de soude de 1 à 2 gr.
pro die dans un sirop amer

b) Eau commune	1 litre,
Chlorhydrate d'ammoniaque	32 gr.
Arseniase de soude	0 gr. 10

de 2 à 4 cuillerées, et du lait sucré.

c) Eau dist.	100 gr.
Protiodure hg	0,20
Iodure k.	4 gr.

M. 3 c. à café par jour dans du lait.

Contre les engorgements ganglionnaires applications résolutives de :

Glycérine	100 gr.
Sel ammoniac	10 gr.
Bichlorure Hg	0 gr. 25

Il est bien entendu que tout cela, aujourd'hui fait sourire ... Pourtant ce traitement valait bien tous les autres ... avant les découvertes de Jousset et les procédés mécanicistes d'aujourd'hui. Il nous plait de constater le renouveau de l'hyposulfite de soude. En tous cas ce traitement, vieille histoire, démontre une fois de plus, que s'écartant des dogmes, certains de nos anciens cherchaient des résultats, comme nous autres.

Dr Saint-Aubin.

Histoires anciennes. — *La Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* de 1862, où écrit le célèbre Dechambre, est d'une lecture rétrospectivement intéressante.

Le Concours de l'externat des hôpitaux de Paris s'est terminé par la nomination de Bouchard, de Leventus de Lannelongues de Henrot (de Reims) de G. Clémenceau, suivis dans l'ordre par Guiraud, Hallopeau et Blache. Les prix de l'internat sont gagnés par Tillaux, Lancereau, Brouardel et Cornil. Verneuil prend un service de chirurgie à Lourcine et Jaccoud devient médecin du Bureau Central. Toute une pléiade de noms célèbres, de grands savants, de nobles esprits.

A l'Académie s'ouvre une grande discussion sur l'hygiène hospitalière.

Malgaigne incrimine l'immensité des salles, et l'action nocive

du refroidissement, plus meurtrier que les miasmes : il faut créer des petits hôpitaux. Gosselin réclame moins d'encombrement et plus d'aération : la grande mortalité n'est pas due aux pansements. Briquet réclame le maintien des rideaux aux lits, car, dit-il, « rien n'est affreux, rien n'est pénible comme une salle d'hôpital sans rideaux ». Ceci amène les protestations de Le Fort, qui préconise les hôpitaux anglais où il meurt deux fois moins d'amputés qu'en France, et parlant de la Maternité, rappelle qu'il y succombe de la fièvre puerpérale une femme sur treize accouchées. Briquet répond que là il faut incriminer les «miasmes ». Marjolin admire fort les hôpitaux viennois, tandis que Piorry décrie la Charité.

Et Gosselin met fin à la discussion en réclamant des statistiques exactes.

Voici Koeberlé, de Strasbourg, qui expose son procédé d'ovariotomie ; par extraction abdominale : il a de beaux succès et souligne qu'il assèche le pédicule avec du perchlorure de fer. On entend à ce sujet Nélaton qui a eu un décès par tétanos le 29e jour, et Boinet qui insiste sur le réchauffement de la malade : ce dernier ponctionne le kyste ovarien mis à nu et ligature le pédicule. Plus tard il communiquera sur les désinfectants et préconisera dans un but de cicatrisation l'iode en soluté aqueux ou alcoolique comme le meilleur « antiputride. »

Prenant acte de l'avis de Verneuil qui souligne l'énorme mortalité opératoire dans la résection du genou les académiciens sérieusement se demandent s'il n'y a pas intérêt d'opérer genoux et ovaires, hors villes dans des pavillons de banlieue .....

Voici Trousseau qui appelle « Goître exophtalmique » la maladie décrite par Graves, et décrit la triade symptomatique : Claude Bernard a obtenu des faits analogues au Collège de France par la section du grand sympathique. Pour Piorry, simples faits de compression par le corps thyroïde volumineux et l'iode, guérit sous les goîtres : à quoi répond Trousseau que les seules médications indiquées sont la digitale et l'hydrothérapie. Bouillaud déclare qu'il y a de l'inconnu dans cette maladie, et que vu l'étréthisme cardiaque des chloro-anémiques, il n'y faut pas négliger le fer. C'est aussi l'avis de Beau qui en fait une « cachexie . »

Une longue discussion sur les Eaux potables est close par Bouchardat. Celui-ci signale que « généralement » les matières organiques de l'eau sont nuisibles à l'homme, alors qu'elles sont utiles aux végétaux, et qu'en Belgique on croit fermement à la production de la fièvre typhoïde par l'eau putride ; néanmoins, il juge que « c'est délicat de conclure ».

De Lyon, viennent Reybard, qui expose sa suture par surjet des plaies de l'intestin déclarant que ce qui fait la gravité des péritonites, c'est uniquement l'épanchement dans le péritoine des liquides ou des gaz stercoraux, et Ollier, un jeune, qui vante les sutures métalliques.

Duchenne de Boulogne décrit le « mécanisme de la physionomie humaine » et crée l'entité «atasie locomotrice progressive ».

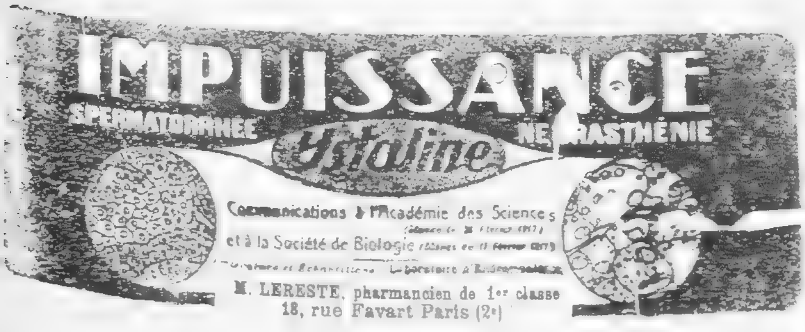
Landouzy (de Reims) démontre que l'oegoptonie n'est pas si gne d'épanchement, mais de condensation pulmonaire par compression du viscère.

Des notions claires de laryngoscopie sont exposées dans le journal par Fauvel avec le long exposé du Dr Collineau sur les « Abcès de la fosse iliaque », qu'il traite par le vésicatoire. Dans son traité sur l'Erysipèle Armand Desprès en nie la contagion et l'attribue à la foie à l'irrégularité des pansements et à l'imprudence des malades.

Et c'est en fin d'année le récit de l'enterrement de Bretonneau, à Tours, avec l'exposé *in extenso* des discours de Trousseau et de Velpeau.

Dr SAINT-AUBIN.


HYPOSULFITIQUE
hyposulfite de sodium et de magnésium
POLYPEPTIQUE
vingt peptones différentes
MAGNÉSIENNE
sels halogénés de magnésium


IMPUISSANCE
SPERMATORRHÉE NEURASTHÉNIE
Ustaline
Communications à l'Académie des Sciences
et à la Société de Biologie
M. LERESTE, pharmacien de 1re classe
18, rue Favart Paris (2e)

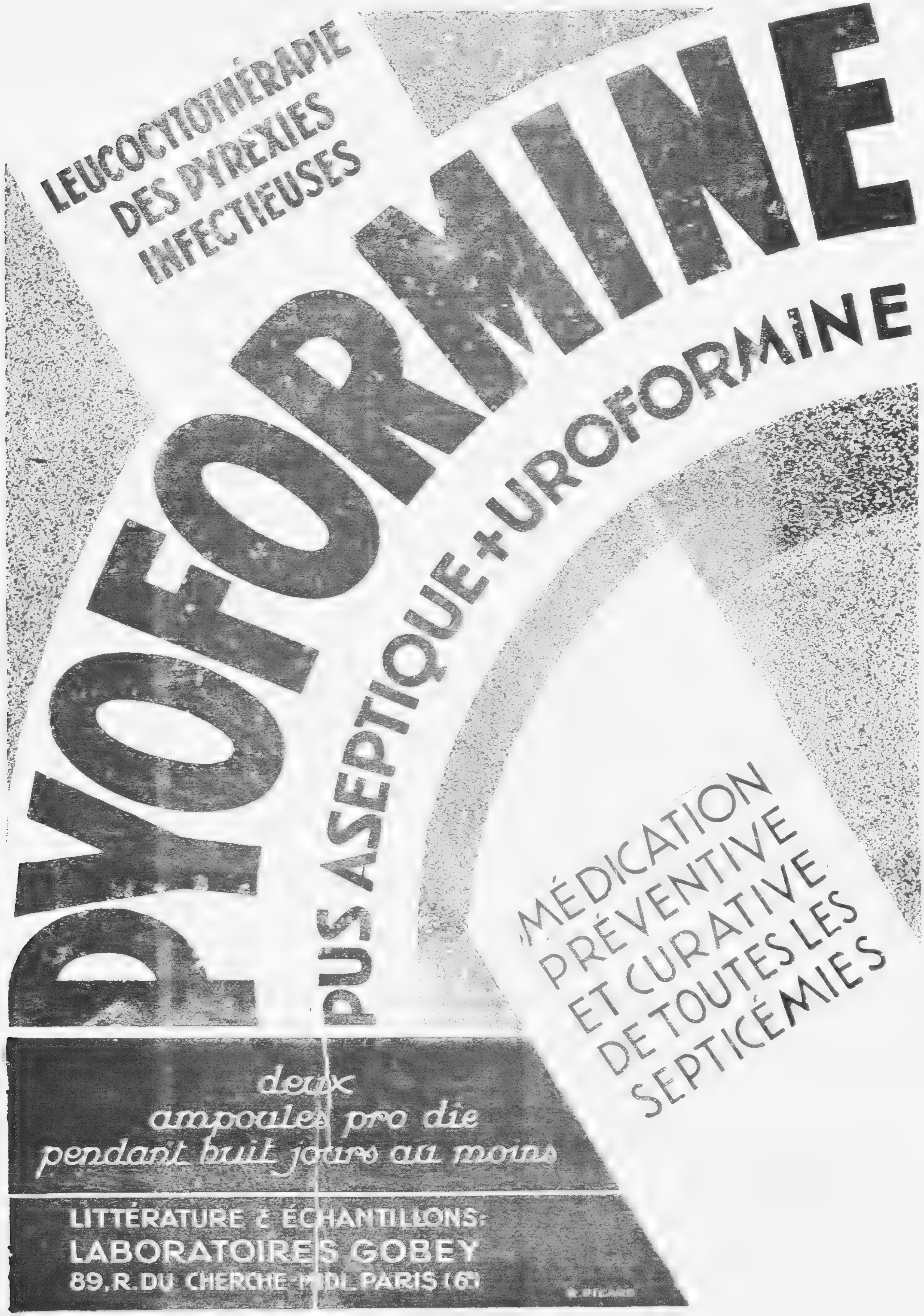

Constipation habituelle
CASCARINE LEPRINCE
Laxatif parfait
réalisant le véritable traitement
des CAUSES de la CONSTIPATION
AFFECTIONS du FOIE
ATONIE du TUBE DIGESTIF
Eumictine
Santalol, Salol, Hexaméthylène, Tétramine
Antigonococcique - Diurétique
Analgésique - Antiseptique
Blennorragie, Cystites, Néphrites
Pyélites, Pyélo-Néphrites, Pyuries.
8 à 12 capsules par jour.
PHOSPHOTHERAPIE RATIONNELLE
par le RHOMNOL
Pilules et Saccharure à base d'Acide Nucléinique
Ampoules à base de Nucléinate de Soude
et le NEO-RHOMNOL
à base de Nucléinate de Strychnine
Ampoules : Cacodylate de Soude
Comprimés : Méthylarsinate de Soude
Neurasthénie - Infections - Convalescences
Traitement rationnel et scientifique du DIABETE
par les
Pilules du Dr Sejournet
Complexe à base de Santonine
ANTIDIABÉTIQUES, RECONSTITUANTES
ne nécessitant qu'un régime facile à établir.
Une pilule à chaque repas.
SAP
Spécifique de l'Hypertension
GUIPSINE
en Pilules aux principes utiles du GUI
REGULATEUR du TRAVAIL du CŒUR
non vaso-constricteur
Diurétique Antialbuminurique - Antihémorragique.
Laboratoires du Docteur
Maurice LEPRINCE
62 rue de la Tour
PARIS 16e
et
toutes pharmacies

FONDÉ EN 1873. — N° 43 LE NUMÉRO : 50 Centimes 24 OCTOBRE 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE


LEUCOCYTOTHÉRAPIE
DES PYREXIES
INFECTIEUSES
PYOFORMINE
PUS ASEPTIQUE + UROFORMINE
MÉDICATION
PRÉVENTIVE
ET CURATIVE
DE TOUTES LES
SEPTICÉMIES
deux
ampoules pro die
pendant huit jours au moins
LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS:
LABORATOIRES GOBEY
89, R. DU CHERCHE-MIDI, PARIS (6e)

NOUVELLES

Assistance publique à Paris. — Concours de l'internat. — *Séance du 12 octobre* 1931. — Questions : 1° Signes, évolution et traitement des fractures de la jambe à la partie moyenne ; 2° Symptômes et évolution du rétrécissement mitral pur.

Séance du 13 octobre 1931. Questions sorties : 1° Symptômes, diagnostic et traitement des phlegmons des gaines synoviales de la paume de la main ; 2° Symptômes et diagnostic de la maladie d'Addison.

MM. Pourquié, 17 1/2 ; Baumgartner, 26 ; Caley, 24 ; Mlle Courrier, 15 ; MM. Rossignol, filé ; Mane, 17 ; Israël, 21 ; Dezoteux, 17 ; Arviset, 13 ; Hertz, 22 ; Martrou, 13 ; Panyet, 15 ; Auguier, 21 ; Chareine, 23 ; Penet, 17 ; Chevallier (Roger), 21 ; Macrez, 25 ; Mlle Abraham, 18 ; M. Durandy, 14.

Séance du 15 octobre 1931 : Questions sorties : 1° Signes et diagnostic des calculs du cholédoque ; 2° Etude clinique des complications respiratoires de la rougeole.

MM. Coussieu, 22 1/2 ; Arvay, 22 ; Voisin, 19 ; Kaplan, 22 ; Vincent, 16 ; Boyer (Isidore), 16 ; Barcat, 17 ; Gohinet, 25.

La prochaine séance aura lieu le lundi 19 octobre, à 16 h. 30.

Concours de l'externat. — *Liste alphabetique des candidats autorisés à concourir au concours de l'externat.* — Mlle Abraham, MM. Abramovici, Abroissière, Adam (Eugène), Adam (Joseph), Adam (Roger), Mlle Adda, MM. Adnès, Agadjaniantz, Mlle Aghion, MM. Aharli, Aigueperse, Aillet, Ajuriaguerra, Albaric, Albert, Mlle Aidou, MM. Alepée, Allik, Alquier, Andréota, Anglade, Arager, Ardeber, Argenti, Arnaud, Arnold Arnoux, Aronowicz, Arradon, Arrighi, Arsitch, Arsonneau, Askenasy, Aslanian, Artisson, Mlle Atcham, M. Attali, Mlles Aubert-Champerré, Aubin, MM. Audry, Aufrère, Mlle Augée (Suzanne), MM. Auger (Léon), Auslander, Avrane, Ayrignac, Azouz, Azvelos.

MM. Bachellier, Back, Badea, Badinier, Baillargé, Bakhouche, Bancaud, Banse, Mlle Baqué, MM. Barbet, Barbier (Jacques), Barbier (Jean), Bardavid, Bardel, Baré, Mlle Bareillier-Fouché, M. Bargain, Mlle Barnaud, MM. Baron, Barré (André), Mlle Barret (Suzanne), MM. Barrois, Bassé-Porton, Bastard, Baugé, Baussan, Bayle, Beauchemin, Beaufils, Beaumel, Beauvais, Beauvalet, Bécuwe, Bedoucha, Bédrine, Bellaiche, Bellin, Mlle Belot, MM. Ben Bahim, Ben Chadli, Beneytout, Ben Noun, Mlle Ben Sidon, Bensimhon, Ben Soltane, Mlle Beral, MM. de Berg, Bergeault, Berger, Bergeron (Louis), Bergeron (Xavier), Beringer, Berl, Bernard (Jean), Berthe, Bertin, Bertinot, Bertolini, Mlle Besnard, MM. Biardeau, Bideau, Billard (Jacques), Billard (Meurice), Bineau, Binet (Claude), Binet (Roger), Biron, Mlles Bittner, Blairon, Blanc, MM. Blanquier, Bleiweiss, Blomme, Blondeau, Mlle Blum, MM. Bock, Bodin, Boer, Boguet, Boiseau, Boivin, Boncour, Mlle Bongard, M. Bonhomme, Mlle Bonjean, MM. Bonnefous, Bonnet (Jacques), Bonnet (Jean-Baptiste, Mlle Bonnot, MM. Borja, Bornet, Bosvieux, Bouchara, Mme Bouchard née Izard, M. Bouche, Mlle Boucher, MM. Boudaghian, Bouillé, Boulègue, Boulenger, Bourdeau, Bourdin, Boureau, Mlle Bourgeois, MM. Bourier, Boury, Bousquet, Boussofara, Boutboul, Mlle Boutinaud, MM. Boutroy, Boutzoakis, Mlle Bouvet, MM. Bouvier (Jacques), Bouvier (Jean-Baptiste), Boz, Braconier-Leclerc, Brandel, Brandmark, Braunstein, Brea, Brest, Brocard, Brochard, Brossard, Brouillard-Broutin, Bruneau, Brunet, Bugaut, Bugiel, Burstein, Butzbach, Buvat.

Mlle Cabessa, MM. Cacault, Cadinouche, Caggini, Cahen, Caillé (Jean-Alfred), Caillé (Jean-Marie), Calvet, Calvo, Campagne, Cancès, Mlle Canet, MM. Canetti, Carasso, Cardi, Carle, Mlle Carlet, MM. Carrasco, Carrière, Caruana, Casacca de Fontobia, Mlle Casalis, MM. Cassiau, Cauchoix, Cauneau, Caye, Cayro, Mlle Céloron de Blainville, MM. Cenac, Cecara, Cerf, Chabanon, Chagnoux, Chalmeau, Mlle Chaminadas, MM. Champagne, Chappé, Chardon, Charpentier (Georges), Charpentier (Maurice), Chartier, Charton, Chassagne, Chastagno, Chatain, Chaumeil, Chausselat, Chauveau, Chauvet, Chazeaud, Che, Chédru, Chevallier (Henri), Chevallier (Pierre), Chevallier (Robert), Chevassu, Chevreul, Chiche, Chilot, de Chirac, Mlles Chotard, Chotiau, MM. Chouraqui, Clarac, Clary-Bousquet, Clément, Mlle Clementi, MM. Clotteau, de Coccola, Mme Cohen (Jeanne), MM. Cohen (José), Colin, Colletas, Collot, Mlle Comerma, M. Comissioneru, Mlle Commerson, MM. Comte (Joseph), Conte (Robert), Mlle Conty, MM. Coquet, Corbet, Corcelle, Corcuff, Cornaire, Cornescu, Cornet, Corrion, Coste, Couadau, Coullet Coupin, Courtillié, Mlle Cousin, MM. Cousinet, Coutin, Couturier, Crépin, Crescenci, Culioli.

MM. Daniels, Danmézon, Mlle Danou, MM. Danset, Darbois, Darmendrail, Dascalakis, Mlle Daubis, MM. Dauptain, David, Davidovici, Debailleul, Mlle Debeaune, MM. Debedde, Debelut, Debost, Debray, Décamps, Defougy, Defrance, Degand, Deguillaume, Delabroise, Delair, Delécluse, Delhaye, Mlle Delhomme, M. Delian, Mlle Delmas, MM. Delon, Delort, Demarquet, Demetriadès, Dénès, Denis, Denizet, Denkberg, Dennewald, Denoix, Depardieu, Depierre, Deplante, Depouilly, Dequéant, Dermer (Lucien), Dermer (Michel), Deroide, Dervaux, Desaux, Deschamps, Mlle Desclaux (Geneviève), MM. Desclaux (Pierre), Desgeorges, Desjeux, Desmarquest, Desmergers, Desormonts, Després, Destouches, Destreicher, Deuil, Deutsch, Devaux, Di-Chiara, Dietrich, Dimier, Dorey, Dos-Ghali, Doudeuil, Douville, Douyau, Dramez, Drapkine, Mlles Dreulle, Dreux, Dreyfus (Bernard), Dreyfus (Pierre), Droguet, Drouet, Dubois (Louis), Mlle Dubois (Marie-Thérèse), Duchâtel, Duchêne, Mlle Duclaux, MM. Duflos (Maurice), Duflot (Henri), Dufour, Dufour-Lamartinie, Dugast, Dugrenot, Dulac, Dullin, Duméry, Dumitresco, Dumont (Jules), Dumont (Paul), Dupertout, Dupond (Pierre), Dupond (Robert), Dupont (Paul), Dupuis, Durand (Charles), Durand (Georges), Durandy, Duret, Mlles Durrande, Duss, M. Dutter.

MM. El Arnaouti, El-Baffoun, El Baz, Mlle Eliakim, MM. Ennuyer, Mlle Esvan, MM. Etienne, Etienney, Eudel, Mlle Eyraud, M. Eyriès.

MM. Fabiato, Fabignon, Mlle Fabre, MM. Faïer, Fargier, Faraj, Farmachi, Fasquelle, Faucon, Fauré, Faugeroux, Faye, Fayet (Jacques), Fayet (Jean), Feinmann Feinstein, Feld, Fénelon Fénéon, Ferester, Ferrand, Ferrari, Feuillette, Fischer, Fischgrund, Flamant, Flandin, Mlle Florimont, M. Fonteix, Mlle Fooks, MM. Forestal, Forestier, Fouassier, Fouilloy, Fournial, Mlle Fournier, MM. Fradin, Frak, Francès, François (André), Mlle Fransès, MM. du Fresnay, Fretet, Fricou, Friez, Frileux, Friszberg, Frohlichmann, Froissant, Fromaigeat.

Mlle Gabenska, MM. Gacon, Galan (Joseph), Galbrun, Galimard (Pierre), Gallant (Roland), Gallimard (Jean), Gandouet,

Gandrille, Gany, Garelly, Garnier (Elie), Garnier (Henri), Gary, Gatté, Gau, Gaudebert, Gaudin, Gaudouin, Gauffre, Mlle Gauget, M. Gaulier, Mlle Gautherot, MM. Gauthier (André), Gauthier (Raymond), Gauthier (Roger), Gautrelet, Gavaudan, Gazel, Geismar, Genthon (Jacques), Mlle Genthon (Mario), M. Géraud, Mlle Gerber, MM. Gerbier, Gharib, Ghelber, Gheorghin, Giafferi, Gibert (Louis), Gibert (Michel), Gibon, Gilli, Gimaulti, Giovannetti, Girard (Charles), Girard (Louis), Giraud (Lucien), Giraud (Paul), Giraud (René), Girault (Louis), Glanger, Gluckberg, Gocalk, Gold, Goldman (Michel), Goldman (Wladzinicerz), Mme Goldstein, Mlle Gomès de Mattos, M. Gomès de Mattos (Roger), Mlle Gontcharoff, M. Gordowski, Mlle Gorodetszky, MM. Gorse, Goudot (André), Goudot (Jean), Gouffier, Goulène, Goulesque, Goury-Laffont, Gout, Gouzé, Grain, Grand, Grandin, Grange, Granger, Grégoire, Grévin, Grinberg, Mlle Grinblatte, MM. Gros (André), Guenon des Mesnards, Guesdon, Guibourg, Guichard (Henri), Guichard (Sicaire), Guillaume (Marie-Henri), Guillaume (Roland), Guillemain, Mlle Guimpei-Levitz, M. Guiot, Guiu, Gulmann, Guyot (Jean), Guyot (Paul).

MM. Habile, Hacker, Hadjidimo, Mlles Hadji-Georges, Hahn, Haloua, MM. Hallu, Hamelin, Ha-Minh, Hanoune, Mme Harburger, MM. Hardy, Hau, Hennet, Hérissé, Herscovici, Hershson, Mlle Hervé, M. Heskia, Mlle Hitier, MM. Hochfels, Hornung, Mlles Houades, Huard, MM. Huber, Huguenin, Huillet, Huriau.

M. Igner, Mlle Ilbert, M. Iosipovici.

(*Voir la suite au prochain numéro*)

Hôpital Beaujon. — *Conférences de radiodiagnostic et d'électrothérapie des affections du tube digestif.* — Le Docteur Pierre Porcher, électro-radiologiste des hôpitaux, chef adjoint du service de radiologie de l'hôpital Beaujon, fera tous les samedis à 10 heures, à partir du 7 novembre, des conférences de radiologie clinique et d'électrothérapie des affections de l'intestin grêle et du gros intestin.

Ces conférences, qui ne comportent aucun droit d'inscription, seront faites dans le service du Docteur Aubourg, et seront accompagnées de projection des clichés, de présentation de malades et de démonstrations de technique électrothérapique.

Samedi 7 novembre : Examen radiologique de l'intestin grêle. Morphologie et physiologie normale. L'anse terminale et ses variations topographiques.

Samedi 14 novembre : Sténoses du grêle. Sténoses pré-cæcales leur valeur symptomatique.

Samedi 21 novembre : Les signes iléaux dans les syndromes appendiculaires : le cæcum de l'appendicite chronique.

Samedi 28 novembre : La radiologie d'urgence dans les affections du tube digestif : l'ulcère perforé, l'invagination intestinale, l'occlusion aiguë.

Samedi 6 décembre : L'électrothérapie d'urgence dans les affections du tube digestif : lavement électrique (démonstrations pratiques).

Samedi 12 décembre : Technique moderne de l'examen radiologique du côlon : méthode de Fischer, étude des plis (avec démonstrations).

Samedi 19 décembre : Le volvulus cæcal, les ectopies coliques.

Samedi 9 janvier : Ls périviscérites du carrefour supérieur et, en particulier les péricolites angulaires droites.

Samedi 1 6 janvier : Eléments du diagnostic différentiel du cancer et de la colite.

Samedi 23 janvier : Le grêle et le côlon après intervention chirurgicale : la gastro-entérostomie, les gastrectomies, les anastomoses de dérivation. Les dilatations compensatrices (après cholectomie).

Samedi 30 janvier : Traitement électrothérapique des colites par l'ionisation (avec démonstrations).

Facultés de Montpellier. — M. Lisbonne, professeur (2e classe), de microbiologie à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier (chaire de Faculté), est nommé, à compter du 1er octobre 1931, professeur de microbiologie (chaire d'Etat) à ladite Faculté (emploi nouveau).

M. Leenhardt, professeur (2e classe), de clinique médicale infantile à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier (chaire d'Université), est nommé, à compter du 1er octobre 1931, professeur de clinique des maladies des enfants (chaire d'Etat), à ladite Faculté (emploi nouveau).

Clinique thérapeutique médicale de la Pitié (Professeur : M. F. Rathery.) — M. le Professeur F. Rathery fera sa leçon inaugurale de son cours de clinique thérapeutique, le jeudi 19 novembre 1931, à 10 h. 30, à l'Amphithéâtre de cours de l'hôpital et le continuera les jeudis suivants à 11 heures.

Leçon de policlinique thérapeutique, par le Professeur tous les lundis, à 11 heures, dans la salle de cours du service de la clinique.

Tous les autres jours à 11 heures, leçon de clinique thérapeutique : avec le concours de M. Boltanski, Mlle Dreyfus Sée, MM. Kourilsky, Largeau, Julien Marie, Maximin, Mollaret, Rudolf, Thoyer. — Les lundis, mercredis et vendredis de 9 h. à 9 h. 30 conférences élémentaires de sémiologie et de thérapeutique par les chefs de clinique et les internes. *Tous les jours* : visite dans les salles, de 9 h. 30 à 11 heures. — Consultations externes : (assistant Dr Froment) : Le mardi et le vendredi à 9 heures, maladies de la nutrition (diabète, goutte, obésité, etc.), et rhumatismes. — Le mercredi à 9 heures, maladies des reins (albuminurie et néphrite). — Examens radiologiques, le mercredi et le samedi, sous la direction du Dr Piffault, assistant de radiologie.

Caisse de secours aux veuves et orphelins du Corps médical. — Pour compléter le cycle de leur œuvre d'aide confraternelle : bibliothèques circulantes des étudiants, bourses de vacances des étudiants, caisse de prêts d'honneur aux médecins, prix des médecins coloniaux,

Les Laboratoires du Docteur Debat ont décidé de créer une nouvelle œuvre destinée à apporter une aide pécuniaire aux veuves et orphelins de la famille médicale.

A cet effet, ils s'engagent à verser pendant 10 ans, une somme annuelle de 100.000 francs.

Un Comité créé d'accord avec l'Association générale des médecins de France préside à son fonctionnement depuis le 1er octobre 1931.

Infirmières des hôpitaux militaires. — Un concours s'ouvrira le mercredi 13 janvier 1932, pour l'admission à l'emploi d'infirmière des hôpitaux militaires, cadre permanent.

Pour tous renseignements, s'adresser à la direction du Service de santé de la région dont dépend la résidence des candidates.

Nécrologie. — Dr Béatrix, décédé à l'âge de 37 ans. — Dr Jean Camail, médecin général des troupes coloniales en retraite. — Dr Albert Charbonneaux, de Genlis (Côte-d'Or). — Dr Comet, décédé à l'âge de 71 ans. — Dr René Feitu, de Lyon, décédé à l'âge de 59 ans. — Dr François Franceschi, décédé à Pacy-sur-Eure. — Dr Ernest Gailly, de Romans (Drôme). — décédé dans sa 58e année. — Dr Geslin, de Beaufort-en-Vallée (M.-et-Loire). — Dr Kemhadjian-Mihran, décédé à Paris, à l'âge de 80 ans. — Dr Raynaud, d'Alger, décédé, dans sa 63e année. — Dr Rives, de Perpignan.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le contagionnisme malfaisant

Par **Auguste LUMIÈRE**
Correspondant de l'Institut et de l'Académie de médecine

Il y a plus d'un an que nous avons adressé notre premier ouvrage sur la tuberculose à de nombreux phtisiologues avec l'espoir que la thèse de l'hérédité et de la non contagion de la tuberculose, chez l'adulte, que nous avons soutenue dans ce travail, serait examinée et discutée.

Le problème en valait la peine, puisqu'il n'en existe guère d'aussi grave, ni d'aussi angoissant en pathologie.

Or, à l'exception de M. le Prof. Calmette, qui a bien voulu nous opposer quelques objections, auxquelles nous avons d'ailleurs répondu, aucun autre auteur n'a daigné prendre notre livre en suffisante considération pour le soumettre à une critique sérieuse, aucun d'eux n'a pris la peine de réfuter notre argumentation et n'a apporté l'explication des multiples contradictions que nous avons relevées entre la théorie contagionniste classique et les faits expérimentaux et cliniques qui semblent la démentir.

Certes nous avons bien reçu, avec une profonde satisfaction, l'entière approbation de plusieurs centaines de médecin, et d'éminents biologistes, nous les en remercions bien sincèrement : mais là n'était pas notre ambition quand nous avons écrit notre livre. Nous ne saurions trop répéter que nous n'avons pas eu l'orgueilleuse prétention de résoudre définitivement le problème de l'hérédité et de la contagion tuberculeuse, nous avons eu simplement le désir de contribuer à son étude, en soulevant des arguments capables d'amorcer des controverses, l'affrontement des idées devant nous conduire sur le chemin de la vérité.

Si, dans les milieux officiels, la conspiration du silence s'organise autour de la conception que nous avons défendue, notre but est manqué. Il eût fallu, pour l'atteindre, que les maîtres de la phtisiologie consentissent à descendre de la tour d'ivoire dans laquelle ils demeurent enfermés, sous le couvert d'un dogme stérilisant et incompatible avec les faits. Pour continuer à professer, comme ils le font, la notion du contagionnisme, il conviendrait bien, cependant, qu'ils répondissent aux objections que nous avons dressées contre cette notion.

Il ne nous est pas possible de reproduire ici l'argumentation d'ordre clinique, expérimental et démographique que nous avons formulée à l'encontre des idées classiques régnantes, mais, avant de faire ressortir les méfaits que ces dernières sont susceptibles de causer, nous croyons utile de rappeler seulement deux de nos principaux arguments qui suffiront à montrer toute l'importance de notre réquisitoire.

I. **Absence de contagion dans les milieux les plus infectés.** — Depuis plusieurs années nous ne cessons de rechercher et de demander qu'on nous cite quelques exemples de phtisiologues, d'infirmiers ou d'individus vivant constamment au milieu des cracheurs de bacilles et qui, n'étant pas eux-mêmes de souche tuberculeuse, auraient été dûment contaminés par les malades auxquels ils donnent leurs soins. Si la tuberculose est contagieuse pour l'adulte, c'est bien chez les sujets de cette catégorie que l'on devrait en faire la constatation.

Eh bien ! croirait-on que pas un seul cas de contamination authentique n'est venu jusqu'ici à notre connaissance. Pas un seul cas n'a été publié qui soit sévèrement contrôlé et à l'abri de toute critique.

Il est possible, probable même, qu'il doit en exister, ne serait-ce que quelques-uns, qui ont pu se produire dans des circonstances tout à fait exceptionnelles et grâce au concours et à la réunion de facteurs particulièrement favorables ; si l'on parvenait à découvrir de tels exemples, ils ne suffiraient pas d'ailleurs à démontrer la contagiosité dans les conditions habituelles de l'existence.

Cependant, si ces faits de contagion réelle manquent totalement, les cas de pseudo-contage, racontés par les auteurs, sont passablement nombreux, mais ils sont invariablement observés très superficiellement, sans que l'hérédité ait été éliminée par l'examen scrupuleux, clinique et radiographique, des parents du soi-disant infecté, sans que les contrôles indispensables à toute affirmation scientifique aient été, en somme, mis en œuvre.

C'est ainsi qu'on nous a opposé le cas d'une vingtaine d'étudiants en médecine, fréquentant les services de tuberculeux des hôpitaux de Lyon, qui auraient été victimes de la contagion, il y a trois ans. Cherchant à approfondir cette histoire, car ce n'est bien là qu'une histoire, nous avons constaté qu'il n'existait aucun document susceptible de s'y rapporter. Ayant parmi nos collaborateurs des internes des hôpitaux, nous avons prié l'un d'eux de procéder à une enquête aussi complète que possible sur les cas de contagion cités, or, malgré toutes les investigations entreprises, avec le concours de ses camarades de l'internat, notre collaborateur n'a pu découvrir plus de neuf étudiants ayant présenté des manifestations bacillaires, en 1928, et des antécédents héréditaires incontestables étaient connus pour cinq d'entre eux. On ignore les antécédents des quatre autres.

Ces vingt cas de contagion se réduisent à quatre malades pour lesquels il n'a pas été possible d'avoir des renseignements sur le rôle de l'hérédité, en ce qui les concerne.

Remarquons d'autre part que c'est à l'âge de 25 ans que la tuberculose fait le plus de ravages, que les étudiants sont souvent des surmenés, aussi n'est-il point surprenant de voir, chez des sujets de cette catégorie, les traces des imprégnations héréditaires se réveiller au moment des études médicales. Sur plus de sept cents étudiants en médecine à Lyon, la proportion de cas de tuberculose relevés n'a rien d'anormal, surtout si l'on tient compte des lois du hasard qui répartissent inégalement les cas au cours des années successives.

Et pourquoi invoquer seulement ce qui s'est passé en 1928 ? La tuberculose n'était-elle pas aussi contagieuse les années précédentes ?

Cette légende des étudiants contaminés colportée d'un service à l'autre et amplifiée à chaque passage d'un informateur à l'autre, a fini par impressionner le corps hospitalier lyonnais.

Les faits que l'on avance en faveur de la contagion interhumaine, chez les adultes, ne sont que des fables du même genre, jamais étudiés scrupuleusement, jamais analysés dans leurs causes essentielles.

Jousset, dans son prophétique ouvrage « *La prophylaxie de la tuberculose* » a cité un certain nombre d'exemples du même genre, dans lesquels la légèreté des auteurs va parfois jusqu'à s'allier au manque de sincérité.

Quoi qu'il en soit, nous attendons toujours qu'on produise quelques cas de contagion véritable, ne laissant subsister aucun doute sur l'absence d'hérédité.

Remarquons qu'étant donné le nombre formidable de tuberculeux qui peuplent la terre, si la tuberculose était contagieuse chez l'adulte, ce n'est pas quelques cas qui suffiraient à démontrer la contagiosité habituelle, il en faudrait découvrir des milliers, et nous sommes encore à attendre le premier d'entre eux ! ! !

Nous ne reviendrons pas ici sur la contagion inter-

conjugale qui n'existe pas plus entre époux que la contagion dans les milieux les plus infectés, nous avons largement traité ce sujet dans notre livre sur la tuberculose.

II. Les deux formes de bacillose. — Si le premier fait capital que nous venons de rappeler, et qui infirme sans conteste la notion de contagion chez l'adulte, a été relevé dans le domaine de la clinique, le second sur lequel nous nous proposons d'insister de nouveau est d'ordre expérimental, et il n'est pas moins crucial.

Nul n'ignore que la tuberculose humaine affecte un polymorphisme remarquable ; peu d'organes échappent à son atteinte : elle est à retardement, c'est-à-dire qu'après une période de latence dans l'enfance, elle éclate le plus souvent à la fin de l'adolescence ; elle est, de plus, susceptible de rémissions, de régressions, elle est même curable, principalement dans les formes chirurgicales. Or, prenons le bacille de Koch acido-résistant, tel qu'il existe dans l'expectoration des phtisiques (c'est-à-dire le seul germe que l'on puisse incriminer dans le contage) et inoculons ce bacille à un animal. Quelle que soit la race de ce dernier, quels que soient son âge ou son sexe, quelle que soit la voie par laquelle on l'administre, quelles que soient encore les doses infectantes, nous ne réaliserons jamais qu'une maladie du même type, qui débutera au moment de l'imprégnation, qui sera continue, progressive, sans régression, sans rémission, qui évoluera toujours avec les mêmes manifestations et qui se terminera fatalement dans des délais qui sont surtout en rapport avec les doses administrées.

Quels que soient les facteurs de l'expérience, le bacille acido-résistant demeurera incapable de reproduire les formes habituelles de la tuberculose humaine, lorsqu'il est injecté à l'animal après sa naissance.

Si la tuberculose humaine, retardée, commune, était une maladie de contamination post-natale, nous nous trouverions en présence, d'une part, de tous les animaux, *sans aucune exception*, qui se comporteraient d'une certaine manière vis-à-vis du bacille de Koch, et, d'autre part, de l'homme qui réagirait seul d'une façon essentiellement différente sous l'influence du même agent microbien.

Ce fait est-il vraisemblable ? Est-il admissible qu'un tel fossé infranchissable sépare l'homme de tous les animaux ?

Si cela était, les expériences chez les animaux ne seraient plus alors applicables à l'homme ; si l'on admet que le bacille acido-résistant est invariablement incapable de reproduire la maladie humaine chez les animaux, ne faudrait-il pas en conclure que les expériences pratiquées *in anima vili* n'ont aucune valeur pour l'homme ? Il ne resterait plus qu'à fermer les laboratoires.

Or, le problème s'éclaire merveilleusement à la lumière de la remarque suivante : la reproduction, chez l'animal, de l'affection tuberculeuse du type humain, c'est-à-dire polymorphe, régressible et curable est facile : *il suffit d'injecter l'embryon.*

Il faut, en définitive, infecter les animaux *ab ovo* pour leur conférer l'infinie variété des bacilloses humaines. L'injection du virus filtrant conduit aussi aux formes atténuées, scrofuloïdes, que jamais le bacille normal des phtisiques n'a pu engendrer.

Les animaux ne font donc pas exception ; ils se comportent comme l'homme, et c'est parce que l'affection humaine a, dans la grande majorité des cas, une origine pré-natale qu'elle présente les aspects cliniques si variés que nous lui connaissons.

La contamination post-natale existe aussi chez l'homme, mais seulement dans les premiers jours ou les premières semaines de sa vie et les nourrissons contaminés réellement par le bacille acido-résistant ne font plus alors cette maladie polymorphe des hérédo-tuberculeux, ils succombent invariablement, la plupart du temps à la méningite.

Pour nous, il y a deux formes de tuberculose :

a) La forme d'inoculation ou de contamination post-natale qui tue les nourrissons et qu'on étudie chez l'animal dans les laboratoires. C'est l'infection fatale, d'un type uniforme, dont est responsable le bacille de Koch normal.

b) La forme héréditaire, qui est, chez l'homme, de beaucoup la plus fréquente puisqu'elle représente plus de 90 % des cas, celle qui est retardée, polymorphe, susceptible de rémissions, de régressions et de guérisons, celle qui constitue aussi les états scrofuloïdes. Cette dernière a pour origine, non plus le bacille acido-résistant, mais le virus filtrant ou les variétés atténuées du bacille dégradé par l'embryon et qui peuvent rester en sommeil pendant des années dans l'organisme, avant d'acquérir leur virulence qu'ils récupèrent quand les conditions du milieu deviennent favorables.

* * *

De multiples considérations ont été encore invoquées à l'encontre du contagionnisme : nous les avons développées dans notre ouvrage précité et nous ne pouvons les reprendre ici. D'autre part, nous n'avons réussi à découvrir aucun argument sérieux en faveur de la contagion qui ne s'appuie alors que sur des coïncidences et des légendes s'évanouissant dès qu'on les soumet à une analyse méthodique minutieuse et consciencieuse. Nous sommes donc bien obligé de conclure que la tuberculose n'est nullement contagieuse pour l'adulte.

III. **Les méfaits du contagionnisme.** — Si nous admettons pour un instant que notre thèse soit exacte, ce dont nous sommes formellement convaincu, nous devons examiner les répercussions que peut avoir, chez les tuberculeux, la publicité faite par les contagionnistes autour de la notion fausse, telle qu'ils la propagent.

Prenons pour cela quelques exemples concrets :

Mme L..., 38 ans, ménagère, atteinte de tuberculose pulmonaire ulcéro-caséeuse bilatérale, à prédominance gauche où les lésions, très étendues, ont envahi la presque totalité du poumon, se présente à la clinique de nos laboratoires avec une toux fréquente et une expectoration purulente bacillifère, de l'hyperthermie (38°5-39°) ; une laryngite, datant de six mois, éteint complètement sa voix. L'amaigrissement se poursuit depuis une année environ au cours de laquelle le poids a fléchi de 6 kgr. On ne peut songer à la collapsothérapie vu la bilatéralité et l'étendue considérable des lésions. Après un traitement de près de six mois par la chrysothérapie, le médication antipyrétique et modificatrice de l'état humoral que nous mettons en œuvre en pareil cas, l'état de la malade s'améliore peu à peu, la toux cesse presque complètement, les bacilles disparaissent des crachats qui deviennent rares, la température et la voix redeviennent normales. L'amélioration est en somme remarquable, étant donné l'état antérieur de la malade, et, pendant ce temps, notre phtisique qui a repris ses forces, n'a pas cessé de vaquer à ses occupations. La situation demeure alors assez satisfaisante et sans grand changement jusqu'au mois de juin 1931.

A ce moment, la malade se plaint vivement de la chaleur et d'autant plus qu'elle habite avec son mari, manœuvre, et ses deux enfants, dans un taudis ne comportant qu'une seule pièce qui sert de cuisine, de salle à manger et de chambre à coucher pour toute la famille !

Il y avait donc un intérêt capital à faire sortir la malade de ce milieu, tout au moins pendant les mois de forte chaleur de juillet et d'août ; perdant l'appétit, elle en éprouvait elle-même un impérieux besoin, tandis que nous insistions de notre côté pour la faire partir à la campagne sans retard.

La chose était d'ailleurs facile pour elle, car ses parents cultivateurs aisés, dans un village de la Savoie, situé à 700 mètres d'altitude, pouvaient facilement la recueillir et la loger dans une grande pièce séparée. Mais ils savent que

leur enfant est tuberculeuse et leur médecin leur a dit que l'affection est très contagieuse ; ils ont d'ailleurs lu cela dans les journaux. Aussi craignent-ils d'être contaminés et ils refusent de recevoir notre malade.

Cette pitoyable phtisique a pensé alors qu'elle pourrait s'adresser à une de ses sœurs qui habite un hameau de l'Ardèche, dont le climat et l'altitude conviendraient particulièrement bien aussi à son état, mais là encore et pour le même motif, on refuse de l'héberger. Bien qu'il n'y a pas d'enfants dans la maison, on redoute la contamination. On veut donc la laisser mourir ! J'allais employer un verbe moins correct mais plus expressif !

Les cas de ce genre sont loin d'être rares et pour notre compte, nous en avons relevé plusieurs analogues.

Autre exemple ; un médecin de nos amis, traite dans une famille bourgeoise un malade atteint de tuberculose pulmonaire avancée, au chevet duquel se tient sa jeune femme. Le père de celle-ci, convaincu que sa fille est menacée de contagion, malgré toutes les précautions prises, la supplie de s'éloigner et d'abandonner son foyer. N'obtenant pas gain de cause, il invective en termes violents les parents du malade et le médecin lui-même qu'en peuvent mais. En dépit de toutes les objurgations, la jeune femme assiste son mari jusqu'au décès qui survient au bout de quelques mois. Ces faits remontent à plus de vingt ans. La veuve de ce malade, aujourd'hui remariée, est en excellente santé. Son père n'en reste pas moins convaincu qu'elle n'a échappé à la contagion que par miracle. Il n'a rien oublié de ses rancœurs. La phobie excessive du microbe a créé entre deux familles, autrefois très unies, une haine inexpiable.

Voici par contre un phtisique dont les lésions fibreuses ont débuté il y a plus de trente ans et qui vit à la campagne, occupant une petite propriété qu'il possède dans les Monts du Lyonnais : il tousse fort peu, son expectoration limitée au réveil est insignifiante et non bacillifère. Ce malade a une nièce de quinze ans, très anémique, qui habite avec ses parents dans un logement obscur et mal aéré d'un vieux quartier du centre de Lyon. Cette jeune fille bénéficierait incontestablement de l'hospitalité que son oncle est prêt à lui offrir : mais, comme il est tuberculeux, il consulte son médecin pour savoir si sa jeune parente ne risque pas d'être contagionnée sous son toit.

Si convaincu qu'il soit de la non-contagion, le praticien ne peut cependant pas donner son assentiment au projet du malade. Etant donnée en effet, l'hérédité de la jeune fille dont le grand-père est mort tuberculeux, dont la mère est suspecte, ayant eu une pleurésie dans l'adolescence, dont l'oncle est atteint et dont un cousin a succombé à la même affection, il y a quelques chances pour qu'elle soit elle-même frappée un jour à son tour, victime de son imprégnation héréditaire : si cette éventualité se produisait et si elle habitait avec son oncle, on ne manquerait pas d'accuser notre malade d'avoir contaminé sa nièce.

L'opinion formelle des auteurs classiques qui considèrent la cohabitation comme un grand danger, les plus grandes précautions fussent-elles prises, serait alors invoquée pour condamner le médecin qui aurait autorisé le phtisique à recueillir sa parente, aussi ce médecin déconseilla-t-il invariablement cet hébergement et voilà comment notre infortunée jeune fille, par la faute des contagionnistes, devra demeurer à la ville, dans les plus mauvaises conditions, les ressources de la famille ne lui permettant pas de passer à titre onéreux, au grand air, à l'altitude et au soleil les quelques mois de villégiature qui lui seraient bien nécessaires.

Dans un ordre d'idées quelque peu différent, l'un de nos anciens collaborateurs vient de nous faire remarquer que depuis quelques années il ne peut plus envoyer à la montagne ses bacillaires dont les moyens pécuniaires sont limités. On refuse de leur donner asile dans les hôtels de second ordre et dans les pensions dont la situation climatique leur serait favorable.

La propagande des chasseurs de bacilles a de plus en plus engagé les hôteliers à exiger, de leurs clients éventuels, un certificat médical de non-contagion que le praticien ne donne pas aux bacillaires, pour les raisons que nous avons indiquées.

Quand les tuberculeux possèdent des ressources suffisantes, ils peuvent sans difficulté vivre dans les palaces, car le certificat médical n'a pas d'importance si le client paie deux cents francs par jour de pension et pendant ce temps nos pauvres phtisiques, en condition modeste, se voient partout repoussés !

D'autre part, la crainte de la contagion, propagée sur la foi des Traités, peut amener quelquefois des désastres comme celui que nous venons d'observer au moment même où la rédaction de la présente note était sur le point d'être terminée.

Mme B..., 32 ans, dont la première atteinte de tuberculose remonte à quatre années environ, a vu évoluer son affection par des poussées successives ; la dernière, remontant à quatorze mois, s'était manifestée sous la forme d'un pneumothorax spontané, suivi d'épanchement pleural quatre fois ponctionné.

Quand la malade s'est présentée à la consultation de nos laboratoires, sa lésion consistait en une fibrose massive du poumon droit avec amaigrissement, asthénie et état subfébrile. La toux était peu fréquente, l'expectoration rare et non bacillifère. Sous l'influence de la médication aurique, le poids remonte rapidement de 2 kgr. 500, les forces reviennent et le malade est apyrétique.

Après un mois et demi de traitement, l'état reste tout d'abord stationnaire puis fléchit peu à peu pendant les semaines qui suivent, sans qu'aucun processus évolutif puisse être décelé, sans qu'aucun trouble fonctionnel ait surgi, sans qu'aucune altération organique nouvelle puisse expliquer ce fléchissement.

Pressée de questions, et lui demandant si elle n'aurait pas quelque ennui domestique, la malade fond en larmes et nous apprend que son mari, qui lui témoignait une vive affection autrefois, s'est tout à coup éloigné d'elle.

Après la lecture d'un tract de propagande antituberculeuse où les dangers de la contagion étaient représentés avec une certaine véhémence, l'époux de notre malade s'était rendu chez un médecin, lequel lui avait affirmé les périls que courent ceux qui demeurent en contact avec les phtisiques. A partir de ce jour, cet homme, fort effrayé, cessa tout rapport conjugal avec sa femme et, ne supportant pas l'abstinence, il alla chercher dans des liaisons au dehors, ce qu'il ne trouvait plus chez lui. Et la misère morale fit son entrée dans la famille, au point que la pauvre femme parle de divorce ou de suicide. On comprend alors combien cette situation lamentable est susceptible de retentir sur l'état général de notre malade, et dans cet effondrement du foyer familial, le sort de l'enfant n'est pas moins digne de commisération.

Telle est encore l'œuvre du contagionnisme !

Enfin, voici un fait d'espèce quelque peu différente et non moins courant.

Il s'agit de Mlle G..., 22 ans, dont les parents, dans une très modeste aisance, exercent un petit commerce dans une ville du département de l'Ain. Cette jeune fille, toujours choyée par ses parents, ne manquant de rien, bien nourrie et bien logée, se met un jour à tousser, puis elle crache du sang. Le médecin de la famille, consulté, pose le diagnostic de tuberculose et trouve des bacilles dans les crachats. Le praticien ne cache pas que l'affection est contagieuse et les parents viennent précisément d'écouter à la T. S. F. une causerie médicale sur la tuberculose, dans laquelle le conférencier a affirmé que la bacillose se transmettait uniquement par contagion et que le germe expectoré par les phtisiques était redoutable. (La mère avait eu une pleurésie avec épanchement à 18 ans !)

Les parents s'éloignent aussitôt de leur enfant ; ils cherchent à se débarrasser au plus tôt de ce foyer d'infec-

tion dont ils ont grand'peur ; ne possédant pas les moyens de placer la malade dans un établissement ayant un prix de journée élevé et ne pouvant se décider à attendre les longs délais nécessaires à son admission dans un sanatorium populaire, ils prennent la détermination de faire entrer la malade dans un hôpital urbain où elle trouve des conditions matérielles bien moins favorables que celles dont elle profitait chez elle, privée des soins familiaux, moins bien nourrie et entourée de phtisiques graves qui ne sont pas sans l'impressionner vivement.

Si, comme l'écrit Le Dantec, l'égoïsme est la base de toute société, il n'atteint pas toujours un aussi haut degré ; il n'en est pas moins vrai que presque tous les phtisiques voient leurs proches s'éloigner d'eux, les priver de ces manifestations affectives et réconfortantes pour les âmes sensibles, surtout quand leur santé est altérée.

Ils se rendent bien vite compte qu'on évite leur contact, qu'ils sont devenus des objets de répulsion et peu de personnes connaissent l'immense chagrin que nombre d'entre eux en éprouvent.

Les contagionnistes qui en font gratuitement des pestiférés, leur causent un mal moral qui peut avoir un retentissement défavorable sur leur état physique et sur l'évolution de leurs lésions.

Puissent ces remarques engager les partisans de la contagion à examiner le problème de la propagation de l'affection de plus près et à ne pas dédaigner les arguments que nous avons opposés à leur croyance dogmatique.

Si, comme nous le pensons en toute conscience, la tuberculose n'est pas contagieuse pour les adultes, nous nous permettrons donc, pour conclure, d'appeler l'attention des contagionnistes sur les regrettables conséquences de leur théorie, non seulement en ce qui regarde l'orientation fâcheuse qu'ils impriment à la prophylaxie de la bacillose et la désorganisation des foyers familiaux qu'elles peuvent entraîner, mais encore du point de vue de la désolation et du désarroi qu'elles sont susceptibles de jeter dans l'esprit des malheureux phtisiques en les privant de l'assistance et des affections qui leur seraient souvent si nécessaires.

Les troubles du psychisme de l'enfant encéphalitique

Par le Dr M. SCHACHTER

La question de l'encéphalite mérite une attention tout à fait spéciale quand il s'agit de poser le pronostic mental du développement de l'enfant mais aussi le pronostic de la valeur qualitative du comportement social de l'enfant atteint de cette maladie.

La fréquence de l'atteinte de la personnalité infantile est appréciée différemment par les auteurs : ainsi Stern indique 10 % tandis que Parsons 14,16 %. Le début de ce trouble de la personnalité survient un certain temps après la fin de la maladie, c'est-à-dire on peut facilement démontrer l'existence d'un intervalle libre entre la maladie et le début de ces troubles (Hoffstadt, Mayer, Lewy, etc.).

On connaît aussi les cas où le déséquilibre de la personnalité, suit immédiatement la maladie. Les choses seraient ainsi très simples s'il n'y avait encore beaucoup de cas ou une grippe banale, un refroidissement devaient nous donner pour le moment, la meilleure clef de voûte pour expliquer de manière rétrospective les troubles de la personnalité que nous sommes appelés à constater.

Il est vrai que le tableau de ces troubles de la personnalité n'a rien de strictement spécifique et il faut ajouter à côté de ces troubles ceux non moins évidents de déséquilibre neuro-végétatif.

Nous allons insister sur le changement qu'apporte au caractère et au comportement social l'encéphalite de l'enfant. L'intelligence de l'enfant (et aussi celle de l'adolescent) n'est pas nécessairement atteinte, mais il faut compter parfois avec un gros déficit allant aussi jusqu'à l'idiotie au cas ou la maladie frappe un enfant avant l'âge de 4 ans, c'est-à-dire justement dans la période active du développement psychique. Si nous sommes en face d'un retard plus ou moins important il ne faudra pas oublier d'incriminer aussi l'insuffisance ou le manque d'instruction scolaire causée par l'impossibilité dans laquelle se trouve le petit malade, d'aller à l'école, et cela pendant des mois, après la fin de la maladie.

Souvent ces petits malades fournissent un travail intellectuel suffisant mais à un examen plus attentif on découvrira des petits troubles dont nous allons parler immédiatement.

Certains enfants après avoir perdu ou apparemment perdu leur attitude psychique antérieure à la maladie, se trouvent dans un état d'excitation se caractérisant par une tendance à poser des questions plus ou moins ennuyeuses, par l'impudence, manque d'égard, désobéissance, destructeur d'objets. Il faut ajouter à cela pour mieux caractériser le comportement social de ces enfants la tendance très nette à des actions délictueuses ou criminelles soit à la maison soit à l'école.

Hancock a décrit le type d'apache de l'enfant encéphalitique et le psychiatre Bleuler a tracé un tableau saisissant de ces enfants dans une étude récente publiée dans *The Journal of nervous and mental*, 1930. Il dit : « les enfants deviennent très actifs, s'agitent jour et nuit et ne font qu'ennuyer les autres. Ils volent, mentent et mendient : si on leur offre quelque chose, ils sont capables de le détruire sous le regard même du donneur ; si leurs forces le leur permet, ils frappent leurs compagnons. Ils se rendent compte qu'ils se font plus de mal à eux-mêmes et ils se repentent pour continuer à la prochaine occasion leurs extravagances. »

Dans certains cas il y a un trouble de la mémoire consistant en une sorte d'adhérence à certaine choses. Certains enfants ont un comportement tout à fait gai, une gaieté rappelant la « moria », tandis que des autres sombrent dans une monotonie et leur ton affectif est vide.

Ce qui importe au point de vue médico-légal c'est l'action antisociale dont se font coupables ces enfants. Remarquons en passant que les enfants ayant subi des traumatismes cérébraux peuvent faire montre des mêmes changements de la personnalité et se rendre coupables d'actes, demandant des sanctions légales. C'est surtout Kasanine qui a étudié récemment cette question dans une étude intitulée « Personality changes in children following cerebral trauma », publiée dans le *Journal of nervous and mental*, 1929.

Pour revenir aux actions antisociales de nos petits encéphalitiques, disons que la joie de faire du mal ou de voir son prochain dans le mal, la tendance aux vengeances, est très accentuée chez beaucoup de ces enfants. Il n'y a pas de type spécifique dans ses actions malicieuses si non une tendance évidente de récidive si ces enfants ne sont pas internés.

Encore un pas et nous voyons des actes antisociaux plus sérieux. Ce sont des petits vols dans les magasins, à l'école, des petites escroqueries, destruction de certains objets, morsures, des mauvais traitements envers des animaux, des camarades d'école et des petits enfants (frère ou sœur).

Nous avons montré dans notre thèse, que ce changement de caractère avec les réactions sociales de ces enfants peut déterminer certains parents, ignorant le caractère maladif des actions de leurs enfants, à des corrections tellement fréquentes et sérieuses même, que l'on peut parler de mauvais traitements. Dans ce cas un examen

attentif de l'enfant s'impose parce que son internement mettra fin aux sévices des parents et donnera à l'enfant la possibilité d'améliorer peut-être son état. Maltraité parfois par ses parents, il est plus fréquemment disposé à maltraiter les autres ; ainsi que nous le disions plus haut, le petit malade exerce des mauvais traitements envers les plus faibles que lui.

Bond et Partridge rapportent un cas de sévices exercés par un petit malade envers sa petite sœur ; Steck rapporte des mauvais traitements avec tentative de tuer un petit frère. Peut-être que certains camarades d'école réputés « insupportables » et la « terreur de la classe », font partie du contingent des encéphalitiques. On rapporte des cas de tentative d'incendie. de myto-manie se manifestant surtout par des dénonciations d'ordre sexuel.

On entrevoit l'importance médico-légale de pareilles dénonciations. Certains enfants fuient l'école, la maison, pour vagabonder et devenir mendiants. Wimmer et Stern ont montré l'existence d'une maturité sexuelle évidente avec une puberté précoce. Ces enfants profèrent des mots obscènes font des gestes avec tendance exibitionniste et se rendent parfois coupables d'attentats à la pudeur (Bing, Bogaret, Runge, Rossi).

Feck et Runge rapportent des cas de sodomie et sadisme. Tout récemment le Professeur Wimmer a publié dans les *Acta Psychiatrica*, 1930, une revue comportant trente-quatre cas personnels, comprenant des enfants, adolescents et des adultes. Il est intéressant de voir que ces cas, concernant des enfants ou des adolescents qui ont eu des troubles de caractère, évoluent un certain temps après la période aiguë de l'encéphalite. En effet on remarque parmi les troubles psychiques et ceux du comportement : la myto-manie, le vol, l'escroquerie, la paresse, l'entêtement enfin, des tentatives d'incendie, destructions, exibition, tentative d'attentat à la pudeur, masturbation, etc.

Ces faits se superposent avec une ressemblance vraiment remarquable à ceux décrits de manière très détaillée dans le rapport présenté par le Professeur Fribourg-Blanc au XIIIe Congrès de médecine légale, en 1929, sous le titre : « Les réactions antisociales au cours de l'encéphalite épidémique ».

L'analyse des troubles décrits ci-dessus nous montre que leur ressemblance avec les anormaux psychiques, en dehors de toute étiologie encéphalitique, est frappante. C'est la raison pour laquelle certains auteurs parlent d'une activation ou accentuation d'une prédisposition psychopathique congénitale, car on peut admettre que l'encéphalite met à jour l'infériorité de l'organisation psychique primaire. Wimmer incline à nier cette explication, car la majorité des cas étudiés par lui concernaient des enfants normaux avant la maladie. La même chose se dégage de la lecture de certaines observations rapportées par Fribourg-Blanc et que j'ai rapportées dans ma thèse.

La question du sentiment éthique a été étudiée par une série d'auteurs. Ils sont presque tous d'accord à reconnaître que, dans beaucoup de cas, ces malades se rendent bien compte de leurs mauvaises actions, les regrettent parfois ou s'excusent en invoquant la nécessité « inconsciente » et « irrésistible » de leurs faits.

Il semble que les modifications anatomiques, au niveau des ganglions de la base du cerveau, du thalamus et des centres végétatifs du plancher du troisième ventricule, puissent expliquer en même temps le syndrome psychique et neuro-végétatif fréquemment associé chez les malades dont nous nous occupons. Il faut, naturellement, compter aussi avec les modifications anatomiques décélables au niveau de la corticalité.

Pratiquement, le diagnostic de l'origine des troubles de la personnalité, décrits ci-dessus, apparaît d'une importance médico-légale incontestable. En effet, ces infracteurs à l'ordre social ont une responsabilité nulle et au lieu de la prison, l'internement dans un établissement adéquat mettra fin aux multiples récidives et donnera peut-être des résultats intéressants, améliorant la valeur sociale de ces enfants.

BIBLIOGRAPHIE

FRIBOURG-BLANC. — Les réactions antisociales, etc. (*Ann. méd. lég.*, 1929.)

M. SCHACHTER. — Les sévices envers les enfants. (Thèse Nancy, 1930.)

A. WIMMER. — Zur Kriminalität der Encephalitiker. (*Acta psych. et neurol.*, 1930.)

CHRONIQUE

A propos du shock

Un élève du Professeur ACHARD, M. DESBUQUOIS, que j'ai eu comme interne il y a quelques années, a bien voulu m'adresser un exemplaire de sa thèse (1) consacrée à l'étude du choc protéinique. C'est un sujet qui intéresse tous les médecins et j'ai cru utile de donner un résumé de ce consciencieux travail expérimental et critique.

Depuis une trentaine d'années, la notion de choc est entrée dans les préoccupations des physiologistes et des médecins. Auparavant, les chocs survenus à la suite de traumatismes importants attiraient, seuls ou presque seuls, l'attention : on les interprétait, avec DUPUYTREN, comme étant le résultat d'une « hémorragie nerveuse », le « fluide vital » s'écoulant par le nerf contus ou irrité. En 1870, FISCHER considérait ce choc traumatique comme une paralysie réflexe du centre vaso-moteur bulbaire. Mais l'étude expérimentale des états de choc ne fut entreprise qu'à la suite des travaux de SCHMIDT MULHEIM, en 1880, sur le choc peptonique. Cette étude expérimentale fut féconde en résultats. Mais il a fallu la révélation du choc anaphylactique pour donner à ces phénomènes la place qui leur appartenait et pour rénover la notion de choc en physiologie : unie à la notion d'anaphylaxie, la notion de choc reçut un nouvel élan. Les phénomènes de choc ont pris en clinique une grande place, très grande, trop grande : des états morbides de plus en plus nombreux et de moins en moins clairs y ont été englobés.

Pour apporter un peu de précision, on a cherché à découvrir un test irréfutable, caractéristique de l'état de choc : les uns se sont attachés aux lésions des viscères, les autres aux altérations des centres nerveux, d'autres, enfin, aux modifications vasculaires sanguines au cours des états de choc. C'est à ce dernier ordre de recherches qu'est consacrée la thèse de DESBUQUOIS. Pour cela, il lui a semblé prudent d'abandonner le terrain encore mouvant et incertain de la clinique pour se limiter strictement à une étude expérimentale. Il a étudié chez le chien quelques états de choc : choc peptonique, choc caséinique, choc séro-anaphylactique. Il ne s'est pas aventuré sur le terrain du choc traumatique ce qui explique l'absence de certains noms, tel celui de CRILE.

DESBUQUOIS a constaté, avec une constance parfaite, une *chute importante et brutale de la tension artérielle* en cas de choc. C'est un signe d'importance capitale, sans lequel on ne peut parler d'état de choc. Et il est nécessaire, au cours de toute étude expérimentale, de vérifier la réalité de l'état de choc par une inscription graphique de la tension artérielle. Cette chute brutale de la tension artérielle est asso-

(1) Georges DESBUQUOIS. — Les modifications du sang au cours des états de choc. Le problème du choc hémoclasique. Paris. Jouve et Cie, éditeurs, 1931.

ciée à une vaso-dilatation viscérale, qui traduit un déséquilibre vago-sympathique brutal. De ce déséquilibre, l'importance est primordiale, car elle commande les phénomènes apparents et, aussi, un certain nombre de modifications vasculo-sanguines.

On constate l'incoagulabilité du sang au cours des chocs peptonique et séro-anaphylactique, un retard très important de la coagulation au cours du choc caséinique. Mais ces troubles de la coagulation ne sont pas constants au cours des états de choc, ils se font dans des sens différents (car à côté de cas de coagulabilité diminuée, on observe des cas d'hypercoagulabilité suivant la violence du choc) ; ils sont en rapport avec un effet direct de la substance injectée sur le sang plutôt qu'avec l'état de choc lui-même.

De même, il faut se garder d'associer trop intimement les modifications des globulins aux troubles ce la coagulation.

On trouve, au cours de trois états de choc envisagés, une hypoglobulie discrète mais incontestable : celle-ci relève de la dilution sanguine, qui relève elle-même de l'hypotension artérielle et de la vasodilatation viscérale. L'existence de leucopénie est un fait non moins incontestable, mais elle est parcellaire, régionale, surtout périphérique. C'est une leucopénie apparente, qui relève d'une inégalité de répartition des leucocytes. Comme l'ont montré les travaux de Tinel, Garrelon, Langeron, elle est en rapport avec la perturbation vaso-sympathique.

L'auteur n'a jamais constaté d'éosinophilie sanguine au cours des chocs peptonique, caséinique, séro-anaphylactique.

Une hypoprotéinémie discrète mais incontestable avec un abaissement de l'indice réfractométrique du sérum relève, elle aussi, pour la plus grande part, de la dilution sanguine comme l'hypoglobulie.

Il y a augmentation importante du taux de l'azote non protéique, — hypolipémie et hypocholestérolémie ainsi qu'une augmentation importante du taux du sucre libre, — hypochlorémie plasmatique et hyperchlorémie globulaire, dues à un transfert du chlore du plasma vers les globules. De plus, D. a observé une légère hypophosphatémie, une légère hypocalcémie, le taux du potassium restant normal. La conservation du taux normal du potassium comparée à la diminution nette du taux du calcium témoigne du rôle de la réaction différente de ces deux substances dans l'équilibre physico-chimique du sang. Elle nous montre encore que le taux du potassium n'est pas lié aux variations de l'acidité sanguine comme l'est le taux du calcium. Peut-être, indique Desbuquois, peut-on aller plus loin et voir dans la différence de taux de ces deux substances un argument de plus qui confirme la prédominance du facteur potassium, vagotonie, sur le facteur calcium, sympathicotonie, au cours des états de choc ?

Enfin l'abaissement du pH sanguin et la diminution importante de la réserve alcaline, que D. a constatés, lui permettent d'affirmer l'existence d'un syndrome d'acidose. Cette acidose lui apparaît particulièrement liée à l'hypochlorémie plasmatique, à l'hyperchlorémie globulaire, à l'hypophosphatémie, à l'hypocalcémie.

Mais, après avoir vérifié l'existence de ces modifications vasculaires et sanguines au cours du choc, il restait à apprécier la valeur de chacune d'entre elles et à les interpréter. Les expérimentateurs se sont acharnés à cette étude dans l'espoir d'y découvrir tout le mécanisme intime du choc, d'en dégager l'explication. L'idée était logique, mais, remarque Desbuquois, elle n'a abouti à aucun résultat précis et le problème de l'origine du choc demeure entier.

La plupart des modifications vasculo-sanguines, en effet, ne sont que des conséquences de l'état de choc et n'ont pas la valeur d'un facteur déterminant.

Il peut apparaître comme plus judicieux de faire, de la chute brutale de la tension artérielle, la clé de voûte de l'état de choc. L'hypotension brutale est un symptôme de premier plan sans lequel on ne pourrait parler d'état de choc ; elle explique un certain nombre de phénomènes observés au cours du choc ; mais il reste à expliquer cette chute brutale de la tension et, encore une fois, le problème reste entier.

Le terme de « colloïdoclasie », créé par Widal qui a tant insisté sur l'importance des modifications sanguines au cours des états de choc a été l'objet de multiples attaques : il n'est peut être pas à rejeter, à condition d'être pris dans son acceptation la plus large, de modifications humorales. Si, comme d'autres l'ont soutenu à la suite de Widal, on laisse entendre par ce terme que les modifications sanguines produisent la rupture des colloïdes du sang, c'est, dit Desbuquois, une erreur. Que la rupture des colloïdes du sang, soit à l'origine de l'état de choc, c'est une hypothèse qui a été soutenue par Widal et qui apparaît des plus défendables. Mais c'est déformer sa pensée que d'interpréter les modifications humorales comme la traduction directe de cette rupture d'équilibre, puisqu'un très grand nombre de modifications vasculo-sanguines apparaissent comme la conséquence même de l'état de choc et en rapport d'une manière directe avec un déséquilibre vago-sympathique brutalement déclenché.

Et alors, on est amené, comme aux premiers temps de l'étude clinique et scientifique du choc à considérer, le rôle du système nerveux central comme important, très important.

L'excellent et ingénieux chercheur qu'est le Professeur Langeron (de Lille) a pu mettre en évidence des phases vagotoniques et sympathicotomiques dans le choc anaphylactique expérimental du cobaye et du lapin. D'importants travaux de Tinel, de Camus et Pagniez montrent que l'influence des phénomènes vaso-moteurs est capitale dans le choc. On a pu prouver l'origine nerveuse de la leucopénie en montrant que l'excitation du parasympathique (par le réflexe oculocardiaque) amène une leucopenie intense, leucopénie supprimée par l'atropine ou renforcée par la pilocarpine.

Roger obtient chez le lapin, par des excitations suffisantes du plexus solaire, tous les phénomènes caractéristiques de la crise hémoclasique. La dilution sanguine, observée d'une manière constante au cours des expériences de Desbuquois, reconnaît la même origine ; elle relève directement de la vaso-dilatation viscérale et de l'hypotension artérielle.

L'étude des modifications chimiques humorales demeure remplie d'obscurité et d'incertitudes. Un certain nombre d'entre elles sont relativement faciles à expliquer : elles apparaissent secondaires et accessoires, relevant soit de la dilution du sang, soit d'une autre modification de l'équilibre chimique. Mais un certain nombre de modifications chimiques peuvent être constatées sans explication, telles sont l'augmentation de l'azote non protéique, l'hypolipémie et l'hypocholestérinémie, l'hyperglycémie, l'hypocalcémie. Dans l'état actuel de la biochimie et de la chimie cellulaire, il est difficile de les interpréter et, par conséquent, il est impossible de les apprécier à leur valeur.

On peut actuellement définir ainsi l'état de choc : c'est essentiellement une perturbation vago-sympathique qui se traduit par des phénomènes d'apparition brutale et de disparition soudaine et définitive, phénomènes vaso-moteurs sudoraux, pilo-moteurs etc... La vaso-dilatation viscérale et la chute de la pression artérielle en sont les manifestations les plus importantes. L'hypotension brutale facile à constater et à mesurer constitue le meilleur critérium expérimental de l'état de choc. Les modifications vasculo-sanguines sont, pour une grande part, la conséquence de cet état : dilution sanguine, hypoglobulie, leucopénie, agglutination des plaquettes, abaissement de l'indice réfrectométrique, hypoprotéinémie. D'autres modifications du sang, surtout chimiques existent également, intéressantes à constater, difficiles à interpréter.

Pareille définition est incomplète : elle ne va pas au delà

BIBLIOGRAPHIE

L'Oscillation cellulaire (*Ensemble des recherches expérimentales*), par Georges LAKHOVSKY. Un volume in-8 raisin de 320 pages. G. Doin et Cie, éditeurs, Paris, 1931. Prix : 40 fr.

Dans ce volume, le physicien et biologiste Georges Lakhovsky réunit pour la première fois les rapports, études, communiqués aux académies et sociétés savantes du monde entier concernant les travaux entrepris depuis sept ans sous l'inspiration de sa théorie, aujourd'hui célèbre, de « l'oscillation cellulaire ».

La Rééducation de la voix parlée, par G. DE PARREL. Un volume in-8° carré de 150 pages, avec 35 figures et tableaux dans le texte, 28 fr. (Collection de Parrel, des manuels de rééducation). Librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Avec juste raison, le Dr de Parrel, l'apôtre de la rééducation phonétique et acoustique, s'élève contre l'inertie des éducateurs et des parents. Il proclame la nécessité de corriger dès leur apparition, les troubles de la voix et de la parole. Il fournit aux intéressés des *notions indispensables de phonétique*. Il énonce très clairement les *principes directeurs de l'orthophonie* et donne une *classification logique des défauts de l'élocution*.

Les *procédés de rééducation phonétique* sont décrits en détail pour chacun des *troubles périphériques* qui atteignent la respiration, l'émission ou l'articulation : bégaiement, bredouillement, nasonnement, chevrotement, blésités, etc.

Des chapitres spéciaux sont réservés aux *troubles d'origine centrale*, notamment aux retards de la parole, aux aphasies, aux aphonies, etc.

Ce manuel de *rééducation de la voix parlée* est d'une incontestable utilité pratique. Il est présenté selon la formule la plus moderne, c'est dire qu'il est allégé de tout détail bibliographique et abondamment pourvu de dessins, de schémas et de tableaux d'exercices. Le nom de l'auteur nous dispense d'ajouter que ce livre est rédigé avec élégance, avec concision et avec l'autorité que donne une longue expérience.

La cessation du Pneumothorax artificiel, par Paul VÉRAN. Préface du Dr E. RIST. Un vol. in-8° de 160 pages, 22 fr. Librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Etudiant 250 cas de pneumothorax interrompus depuis des années, pour une guérison bien antérieure à ces délais, l'auteur compare l'état actuel des malades à leur passé pathologique. Son observation est basée sur les données de la clinique totale. Une importante étude statistique détaille tous les aspects du problème, confrontés dans le temps. Les résultats acquis après résorption du pneumothorax sont analysés relativement à l'âge, au sexe du malade, au côté de la poitrine atteint, à l'ancienneté, à l'aspect radio-clinique et à la tendance évolutive de la lésion initiale, au développement du collapsus, aux pleurésies du pneumothorax, à la rapidité de disparition des bacilles de l'expectoration, à la durée d'entretien du collapsus, etc.

L'avenir des anciens porteurs de pneumothorax n'est pas moins étudié. La guérison est décrite avec ses surprises, ses paradoxes radio-cliniques. Les incidents d'avenir : récidives *in situ*, épanchements de substitution, tuberculose controlatérale ou extra-pulmonaire, sont envisagés en des chapitres également inédits. De ces documents minutieusement analysés, l'auteur tire des directives générales, prudentes mais précises, dont l'utilité ne peut échapper à personne.

Guide-Formulaire des Produits de Régime et de Diététique, par le Dr M. LEGRAND. Un volume in-16 de 936 pages : 56 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris).

Pour édicter un régime individuel et fournir au malade les moyens pratiques de suivre l'ordonnance diététique, le médecin a besoin de connaître avec précision les propriétés et la valeur spécifique d'appétition, de digestibilité et d'assimilation, les indications et contre-indications, les modes de fabrication, de préparation et d'emploi, la posologie des aliments qu'il doit envisager, et sélectionner judicieusement, en vue de réaliser une prescription au coefficient maximum d'utilité et d'activité.

La Thérapeutique alimentaire spécialisée offre une gamme étendue et variée de produits dont la composition, la présentation et l'efficacité correspondent aux exigences légitimes de l'institution raisonnée et scientifique des régimes simples ou composés que nécessitent à tous les âges l'équilibre de la santé ou les modalités de la maladie.

Ce guide-formulaire contient le bilan actuel des acquisitions pratiques relatives aux spécialités diététiques et produits de régime, dont la valeur scientifique est attestée par la marque de l'expérimentation.

L'ouvrage constitue une innovation conforme aux récents progrès réalisés dans la science de la diététique et des régimes.

Fiches de pratique médicale. Directeur : Docteur DESFOUR. La publication médicale la plus moderne : l'ouvrage le plus facile à consulter : l'organe de travail par excellence de l'omni-praticien : avec ses Fiches de mise au point, ses Fiches formulaires, ses Fiches personnelles. Vient de paraître, 7e série (1931), franco : 17 fr. 50.

Chimie biologique médicale. *Notions théoriques et guide pour les manipulations de chimie physiologique et de chimie clinique*, par E. DERRIEN et G. FONTÈS. 3e édition. 1 vol. in-16 de 456 pages avec figures, 28 fr. Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

Cet ouvrage en est à sa troisième édition. Le court temps dans lequel ont été épuisées les éditions précédentes montre qu'il correspond à un besoin véritable. Ce fait constitue pour le lecteur le plus sûr garant de ne trouver dans ce livre — au plan net, au style aisé et précis — aucun des renseignements périmés qui encombrent trop souvent des publications dont le succès est moins vif.

La première partie de l'ouvrage est consacrée aux constituants chimiques de l'organisme et des aliments, la deuxième partie à la digestion et aux sucs digestifs (salive, suc gastrique, suc pancréatique, bile, suc intestinal). La 3e partie traite du sang des humeurs dérivées du plasma et des produits de sécrétions internes. La 4e partie est consacrée aux constituants constants de l'urine, la 5e aux constituants inconstants de l'urine (normaux, anormaux et pathologiques).

La doctrine de l'homœopathie française, par le Dr Léon VANNIER. 1 vol. in-16 de 328 pages, avec figures dans le texte, 28 fr. Librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon, Paris, 6e.

L'homœopathie n'est pas seulement une méthode thérapeutique qui permet de « mieux guérir », elle constitue une véritable *Doctrine* que tout médecin doit connaître car il trouve dans son étude une immense satisfaction : celle de connaître enfin *le jeu fonctionnel de chaque malade*, nécessaire à comprendre pour lui apporter le remède qui guérit.

Sous la plume alerte du chef incontesté de l'*Ecole de l'homœopathie française*, l'homœopathie nous apparaît comme une *thérapeutique simple et claire, facile à appliquer*, dont les notions élémentaires, expliquées, permettent au médecin d'aborder son étude sans aucune difficulté.

Notons la description de deux formes cliniques jusqu'alors ignorées : le *tuberculinique* (état prétuberculeux) et le *cancérinique* (état précancéreux) dont l'auteur expose magistralement les causes, les signes et le traitement qui permet d'éviter le développement de toute tuberculose et l'apparition du cancer.

du déséquilibre vago-sympathique qui, en réalité, n'est lui-même qu'un phénomène secondaire. Il est probable que cette définition sera modifiée et complétée, quand on pénétrera mieux le mécanisme du choc, quaud on remontera plus haut à son origine. Dans le déclenchement de l'état de choc, la phase la plus intéressante est celle qui est antérieure au déséquilibre vago-sympathique et qui conditionne ce dernier. La pertubation vago-sympathique, avec toutes les répercussions qu'elle déclenche, ne représente que la phase terminale, cataclysmique, la plus bruyante mais non la plus importante. Mais le grand problème intéressant en présence de l'état de choc, c'est de remonter à son origine, c'est d'essayer de mettre à jour le mécanisme intime qui le conditionne. Pour résoudre ce problème, c'est en vain que D. a cherché ce qui se passe dans le milieu humoral.

Il faut, donc, insister sur le rôle du système nerveux.

Ce rôle du système nerveux apparaît primordial et dans le cours de son étude sur les chocs peptonique, caséinique et anaphylactique, Desbouquois, à chaque pas, a constaté l'importance de son action. Elle est, d'ailleurs, unanimement admise aujourd'hui ; Richet eut le grand mérite de la signaler en 1902 et, d'emblée, il a interprété le choc anaphylactique comme une intoxication aiguë du système nerveux. Pareille hypothèse a été pleinement confirmée par les travaux d'Achard : Achard a montré que l'extrait des centres nerveux du cobaye venant de succomber au choc anaphylactique, détermine, chez un cobaye neuf, par injection intra-veineuse, des accidents qui ressemblent au choc anaphylactique et peuvent entraîner la mort : la substance cérébrale devient toxique ou se charge de substances toxiques; la plupart des modifications vasculo sanguines apparaissent comme la conséquence de l'état de choc, elles n'apportent aucune donnée précise sur l'origine du choc.

C'est pourtant le grand problème à résoudre.

Il reste à préciser le mécanisme intime qui agit sur les centres nerveux et déclenche le déséquilibre vago-sympathique. En effet, ce déséquilibre avec toutes les répercussions qu'il entraîne, ne présente que la phase terminale du cataclysme L'origine du choc vient-elle du milieu humoral circulant? Il est vraisemblable qu'elle est liée à des modifications de l'état physique du plasma ou sérum.

Ce trouble chimique primordial, nous ignorons, encore, dans quelle direction il faut en diriger la recherche.

Henri Vignes.

« ..... L'intoxication par les boîtes de conserve devra être suspectée bien ailleurs que sur les navires et dans les expéditions polaires. Voici un document psychologique relatif à nos postes militaires du centre Afrique, document qui résume une expérience infiniment moins précise que les belles observations de Charcot, mais qui la résume en une formule lapidaire pouvant être érigée, le cas échéant, en prescription thérapeutique.

Pendant la guerre, j'ai fait *popote* avec des officiers revenant du Soudan, qui, à la vue de n'importe quelle conserve, levait les bras en un geste rituel et criaient : *Fuyez la boîte!* (Lapicque. *Bulletin* de l'Académie de médecine. Séance du 5 mai 1931.)

« ..... Toute cyanose d'origine artérielle pure disparaît par l'administration d'oxygène; correctement menée, cela s'entend. Si la cyanose persiste après administration d'oxygène, c'est qu'il existe des troubles circulatoires. Une cyanose qui s'exagère lorsqu'on demande au malade un léger effort, tel que celui de s'asseoir dans son lit, est le plus souvent circulatoire. La cyanose circulatoire s'exagère surtout si l'on met un membre en position déclive (main tombante le long du lit). Un bain tiède local la fait disparaître. Aucune cyanose ne résiste à un bain local à 45° qui active la circulation au point de rendre artériel en 15 minutes le sang veineux du bras ... ». (Lucien Dautrebande. La cyanose. *La Presse medicale*, 3 juin 1931.)

ACTUALITÉS

Deuxième Conférence internationale et Congrès colonial du Rat et de la Peste

PARIS 7-12 OCTOBRE 1931

La deuxième Conférence internationale du rat et de la peste organisée sous le haut patronage du gouvernement et du Commissariat des colonies de l'Exposition Coloniale s'est ouverte le 7 octobre à l'Institut Pasteur sous la présidence de M. le gouverneur général Olivier.

Après quelques mots du Prof. Calmette, président d'honneur, le gouverneur général Olivier, dans un discours très remarqué salua le Congrès qui « s'ouvre sous le signe de l'Exposition coloniale » et montra combien le problème de la dératisation aux colonies est important.

Le Professeur Tanon insista sur l'utilité de ce congrès et lut ensuite le discours du Prof. Marchoux empêché.

Le Professeur Gabriel Petit, secrétaire général et animateur de la conférence exposa les grandes lignes du programme après en avoir rappelé la genèse.

Le médecin-inspecteur général Boyé prit ensuite la parole et le Professeur Jita, président du Conseil supérieur d'hygiène des Pays-Bas, prononça un discours très applaudi au nom des délégués étrangers.

Après la séance, les congressistes se rendirent en pèlerinage au tombeau de Pasteur

La séance de l'après-midi fut réservée aux rapports envoyés des colonies.

Le ministère des colonies avait, dans une note, recommandé à ses rapporteurs d'étudier plus particulièrement les variétés de rats, leurs migrations saisonnières, leurs parasites, les maladies transmises, les procédés de capture, y compris les procédés indigènes, la description des méthodes employées, ainsi que tous les rongeurs susceptibles de transmettre la peste.

Comme on le voit ce vaste programme était bien fait pour susciter des rapports fort intéressants.

Le médecin-général Thiroux fit au nom du médecin général Letonturier une communication sur le rat et la peste à Madagascar.

M. Marcel Leger résuma un travail très documenté du médecin colonel Cazanove sur le problème du rat à Dakar. Puis, on entendit les rapports de M. Janneau sur la lutte antimurine à la Martinique, de M. Repiquet gouverneur de la Réunion sur les variétés de rats de cette colonie, de M. Gouin sur le problème du rat en Océanie, de M. Santot sur les différents rongeurs de Saint-Pierre-et-Miquelon et du commissariat général de la République au Togo sur les pestigènes de ce genre.

Le jeudi matin, les délégués officiels des différents gouvernements se réunirent à l'office international d'hygiène publique en séance privée pour étudier un projet de création d'un organisme international.

L'après-midi, la séance de travail se tint à l'Institut Pasteur.

On entendit d'abord un rapport de M. Judé et de M. Lubet sur la campagne antipesteuse dans les Etats du Levant sous mandat français, un rapport de M. Colombani sur la statistique de dératisation dans les ports marocains, un travail de M. Tisseuil sur le rat en Nouvelle-Calédonie.

M. Gobert, chef du service de l'hygiène publique en Tunisie, présenta une étude fort documentée sur le problème de la peste en Tunisie. Le service qu'il dirige avec le concours de M. Raynal et de M. Vasilieff est à citer en exemple.

M. Paul Witas, directeur du Bureau d'hygiène d'Alger,

fit une communication sur les dératisations dans les ports algériens et plus particulièrement à Alger.

M. Dujardin-Beaumetz, dans un travail intitulé « Serait-il possible de supprimer les épizooties murines pesteuses en rendant le rat réfractaire à la peste » exposa le résultat de ses recherches.

MM. Hauduroy et R. Neveu apportèrent une contribution à l'étude de la vaccination des animaux contre la peste. Les vaccinations de bactériophages antipesteux très actifs provenant d'Indochine, d'Egypte et d'Afrique occidentale, pratiquées dans le laboratoire du Prof Tanon, ne produisirent aucune immunité.

M. Danzel, retenu en Kabylie, envoya un travail sur la scille stabilisée.

Le lendemain, le Prof. Marchoux fit une communication sur le rat et la lèpre, et rappela certaines observations personnelles.

Le Prof. Brumpt présenta une intéressante étude sur les parasites du rat et leur rôle en pathologie humaine.

Le médecin en chef de la marine Marcandier apporta des observations faites à Toulon à bord des navires de guerre sur le rôle possible du rat dans la transmission d'une forme atténuée de typhus exanthématique.

M. Chodzko, ancien ministre de la Santé publique, lut une note sur la lutte contre les rongeurs en Pologne, où la dératisation obligatoire a donné d'excellents résultats. Il présenta ensuite un travail de M. Anigstein sur le rôle possible du rat dans la transmission du typhus exanthématique.

M. Lutrario fit une communication sur les gaz toxiques et le général Marena sur la dératisation en Italie.

Une note du médecin commandant Peltier sur les variétés de rat de la côte française des Somalis termina la séance.

Et, comme il faut un peu de repos après des journées aussi remplies, les congressistes passèrent l'après-midi aux Vaux-de-Cernay dans la propriété du Dr Henri de Rothschild.

Les dernières séances eurent lieu à l'Exposition coloniale.

Dans une véritable conférence fort intéressante le Prof. Netter étudia le rôle des puces du rat dans la propagation du typhus exanthématique.

Le Prof. G. Bertrand montra les heureux résultats obtenus par la chloropicrine.

Le Prof. Nattan-Larrier présenta et commenta de très jolies planches en couleurs montrant les voies de pénétration du virus pesteux.

L'après-midi fut une séance très chargée.

Le Prof. Bordas, le Prof. Tanon et M. Neveu firent une communication sur le fonctionnement du laboratoire du rat, et insistèrent tout spécialement sur le rat réservoir de virus, et montrèrent l'utilité de faire l'éducation du public par des conférences, des campagnes de presse et suggérèrent l'idée que les musées pourraient réserver deux vitrines pour exposer les mauvaises et les bonnes méthodes de lutte.

M. Navarre signala les difficultés nombreuses pour réaliser le rat-poofing des habitations et conclut que seule, la surveillance constante peut donner toute sécurité.

M. Bohec dans un travail intitulé « le rat proofing des navires » compara les résultats du rat-proofing avec ceux des fumigations.

M. Clerc s'associa aux vœux de M. Bohec et en quelques mots montra l'importance de l'application de la méthode rat-poof aux navires.

Le Prof. Uriarte de Buenos-Ayres envoya une communication sur le rat et la peste en Argentine.

M. Chappellier insista sur la nécessité d'une intense propagande de dératisation près des agriculteurs et donna les résultats de son enquête sur les rongeurs. Il lut, ensuite, la communication de M. Régnier de Rouen sur le problème de la dératisation dans les campagnes.

M. Velu traita de la destruction des rongeurs au Maroc. M. Ruff de la lutte contre les gerbilles dans la région d'Orléansville, M. Plessy des excellents résultats obtenus par l'anhydride sulfureux liquéfié, le Prof. Heim de Balsac de l'adaptation à l'homme des rongeurs agrestes et de la nécessité de monographies systématiques et biologiques.

Enfin, M. Rohr montra le rôle du rat et de la souris dans la propagation des maladies infectieuses équines.

Avant de lever la séance, les vœux suivants furent votés à l'unanimité.

Vœu du Prof. G. Petit

« Le congrès du rat et de la peste émet le vœu qu'il soit créé à Paris un bureau international où l'on centraliserait tous les documents ayant trait aux rats et aux moyens de dératisation. Ce bureau serait en relation avec l'Office international d'hygiène publique et l'Office international d'agriculture. »

Vœu de M. Raynal, de Tunis.

« Le congrès du rat et de la peste émet le vœu que les municipalités soient invitées à introduire dans leur règlement sanitaire que le permis de construire ne soit délivré qu'aux projets d'immeubles conformes aux règles admises du rat poofing. »

Vœu de M. Loquet, délégué du Syndicat départemental de l'Eure de défense contre les animaux nuisibles.

« Le congrès émet le vœu :

1° Que soit organisée avec l'appui des municipalités, et au même moment sur toute l'étendue du territoire une semaine dite « du rat » au cours de laquelle les queues de rats détruits seraient payées dans toutes les mairies moyennant un prix à déterminer : 0 fr. 25 par exemple.

2° Que cette semaine du rat soit renouvelée tous les 3 mois jusqu'à extinction de l'espèce. »

Vœu de M. P. Witas d'Alger et de M. Dujardin-Beaumetz

« Considérant que le rat est un animal qui ne résiste pas à un jeûne prolongé ;

Considérant que les ordures ménagères constituent des réserves alimentaires importantes, qu'il y a lieu de faire disparaître ces ordures le plus rapidement possible, d'éviter leur accumulation dans des poubelles mal closes durant des nuits entières,

Emet le vœu que les municipalités réalisent, dans le plus bref délai l'enlèvement des ordures ménagères à la fin de chaque jour et que ces ordures soient incinérées ».

M. R. Neveu demanda qu'on veuille bien également exiger l'enlèvement rapide des eaux grasses qui, dans certains établissements, attendent souvent pendant une semaine l'adjudicataire.

A l'issue de cette dernière séance une brillante réception réunit les congressistes à l'Hôtel de Ville où le Dr Lobligeois les salua au nom de la Ville de Paris.

Comme on le voit, la deuxième Conférence internationale du rat et de la peste remporta un grand et légitime succès, non seulement à cause du nombre des délégués étrangers et des congressistes, mais aussi par l'importance des communications.

Tout l'honneur de ce succès revient au Prof. G. Petit qui fut l'instigateur de ce congrès et qui, pour se servir de l'expression même du Prof. Tanon, en fut le véritable apôtre. Il convient également de féliciter Mlle Delaville qui fut comme aux Journées médicales coloniales, la plus précieuse des collaboratrices.

Raymond Neveu.

VARIÉTÉS

Impressions médicales d'Afrique

Semper aliquid novi ex Africa.

« Afrique !

« Ces trois syllabes, de saveur exotique, d'attirance ensorceleuse, éveillent, dans la plupart des esprits, des visions mystérieuses, horrifiques et noires, des images sauvages de feu, de danses et de tam-tam.

« Oui ! tout cela existe en Afrique, mais il y a Afrique et Afrique !

« Dans le voyage que je viens de terminer, j'ai eu l'occasion de connaître cette Afrique typiquement pittoresque et primitive et cette autre Afrique typiquement moderne au contraire, ultramoderne, évoluée : une Afrique, qui n'a rien à envier à notre civilisation, une Afrique qui possède des hôpitaux, des laboratoires et des instituts scientifiques comme, malheureusement, nous n'en avons pas et n'espérons même pas en avoir !

« Je veux parler de l'Union Sud-Africaine, de ses innombrables et ultramodernes cités, dont beaucoup possèdent des écoles de médecine organisées d'une manière parfaite et dotées de ressources fantastiques. »

C'est en ces termes lyriques que l'Italien G. Penso traduit l'impression laissée par un voyage en Afrique, au cours duquel il visita les îles Canaries, l'ex-Afrique orientale allemande, la région du Cap, le Natal, l'Afrique orientale portugaise, le Tanganyka, Zanzibar, le Kénia, la Somalie italienne, le Soudan et l'Egypte ; il en a rapporté des notes très intéressantes et très curieuses sur l'organisatiou médicale, sur les maladies infectieuses communes à l'Europe et sur les maladies parasitaires locales.

L'Ecole de médecine du Cap, transférée en mars 1930 à quelques kilomètres de la ville, à Weinberg, est une véritable cité scientifique, où les maisons d'habitation auraient été remplacées par des instituts, des cliniques et des laboratoires ; on a pensé à tout, même à construire des garages pour les automobiles des étudiants.

Un grand édifice, c'est le Musée de Pathologie en voie d'installation. La pathologie y sera comprise au sens large du mot ; elle englobera l'anatomo-pathologie, la bactériologie, la parasitologie.

Les instituts sont organisés à la perfection ; ils possèdent l'instrumentation et le matériel les plus complets et les plus récents ; c'est par dizaines et par dizaines qu'ils comptent les microscopes, les microtomes, les étuves, les frigorifiques ; les mots de profusion, luxe, foison tombent de la plume de G. Penso.

L'Union sud-africaine, riche de diamants, d'or, d'arbres et d'un climat salubre et tempéré, est un exemple de ce qu'ont su faire les Anglais en y mettant le prix et la volonté. Les autres contrées africaines sont plus ou moins bien pourvues, quand elles ne sont pas déshéritées, ce qui est un peu le cas pour les colonies tropicales. Parmi les laboratoires les plus riches et les mieux outillés sont ceux de l'hôpital Miguel Bombarda de Lourenço-Marques (Afrique orientale portugaise) et de Dar-es-Salaam, installé par les Allemands, quand l'Afrique orientale allemande n'était pas encore devenue le Tanganyka.

G. Penso est un bon observateur, qui a profité de son voyage pour étudier la pathologie africaine et nons en donner des aperçus personnels et vivants ; il a des vues originales sur les maladies infectieuses et parasitaires et il ne crain tpas de les exposer.

La Société des Nations a fait une enquête officielle sur la tuberculose en Afrique ; les résultats sont maigres pour ne pas dire nuls ; car on ne peut accorder, suivant Penso, de confiance aux statistiques fournies par les différents services hospitaliers ; le nombre des indigènes tuberculeux recueillis dans les infirmeries et le nombre exact et réel de ceux qui vivent dans une colonie sont des choses bien différentes ; un exemple le montre bien ; le Tanganyka a une population de quatre millions et demi d'indigènes ; le chiffre officiel des tuberculeux est de 200 et les décès de 30 par an. La comparaison de ces chiffres est suffisamment éloquente pour dispenser de tout commentaire.

« Il est clair, il est évident que les statistiques ne peuvent donner qu'une image pâle et très éloignée de la réalité des choses ; c'est du reste logique, si l'on se représente qu'il est déjà impossible de faire figurer l'indigène bien portant dans une statistique et qu'il est encore moins facile d'obtenir ce résultat pour un malade ; par suite de son caractère, de sa mentalité, de son atavisme, ce dernier refuse d'entrer à l'hôpital, accorde plus de confiance aux herbes de la forêt qu'à la médecine scientifique, préfère le sorcier au meilleur des médecins et va mourir loin de tout endroit où soit possible l'enquête la plus sommaire. »

On est en droit d'affirmer que la tuberculose existe dans toutes les colonies, surtout chez les individus non hospitalisés, qu'elle y revêt toutes les formes et qu'elle tend à se développer de plus en plus par suite de l'absence d'hygiène et de la fréquence des maladies débilitantes, malaria, ankylostomiase, amibiase.

Dans l'Afrique du Sud le gouvernement a tenté un effort sérieux et s'est intéressé à la construction d'habitations rationnelles pour les noirs ; c'est ainsi qu'à East-London existe une cité indigène dont les cases ont conservé le type local le plus pur : rondes, avec une seule pièce et le toit conique ; seulement elles sont en maçonnerie et munies d'une large porte, de plusieurs fenêtres, d'une cheminée.

Les indigènes ont du reste des habitudes peu hygiéniques ; ils mangent avec leurs mains en puisant dans le même récipient, ils font circuler une pipe de bouche en bouche, ils recueillent dans leurs mains les crachats des parents et des amis malades.

La lèpre est un autre danger sérieux pour l'Afrique. G. Penso ne cache pas sa pensée : « Si on voulait enfermer ou isoler les lépreux, il faudrait isoler la moitié de l'Afrique. » Il en a vu à Lourenço-Marques, à Mozambique, à Dar-es-Salam, à Mombasa et même dans l'Afrique du Sud si saine, qui a dû installer une léproserie à l'île Robben, dans la baie Table, près du Cap.

Il a eu l'occasion d'assister dans le Tanganyka à une épidémie de variole, grave non pas tant par la diffusion de l'épidémie que par « la malignité du génie épidémique ». C'était une forme confluente et hémorragique qui ne laissait pas un millimètre de peau libre. Les visages étaient tellement déformés qu'ils n'avaient plus rien d'humain ; les pustules envahissaient les muqueuses du nez et de la bouche, même la conjonctive bulbaire ; de nombreux malades perdirent la vie.

Les maladies parasitaires constituent la base de la pathologie tropicale et le véritable fléau de l'Afrique, dont elles rongent, affaiblissent et anémient la population. Toutes les formes sont bien et largement représentées ; les plus importantes sont l'amibiase, l'ankylostomiase et le paludisme.

Il n'y a rien à faire pour combattre l'amibiase et l'ankylostomiase ; on ne réussit pas dans les cités, voisines des côtes et habitées par des Européens ; on ne réussit pas mieux à l'intérieur. On peut amener de l'eau potable, détruire les villages infestés, les reconstruire en zone indemne ; on peut installer des latrines spéciales, mais jamais les noirs ne les utiliseront ; les y obliger représente une tâche au-dessus des forces humaines.

« En ai je vu, dans ce voyage, des zones malariques !... Et en ces régions quelle quantité de moustiques ! un nuage ! » s'écrie G. Penso, qui paraît moins touché par leurs piqûres que par la perte de toute foi dans la conception scientifique d'une race zoophile de moustiques :

« Dans ces étendues de pays où le nombre des êtres humains est minime, où quelques rares nomades se déplacent à périodes fixes, où les animaux à sang chaud, petits ou

grands, pullulent, les moustiques pouvaient résoudre le problème de leur existence en suçant le sang des animaux, les seuls qui étaient pratiquement et continuellement à leur portée ; aussi devraient-ils déjà avoir subi les modifications biologiques nécessaires à la formation de la race zoophile dont on a tant parlé. Eh bien non ! Qu'un homme, blanc ou noir, passe par là ! Aussitôt les moustiques de l'assaillir, avides de sang, avides de sang humain ! Et la zoophilie, qu'est-ce qu'elle devient dans tout cela ? »

* * *

Les périgrinations de G. Penso nous ont valu des observations originales ; l'installation à poste fixe permet d'en faire aussi, qui, pour être différentes n'en ont pas moins leur intérêt.

Les deux sœurs, les docteresses Claire et Josette Debarge, ont adopté une solution intermédiaire ; elles travaillent dans deux hôpitaux (Bafussan, Foumban) et elles font des tournées dans la brousse sur une camionnette Ford, équipée en dispensaire ambulant.

Elles exercent au Cameroun, placé pour les deux tiers, sous mandat français et pour un tiers sous mandat anglais ; il y a quatorze médecins en tout pour une superficie sensiblement égale à celle de la France ; aussi ne faut-il pas s'étonner si Mlle Josette Debarge examine une moyenne de 150 malades par jour à Bafussan et si les deux sœurs arrivent à voir 3.000 malades dans une randonnée de six jours. Leurs impressions médicales, basées sur une clientèle aussi étendue (c'est le cas de le dire), sont précieuses comme mise au point de la pathologie africaine.

Les affections pulmonaires (pneumonies et broncho-pneumonies) tuent 30 % des enfants ; la tuberculose fait son apparition, elle a une évolution rapide, qui dure six mois.

La syphilis a été importée il y a cinquante ans par des musulmans venus du nord ; les localisations articulaires guérissent spontanément avec de l'impotence fonctionnelle ; par contre les formes nerveuses et viscérales sont rares. On observe une stérilité et une mortalité infantile élevées ; une seule cure de néosalvarsan suffit souvent pour faire disparaître la stérilité, ce qui fait passer les doctoresses blanches pour des sorcières. Les injections intraveineuses offrent des difficultés, car les veines des nègres sont pratiquement invisibles ; les infirmiers noirs sont d'une très grande habileté et arrivent à ponctionner les veines.

La variole est combattue par les vaccinations en grande série.

Le paludisme est endémique ; les noirs sont plus ou moins immunisés et ne meurent pas comme les blancs. La lèpre est traitée par des injections hebdomadaires d'huile de Chaulmoogra. On observe de nombreux cas de dysenterie amibienne, d'éléphantiasis, d'ulcères rebelles, de parasitisme intestinal.

Dans les hôpitaux on traite les affections suivantes : rhumatisme, bronchites, ostéomyélite, affections gynécologiques, goitres, etc.

Fait curieux, on n'a vu, en trois ans et demi, ni une appendicite, ni une tumeur maligne ; on dit que la race noire est réfractaire aux tumeurs malignes.

Les doctoresses Debarge nous donnent un bel exemple d'activité médicale et de dévouement à la science, soutenus par une endurance physique peu commune.

* * *

D'autres médecins travaillent uniquement dans leur hôpital et ont par suite la facilité d'approfondir les questions qui leur plaisent.

A. Perret-Gentil exerce à l'hôpital Chikhoumbane, qui a été fondé en 1908 par Sechehaye, de Genève, pour le compte de la Mission suisse dans l'Afrique du Sud ; la région est au sud du Mozambique portugais ; la colline de Chikhoumbane domine la plaine du Bilène, où coule le Limpopo avant de se jeter dans l'Océan.

Cet établissement est plutôt une polyclinique qu'un hôpital ; l'isolement oblige à accepter tous les cas : médecine, chirurgie, obstétrique, ophtalmologie, etc.

Une première remarque, qui est, paraît-il, générale à toutes les colonies, c'est que les noirs ont plus de confiance dans les hôpitaux missionnaires que dans les institutions médicales gouvernementales ; ils ne s'y font du reste pas soigner avant d'avoir épuisé toutes les ressources de la médecine indigène. Que ce soit pour cette raison ou pour une autre, l'hôpital de Chikhoumbanea un rendement fort honorable : une moyenne journalière de 65 malades hospitalisés et de 32 consultations au dispensaire. En 1929, il y a eu 124 opérations, 66 petites interventions et 50 accouchements.

L'état sanitaire n'est pas brillant ; 44 % des enfants meurent en bas-âge. Les maladies les plus fréquentes sont le paludisme, la syphilis, la dysenterie, la coqueluche, la broncho-pneumonie et toute la série des vers intestinaux.

A. Perret-Gentil ne s'est pas, malgré sa tâche écrasante, désintéressé des grands problèmes médicaux ; il s'est occupé tout particulièrement de celui de la tuberculose qui fait des progrès rapides et inquiétants.

« Il n'est pas rare de rencontrer, dans la brousse, des villages où successivement plusieurs des membres de la famille sont morts de la poitrine. On m'a cité le cas de certain village comptant trois ou quatre huttes où cinq indigènes ont subi ce même sort. Traversant récemment une contrée autrefois riche et peuplée, un de mes accompagnants me dit : « Dans cette région on peut presque compter les hommes sur les doigts, tous sont morts de tuberculose, il ne reste plus que des femmes ».

Les raisons principales sont, comme partout, le manque d'hygiène et l'alcoolisme et, en particulier le travail dans les mines. On parle de la phtisie des mines et elle existe incontestablement. La moitié des hommes valides est en permanence dans les mines d'or du Transvaal, où les attendent de dures épreuves : le travail dans la mine obscure et humide, le sommeil dans les « compounds » serrés les uns contre les autres, les hivers froids à des attitudes variant de 1.300 à 1.700 mètres. Toutes les conditions sont réunies pour provoquer ou transmettre la tuberculose.

La contagion est moins fréquente qu'en Europe parce que le noir n'offre aucune résistance à la tuberculose et qu'il meurt rapidement, ce qui diminue la durée de dissémination des bacilles.

La tuberculose est une maladie des hommes et des hommes adultes ; elle est difficile à diagnostiquer chez les enfants, faute d'appareils de radioscopie, le poste de rayons X le plus proche étant à Lourenço-Marques, à 70 kilomètres.

* * *

L'impression générale laissée aux médecins par le contact de l'Afrique est que le parasitisme en représente la plus grosse tare pathologique ; elle ressort de toutes les études même les plus spéciales.

Nous nous contenterons de citer les chiffres obtenus par R. Guilliny dans son enquête faite chez les indigènes de la province de Vahomandry (côte Est de Madagascar) :

Sur 227 examens de selles il y en a 227 de positifs, soit 100 % d'indigènes parasités. On trouve des ankylostomes (100 %), des trichocéphales (86 %), des ascaris (77 %), des schistosomum mansoni (28 %). Les associations parasitaires sont la règle et elles atteignent jusqu'à cinq et même six espèces différentes. L'index parasitaire s'élève à 316, indiquant une infestation triple dans la plupart des cas.

Il semble que le parasitisme réserve des surprises, soit par l'extension de ses ravages soit par l'apparition d'espèces nouvelles. F. G. Gawston a décrit un schistosomum analogue au S. japonicum ; une espèce analogue a été retrouvée par Annie Porter ; la question se pose de savoir s'ils proviennent de quelque malade en provenance d'Extrême-Orient ou s'ils représentent une espèce locale.

Le danger de transmission des maladies infectieuses et contagieuses aux régions restées indemnes jusque-là a été

signalé par G. Penso pour la trypanosomiase et par F. Toullec pour la peste.

L'Afrique mystérieuse pose encore de nombreux problèmes, de la solution desquels dépendent son hygiène, sa civilisation et son avenir ; le monde entier, l'Europe plus particulièrement y sont intéressés, car les maladies exotiques sont en progression et menacent tous les continents ; les chercheurs d'aujourd'hui préparent l'avenir ; aussi croyons-nous juste d'avoir attiré l'attention sur leurs efforts pénibles et acharnés, qui exigent une grande résistance physique et un moral à toute épreuve.

BIBLIOGRAPHIE

1. F. G. Cawston. — Schistosome resembling S. japonicum in South Africa. (*Journal of Tropical Medicine and Hygiène*, 1er octobre 1930.)

2. C. Debarge. — La pratique médicale au Cameroun. (*Montana Médical*, 1er trimestre 1931.)

3. R. Guilliny. — Le parasitisme intestinal dans la province de Vahomandry (Madagascar). (*Marseille Médical*, 25 janvier 1931.)

4. G. Penso. — Impressioni mediche dopo un viaggio intorno all' Afraica. (*Bulletino e atti della reale accademia medica di Roma*, janvier 1931.)

5. A. Perret-Gentil. — Quelques observations sur la tuberculose dans le district de Lourenço-Marques. (*Revue médicale de la Suisse romande*, 25 janvier 1931.)

6. F. Toullec. — Pestigènes et pestifères : les modes de transmission de la peste. (*Marseille Médical*, 25 février 1931.)

J. Lafont.

REVUE DE PRESSE PROVINCIALE

Tube digestif

L'abus du terme d'insuffisance hépatique dans des états disparates et son usage dans des syndromes absolument dissemblables, tels que l'asthme ou la migraine d'une part et l'atrophie jaune aiguë du foie d'autre part, ont fini par créer la confusion la plus complète dans l'esprit des médecins. Ce syndrome est devenu un *diagnostic d'attitude* dans lequel les uns font tout entrer, un dogme que les autres considèrent comme une étiquette commode.

La révision de nos connaissances devra se faire dans le sens des conclusions suivantes, dont l'importance n'échappera à personne :

L'insuffisance hépatique est d'un diagnostic très difficile, en dehors de l'ictère grave ; aucun signe n'a de valeur absolue ; le groupement de signes ou d'épreuves constitue un faisceau de preuves entrainant une quasi-certitude.

La comparaison des signes fournis par l'hépatectomie partielle et l'insuffisance hépatique permet d'admettre des signes nerveux (céphalée, modifications du caractère, troubles du sommeil), urinaires (hyperaminoacidurie et parfois acidose), digestifs (langue saburrale, diarrhée postprandiale), et généraux (amaigrissement, hypertension).

Les épreuves biologiques seront faites dans l'ordre des métabolismes : glycosurie alimentaire pour les hydrates de carbone ; coefficient de Maillard ou amino-acidurie provoquée pour les protéiques ; recherche de l'acétone, de l'acide di-acétique et de l'acide β-oxylutyrique pour les graisses.

On explorera enfin les diverses fonctions : sanguine (temps de saignement et de coagulation), biliaire (étude des selles et surtout des urines), antitoxique (etude de la glycuronurie provoquee ou mieux de la fonction chromagogue au rose bengale).

Ce faisceau de signes n'est pas entièrement pathognomonique, mais il faut s'en contenter dans la majorité des cas ; on ne peut demander à la clinique du foie une approximation plus grande que celle qu'on est en droit d'attendre de la symptomatologie d'une autre branche médicale.

L'atteinte d'une seule des fonctions du foie ne permet pas de parler d'insuffisance hépatique. Le foie peut être touché en même temps que le métabolisme, mais il n'est pas nécessairement touché comme organe. (R. de Grailly et P. Dervillée. Les conceptions actuelles de l'insuffisance hépatique et les moyens de son diagnostic. *Journal de médecine de Bordeaux*, 30 mai 1931.)

Pédiatrie

Le métabolisme du calcium ne suffit pas à expliquer les dystrophies osseuses.

Dans le rachitisme, la calcémie est abaissée, mais dans une proportion légère qui n'est pas en rapport avec les troubles du métabolisme du calcium ; par contre le métabolisme du phosphore est profondément troublé.

Dans le scorbut infantile, le métabolisme du calcium est peu modifié, la calcémie est presque normale ; le métabolisme du fer paraît le plus touché.

La calcémie ne permet nullement de se faire une idée des modifications du métabolisme du calcium dans les dystrophies osseuses, elle ne fait que réfléchir les troubles du calcium mobile (A. Laporte. Le métabolisme du calcium. Ses variations dans les dystrophies osseuses. *Gazette médicale du Sud-Ouest*, 1er juin 1931.)

Psychiatrie

L'existence d'états déficitaires au cours du tabes est d'une relative fréquence, mais il est important de diagnostiquer les causes diverses dont ils peuvent relever.

La paralysie générale est la complication la plus souvent constatée ; toutes les modalités cliniques peuvent se voir ; ou bien les deux affections évoluent pour leur propre compte, ou bien l'une d'elles passe au second plan tandis que l'autre domine la scène.

Ce qu'on observe surtout, ce sont des formes cliniques particulières. Le tabes imprime certains caractères au délire de la paralysie générale. On note des hallucinations visuelles et auditives, des idées de persécution qui peuvent être assez marquées pour qu'on parle de formes paranoïdes, des tendances mélancoliques avec délire de négation d'organes. Il existe aussi des formes douteuses où l'affaiblissement intellectuel se présente avec des caractères peu nets, où la démence est loin d'être globale, où la longueur de l'évolution étonne par sa durée véritablement insolite.

On groupe, sous l'appellation de syndrome paralytique au cours du tabes, un certain nombre d'états déficitaires dont l'aspect clinique se rapproche plus ou moins de la paralysie générale classique, auxquels correspondent non des lésions de meningo-encéphalite diffuse, mais des lésions diverses de syphilis cérébrale, comme le prouve la vérification anatomique. Ces associations de tabes et de syphilis cérébrale sont assez fréquentes.

Le syndrome paralytique est caractérisé par trois ordres de symptômes. Les uns se rapportent à l'atteinte médullaire ; ils sont par définition constants. Les autres sont d'ordre paralytique, c'est-à-dire qu'ils se rapprochent plus ou moins de ceux que l'on observe dans la paralysie générale ; ils sont aussi constants et nécessaires. Les derniers traduisent les lésions plus ou moins localisées de la syphilis sur l'encéphale.

De nombreux syndromes démentiels s'associent au tabes. Le morphinisme est la plus fréquente des démences toxiques, le tabétique ayant recours à la morphine pour calmer les douleurs qui le torturent. Jadis l'intoxication hydrargyrique donnait un état délirant ou subdélirant d'un diagnostic peu aisé ; actuellement les arsenicaux créent des bouffées congestives et déterminent des états délirants avec agitation violente.

L'alcoolisme est de beaucoup l'intoxication chonique la plus répandue ; il est difficile de dire si les symptômes observés doivent être rapportés à l'alcoolisme ou s'ils témoignent d'une paralysie générale au début.

La démence sénile termine assez fréquemment la longue évolution du tabes. La démence organique relève de causes multiples : elle est le plus souvent conditionnée par un processus de syphilis cérébrale, déterminant des lésions circonscrites et diffuses ; les troubles aphasiques se montrent fugaces et ne figurent qu'à titre secondaire (E. Larrivé et H. J. Jasienski. Le diagnostic des états déficitaires au cours du tabes. (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 juin 1931.)

Toxicologie

Le champignon qui tue, *l'amanite phalloïde*, doit être bien connu pour être repère a coup sûr.

Pour dessiner cette amanite, pour en donner les caractères botaniques complets, quatre traits et six mots sont suffisants.

Quatre traits : une croix verticale à bras très courts ; au-dessus de la croix, une large parenthèse ; autour du pied de la croix un U majuscule.

Six mots : *lamelles blanches, pied blanc, anneau, volve.*

La volve est une pellicule qui entoure complètement le champignon jeune et qui se déchire soit par le haut (dans ce cas l'étui est très net autour du pied, ce qui a lieu pour l'amanite phalloïde), soit par le bas (dans ce cas le chapeau est parsemé d'écailles, le pied est dans un sabot et non dans une chaussette, ce qui a lieu pour les oronges).

Répétons les traits caractéristiques du *champignon de la dernière heure* :

Lamelles blanches, pied blanc, anneau, volve.

Cette formule, répétée et diffusée, sauvera bien des vies.

Deux champignons, moins redoutables, sont cependant à fuir : l'amanite tue mouches (lamelles blanches, pied blanc, anneau, volve) et l'amanite panthère (lamelles blanches, pied blanc, anneau, volve) ; ils ont l'air de « parapluies pour mardi gras, recouverts de confettis » ; l'amanite tue-mouches a barbouillé son chapeau de vermillon ; l'anamite panthère est mouchetée de blanc et mal maquillée (fard gris olivâtre, parfois teinté de brun rouge.)

Très voisins des amanites, les volvaires sont *sans anneau*, l'entolome perfide ou livide est *sans volve ni anneau* ; ils déterminent une gastro-entérite passagère. Ils se différencient par leurs spores *roses* ; il suffit d'étaler sur une feuille de papier, un chapeau, lamelles contre feuille, pour constater quelques heures après que les lamelles sont dessinées en poudre rose.

Il existe en outre des champignons irritants, un peu émétocathartiques : un certain nombre de lactaires, un nombre incalculable de russules, quelques clavaires, une chanterelle, et deux ou trois bolets ou cèpes.

Sur 25.000 espèces de champignons il suffit de savoir en éliminer une vingtaine pour éviter des indigestions, deux pour éviter des accidents, une pour éviter la mort. (E. Dufilho Les champignons. Leur toxicologie. *Journal de médecine de Bordeaux*, 10 juin 1931.)

Thérapeutique

La tuberculine, employée en injections intradermiques suivant la méthode de Mantoux et associée à l'héliothérapie, a donné à J. Bon un succès dans le cas suivant :

Jeune fille de 26 ans : tuberculose rénale débutant en 1922 : ablation du rein gauche en septembre 1923, suivie de six à huit mois d'amélioration générale faisant croire à une guérison : reprise de l'évolution tuberculeuse en automne 1914 ; l'inoculation au cobaye, positive en juin 1925, devient, après sept mois de soins, négative en mars 1926 ; depuis lors santé s'améliorant d'année en année et semblant actuellement des plus satisfaisantes.

Ledoux a employé avec avantage les corps immunisants de Spengler il connaît plusieurs cas d'évolution favorable de tuberculose rénale.

H. Bon estime que la méthode de Mantoux permet le traitement sans risque de réaction générale ; il a eu un succès dans un cas de rhumatisme tuberculeux, simulant un rhumatisme franc et rebelle au salicylate. (J. Bon. Tuberculose rénale traitée par la tuberculinothérapie : guérison. (*Revue médicale de la Franche-Comté*, 15 juin 1931).

Varia

En médecine une erreur pour un détail, que l'on dirait sans importance, peut retentir sur le résultat dernier (J. Poucel, de Marseille).

La radiologie a bouleversé les anciennes données anatomiques, la situation et les rapports des organes mobiles de l'abdomen (H. Josse, d'Alger).

J. Lafont.

Cancer stomacal et grossesse. — Rhenter et Lyonnet ont publié une observation de « cancer de l'estomac à marche rapide au cours de la gestation ». (*Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1930, p. 503). En quelques semaines, l'état de cette femme s'aggrava au point de la mener à la généralisation et à la mort, avant viabilité de l'enfant. H. V.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 octobre 1931

Syndrome de Dercum, cellulite et ménopause. — *MM. F. Trémolières, A. Tardieu et Merklen* relatent l'observation d'une femme de 61 ans chez qui, depuis la ménopause, s'installa une obésité généralisée accompagnée d'adipose nodulaire douloureuse de toute la moitié inférieure du corps et des régions sous-malléolaires. Elle mourut de néphrite chronique avec hyperazotémie et hypochlorémie. A l'autopsie, l'on trouva, en plus de la néphrite chronique et d'une aortite, des lésions banales de la thyroïde et des ovaires et des altérations très évidentes de cellulite (dans la trame du tissu cellulo-adipeux : péri-vascularite, périnévrite, phlébite et péri-phlébite avec petites gommes miliaires dépourvues de cellules géantes) limitées aux régions pourvues de formations nodulaires douloureuses.

On peut attribuer cette cellulite à la rétention toxique d'origine rénale et également à la syphilis dont l'aortite, deux accouchements avant terme et les gommes miliaires périveineuses permettent de soupçonner l'existence.

Cette observation vient à l'appui des critiques formulées par MM. Marcel Labbé et Boulin et M. A. Léri contre la description de l'adipose douloureuse comme maladie autonome, conception que ne légitiment ni la variété des causes de l'élément douleur, ni l'asthénie et les troubles mentaux inconstants, ni la répartition des formations nodulaires. Elle justifie la proposition de M. Guy Laroche de remplacer la désignation de maladie de Dercum, par celle du syndrome du Dercum constitué par l'association de douleurs et d'obésité, les nodosités et les douleurs étant dues à l'apparition d'une cellulite et apporte à cette opinion, fondée seulement sur des arguments cliniques, une preuve anatomique indiscutable.

M. Guy Laroche est heureux de voir confirmer par cette observation les idées qu'il a soutenues sur les rapports du syndrome de Dercum et de la cellulite. Tout cellulitique n'est pas obèse, mais l'association de ces deux états est fréquente et s'explique par ce fait que l'on trouve à leur base les mêmes tares glandulaires et les mêmes troubles du fonctionnement du foie, du tube digestif et de la nutrition. Il signale en outre la fréquence particulière chez les cellulitiques de l'entérocolite acide souvent très rebelle, et des troubles mentaux d'origine toxique.

Influence des sapoïdes de métaux lourds (Orosmiol) sur l'évolution de la tuberculose expérimentale. — *M. Maurice Renaud* expose les faits expérimentaux qui prouvent de façon indiscutable d'après lui que l'introduction de sapoïdes d'or et d'osmium influence l'évolution de la tuberculose expérimentale du cobaye et du lapin en limitant l'extension et la dissémination de lésions, en rendant leur évolution torpide et en favorisant leur cicatrisation par transformation fibroïde.

1° Le chancre d'inoculation, dès le début du traitement prend une physionomie nouvelle. Au lieu de former une lésion qui s'accroît lentement, se caséifie et s'ouvre tardivement en laissant une ulcération qui persiste jusqu'à la mort, le chancre influencé par les sapoïdes forme rapidement une masse volumineuse qui s'abcède et se remplit de pus fluide qui riche d'abord en bacilles, n'en renferme bientôt presque plus et la lésion après s'être ouverte finit généralement par se cicatriser.

2° La dissémination viscérale est lente et discrète. Les lésions des animaux traités étant toujours beaucoup moins importantes que celles des témoins. Quand ceux-ci meurent la tuberculose de ceux-là est souvent encore des plus discrètes.

3°) Les lésions traitées sont remarquables par l'importance de la réaction histioïde. Elles sont constituées principalement par une sorte de sclérose subissant sur de larges espaces une dégénérescence homogène, bien différente de la caséification.

Tous ces faits, établissent que les sapoïdes exercent une influence certaine sur les processus tuberculeux, grâce à leurs affinités pour le mésenchyme. L'auteur se défend d'en exagérer la portée, mais il estime cependant qu'ils méritent de retenir l'attention car ils montrent (et c'est sans doute la


DIASTO-PEPSINE
RICHEPIN
PEPSINE PANCRÉATINE DIASTASE
DIGÈRENT TOUT
Viandes, Légumes, Féculents & Corps gras
REPOSE LE FOIE & L'INTESTIN
2 ou 3 pilules après le repas.
ou un verre d'Elixir
très agréable
après le repas
H.G.
Activé par le Foie
VOIE RECTALE
Aucun inconvénient d'âge ou de sexe
Enfants, Adultes, Nourrissons, Femmes enceintes
HEREDO
SUPPARGYRES
du Dr FAUCHER
ACTION SÛRE, DISCRÈTE
ABSORPTION RAPIDE
JAMAIS D'INTOLÉRANCE
OU TROUBLES
QUELCONQUES
Toutes les faiblesses
NERVOCITHINE TISSOT
SIROP_DRAGÉES_AMPOULES
NUCLEINATE DE Fer Manganese
et Arsenic organique
Fluor
1 ou 2 ampoules par jour
1 ou 2 dragées ou
cuillerées de sirop.
ESTOMAC NET - INTESTIN NET
FORME LA PLUS PARFAITE ET LA PLUS ACTIVE DU CHARBON
GRAINS ANISÉS DE
CHARBON TISSOT
AGISSENT
par leur forme
leur volume
et le Gluten
mucogène
Absorbent_Divisent_Expulsent
RÉALISENT
le véritable
et continuel
rajeunissement
de l'intestin.
PANUROL
TISSOT
CONTIENT TOUS LES
SOLVANTS
des sels uriques
et uratiques
Aide et Soutient
LE REIN
dans sa double fonction:
FILTRE & GLANDE
2 à 3 cuillerées par jour.
ABSORPTION CUTANÉE
Rhumes. Bronchites. Grippes, etc.
BRONCHODERMINE
La peau est l'agent d'absorption le plus rapide
GAÏACOL_HÉLÉNINE_TERPINOL_EUCALYPTOL
POUR TOUS LES ÂGES
Absorption et assimilation rapides.
Le Carnox
est le meilleur Vin de VIANDE.
Laboratoires du Docteur TISSOT 34, Boulevard de Clichy, PARIS

première fois qu'on le constate d'une façon précise) que la tuberculose peut être modifiée par une action chimique.

C'est là seulement ce qu'il importe de retenir et il n'a exposé ces quelques données d'une étude expérimentale encore bien incomplète que pour légitimer l'emploi qu'il a fait des sapoïdes dans le traitement des tuberculoses humaines dont il apportera les observations à la prochaine séance.

Un cas de Kala-Azar chez l'adulte. — *M. Jean Olmer* rapporte une observation dans laquelle une splénomegalie chronique avec fièvre, anémie, leucopénie fit songer au Kala-Azar malgré sa rareté chez l'adulte et dans nos régions. Mais la ponction de la rate, négative, conduisit à parler de maladie de Banti, la splénectomie entraîna la mort. Le diagnostic de K la-Azar fut fait à l'autopsie qui permit de retrouver le parasite dans la rate.

Lobite et scissurite tuberculeuses du lobe azygos. — *MM. M. Brûlé et J.-A. Lièvre* présentent une observation anatomo-clinique de lobite tuberculeuse du lobe azygos : chez un homme atteint de pleurésie séro-fibrineuse avec signes graves d'imprégnation tuberculeuse ils relèvent l'image radiologique d'une scissure azygos (scissure surnuméraire produite dans le lobe supérieur du poumon droit par le passage anormal, intra-pulmonaire, de la grande veine azygos) ; la région sus-jacente à la scissure est le siège d'une opacité diffuse d'intensité modérée.

Le décès se produit par méningite tuberculeuse. L'autopsie montre que l'ombre radiologique répond bien à une scissure azygos ; celle-ci très épaissie, symphysée, d'aspect lardacé, est le siège d'une infiltration tuberculeuse massive avec follicules typiques. Le lobe azygos sus-jacent présente une splénisation diffuse avec trois foyers d'infiltration tuberculeuse non excavée.

Les auteurs ont fait, quelque mois après, une nouvelle constatation anatomique d'infiltration tuberculeuse avec symphyse de la scissure azygos.

On doit donc tenir pour exacte la description radiologique de l'ombre de la scissure azygos dont le contrôle anatomique n'avait été fait que dans deux observation de Bendick et Wessler. Cette ombre, dont le caractère normal ou pathologique est encore discuté, est liée sans doute dans la majorité des cas à une tuberculose du lobe ou de la plèvre azygos : bien que d'intensité moyenne dans le cas des auteurs, elle répondait à d'importantes lésions tuberculeuses. Le type le plus fréquent est sans doute la scissurite tuberculeuse avec symphyse dont on n'avait pas encore relaté de constatations anatomiques. La stricte limitation des lésions tuberculeuses du premier cas au lobe azygos, leur association aux lésions scissurales autorisent un rapprochement avec les lobites de lobes normaux et justifient l'expression de lobite tuberculeuse du lobe azygos.

M. Lebourdellès a retrouvé quinze fois des images radiologiques semblables. Il faut distinguer les lobites du lobe azygos et les scissurites, ces dernières donnant facilement de fausses images cavitaires du sommet, à éclipses, disparaissant sous certaines incidences. Le rôle d'arrêt de la scissure azygos, dans l'evolution des lésions paraît moins important que celui de la scissure interlobaire.

Les modifications de la chlorhydrie gastrique et de l'équilibre protido lipidique du sérum sanguin au cours du traitement de l'ulcus par les injections ultra-musculaires de pepsine. — *MM. M. Debray, Codounis, Antoniou et Hatzigeorges* ont constaté que dans les ulcères gastriques et duodénaux le traitement par les injections intramusculaires de pepsine entraîne une diminution de la sécrétion chlorhydrique de l'estomac qui n'apparait d'ailleurs que deux à trois semaines après la diminution ou la cessation des douleurs. L'équilibre protidique des ulcéreux n'est pas sensiblement modifié mais au cours de ce traitement et vraisemblablement sous l'influence d'une alimentation plus riche, apparaît une hyperprotidémie temporaire où domine l'augmentation de la globuline. Après quatre a six semaines, et malgré la prolongation du traitement la protidémie revient à un taux normal. Chez la plupart des dyspeptiques sans ulcère et chez les sujets normaux, les injections de pepsine ne modifient ni la sécrétion chlorhydrique ni le taux de la protidémie.

Hypertension et néphrite. — *M. Etienne May.* — L'auteur montre l'intérêt que présentent les lesions rénales, d'abord passagères puis permanentes que l'on observe au cours de l'hypertension artérielle paroxystique. La néphrite est certainement ici la conséquence de l'hypertension ; mais il est remarquable qu'aucun autre organe ne présente de lésions analogues. Il semble en résulter que la crise de vaso-constriction à laquelle est due la poussée hypertensive est plus marquée au niveau du rein que partout ailleurs.

Le rein apparaît donc comme occupant dans le mécanisme régulateur de la pression artérielle une position privilégiée. Il est probable que lorsque nous connaîtrons mieux ce mécanisme, la théorie vasculaire et la théorie rénale de l'hyperten-

sion cesseront de s'opposer et pourront être conciliées dans une conception générale plus compréhensible.

Un cas d'adénome parathyroïdien avec lésions diffuses du squelette. — *MM. M. Brûlé, J.-A. Lièvre et P. Muller* ont observé chez une femme de 41 ans un syndrome d'hyperfonctionnement parathyroïdien caractérisé par une décalcification progressive du squelette. L'affection débuta par des douleurs des membres inférieurs et du rachis ; puis survinrent les fractures spontanées ; les radiographies révélaient une perte diffuse du calcium osseux, la biopsie un remaniement architectural de l'os avec résorption lacunaire et fibrose médullaire. Les auteurs relèvent l'affaiblissement et l'hypotonie musculaire, la constipation, l'anorexie et les crises gastriques qui constituent des signes extra-osseux de la maladie ; ils insistent sur la tachycardie également constatée dans deux autres cas. Il existait de l'hypercalcémie et de l'hypercalciurie.

L'exploration parathyroïdienne fut refusée par la malade ; c'est l'autopsie qui montra l'existence d'un volumineux adénome parathyroïdien constitué par les cellules principales de la parathyroïde normale, avec une prédominance de cellules foncées.

La décalcification progressive aboutit à une quasi-disparition du squelette et réalisa un type extrême d'ostéomalacie : si la morphologie de la malade présentée différait de celle de la plupart des malades operés d'adénome parathyroïdien, il fallait en chercher la cause dans une évolution plus avancée du même processus pathologique.

Michelle VALENTIN

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Peut-on guérir de l'homosexualité ? — *C'est le titre d'un article du D*[r] *Wilhelm Stekel, de Vienne, paru dans* Le Bulletin Médical *(12 septembre 1931).* « *Mes travaux de ces dernières années, dit l'auteur, me permettent de répondre, sans hésiter par l'affirmative* » :

« Au malheureux homosexuel, qui se tourne vers eux pour un conseil, les médecins doivent toujours affirmer qu'il s'agit d'une maladie psychique, qui peut être guérie par leur propre énergie ou par un traitement psychothérapeutique.

Les médecins doivent soutenir fermement le point de vue qu'il s'agit de malades qui sont positivement les victimes d'une mauvaise éducation. *Tous les paragraphes du Code pénal sont impuissants contre l'homosexualité qui s'accroît d'une manière*

alarmante sous l'influence de la propagande de Hirschfeld et de son entourage. Il ne frappe qu'accidentellement des rigueurs de la loi quelque victime, qui de plus n'est presque toujours qu'une innocente victime de son milieu.

La seule prophylaxie efficace consisterait en des éclaircissements satisfaisants à donner aux parents comme j'ai essayé de le faire dans mon livre *Briefe an eine Mutter* (Wendepunkt-Verlag, Leipzig-Zürich). Mais on doit aussi aux jeunes gens des éclaircissements sur les dangers de l'homosexualité, leur protection contre la séduction et une *antipropagande qui aide à détruire la croyance profondément enracinée à l'heure actuelle qu'il s'agit d'une disposition innée.*

La méthode de traitement qu'il choisit dépend du talent et de l'expérience du médecin. On rapporte que des succès de guérison ont été obtenus par l hypnose. A ce sujet, je n'ai pu personnellement me convaincre de rien. Kläsi prétend avoir obtenu des succès en combattant le complexe d'impuissance. D'autres se servent de la persuasion. Je considère cependant que nous avons le devoir de rechercher l'origine de la maladie et de trouver les causes qui ont conduit à ce retournement de la sexualité. Une psychanalyse dans le sens de l'orthodoxe école freudienne, qui remonte jusque dans le sein de la mère, est superflue. *D'après mon expérience, la transformation a lieu à la puberté.* Les circonstances qui ont conduit à cette transformation ne sont pas « inconscientes ». Elles sont très bien connues du malade. S'il a fait confiance au médecin et persévéré dans son désir de guérison, quelque jour il nous dira la vérité. Le traitement demande sans aucun doute du tact et de la patience.

La première règle, et la plus importante : ne pas croire l'homosexuel quand il raconte que depuis sa jeunesse il ne s'est jamais trouvé en rapport qu'avec des êtres du même sexe. Ce serait pourtant une erreur de lui montrer des doutes sur l'authenticité de sa relation ; il faut que nous sachions que ces malades ne sont pas consciemment menteurs. Ils ont un scotome ; notre devoir est de les en délivrer. Mais la lumière de la connaissance ne doit pas jaillir trop soudainement dans l'esprit du malade, car l'éblouissement aveugle à nouveau. »

L'encombrement des maternités. — *L'Œuvre* (M. Fernand-Laurent), 9 octobre 1931.

«... Autrefois seules les femmes nécessiteuses, ou encore les filles-mères, avaient recours à l'hospitalisation. De nos jours la bourgeoisie suit leur exemple et ce n'est pas seulement par commodité, c'est aussi par prudence, pour bénéficier des garanties de plus en plus précieuses qu'offre aujourd'hui la science des gynécologues. Les futures mamans trouvent en effet dans les cliniques spéciales le maximum de sécurité à la fois pour elles et pour leurs bébés.

On aperçoit tout de suite la première conséquence de cette dérogation aux traditions bourgeoises : l'encombrement des maternités. L'Assistance Publique possède en tout, à Paris, treize de ces établissements, et le nombre des lits y est déplorablement restreint. Trois de ces établissements spéciaux réunis sous une même direction (la Maternité-école et les deux cliniques Baudelocque et Tarnier), comptent ensemble 453 lits. Dix autres maternités sont annexées aux hôpitaux suivants : Hôtel-Dieu, Pitié, Charité, Saint-Antoine, Beaujon, Lariboisière, Tenon, Saint-Louis, Bretonneau, et comptent au total 902 lits. Enfin l'Assistance Publique dispose, en outre, de 227 lits chez différentes sages-femmes agréées auprès des maternités hospitalières.

On le voit, le total des lits disponibles n'est nullement en rapport avec l'accroissement de la clientèle tel qu'il résulte des habitudes nouvelles prises par les bourgeoises candidates à la maternité. Certes on a bien essayé de remédier à cet inquiétant état de choses. On a, en effet, créé une maternité à Bretonneau On a procédé, à Lariboisière et à Boucicault, à de coûteux agrandissements, mais tous ces palliatifs se sont révélés insuffisants.

. . . .

« Pour réaliser complètement les vues de l'Assistance Publique il faudrait créer 1.200 lits nouveaux, rien qu'en maternité. Cet accroissement de locaux et de matériel permettrait non seulement de désencombrer les services d'accouchement, mais de porter à 15 jours la durée réglementaire de l'hospitalisation post-natale, suivant les vœux du corps médical. De plus, l'Assistance Publique pourrait de la sorte se suffire à elle-même, sans faire appel au concours plutôt dispendieux des sages-femmes de ville.... »

CHEMINS DE FER D'ALSACE ET DE LORRAINE, DE L'EST, DE L'ÉTAT DU MIDI, DU NORD, D'ORLÉANS ET DU P. L. M.

Trains spéciaux et Trains de pélerinage

Désirez-vous, pour assurer le déplacement d'une Société, d'un Groupement important, ou pour toute autre cause, disposer d'un train spécial ? Il vous suffit d'en faire la demande.

Le train est mis en marche au départ de la gare que vous indiquez, pour le parcours et par l'itinéraire de votre choix.

Votre demande doit, toutefois, être faite 30 jours à l'avance s'il s'agit d'un train de pélerinage.

Pour obtenir tous renseignements complémentaires, adressez-vous aux bureaux de renseignements, bureaux de ville des Grands Réseaux de Chemins de fer français, aux Agences de voyages, etc.

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE. — R. C. C. 4264

FONDÉ EN 1873. — N° 44 LE NUMÉRO : 50 Centimes 31 OCTOBRE 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS (V^e)
Ch. P. Paris 357-81 R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Étudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Étranger 1re zone	70 fr.
Étranger 2e zone	90 fr.

DIRECTION SCIENTIFIQUE

H. BOURGEOIS, Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital Laënnec
A. BRÉCHOT, Chirurgien de l'Hôpital Broussais
M. CHIFOLIAU
A. CLERC, Professeur de Pathologie interne, Médecin de l'Hôpital Lariboisière
H. CODET, Clinique psychiatrique
C. JEANNIN, Professeur de Clinique obstétricale, Accoucheur de la Pitié
Ch. LENORMANT, Professeur de Pathologie
L. LORTAT-JACOB
G. PAUL-BONCOUR
A. PHILIBERT
Félix RAMOND
Henri VIGNES

RÉDACTION

Rédacteur en Chef :
Maurice LOEPER

Secrétaire de la Rédaction :
Maurice GENTY

Les bureaux de Rédaction sont ouverts le Vendredi, de 5 h. 1/2 à 6 h.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance publique à Paris. — *Concours de stomatologiste des hôpitaux.* — MM. les Drs Maurel : Raison, accepté ; Lemerle, accepté ; Nespoulos, accepté ; L'Hirondel, accepté ; Harvier, accepté ; Mouchet, accepté . — Lecteur : Vilenski, accepté. — Censeurs : Boissier ; Chatellier, accepté.

— *Jurys tirés le 20 octobre.* — Prix de l'internat (Médecine). — Docteurs : MM. Ravina, Mme Bertrand-Fontaine, MM. Loeper, Debré, Tzanck. — Censeurs : MM. Lévesque, Paraf.

Prix de l'internat (chirurgie et accouchement). — MM. les Docteurs : Legueu, Cadenat, Bourdier, Bergeret, Portes. — Deux censeurs : MM. Métivet, Huet.

Concours de chef de laboratoire de bactériologie. — MM. les Docteurs : Brulé, Harvier, De Massary, Tixier, Okinczyc.

— *Concours de l'internat.* — Séance du 19 octobre 1931, à 16 h. 45. — Questions : 1° Hernie crurale étranglée ; 2° Symptômes, complications et diagnostic des oreillons. — Séance du 20 octobre 1931, 9 heures. — Questions sorties : 1° Accidents immédiats et tardifs de l'anesthésie générale par inhalation. — 2° Symptômes et évolution de la néphrite scarlatineuse.

MM. Delaître, 12 ; Boulle, 16 1/2 ; David, 18 ; Offret, 20 ; Cachin, 24 ; Mlle Jammet, 24 ; MM. Carrez, 18 1 2 ; Camus, 19 1/2 ; Benoist, 18 ; Bidou, 22 ; Dreyfus André, 18 ; Mlle Poindessault, 14 ; MM, Boissonnet, 17 ; Lachmann, 18 ; Jouanneau, 18 ; Corcos, 12 ; Grossiord, 17 ; Mendelshon, 14 ; Benassy, 22 ; Desvignes, 22.

Concours de l'externat. — *Liste alphabétique des candidats autorisés à concourir au concours de l'externat* (*suite et fin*). — MM. Jacobson, Jacquet, Jaïna, Jalladeau, Mlles Jamet, Jancovici, MM. Janeau, Jankowsky, Jaupitre, Javelier, Mlle Jolivet, M. Joly (Antoine), Mlle Jooss, MM. Jorrot, Josef, Jouannard, Jousset, Joux, Jude, Jugnet, Juille, Mlles Jullich, Jurain, Juster.

MM. Kaëppelin, Kaplan (Laurence), Mlle Kaplan (Raïsa), MM. Kapsambelis, Katz, Kavoussi, Kinberg, Mlle Kinsbrunner, M. Klein (Denis), Mlle Klein (Gisèle), MM. Kleinberg, Kokkinopoulos, Konig, Korner, Mlle Koutchuk, MM. Kowalski, Krausé, Kraver, Krenner.

M. Labiche, Mlle Laborde, MM. du Lac, Lacaze, Lacombe, Lades, Ladjimi, Lafon (Jacques), Lafont (Louis), Mlle Lafontaine, MM. Laik, Lair, Mlles Laisné, Lambert (Alice), MM. Lambert (Raymond), Lamesta, Mlle Lamothe, MM. Landau, Laneuville, Lange, Laquintinie, Larrive, Lartigue, Lascaux, Lataix, Latour (Bernard), Latour (Jean), Mlle Latron, MM. Laubry, Laure, Laurence, Laurent (Damien), de La Vega, Lavoué, Lazar, Lazarovici, Le Blac'h, Le Bars (Henri), Le Bars (Louis), Le Bayon, Lebel, Le Bigot, Leblond, Lebourgeois, Le Bozec, Lebrun (Jean) Lebrun (Michel), Le Camus, Leclerre, Lecrom (Hubert), Le Cudonnec, Lederer, Lefevre (Jean), Mlle Lefèvre (Margue), MM. Lefèvre (Robert), Le Grand, Legrier, Legros, Leguay, Mlle Lemaire, M. Lemanissier, Mlle Lemarchand, MM. Le Merdy, Le Meur, Le Montréor, de Lemos, Lenoir (Georges), Lenoir (Jean), Lenoir (Pierre), Lenormant, Mlle Léopold-Léger), MM. Lépine, Leprat, Leprêtre, Le Quang, Lerouge, Leroux (Simon), Lervi, Lesca, Lesieur, Le Sourd, Le Tensorer, Le Téxier, Letouzé, Levernieux, Lévy (Edouard), Lévy (Robert), Lichaa, Lieblich, Liermain, Lignon, Lion, Mlle Lititchevsky, MM. Livory, Lizet, Mlle Lœbenberg, MM. Logeard, Loiseau, Mlle Loloum, MM. Longraye, Lopez-Ruiz, Loraux, Lorber, Mlle Lormand, MM. Loubière, Louis, Loze, Lucas (Pierre), Lucquin.

MM. Mader, Magdelénat, Magne-Rouchaud, Mlle Mahieu, MM. Mairesse, Malet (Pierre), Mallet (Joseph), Malmed, Mannoni, Manuel, Mlle Marcille, MM. Marcovici, Marcus, Mardrus, Mlle Maréchal, MM. Marlot, Marnet, Maroger, Mlle Marquis, MM. Marre, Marsat, Martin (Joseph), Mlle Martin de Gimard, MM. Martinet, Martinon, Maschas, Masdefeix, Masias, Massot, Matovici, Mattéi, di Mattéo, Maurice, Maurin, Mayaud, Mayersohn, Medzadaurian, Mellouli, Mendelovici, Menet, Mercadier, Mercié Claude, Merenfeld, Mermet, Merle, Mestries, Métayer, Mettey, Meyer (Henri), Michel (Antoine), Michel (Robert), Mignon, Migozzi, Mihalovici, Milliez, Mirallès, Misserey, Mlle Mollon-Deschamps, MM. Moncongé, Monflier, Monier, Moniez, Monimart, Mlles Monin, Montalant, MM. Montoya, Moreau (Jacques), Moreau (Jean-Paul), Mlle Moreilhon, MM. Morel, Morel-Fatio, Morvan, Moscovici (Efrain), Moscovici (Léon), Mostini, Mothonéos, Motte, Mouchet, Mouchot, Mlle Mourlon, MM. Moussa, Mousseau (Maurice), Mlle Mousseau (Marcelle), MM. Mousset, Moutel, Mouthon, Mozis, Mozziconaci, Muller, Münz, Murat, Murez, Musset.

MM. Nadiras, Naftalisohn, Naiman, Nefoussy, Negellen, Nejar, Nempont, Nespoulos, Neuman, Neveu (Jean), Neveu (Paul), Nevjinsky, Nicolas (Fernand), Nicolas (Michel), Nicolff, Nicoloff, de Nobili, Nonique, Notari, Mlle Noury.

Mlles Odoul, Œconomos, Oganesoff, O'Herne, MM. Olbinsky, Olive, Mlle Olivier, Ollier, Olry, Mme Orgeolet née Renault d'Allonnes, MM. Oudot (Georges), Oudot (Maurice), Mlle Oumikov.

MM. Pages, Pagnien, Paingault, de Palma, Papavram, Papazoglou, Pariente, Paris, Parrain, Pascarel, Pasquier, Paulin (André), Mlle Paulin (Arlette), MM. Payer, Pecunia, Pédebidon, Pedraza, Pelaez, Penez (Charles), Penez (Jean), Mlle Pénicaud, MM. Perdrix, Péristiany, Perraud, Mlle Parrault, Perrier (Jean) Perrier (Yves), Perrossier, Persâtre, Persoz, Pertus, Peschard Petit (Camille), Petit (Jean), Petit (Norbert), Petit (Pierre), Petraud, Mlle Petresco, M. Peyronnier, Mlle Phiera-Hoon, MM, Pic, Picard, Mlle Pichon, MM. Picot, Pierre, Pierre-François, Pigé, Pillet, Pinet, Pinot, Pinoteau, Pizon, Plaussu, Mlle Pochon, MM. Pocoulé, Poggioli, Poirier (Marcel), Poirier (Michel, Poissonnier, Polikis, Pollak, Polret, Poncet, Pontet, Postier, Potaschmacher, Poté, Pouget, Poumpouras, Poupon, Pouquet, Pouvreau, Mlle Prain, MM. Prialnik, Prin, Priolet, Preney-Prunel, Pruvost (Marc), Pruvot (Georges).

MM. Rabinovici, Rabinovitcz (Léon), Rabourdin, Radu, Radulesco, Raffray, Railland, Rajaofera, Rallu, Ranjard, Ras, Rault (André), Rault (Jean), Mlle Ravet, MM. Raymondaud, Raynaud, Régnard, Mlle Regnault, MM. Regnié (Marcel), Reignier (Jacques), Reinert, Rémy, Mlles Renaud, Rendu, MM. Revel, Reznick, Riazi, Mlle Richard (Danièle), M. Richard (Jean), Mlle Rigolage, M. Rinckenbach, Mlle Rintzler, MM. Risler, Riivierez, Robert (Charles), Robert (Jules), Robin (Jacques), Robin (Frédéric), Roche, Rogan, Mlle Rônez, MM. Rostain, Roth (Eugène), Roth (Zoltan), de Rubiana, Rubinstein, Rudmansky, Rouchette, Rougé, Rougean, Rougier, Roulland, Rousseaux, Rousset, Rouveix, Rouzaut, Royer.

M. Sachs, Mlle Saguez, MM. Saïdi, Saillant, Saimovici, Saint-Cyr, Mlle Saint-Paul, Salion, Sallé (Jacques), Salvi (François), Salvy (Pierre), Samuel, Mlle Saulnier, Sautel, MM. Sauze, Sauzier, Sayous, Scarpignato, Schaefer (Georges), Schaffer, (Herbert), Schapira, Schechter, Schiller, Schneider (André), Schneider (Lucien), Mlles Segal (Flora), Segal (Hilda), Segal (Pina), MM. Seguin, Sénéchal (André), Sénéchal (Jean), Sénéchal (Lucien), Mlle Serot, MM. Sevane, Sevileano, Sierra, Sikarov, Silberstein, Silvestre, Simon, Sirot, Six, de Sola, Solomon, Sontag, Sorin, Soubiran, Mlles Soudant, Soulé, M. Soumaille, Mlle Sourdillon, MM. Souriac, Spitzer, Staerman, Stahl, Mlle

Stalhand, MM. Stavré, Steinberg (Henry), Steinberg (Armand), Stévenin, Stoopen, de Stoppani, Stora, Strass, Strulovici, Stutinsky, Sujet, Szer, Sztrosberg, Szylowicz.

MM. Tabary, Tachdjian, Tagnard, Tannou, Taranto, Tarchiani, Tardieu, Tavernier, Temime, Mlle Teodoresco, MM. Terdiman, Tétreau, Teyssier, Thaler, Thamer, Thaon, Theiler, Mlles Therianos, Thévenot, MM. Thibault, Thibon, Thiéblot, Mlle Thieullen, MM. Thimonier, Thomas (Marcel), Thomas de Closmadeuc, Thoulon, Tissot, Tolstoï, Top, Tortat, Touati, Toulouse, Tou-That, Tran Van (Lüong), Trarieux, Mlle Tulliez, MM. Tulou, Tulpin, Turpin-Rotival, Mme Tsiricas (Aristea), M. Tsiricas (Constantin).

Mlles Ulrich, Ungar.

MM. Vaissié, Valet, Vallade, Vallès, Valletta, Mlle Van den Bulck, MM. Van-Kim, Vanquaethem, Vanuxeem, Vassal, Vatner, Veau, Vedhsler, Velaye, Mlle Velentzas, MM. Vercier, Vermenouze, Vernaz, Vernes, Verre, Verstraete, Viader, Vialard, Vialatte, Vidal (Raymond), Mlle Vidal de la Blache, MM. Viers, Vignal, Vigner, Mlle Vigneron, MM. Vignes, Villette, Vioget, Vionnet, Mlle Vishnevsky, MM. Vitanyi, Voiriot.

MM. Wagner, Wallet, Mlle Walther, MM. Walther (Roger), Warzée, Wechsler, Weill (Francis), Weiner, Weiss, Weschsler, Wetterwald, Weydert, Wicart, Wiehn, Willems, Willner, Winierzki, Wintrebert, Mlle Wirz, MM. Wolff, Worré.

MM. Zahler, Zoller (Alphonse), Zoveine, Zuckermann.

Hôpital Laënnec (Service d'oto-rhino-laryngologie). — Le Dr Henri BOURGEOIS et les Docteurs FOUQUET, LEMOINE et MARION commenceront, le 2 novembre 1931, une série de 8 leçons sur la diathermie en oto-rhino-laryngologie.

Ce cours aura lieu chaque matin à 10 heures, en outre, les 2 et 3 novembre, à 16 h. 30.

PROGRAMME DU COURS. — 1° Principes électriques. — 2° Appareils de diathermie. — 3° Physiopathologie. Techniques. — 4° Application de l'étincelle de tension en oto-rhino-laryngologie ; 5° Tumeurs bénignes et tumeurs malignes. — 6° Amygdalites cryptiques. Mycoses. Le bistouri électrique. — 7° Rhinite hypertrophique, synéchies nasales, oblitérations choanales, polypes naso-pharnygiens. — 8° Sténoses vélo-pharyngées. Diathermie médicale en oto-rhino-laryngologie.

Prix du cours : 600 francs. S'adresser au Dr FOUQUET, service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Laënnec.

Consultations des hôpitaux. — Un certain nombre de places d'assistants des consultations générales de médecine et de chirurgie, seront vacantes le 1er janvier prochain dans les hôpitaux dépendant de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Les candidats qui doivent justifier de la double qualité de docteur en médecine et d'ancien interne des hôpitaux de Paris comptant quatre années d'internat sont priés de s'adresser au Bureau du Service de santé de cette administration (3, avenue Victoria) avant le 10 décembre prochain, dernier délai.

Une généreuse initiative. — *Cent bourses de cinq cents francs de livres sont offertes à des étudiants en médecine.* — Cent bourses attribuables aux étudiants en médecine, particulièrement dignes d'intérêt, fils de médecins inscrits aux Syndicats faisant partie de la Fédération des Syndicats médicaux de France, viennent d'être créées par les laboratoires Lamo.

Chacune de ces bourses donne droit à 500 francs de livres, et chacun des Syndicats départementaux s'est vu attribuer un certain nombre de ces bourses selon le nombre de ses adhérents.

C'est au Syndicat lui-même qu'il appartiendra de désigner le bénéficiaire.

Le corps médical tout entier appréciera comme il convient ce geste d'entr'aide des laboratoires Lamo qui vient à une heure où les études médicales sont particulièrement pénibles à assurer.

Une maison de médecin classée. — La Maison familiale du Dr Marcel Baudoin, à Croix-de-Vie (Vendée), par arrêté ministériel du 10 octobre 1931, vient d'être CLASSÉE comme monument scientifique et artistique et site pittoresque (loi du 4 mai 1930). Cela, en raison de l'existence d'un Musée de plein air, le premier de son espèce et *unique au monde* et d'un jardin totémique (exemplaires de source authentique d'arbres totems), le seul de son genre.

C'est à Paris qu'une telle création aurait dû être réalisée...

Nous ne croyons pas qu'il existe en France une autre maison de médecin classée.

XVIe Croisière de « Bruxelles-Médical » aux îles de soleil. — La croisière annuelle de Grandes vacances organisée par *Bruxelles médical* s'effectuera, en 1932, en Atlantique et en Méditerranée occidentale, suivant l'itinéraire ci-après : Bordeaux, Porto, Lisbonne, Punta Delgada et Horta (îles Açores), Funchal (Madère), Ténériffe (Canaries), Casablanca (Rabat, Larache), Tanger, Ceuta (Tetouan, Maroc espagnol), Palma de Majorque (Baléares), Cagliari (Sardaigne), Côte Est de la Sardaigne et de la Corse, Livourne (Pise et Florence), Marseille.

Le départ aura lieu de Bordeaux le 27 juillet et le retour à Marseille, le 21 août. Le navire à bord duquel aura lieu le voyage est le paquebot de luxe *Brazza* (15.000 tonnes). Ce navire, bien connu des médecins, sera, comme pour les croisières

médicales antérieures, *spécialement affrété* par notre confrère. Le voyage sera également, comme les précédents, organisé « à bureaux fermés », pour bien garder à nos croisières leur caractère d'œuvre, indispensable à leur renom, et justifier leur raison d'être.

Le *Brazza* sera commandé par le commandant Cariou.

Deux classes sont prévues, avec un prix minimum médical de 4.975 francs français en 1re classe, et de 2.325 francs français en 2e classe. Deux tarifs par classe ont été établis : un pour les docteurs et leurs familles (femmes de médecins et enfants mineurs célibataires) et un autre pour les personnes ne faisant pas partie du Corps médical, mais recommandées par leur médecin de famille. Jusqu'au 1er février 1932, seront seules acceptées les inscriptions de médecins et familles de médecins. Un liste d'attente sera dressée pour les autres.

Des excursions facultatives et forfaitaires seront organisées dans les ports et aux environs. Le prix en sera modéré.

Pour tous renseignements complémentaires et les inscriptions, prière de s'adresser de notre part à la *Section des voyages de « Bruxelles médical »*, 29, boulevard Adolphe-Max, à Bruxelles, qui enverra sur demande, outre la photographie du navire, le plan du paquebot, la carte de la croisière et le barème des prix, toutes indications utiles sur le voyage. Une brochure complète paraîtra sous peu.

En raison de l'affluence habituelle des demandes, il sera comme toujours, tenu compte de l'ordre d'arrivée des inscriptions. Les médecins que ce voyage intéresse sont priés de se signaler dès maintenant, sans engagement de leur part, bien entendu.

Hôpital d'urologie et de chirurgie urinaire (156 *bis*, avenue de Suffren, XVe. Métro Sèvres-Lecourbe.) — Assistants titulaires : Drs Boulanger, Grandjean, Brulé Quenay et Perret ; assistant chirurgical : Dr G. Yvon ; assistant médical : Dr Siguret, chefs des laboratoires : Drs Beauvy et Bouchacourt ; chef du service : M. le Dr F. Cathelin. — *Enseignement complet de la chirurgie urinaire et des techniques urologiques modernes.* (Semestre d'hiver à partir du jeudi 5 novembre 1931.) — Programme : Consultations : Les mardis, jeudis et samedis de 9 heures à 11 heures. — Opérations et lithotritie : Les vendredis à 9 heures au pavillon-annexe. — Cystoscopie et cathétérisme des uretères : Les mardis et samedis à 9 heures et demie. — Radiographies : Les mardis à 9 heures. — Leçon clinique avec présentation de malades, de pièces anatomiques et de planches. Les jeudis à 10 heures. — Injections épidurales et électricité (haute fréquence) : Les mercredis à 9 h. 1/2. — Urétrites et examen des gouttes : Les lundis à 10 heures.— Traitements : Tous les jours, le matin, de 8 heures à midi.

Le Musée, la bibliothèque et les laboratoires sont ouverts tous les jours aux élèves. Les cours particuliers sont annoncés par des affiches spéciales. Des certificats seront délivrés à la fin de chaque semestre aux élèves et aux médecins étrangers les plus assidus.

Sont seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers et les étudiants immatriculés. S'adresser tous les matins chez le surveillant, 156 *bis*, avenue de Suffren.



IIIe Exposition internationale de technique sanitaire et d'hygiène urbaine. — La IIIe Exposition internationale de technique sanitaire et d'hygiène urbaine, aura lieu du 7 au 20 mars 1932, dans le cadre et pendant la Foire de Lyon.

Cette exposition fait suite à celles qui eurent lieu à Prague en 1930 et à Milan en 1931.

Elle coïncidera avec le IIIe Congrès international auquel participent les ingénieurs, les médecins, les hygiénistes, les techniciens, les industriels, les représentants des gouvernements et des grandes villes du monde entier, chargés de résoudre, dans le domaine où s'exerce leur activité, les problèmes d'hygiène et d'urbanisme.

Ecole du service de santé de Lyon. — Liste définitive des candidats admis à l'Ecole du Service de santé militaire, à la suite du concours de 1931 :

1° *Section de médecine* (troupes métropolitaines). — *a*) Candidats à 4 inscriptions : MM. Fromaget, Laurent, Francelin, Faveret, Guillot, Dannonay, Roussanne, Ratier, Castel, Plan, Saboya, Gay, Gabrielle, Thevenin, Stéphant, Vosselmann, Arnal, Martin-Barbaz, Wurtz, Alibert, Le Gaonach, Rolin, Molinié, Gloaguen, Mathon, Robin, Borie, Larauche, Fabre, Fargeot, Leblanc, Péchier, Hoff, Bisset, Rames, Seince, Viaud, Pagès, Mayé, Chagnoux, Giraud, Nadaud, Sauvan.

b) Candidats P. C. N. : MM. Thory, Morel, Gousse, Caillard, Bernes, Mougenot, Boutet, Boënnec, Accart, Lecoz, Causse, Steiger, Thillard, Merand, Raynal, Setruk, Bouzonie, Godet, Oberlé, Mollinger, Leclercq.

2° *Section de médecine* (troupes coloniales). — *a*) Candidats à 4 inscriptions : MM. Martel, Abadie, Revert, Batailler, Raynaud, Barras, Perellon, Teil, André, Taillefer-Grimaldi, Ka, Ferrandi, Ceccaldi, Favreaux, Douvier.

b) Candidats P. C. N. : MM. Bachmann, Jouannin, Bernos, Perrot, Veyre.

2° *Section de pharmacie.* — *a*) Candidat concourant à 4 inscriptions : M. Pesquier.

b) Candidats stagiaires : MM. Gallon, Francoz.

Groupe lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques (rue du Plat, 16, Lyon.) — *Programme des conférences pour la session* 1931-1932. — 1° Formes cristallines et géologiques. M. Viret, vendredi 30 octobre 1931, à 20 h. 30. — 2° Formes élémentaires de la vie. M. le Dr Coutière, mardi 24 novembre 1931, à 20 h. 30, salle Michelet, 37, rue Sala. — 3° Systématique des formes. M. Beauverie, vendredi 18 décembre 1931, à 20 h. 30. — 4° Formes et mouvement. M. le Dr Merle de Montpellier, vendredi 15 janvier 1932, à 20 h. 30. — 5° Formes embryonnaires. M. le Dr Max Aron, vendredi 12 février 1932, à 20 h. 30. — 6° Morphologie et adaptation. M. Cuénot, vendredi 11 mars 1932, à 20 h. 30. — 7° La forme humaine. M. le Dr Thooris, vendredi 15 avril 1932, à 20 h. 30.

Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris (Hôpital Laënnec.) — *Service d'oto-rhino-laryngologie.* — Le Dr Henri Bourgeois et les Drs Fouquet, Lemoine et Marion commenceront, le 2 novembre 1931, une série de 8 leçons sur la diathermie en oto-rhino-laryngologie.

Ce cours aura lieu chaque matin à 10 heures ; en outre, les 2 et 3 novembre, à 16 h. 30.

Programme du cours. — 1° Principes électriques. — 2° Appareils de diathermie. — 3° Physiopathologie. Techniques. — 4° Application de l'étincelle de tension en oto-rhino-laryngologie. — 5° Tumeurs bénignes et tumeurs malignes. — 6° Amygdalites cryptiques. Mycoses. Le bistouri électrique. — 7° Rhinite hypertrophique, synéchies nasales, oblitérations choanales, polypes naso-pharyngiens. — 8° Sténoses vélo-pharyngées. Diathermie médicale en oto-rhino-laryngologie.

Prix du cours : 600 francs. S'adresser au Dr Fouquet, Service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Laënnec.

Les prix de la Société médicale des hôpitaux de Paris. — Prix Le Gendre (triennal, 3.000 francs). Ce prix sera décerné en 1932. Sujet proposé : « *Le livret sanitaire* ». Les mémoires des concurrents au prix devront être déposés sur le bureau de la Société avant le 1er novembre 1932.

Prix Gingeot. Le prix triennal fondé par le Docteur Gingeot et destiné à récompenser un travail original portant sur les affections du foie et des voies biliaires n'a pas été décerné en 1929, aucun mémoire n'ayant été présenté. Le concours sera reporté à 1932. Le sujet proposé est le suivant : « *Des ictères choluriques sans décoloration des matières fécales* ». Les manuscrits devront être déposés entre les mains du secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 12, rue de Seine, avant le 1er novembre 1932. La valeur du prix sera de 6.000 francs.

Nécrologie. — Dr Courbet, de Saint-Adresse (Seine-Inf.). — Dr Edmond Guertin, de Tours, décédé à l'âge de 64 ans. — Dr Marcel Nathan, de Paris.

TRAVAUX ORIGINAUX

CABANIS
Médecin, philosophe, littérateur ? (1)

Par le Dr Constant HILLEMAND

C'est une opinion assez répandue que Cabanis aurait été, d'abord et avant tout, un philosophe, un littérateur, voire un politicien, ne s'étant occupé que secondairement de la médecine, considérée par lui comme un accessoire de la philosophie ; ayant, par suite, disserté et ratiociné sur notre art et les sciences dont il dépend, en pur théoricien, sans posséder, du moins à un degré suffisant, les qualités requises pour obtenir, de leur culture, un rendement fructueux, — et en première ligne, l'esprit de la méthode expérimentale (entendue au sens de Cl. Bernard).

Destut de Tracy semble avoir ouvert la porte à cette interprétation, en félicitant publiquement son ami, au lendemain de sa mort, d'avoir, à l'exemple d'Hippocrate, « porté la philosophie dans la médecine et la médecine dans la philosophie », quitte à laisser entendre que la seconde opération le cédait en importance à la première.

A. Comte contribua peut-être, de son côté, à la naissance et à la propagation de la légende qui suivit, en caractérisant, dans sa 61e lettre à Audiffrend, Gall et Cabanis comme des philosophes plutôt que comme des médecins ; en classant ce dernier dans la deuxième semaine, présidée par F. Bacon, du 11e mois, dédié à Descartes et à la philosophie moderne, de son Calendrier positiviste destiné à la glorification des Grands types de l'Humanité.

L. Peisse, dans la Notice, pleine de contradictions, annexée à son édition, chez J.-B. Baillière, des « Rapports du Physique et du Moral de l'Homme », accentua la note en ne craignant pas d'avancer, à l'encontre des faits exposés par lui-même, que « *la vie de Cabanis fut presque entièrement consacrée à la philosophie et aux lettres ; que la médecine s'offrit surtout à lui comme une auxiliaire de la philosophie* » (p. xxxv et xj).

H. Taine, au dire de Paul Delaunay (in *Progr. méd.* du 3 septembre 1927), aurait appuyé sur la chanterelle en stigmatisant Cabanis comme « *un théoricien jamais placé sur le terrain palpable et solide de l'observation personnelle et racontée, mais toujours en l'air dans la région vide des généralités pures.* »

A la suite de ces auteurs, et plus ou moins sous leur couvert, divers publicistes ont poussé à la roue en prétendant que « *Cabanis s'avère, en ses livres, plus raisonneur que médecin* », et qu'on peut se demander « *à le lire, s'il a jamais fait œuvre de clinicien.* » (In *Progr. méd.* du 3 septembre 1927, p. 1383.)

Aux yeux d'un certain public, ces appréciations, plus ou moins concordantes, recevaient une sorte d'homologation, de la circonstance que le personnage visé, avait été nommé et siégea à l'Institut dans la section de l' « Analyse des sensations et des idées » et non dans celle des sciences.

En dépit de la notoriété de quelques-uns des commentateurs sus-nommés, il m'est impossible, néanmoins, après avoir relu attentivement l'œuvre entière de Cabanis, de souscrire à ce qu'il y a d'exclusif dans leur opinion, et je n'hésite pas à soutenir, en m'appuyant sur les particularités de sa vie, sur ses propres déclarations, sur l'analyse de ses publications, qu'il fut surtout un médecin, *à l'esprit philosophique, il est vrai*, qui, loin d'être descendu de la philosophie à la médecine, s'éleva, au contraire, progressivement de celle-ci à celle-là, en procédant, presque constamment, par induction, et en semant, au cours de son ascension, les suggestions les plus lumineuses sur la biologie, sur la sociologie et la politique, sur la psychologie et la morale, — sans jamais cesser de subordonner, et d'une façon plutôt excessive, l'imagination à l'observation, l'*a priori* à l'*a posteriori*. Loin, selon moi, d'avoir trop accordé à l'hypothèse et à la théorie, il me semble plutôt ne pas leur avoir toujours accordé assez, s'être trop réclamé des « faits » en se laissant hypnotiser par ce vocable, sans prendre garde que, à proprement parler, comme l'ont signalé A. Comte, Ch. Robin, etc..., la science ne se nourrit pas de *faits*, mais d'*observations*, c'est-à-dire de faits perçus et réfractés, non sans déformation inévitable, par le cerveau humain qui les regarde, remarque confirmée, par A. Fouillée, dans les termes suivants : « pour la science, il n'y a pas de *fait* pur, il n'y a que des faits *pensés* ; or un fait pensé, c'est déjà un rudiment de loi et de théorie. »

A ceux qui se sont emparés de la réflexion de Destut de Tracy pour conclure abusivement que Cabanis fut principalement un philosophe et très subsidiairement un médecin, je me contenterai de rappeler que, loin de subordonner la médecine à la philosophie, il s'est aventuré, dans la « Préface » du 1er vendémiaire, an VI, de son Essai sur le *Degré de certitude de la Médecine*, à présenter cette dernière comme la « *base de toute bonne philosophie rationnelle* », *de la psychologie et de la morale* : « Quand la médecine » écrit-il « n'aurait pas dans les maux qu'elle peut soulager et guérir un but direct d'utilité, elle mériterait encore une grande attention comme *base de toute bonne philosophie rationnelle. Elle seule, en effet, peut nous faire connaître les lois de la machine vivante, la marche régulière de la sensibilité dans l'état sain, les modifications que cette faculté peut éprouver dans l'état de maladie* ; elle nous montre à nu tout l'homme physique dont l'homme moral n'est lui-même qu'une partie, ou, si l'on veut, une autre face. *De la sensibilité physique, le médecin ne voit pas seulement naître les idées et les passions ; il voit encore, en quelque sorte, comment elles se forment ; il voit du moins ce qui favorise ou contrarie leur formation* » et, ajoute-t-il, avec une exagération, d'inspiration bien nettement médicale, « c'est toujours dans certains états organiques qu'il trouve la solution de chaque problème. *Ainsi donc, on peut considérer la médecine comme fournissant des bases également solides pour cette philosophie qui remonte à la source des idées, et pour cette autre philosophie qui remonte à la source des passions. D'une part, ses vues doivent diriger tout bon système d'enseignement ; de l'autre, elle trouve, dans les lois éternelles de la nature, les fondements des droits et des devoirs de l'homme. En un mot, elle éclaire l'étude de l'entendement et trace l'art de le conduire, de le perfectionner*, en reconnaissant dans les impressions et dans les besoins propres à chaque nature sensible les véritables causes ou les véritables lois des rapports de tous les êtres qui lui appartiennent, ou qu'elle renferme dans son domaine ; et du même principe découlent, à ses yeux, les règles de leur conduite réciproque, et l'art raisonné de leur bonheur ; c'est-à-dire *la morale.* » (I, 406.)

Dans la Préface de ses Mémoires sur les *Rapports du Physique et du Moral*, il ajoute ces lignes non moins significatives : « on ne trouvera point encore ici ce qu'on avait appelé longtemps de la *métaphysique* » (entendue dans le sens de philosophie) : « ce seront de simples *recherches de physiologie*, mais dirigées vers l'étude particulière d'un certain ordre de fonctions. »

On ne saurait déclarer plus clairement que philosophie, psychologie et morale dérivent de la médecine et lui restent subordonnées. Cependant, il ne s'en tient pas là et, pour préciser sa pensée, insiste à nouveau sur ce point dans les passages suivants : « On commence à reconnaître aujourd'hui que la médecine et la morale sont deux branches de la même science, qui, réunies, composent la science de l'homme. L'une et l'autre reposent sur une base commune ; sur la connaissance physique de la nature humaine. *C'est dans la physiologie qu'elles doivent chercher la solution de tous leurs problèmes, le point d'appui de toutes leurs vérités spéculatives et pratiques.* De la sensibilité physique, ou de l'organisation qui la détermine et la modifie, découlent, en effet, les idées, les passions et les vices. Les mouvements désordonnés ou réguliers de l'âme, ont la même source que les maladies ou la santé du corps :

(1) Œuvres complètes, en 5 vol. in 8, édités chez Bossange et Didot.

cette véritable source de la morale est dans l'organisation humaine, dont dépendent et notre faculté et notre manière de sentir.... » (in *Réforme de la Médecine*, t. I, 274). — « Il est important » poursuit-il, « il est nécessaire de faire sentir ce rapport constant des différents états physiques, avec les différents états moraux. C'est en montrant comment les sensations s'aiguisent ou s'émoussent ; comment les idées s'élèvent et s'agrandissent, ou rampent et s'éteignent ; comment les passions naissent, se développent, acquièrent une énergie qui renverse tous les obstacles, ou restent dans l'engourdissement, ou y retombent après en être sorties par quelques secousses impuissantes, et se glacent sans retour : c'est en saisissant, pour ainsi dire, toutes ces rênes invisibles de la nature humaine, qu'on peut se flatter de la conduire par des routes sûres vers le bonheur : c'est par ce moyen que, non seulement, on transforme sans peine le bon sens en habitude, la morale en besoin ; mais qu'on peut agrandir toutes les facultés de l'homme, épurer et multiplier toutes ses jouissances, et satisfaire, sur des objets réels, cet instinct inquiet qui l'entraîne sans cesse hors de lui-même, ce désir insatiable d'impressions nouvelles, qu'effraient les bornes de l'espace et de la durée »... (I, 275).

A l'appui de son interprétation, il invoque, non sans à propos les « rapports qui *lient au développement de certains organes la formation, souvent presque subite, de certains penchants et du genre d'idées qui s'y rapportent*... Cet adolescent », fait-il remarquer, « poursuivi par une vague inquiétude, sans cesse plongé dans des rêveries sans objet, ému jusqu'aux larmes par les moindres impressions, commence à trouver dans son imagination des tableaux et, dans son cœur, des penchants inconnus. En même temps que le foyer des passions s'allume dans son sein, que son âme, s'attachant à tout ce qui l'entoure, s'élance encore vers des objets ignorés, sa stature, ses traits, son air, ses regards, le son de sa voix prennent un autre caractère... Ses penchants, ses idées, ses dispositions physiques, tout n'est-il pas d'accord ? *et les grands changements qui viennent d'en faire un être si nouveau, ne dépendent-ils pas uniquement de la maturité d'un système d'organes presque inertes jusqu'alors*, et qui, presque toujours, avaient à peine attiré son attention ? — Peut-être cette époque a-t-elle que que chose de plus important et de plus décisif encore chez les filles ... Une jeune fille dont les organes commencent à secouer le sommeil du premier âge, ne fait pas un mouvement, ne dit pas un mot, ne lance pas un regard qui conservent le caractère de l'enfance. » (I, 278.)

On voit, en tout cas, par ces citations, combien peu Cabanis mérite d'être accusé d'avoir subordonné la médecine à la philosophie. Plus justement, à mon sens, pourrait-on l'accuser d'avoir exagéré la dépendance de celle-ci et de la psychologie vis-à-vis de la physiologie et, par égomorphisme ou égocentrisme inconscients, d'avoir laissé percer des tendances matérialistes, en donnant l'impression de viser à rendre raison des phénomènes psychiques par des données uniquement biologiques, sans tenir suffisamment compte de l'intervention des facteurs sociaux (langage, religion, etc.). Cependant on doit reconnaître qu'il s'est arrêté opportunément en chemin et qu'il n'a jamais expressément prétendu *déduire* l'explication des phénomènes plus complexes de la psychologie de celle des phénomènes plus simples de la biologie. Dans la Préface des *Rapports du physique et du moral* (III, 8) il a même reconnu, au moins implicitement, qu'on ne saurait étudier scientifiquement la personnalité psychique sans se préoccuper des facteurs sociaux : « les événements de l'état social, les divers gouvernements, les lois et la somme des erreurs ou des vérités ambiantes ». En cela, il s'est même montré plus prudent que A. Comte qui, au début de sa prestigieuse carrière, considérait volontiers la psychologie comme le chapitre dernier de la physiologie (*in exam, du traité de Broussais sur l'irritation*, *p*. 216 de l'Appendice et T. III de la *Phil, pos.*, p. 608-610 de la 5e édition) — avant de l'envisager comme une septième science fondamentale, venant après la sociologie dans la hiérarchie des sciences abstraites, et ayant pour objet, l'étude des lois de la nature humaine, *modifiée par la vie sociale*.

La particularité de la figuration de Cabanis dans le mois du Calendrier positiviste, réservé à la Philosophie moderne, me semble indiquer simplement, qu'aux yeux du *leader* de la pensée moderne, les *Rapports du Physique et du Moral de l'Homme*, représentaient l'œuvre capitale de leur auteur, dont les répercussions psychologiques débordaient de beaucoup la portée purement physiologique, et que, par suite, la participation de Cabanis à la constitution de la psychologie positive restait très supérieure à sa participation, pour réelle et féconde qu'elle ait été, à la constitution de la biologie. Elle ne prouve nullement qu'au regard perspicace du législateur des sciences au XIXe siècle, l'animateur du salon de Mme Helvétius soit descendu de la philosophie à la biologie, — pas plus que l'attribution à Descartes de la présidence du mois de la Philosophie moderne ne saurait impliquer que notre maître ait voulu contester le mérite de l'auteur du « Discours de la Méthode », comme mathématicien. Le cas de Cabanis (comme celui de Descartes) n'est d'ailleurs pas sans analogie avec celui de Comte lui-même, parti de la mathématique pour aboutir à la fondation de la sociologie, de la psychologie (sous le nom de Morale théorique) et de la philosophie positives, sans avoir pu réussir à se dégager de l'emprise de la science initiatrice, emprise que trahissent sa tendance à identifier trop souvent ce qui est simplement logique avec ce qui est démontré par l'expérience, c'est-à-dire scientifiquement vrai, dans les autres domaines de la connaissance, et sa prédilection pour certains nombres auxquels il attribue un rôle démesuré.

Quant aux allégations de Peisse ci-dessus rapportées, outre qu'elles se trouvent en opposition avec d'autres passages de sa Notice, elles sont en contradiction avec les déclarations formelles du principal intéressé, confirmées par le détail de sa vie et le contenu de ses publications : « lorsque », spécifie-t-il dans sa *Lettre* à M. T. sur les *Poèmes d'Homère*, « l'ascendant des personnes qui avaient le droit d'influer sur les plans de ma vie entière, m'engagea à faire un choix parmi les professions où l'on peut devenir directement utile à la société », j'optai pour la médecine ; « ses études préliminaires étant dès lors devenues pour moi des devoirs sacrés, *je m'y livrai tout entier et sans relâche* ; et, non seulement je renonçai à la poésie, mais *je pris la détermination de ne rien lire qui fut étranger à l'objet de mes travaux* » (t. V, p. 290.)

Cela, Peisse ne le conteste pas puisqu'il prend la peine de confirmer que l'engagement, ainsi pris, fut rigoureusement tenu ; que dès le moment où Cabanis eut choisi la médecine comme carrière, le chemin de sa vie fut définitivement tracé ; que, sous la direction de Dubreuil, il poursuivit, durant 6 ans, son initiation professionnelle, ne négligeant ni « l'Anatomie pure, » ni « l'observation clinique et tout ce qui compose la partie essentiellement pratique de l'art. » (p. XI).

Ajoutons que si, d'après ledit biographe, le jeune étudiant fut effectivement séduit « par la variété des connaissances que la Médecine offrait à l'activité de son esprit », il ne s'adonna néanmoins à sa culture que pour trouver dans son ministère une occupation susceptible de lui procurer le pain quotidien tout en lui permettant de se rendre socialement utile, et nullement pour l'exploiter en amateur, dans le seul but ou dans le but prépondérant de lever des doutes philosophiques ; qu'il ne cessa de se livrer à son étude et à son exercice avec entrain, voire avec enthousiasme, depuis l'âge de 21 ans jusqu'à la veille de sa mort en mai 1808, soit pendant 30 ans, et que ses premières attaques elles-mêmes ne purent le détourner de la pratique d'un art, dont il était féru.

D'autre part, il n'y a qu'à consulter la liste de ses publications pour s'apercevoir que toutes, sauf les travaux littéraires de sa prime jeunesse, ses traductions datant de l'époque de la Terreur, sa biographie de Franklin, et sa lettre à Fauriel sur les Causes premières, roulent sur la Médecine ou s'inspirent d'elle.

S'agit-il pour lui de coopérer au mouvement de recomposition, systématiquement déclenché par l'Ecole encyclopédique, qu'il choisit, comme motif de sa participation, un sujet médical, le *Degré de certitude de la médecine*, dont l'exécution atteste, depuis la première page jusqu'à la dernière, à quel point le néophyte est dominé par le point de vue médical. Tout le travail n'est, en effet, qu'un hosanna en l'honneur des

médecins qu'il qualifie « le corps de savants le plus respectable peut-être qui ait existé dans tous les âges » (I, 494) ; en l'honneur de la médecine qu'il ne cesse de glorifier, et dont, par un égocentrisme excessif (analogue à l'égocentrisme chimique de Fourcroy son contemporain) il n'hésite pas à faire le lien, le nœud de toutes les études ayant trait, non seulement à la biologie, mais aussi à la sociologie et à la politique, à la psychologie et à la morale. L'avenir qu'il lui prédit est grandiose et presque sans limites : « Bien loin » dit-il « d'être, comme l'affirment quelques déclamateurs, un fléau de l'humanité, la médecine en est, au contraire, l'espérance, la sauve-garde ; elle lui promet pour l'avenir, des ressources qui doivent devenir de jour en jour plus étendues et plus efficaces. En effet... la médecine étant dans la nature ainsi que les autres sciences et les autres arts, elle a comme eux, ses bases éternelles et ses moyens de perfectionnement. Les besoins lui donnèrent naissance ; le temps et l'observation l'ont agrandie et cultivée ; ils ont déjà porté la lumière dans une foule d'objets qui n'en paraissaient pas susceptibles ; ils ont soumis à l'analyse ce qui semblait s'y refuser. Quelles bornes oserait-on prescrire à des découvertes dont les sujets sont placés sous nos yeux, dont le but nous touche immédiatement, et pour lesquelles il suffit de nos sens bien dirigés ? » (in *Cert. de la Méd.*, I, 515.)

Il semble être mû par le pressentiment de ses étonnants progrès au XIXe et au XXe siècles, lorsque, dans son *Discours d'ouverture du cours sur Hippocrate* (V, 94) il émet ces paroles prophétiques : « Dans l'état où se trouve actuellement la médecine, tout annonce qu'elle touche à une grande révolution. Les améliorations rapides que viennent d'éprouver les doctrines générales dans plusieurs branches des sciences physiques, par le perfectionnement de l'art expérimental et par l'application plus rigoureuse des méthodes de raisonnement, nous indiquent ce qui doit et ce qui va se faire dans l'art de guérir. »

S'agit-il d'apporter une seconde pierre à l'édifice scientifique en construction qu'il entreprend la rédaction de son *Aperçu des Révolutions de la médecine* au cours duquel il exalte l'œuvre empirico-clinique d'Hippocrate et celle de Sydhenham qu'il place au-dessus des œuvres, d'allure cependant plus théorique et plus philosophique, d'un Boerrhaave et d'un Stahl — préférence traduisant ses propres tendances et lui rendant applicable le proverbe : « dis-moi qui tu hantes, je te dirai qui tu es ». Il donne si peu l'impression d'être un théoricien dominé par des vues philosophiques *a priori* que ledit Peisse lui reproche, sans raison, du reste, d'avoir, à l'instar de « la plupart de ses contemporains », considéré « l'histoire de la philosophie » comme « celle des aberrations de l'esprit humain » ; qu'il soupçonne son érudition philosophique de ne pas remonter au delà de Locke, ce qui serait vraiment singulier de la part d'un philosophe philosophant, et ce qui est d'ailleurs controuvé par la multiplicité des pénétrants jugements disséminés dans ses écrits, sur les leaders de la pensée humaine depuis Pythagore, Démocrite, Héraclite... jusqu'à F. Bacon, Descartes, Hobbes, etc., en passant par Platon, Aristote, Epicure, etc.; qu'il le critique de s'être borné à exposer « le développement intérieur de l'art » et non « la marche des idées », ce qui est le contraire de la réalité puisque la principale caractéristique de son *Aperçu historique* est d'avoir coordonné l'évolution de la pensée médicale autour des trois principales tendances de l'esprit humain, aux prises avec les énigmes que lui offre l'observation de la nature humaine et du monde, — tendances dont il étudie et élucide, avec beaucoup de pénétration, l'origine : l'*Anthropomorphisme* avec ses modes successivement fétichique, animiste, polythéique, monothéique, ontologique ; le *Matérialisme* sous ses formes mathématique, mécanique, physique, chimique, biologique... ; l'*Empirisme*, préface du positivisme final.

Passons-nous à la considération de ses Mémoires sur les « Rapports du Physique et du Moral de l'Homme » que nous voyons ledit Peisse réduit à lui rendre hommage « d'avoir fait de l'étude des rapports du physique et du moral une science distincte et indépendante, *en la dégageant nettement du cortège des questions métaphysiques et ontologiques qui en avaient jusque-là embarrassé la marche, et en la plaçant sur le terrain des faits compris dans la sphère de l'observation sensible et de l'expérience interne*... Quels que soient l'importance et l'intérêt supérieurs de ces problèmes, il est évident « convient-il » que non seulement ils peuvent être négligés sans inconvénient dans la recherche purement expérimentale des faits psycho-physiologiques, mais qu'ils doivent même être mis provisoirement de côté, si l'on veut conserver à cette étude sa sincérité et son indépendance. Or, c'est là ce que Cabanis a essayé de faire. *C'est cette circonscription de la recherche dans le domaine des faits observables, et l'exclusion provisoire des questions purement rationnelles qui distinguent son œuvre.* Il donna ainsi une direction nouvelle à la psychologie et à la physiologie en marquant plus fortement qu'on ne l'avait fait jusque-là leur relation mutuelle, et en faisant de l'étude de cette relation même une branche distincte et spéciale de l'anthropologie » (*Notice histor. et philos. sur la vie et les travaux de Cabanis*, lv).

Est-il besoin d'insister sur l'inspiration trop évidemment médicale de ses *Observations relatives aux hôpitaux* ; de ses « *Principes et vues sur les secours publics* » ; de sa relation *de la Maladie et de la mort de Mirabeau* ; de ses réflexions sur le *Supplice de la guillotine envisagé du point de vue de la physiologie normale et pathologique* ; de son important *Rapport sur l'organisation des Ecoles de médecine* ; de son *Eloge de Vicq d'Azyr* ; de ses leçons rédigées sur les *Principes de la médecine Hippocratique* ; de ses *Observations sur les affections catarrhales* ; de sa *Note sur un genre particulier d'Apoplexie* ; du *Traité de Physiologie* qu'il avait préparé et dont il renonça à poursuivre l'exécution lorsque parut celui de Richerand.

Restent donc, en tant que paraissant échapper à l'inspiration médicale : ses fragments de la traduction de l'*Iliade* en vers français, précédés de sa lettre à M. T. sur les poèmes d'Homère ; ses schémas de discours sur l'Education publique, préparés pour Mirabeau ; ses traductions de l'époque de la Terreur ; sa Notice sur Benjamin Franklin ; sa Lettre à Fauriel sur les *Causes premières*.

C'est peu si l'on envisage l'ensemble de sa carrière d'écrivain. Et encore convient-il de signaler que l'organisation de l'enseignement et de la pratique de la médecine occupe une place importante dans le plan de réforme de l'Education publique, soufflé par lui à Mirabeau (II, 393 à 406).

Quant à sa Notice sur Francklin on ne saurait reprocher sérieusement à un écrivain d'avoir employé quelques loisirs à rédiger la biographie d'un vieil ami, ayant contribué, pour une part non négligeable aux progrès de la physique, de l'économie politique, de la morale pratique, et ayant participé à l'un des plus grands événements de l'histoire moderne, événement, qui, peut-être, a sauvé le monde de l'hégémonie anglaise.

Pas davantage est-on autorisé à interdire à un biologiste de s'entretenir, dans le privé, avec un philosophe, d'une question comme celle des causes premières, du moment que cet entretien se borne à exposer des doutes et des suggestions plus ou moins propres à éclaircir ces doutes, sur un problème reconnu au préalable, insoluble scientifiquement : si Dieu doit cesser d'être d'ordre public, il peut rester d'ordre privé sans grand inconvénient (Pierre Lafitte).

Il n'y a rien, dans tout cela, qui légitime les imputations de Peisse, et, à mon sens, on serait plutôt en droit d'appliquer à Cabanis ce que Mignet a dit de Broussais : « en lui, le physiologiste a précédé, inspiré, subjugué le penseur. Il faut, dès lors, chercher ses principes philosophiques dans ses théories médicales. C'est là que se trouvent son originalité et ses principaux titres à la gloire. C'est là qu'on peut saisir la marche de cet esprit vigoureux, exposer ses découvertes dès leur origine, et les suivre dans tout leur développement systématique. » (In *Notice histor.*, t. I, p. 230).

Sans doute sa traduction de l'*Iliade*, en vers français, dénote-t-elle des goûts poétiques caractérisés et antérieurs à son inclination pour la biologie, mais de tels goûts sont loin d'être incompatibles avec l'appétence scientifique si nous en jugeons par les exemples de Hésiode, de l'auteur des *Georgiques*, de Lucrèce, de Haller, de Cl. Bernard, de Sully-Prudhomme, etc...

Contre les imputations de Taine — que Cabanis ne se serait

jamais placé sur le terrain palpable et solide de l'observation personnelle racontée, mais toujours en l'air dans la région vide des généralités pures — protestent, non seulement le jugement ci-dessus reproduit de Peisse sur les « Rapports du Physique et du Moral », mais encore les déclarations les plus catégoriques de l'inculpé, qui, en maintes occasions, a pris soin de relever lui-même l'importance primordiale de l'observation exacte et rigoureuse des objets et des phénomènes, de dénoncer le danger des généralisations précipitées et des théories dépassant imprudemment l'expérience, les périls que peuvent faire courir à la science les classifications et les systèmes (nonobstant leur utilité générale, lorsqu'ils prétendent s'imposer aux faits au lieu de s'adapter à eux.

Quelques citations empruntées aux divers Essais de notre physiologiste, réfuteront, mieux que toute argumentation, les allégations du célèbre Normalien : « pour assurer sa marche dans toute science expérimentale, l'homme » dit-il « n'a besoin que de constater les faits, de leur donner, dans son esprit. autant qu'il est possible, le même ordre et les mêmes rapport, qu'ils ont dans la nature, et de n'en tirer que les conséquences qui s'y trouvent renfermées expressément » (in *Cert. de la méd.*, I, 476) ; — *dans tous les genres* » répète-t-il (in *Affects catarrh*, II, 84) « *ce sont toujours les faits qui doivent nous servir de guides* ; *les idées générales théoriques en doivent être une expression abrégée*, et les vues du traitement une conséquence directe et nécessaire dans un bon ordre de déduction .... ; toute théorie quelconque ne doit avoir, aux yeux du médecin philosophe, d'autre importance que celle d'aider la mémoire en liant les faits connus, et de les représenter rapidement à l'esprit pour diriger les raisonnements d'induction que l'analogie suggère à l'aspect de tous les objets nouveaux ».

Il se méfie tellement de l'esprit de généralisation qu'il met en garde les médecins contre la tendance qui les sollicite trop souvent à chercher et à vouloir découvrir des ressemblances entre les divers êtres et les divers phénomènes dont ils poursuivent l'étude, sans tenir un compte suffisant de leurs différences : « la nature », fait-il remarquer, « semble avoir imprimé de faux traits de ressemblance à ses divers ouvrages ; ou, pour parler plus exactement, nous pouvons voir entre eux des rapports chimériques. Souvent aussi, nous pouvons y découvrir des rapports réels, mais étrangers au but actuel de nos recherches : et plus les objets sont importants, ou s'éloignent de nos premières notions, plus aussi ces rapports diversement infidèles, les défigurent à nos yeux. En effet, au milieu de cette immense variété de productions et de phénomènes » dit-il « notre esprit se hâte, pour les classer, de chercher entre eux des analogies qui les rapprochent. Or, il est en quelque sorte, impossible de ne pas trouver des caractères communs même dans les objets qui diffèrent le plus essentiellement les uns des autres ; à plus forte raison devons-nous en retrouver dans ceux qui présentent quelques traits de ressemblance véritable, mais qui cependant ne se rapprochent que par certaines faces ou de peu d'importance, ou tout à fait étrangères au genre de considérations pour lesquelles on veut les réunir (I. 206).

Plutôt que de fournir à tout prix une explication des phénomènes dont l'exploration scientifique n'a pas réussi à dissiper les obscurités, il n'éprouve aucune fausse honte à avouer son ignorance comme le prouve le passage suivant, choisi parmi beaucoup d'autres analogues : « nous disons que la pensée exige l'intégrité du cerveau, parce que sans cerveau l'on ne pense point, et que ses maladies apportent des altérations analogues et proportionnelles dans les opérations de l'esprit. Mais, *j'avoue ingénument que je suis hors d'état d'établir avec exactitude en quoi consiste l' « intégrité » de la substance cérébrale* » (in *Hist. des sensat.*, III, 189.)

Bien loin de viser, comme A. Comte, à ne laisse aucun problème sans solution, au moins hypothétique, il adopte une attitude qui se rapproche de celle que tiendront Cl. Bernard, Ch. Bouchard, etc.... : « quand on manque » dit-il « des *faits nécessaires pour résoudre une question*, rien n'est plus naturel que de la voir rester indécise ; *il faut même réprimer obstinément cette impatience et cette précipitation que l'homme n'éprouve que trop souvent au milieu des plus importantes recherches, et qui le poussent à conclure avant d'avoir rassemblé tous les motifs de la conclusion* : il faut absolument, supposer toutefois qu'on mette quelque importance à la vérité. » (IV, 138.)

Tout en proclamant l'utilité, l'indispensabilité des classifications, il signale les dangers de leurs abus, dans les termes suivants : « à mesure que les connaissances s'étendent, il est nécessaire de les classer pour qu'elles ne se confondent pas. *Les classifications sont absolument necessaires pour secourir la mémoire, et pour mettre de l'ordre dans les opérations de l'esprit. Si elles se bornaient à cela, sans doute elles n'auraient jamais que des avantages. Mais les hommes imaginent presque toujours que la nature elle-même doit s'asservir à l'ordre qu'ils lui tracent ; et ils osent tirer des conséquences pratiques pour tous les cas qui pourront se présenter, de cet ordre qui n'a de réalité le plus souvent que dans les tableaux créés par leur imagination* ». (in *Revol. de la Méd.*, I, p. 163).

Les préoccupations théoriques et philosophiques l'emportent si peu chez lui, sur le souci de l'observation qu'il va jusqu'à proscrire les hypothèses et les systèmes dans le passage suivant : « Pringle disait que la médecine était, depuis le Grecs jusqu'à nous, une science où, sur peu de faits l'on faisait beaucoup de raisonnements ; et qu'il fallait, au contraire, à l'avenir, y faire peu de raisonnements, sur beaucoup de faits. Dans cette manière d'élémenter l'art de guérir, *la seule dont il soit encore susceptigble*, le vœu de cet empirique respectable serait rempli. *Il ne faut plus de vues hypothétiques, plus de vains systèmes....* » (I. 224).

Sans doute est-il possible de prétendre que les plus belles déclarations sur la nécessité de subordonner constamment le raisonnement, la théorie, à l'observation, n'empêchent pas toujours ceux qui les ont formulées de se comporter inversement dans la pratique, tels, par exemple : Bossuet, foulant auxpieds, presque à chacun de ses pas sur le chemin de la *Connaissance de Dieu et de soi-même*, la belle maxime que devait lui emprunter Pasteur : A. Comte ne cessant de se réclamer, en principe, de la subordination de l'imagination à l'observation, tout en versant trop souvent dans l'esprit de système le plus caractérisé (théorie du rôle presque exclusif de la femme dans le phénomène de la fécondation, le conduisant, sous l'inspiration du sentiment, à l'utopie de la Vierge mère, en contradiction avec les observations recueillies de sont temps, sur les mulâtres, etc... ; Broussais s'écartant, trop souvent de la méthode positive si éloquemment prônée par lui ; enfin et surtout Taine lui-même, convaincu, par A. Aulard, d'avoir faussé les observations qu'il invoque et frelaté les textes qu'il cite, à l'appui de ses théories. Mais tel n'est pas le cas pour Cabanis, car on ne le voit jamais ergoter sur les observations qui ne cadrent pas avec la théorie, et en aucun cas, on ne le surprend à donner un coup de pouce à l'un des plateaux de la balance pour déterminer son fléchissement en un sens. Il se méfie tellement des erreurs auxquelles expose l'emploi du seul raisonnement, qu'après avoir donné toutes les raisons qui militent en faveur de l'instantanéité de la mort, déterminée par le couperet de la guillotine, et de la suppression subite de toute douleur consciente chez l'exécuté, il a soin d'introduire cette réserve caractéristique : « mon amour pour la vérité ne me permet cependant pas de dissimuler que nous n'avons à cet égard qu'une certitude d'analogie et de raisonnement, et non point une certitude d'expérience » comme celle qui résulte des témoignages des rescapés de la noyade ou de la pendaison.

Nul n'a su mieux se garer de la tentation d'en amber les causes prochaines pour se lancer à la poursuite des causes éloignées et, à plus forte raison, des causes premières : « Je ne parlerai pas, déclare-t-il, de ce qu'avance le citoyen Sue *touchant la nature, l'origine et la fin du principe vital. Je n'ai absolument aucune idée à cet égard : et je ne vois pas que, depuis 4000 ans, les plus grands génies en aient eu une seule qui puisse soutenir l'examen de la raison. Je ne crois point, je ne le nie point, je n'examine même pas ; car ici, la nature nous a refusé les moyens d'examiner ; j'ignore absolument ; mais j'ignore, je l'avoue, en homme qui n'a pas un grand respect pour les conjectures, encore moins pour les assertions ou pour les négations positives, dans les matières auxquelles nous ne pouvons absolu-*

ment point appliquer les véritables instruments de nos connaissances. » (In *Note sur la guillotine*, II, 182).

Sans doute, il manifeste un esprit philosophique indéniable dans ses efforts pour lier ensemble et coordonner les données fournies par l'observation propre à son époque, mais je ne sache pas que, jusqu'ici, les idéophobes aient réussi à démontrer l'incompatibilité, gratuitement affirmée par eux, de l'esprit philosophique avec la recherche scientifique : et les exemples de Berthollet, de Bichat, de Lamarck, de Et. Geoffroy Saint-Hilaire, de Blainville, de Berthelot, de Cl. Bernard, de Ch. Robin, de Ch. Bouchard, de Debove, etc., me semblent prouver le contraire. Comme le rappelait excellemment le doyen H. Roger dans la *Presse médicale* du 9 janvier 1901, « il serait facile de montrer, par de nombreux exemples, les liens indissolubles qui unissent la philosophie et la médecine. Hippocrate et Galien avaient déjà proclamé que le bon médecin doit être philosophe. Nous pouvons affirmer aujourd'hui que le philosophe a largement profité des travaux médicaux ; les plus grands biologistes de notre époque, Bichat, Flourens, Cl. Bernard, pour ne citer que les morts, ont marqué, dans le mouvement philosophique, une empreinte considérable. »

Contre ceux qui se sont demandé, à lire Cabanis, « s'il a jamais fait œuvre de clinicien » j'invoquerai d'abord l'obligation qu'il propose d'imposer à chaque médecin d'Hôpital, de tenir un journal dans lequel serait consignée l'histoire détaillée des divers malades : « De bons journaux d'hôpital doivent . . . offrir d'abord, en forme de préliminaire, le tableau rapide de la dernière constitution ; c'est-à-dire des généralités historiques concernant l'état de l'air et les maladies qui ont régné l'année d'auparavant : et le corps du journal ne doit être que le même tableau de l'année qu'on veut décrire mais plus développé, plus circonstancié, jour par jour, maladie par maladie. Il faut qu'on y trouve notées les moindres variations de l'atmosphère, concernant le froid, le chaud, la légèreté, la pesanteur, l'humidité, la sécheresse . . . Mais ce qui, sans doute, est le plus important, c'est que chaque maladie soit décrite avec la plus grande exactitude. Non seulement on peindra son invasion, son accroissement, son état, son déclin, la convalescence ; non seulement le médecin dira par quelles indications il s'est laissé guider dans l'administration des remèdes et quels ont été leurs effets : mais, de plus, il rendra compte de l'âge du malade, de son tempérament, du pays qu'il habite, de sa profession, des maladies auxquelles il a été sujet, de ses goûts, de ses mœurs. » (II, 344).

En dépit de leur tournure, un tantinet archaïque, ces recommandations sont encore valables de nos jours, bien que trop souvent négligées et à tout prendre, témoignent des préoccupations cliniques de leur auteur. Celles-ci sont d'ailleurs confirmées par l'insistance avec laquelle il revient dans le même opuscule, sur l'utilité primordiale de recueils d'observations complètes et bien coordonnées, doublés de courts commentaires théoriques, et recommande leur lecture attentive aux élèves : « toutes les sciences naturelles » expose-t-il « s'enrichissent de faits et les systèmes ou les principes généraux de chacune ne doivent être que le résultat direct et précis de tous les faits qui s'y rapportent. *En médecine surtout, il n'y a presque de lecture vraiment instructive que celle des observateurs* »... (II, 346). « — Et qu'on ne dise pas que ce serait couper les ailes au génie . . . J'ignore d'abord si, dans les sciences qui demandent avant tout de l'attention et de l'exactitude, il est si nécessaire de donner ce qu'on appelle *des ailes au génie* ; ou si, comme le dit un homme (F. Bacon) qu'on accuserait difficilement d'avoir été timide, il ne faudrait pas mieux lui attacher du plomb aux pieds. » (I, 225.)

Enfin quelque jugement qu'on soit amené à porter finalement sur leur importance, je ne vois pas dans quel cadre différent du cadre clinique, on pourrait ranger son Journal de la maladie de Mirabeau (avec la notation relative au bouclement de ses cheveux, plus ou moins accentué selon son état général) ; ses « Observations sur les Affections catarrhales et particulièrement sur celles qui sont connues sous les noms de Rhumes de cerveau et de Rhumes de poitrine », fruit d'une suite d'examens poursuivis durant « 25 ans et resserrés dans le moins de pages qu'il « lui a été possible » (II, 77-160) ; sa Note sur un genre particulier d'apoplexie (II, 583) ; sans compter tous les faits consignés dans son travail fondamental sur le Physique et le Moral.

Sans doute, on peut contester leur valeur, surtout si faute d'esprit relatif, on se hasarde à vouloir les juger sans tenir compte de l'état imparfait de la connaissance médicale à l'époque de leur rédaction, mais leur lecture témoigne, d'une façon irréfutable à mon avis, que leur auteur a voulu faire et a fait œuvre de clinicien.

A ceux qui reprochent à Cabanis d'avoir trop usé du raisonnement, on peut répondre : — 1° que, dans toute science en évolution, le raisonnement est fatalement appelé à jouer un rôle d'autant plus considérable, par rapport à l'observation, que les données certaines fournies par celle-ci sont plus rares, puisqu'il appartient alors à celui-là de combler provisoirement les hiatus de la connaissance positive pour la rendre quelque peu cohérente. Or, à la fin du XVIIIe siècle, les fondations scientifiques de la biologie, étaient encore trop clairsemées, pour qu'on put se dispenser d'avoir recours momentanément à des étais fournis par le raisonnement afin d'échafauder la construction scientifique ; — 2° qu'en tenant compte de cette nécessité qui s'est imposée à Bichat, comme à Cabanis, personne, mieux que celui-ci n'a compris et exposé le rôle réciproque de l'observation qui perçoit les objets et les phénomènes et du raisonnement qui relie et coordonne ces perceptions ; ni mieux mis en garde les médecins contre le peu de sûreté de tout raisonnement, de toute hypothèse, de toute théorie, qui ne sont pas expressément confirmés par l'expérience. La preuve s'en trouve : dans la manière dont il blâme Van Helmont de s'être imaginé que, dans la curation des maladies, « le génie pouvait suppléer aux faits ». (In *Rev. de la méd.*, I, 130) ; dans les félicitations qu'il adresse à Hippocrate pour s'être maintenu « également en garde, *et contre toutes ces vues précipitées qui généralisent sur des données insuffisantes, et contre cette impuissance de l'esprit qui, ne sachant pas apercevoir les rapports se traîne éternellement sur des individualités sans résultats.* » (In *Rapp. du physique et du moral*, III, 58) — « Toutes les sciences d'observation », écrit-il dans la *Réforme de la Médecine* (I, 222) « se composent de faits ; chacune d'elles existe dans l'ensemble de ceux qui lui sont propres. L'industrie humaine les observe, les constate, et quelquefois les produit artificiellement : le raisonnement les enchaîne, tantôt suivant l'ordre dans lequel ils se sont manifestés, tantôt suivant celui qui paraît devoir en mieux faire connaître les rapports. Il les classe, les rapproche, ou les met en opposition : il fixe les rapports généraux ou particuliers à raison de leur importance directe ou de celle des résultats que ces rapports entraînent, et des vues ultérieures qu'ils indiquent. *Telle est la marche de l'esprit humain quand nous suivons une bonne route ; et telle est la route qu'il faut s'efforcer de suivre toujours. La partie théorique d'une science doit . . . . . être le simple énoncé de l'enchaînement, de la classification et des rapports de tous les faits dont cette science se compose ; elle en doit être, pour ainsi dire, l'expression sommaire. Si la théorie ne se renferme pas sévèrement dans ces limites étroites, ce ne sont plus des tableaux méthodiques d'objets réels qu'elle présente : ce sont des ensembles de résultats étrangers aux faits ; ce sont de vains fantômes qu'elle produit.* » — « *L'analyse historique d'une maladie doit être faite avec la plus grande exactitude : on ne saurait s'y dépouiller avec trop de soin, de toute prévention, de toute vue conjecturale, de toute idée étrangère aux faits eux-mêmes, qu'on a sous les yeux. Il faut voir ce qui est, et non ce qu'on imagine. En reproduisant ce tableau, il faut peindre ce qu'on a vu, sans mêler, dans le corps même du récit, aucune des conséquences ou des présomptions qu'on a cru pouvoir en déduire.* » . . . (I, 239).

Ajoutons qu'on distingue le même esprit dans la conception des travaux qu'il avait projetés et qu'il ne put réaliser : par exemple dans son projet de fonder, sur la Thérapeutique « le plan d'une classification nouvelle des différentes parties de la médecine » (I, 7, 470). Le fait seul, d'avoir voulu ainsi coordonner autour de la thérapeutique, la pathologie générale, dans le « but de perfectionner l'art des traitements », indique

◆◆◆

qu'il était dominé par des préoccupations médicales d'ordre pratique et clinique.

De ce qui précède, on peut donc conclure que les critiques, ci-dessus énumérées, adressées à Cabanis, portent à faux.

Mais il ne suffit pas pour ruiner une opinion, d'avoir démontré qu'elle est erronée, il faut encore, surtout lorsqu'elle a été partagée par un nombre relativement important de personnes, expliquer sa génèse et son succès apparent.

En ce qui concerne Destut de Tracy, la manière de voir dont on lui a attribué la paternité, pourrait très plausiblement tenir au narcissisme, le plus souvent inconscient, qui nous pousse à apprécier surtout ou exclusivement, chez autrui, les attributs que nous possédons et que, par suite, nous estimons particulièrement. C'est sous l'influence de cette disposition que nous trahissons, le plus souvent, notre propre personnalité lor que nous prétendons juger celle des autres. S'étant spécialisé dans les études philosophiques, Destut de Tracy devait être porté naturellement à rechercher chez son ami, et à priser surtout, dans ses écrits, ce qu'il appréciait en lui-même.

Même remarque pour Peisse qui, lui aussi, était, en quelque sorte un professionnel de la philosophie, et ne devait s'intéresser, dans son étude sur Cabanis, qu'aux particularités philosophiques de son œuvre, à l'exclusion des autres.

Quant à Taine, la fausseté patente de ses conclusions me paraît tenir à deux particularités peu honorables de son caractère : — l'une qui le poussait à falsifier l'observation, à frelater les textes qu'il citait, pour justifier ses théories, et qui, à supposer qu'elle ait été inconsciente, comme l'a cru Aulard, ne se développe néanmoins (comme la mythomanie chez les hystériques) que sur un terrain moral dégradé ; — l'autre, aussi peu relevée, qui lui inspirait le besoin de dénigrer spécialement ceux auxquels il dérobait le plus (comme s'il eut voulu détourner le lecteur de procéder, à des confrontations) et qui explique qu'il en ait usé avec l'auteur des «Rapports du Physique et du Moral » auquel il a beaucoup emprunté, comme avec A. Comte dont il a été le plagiaire, de l'aveu de Faguet, de Lévy-Bruhl, du père Grüber, etc., et vis-à-vis duquel il affectait le plus profond dédain. Sans la connaissance de ces deux tendances, on serait conduit à supposer que, pour avoir parlé, avec aussi peu d'à-propos de Cabanis, il ne l'a jamais lu.

En ce qui concerne ceux qui ont adressé à notre auteur, le reproche, mal fondé, d'être un raisonneur plutôt qu'un observateur, il est vraisemblable qu'ils appartiennent à la catégorie de ces idéophobes, si nombreux de nos jours, qui, méconnaissant le rôle des facultés réflectives, et prenant prétexte des abus du raisonnement, commis par les derniers métaphysiciens, plus ou moins scientistes, lui dénient tout droit à intervenir dans l'élaboration de la connaissance, et sont toujours disposés à regarder de travers quiconque se réclame de lui.

Comme conclusion aux pages ci-dessus, nous nous bornerons donc à répéter, après démonstration, que Cabanis fut, essentiellement et avant tout, un médecin et un médecin devenu spontanément positiviste, qui, de la médecine s'éleva, par induction, à la sociologie, à la psychologie, à la philosophie, et qui, s'il ouvrit la voie à A. Comte, joua également le rôle de précurseur à l'égard de Gall, de Broussais, de Cl. Bernard, de Morel, de Charcot, de Brown-Séquard, etc . . .

Voir la " Vie et l'Œuvre de Cabanis ", in *Progrès Médical* des 5, 12, 19 Sept. 1931.

Dangers du tabagisme. — Le Prof. TOURNADE, ayant fait inhaler de la fumée de tabac à des chiens chloralosés, a constaté une chute de la pression, suivie d'une forte hausse, — une accélération respiratoire suivie d'apnée, — une mobilisation de l'adrénaline, — de la mydriase, — une parésie intestinale, — une augmentation de la sécrétion salivaire, — une hyperglycémie. Ces troubles sont analogues à ceux d'une excitation violente du sympathique, absolument comme à la suite d'une injection intraveineuse de nicotine. (*Maroc médical*, 15 avril 1931, p. 123.)

A. M.

Les fausses analogies entre le crown-gall des plantes et les tumeurs malignes des animaux (1)

Par le Dr BUTTLER (de Londres)

L'analogie qu'on a cherché à établir entre le crown gall des plantes, dû au *Bacterium tumefaciens*, et les tumeurs malignes des animaux repose en partie au moins sur les considérations suivantes :

1° L'EXISTENCE DES MÉTASTASES DANS LE CROWN-GALL. — Lorsqu'on inocule le *Bacterium tumefaciens* dans les tissus jeunes des tiges des plantes, des galles secondaires apparaissent parfois à une certaine distance du point d'inoculation. E.-F. Smith avança que ces galles résultaient d'une intrusion des cellules de la tumeur dans l'axe de la tige qui de là gagnaient les pétioles. Ces faisceaux si caractéristiques de certaines formes de crown-gall étaient formés d'un cœur de cellules dérivant directement de celles développées au point d'inoculation et présentant les caractères morphologiques héréditaires du tissu constitutif de la galle primaire. Ainsi les galles secondaires ne seraient que des intrusions de la galle primitive.

Cette interprétation s'appuyait sur la similitude d'arrangement des faisceaux des tumeurs et des tiges, même quand la traînée a gagné le pétiole.

Mais Winkler a montré depuis longtemps que si l'on enracine un pétiole, les faisceaux vasculaires y prennent la disposition caractéristique de celle de tiges, et il est facile de voir sur les photomicrographies de Smith qu'il en est de même dans le faisceau du crown-gall développé *in situ*, et ne résultent en aucune manière d'une intrusion partie d'une tige.

De même Robinson et Walkden, en Angleterre, Riker aux Etats-Unis ont montré, chacun de leur côté, en 1923, que ce qu'on appelait les métastases du crown-gall résultait de deux processus très simples et bien différents de ceux qu'on observe dans le cancer.

Le premier était l'élongation de la partie où a été faite l'inoculation dans les plantes à croissance rapide, l'inoculum montant avec les tissus, ascension accompagnée de formation de galles secondaires à une distance considérable au-dessus du point d'infection. Le second de ces processus était le passage des bactéries le long des cavités intercellulaires longitudinales ; les galles secondaires résultaient donc de ce que l'agent pathogène passait par ces lacunes déterminant la formation d'une nouvelle tumeur aux pointes de multiplication active. Pas plus dans un cas que dans l'autre il n'y a intrusion du tissu de crown-gall dans les parties saines adjacentes. Smith lui-même dans ses communications ultérieures était bien près d'en convenir. Les cellules du crown-gall elles mêmes comme celles de toutes les autres galles végétales bien étudiées, se forment par division des cellules de la plante hospitalière, la galle résultant de l'accumulation des produits des cellules normales ainsi développées. Dans le crown-gall une seule cellule peut, en se divisant, produire jusqu'à cent cellules, tandis que dans certaines entomocécidies développées sur les tiges la prolifération peut atteindre 40 cellules ou plus.

2° CE QU'ON A APPELÉ LES EMBRYOMATES DU CROWN-GALL. — L'assimilation du crown-gall aux cancers des animaux a paru justifiée par le développement à la surface de la galle de feuilles ou de pousses feuillées, en des points où normalement aucune formation similaire n'intervient. Ces formations ont été rapprochées par Erwin Smith des embryomates. Mais ces productions peuvent être consécutives à un traumatisme ou se produire à la

---

(1) Communication au IIe Congrès international de pathologie comparée.


SÉDOSINE
SÉDATIF
DU SYSTÊME
NEURO-VÉGÉTATIF
ASSOCIATION SYNERGIQUE
HYPERACTIVE
Passiflore
Crataegus
Jusquiame
LABORATOIRES
LICARDY
38, Bd BOURDON
NEUILLY-PARIS


Remplacez l'Huile camphrée par le
CAMPHOSTYL
Dérivé soluble dans l'eau du Camphre naturel
Solution à 10% LACROIX
Forme ampoules
1°
Camphostyl simple
à 0gr10, 0gr20 et 0gr50
2°
Camphostyl spartéiné
à 0gr05 de spartéine
et 0gr20 de camphostyl
3°
Gouttes Camphostyl
Même posologie
Mêmes indications
Laboratoires LACROIX
37 Rue Pajol _ PARIS (18e) R.C. 231301B

BIBLIOGRAPHIE

Allergie et anergie en clinique, par V. DE LAVERGNE. Un volume in-16 de 312 pages, 32 fr. Librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon Paris-5e.

Dans une première partie, est esquissée la pathologie générale de l'allergie et de l'anergie : Signification et domaine de ces processus. — Quelle est leur étiologie ? Quelles réactions ils provoquent ? Quels en sont les signes cliniques ? Comment les reconnaître ? Quelle thérapeutique leur opposer ? Tels sont les principaux titres de cette première partie. Celle-ci se termine par un exposé sur la façon dont peut être compris le mécanisme pathogénique des réactions d'allergie et d'anergie.

Dans une seconde partie, les diverses allergies sont étudiées : allergie qui se manifeste au cours des maladies infectieuses : A. tuberculeuse, gonococcique, typhique, mélitococcique, etc. ; A. et réactions sériques ; A. et asthme ; A. dans les dermatoses enfin.

Dans chaque chapitre, sont apportées les preuves de l'état d'allergie, et énumérées quelles conséquences en résultent pour l'interprétation des signes cliniques, le diagnostic, le pronostic, le traitement, et, le cas échéant, la prévention.

Beaucoup de faits se trouvent rassemblés, dans ce livre, qui peuvent être utiles au clinicien. Signalons, en particulier, le chapitre consacré à la pratique des cuti-réactions à la tuberculine, ainsi que les développements donnés à la méthode des cuti-réactions pour le diagnostic de la mélitococcie, du kyste hydatique, de la gonococcie, etc. De même, on y voit comment la thérapeutique des infections, par vaccins, doit être guidée par le résultat des cuti-réactions.

Dans cet ouvrage, la partie théorique n'a pas été négligée, et de nombreux problèmes de pathologie générale s'y trouvent soulevés. La question de l'allergie touche aux questions discutées de l'immunité et de l'anaphylaxie. Il s'agit là de problèmes complexes, encore mal étudiés. L'auteur les a abordés sans aucune présomption, et, sans prétendre apporter une solution nouvelle ou meilleure, s'est efforcé de les exposer avec simplicité et clarté.

Portfolio Jury Artes medicæ.— Peu de médecins restent insensibles aux beautés de l'art pictural et nombreux sont au contraire ceux qui aiment s'environner de tableaux ou gravures de qualité. Bien des confrères ignorent les port folios Jury qui sont des merveilles de l'art de la reproduction et parmi ceux-ci le PORT FOLIO ARTES MÉDICŒ doit particulièrement retenir notre attention puisqu'il présente une suite de huit fac similés de tableaux de grands maîtres de la peinture, se référant uniquement à des scènes intéressant l'art médical.

Ces fac-similés, pour employer les propres mots d'un critique averti, donnent l'illusion absolue des originaux et nombreux sont les musées qui possèdent de ces copies. Chaque œuvre est une pièce originale par elle-même et l'édition étant limitée à 650 exemplaires, elle augmentera considérablement de valeur, quand elle sera épuisée.

Aux amateurs, deux jolies planches sont offertes séparément : La malade d'amour, de Jan Steen, La résurrection de Saint-Lazare, de Nicolas Froment.

A ceux qui désirent une œuvre plus importante : La leçon d'anatomie du Dr Tulp, d'après Rembrandt, et qui mesure 90 centimètres, satisfera les désirs.

Toutes ces œuvres peuvent être obtenues aux bureaux du *Progrès Médical* où elles sont visibles. Le prix du port folio est de 750 fr., les deux planches séparées 150 francs les deux ; La leçon d'anatomie, 300 fr.

Les amours de Xavier de Maistre à l'Aoste, par Henry BORDEAUX. Un vol. (19 × 14) de 84 pages, avec 5 illustrations hors texte en phototypie, sous couverture ornée et rempliée. Prix : 15 francs. Librairie Dardel, Chambéry.

Xavier de Maistre, officier sarde, a vécu près de six ans, de 1793 à 1799, à Aoste, où passèrent d'ailleurs presque tous les membres de sa famille. A cette époque tourmentée, entre une adolescence remuante et son séjour en Russie, il mène une paisible vie de garnison dans la petite cité où il conçut « Le Voyage autour de ma Chambre » et « Le Lépreux de la Cité d'Aoste ».

Henry Bordeaux a été attiré par cette apparence trop tranquille, et se rendant sur place, il a pu reconstituer les occupations de Xavier pendant quelques années et l'idylle qui embellit son séjour, mais ne fut pas sans tourments. Idylle sans suite : « Elisa » épouse un autre officier, Xavier part en Russie et se marie à son tour.

Trente ans après, Xavier revenu en Italie retrouve la trace d'Elisa. Il faut lire les lettres qu'il écrit à celle qu'il a aimée jadis, lettres auxquelles Madame de Maistre ajoute quelques phrases affectueuses.

Pour tous ceux qu'intéresse la vie de l'écrivain savoyard, l'ouvrage de M. Henry Bordeaux offre, appuyée sur une solide documentation, une belle évocation des sentiments éprouvés par Xavier, amour juvénile devenu amitié touchante. Mais chacun prendra goût à ce petit livre qui, dans le cadre de la ville *« où le ciel est toujours serein et les arbres en fleurs »* oppose à la misère du Lépreux relégué dans sa tour, la belle confiance en la vie de deux jeunes gens qui ne craignaient pas de venir, ensemble, le visiter, et qui s'aimaient.


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME — PARIS

suite de greffes hétérogènes entre espèces éloignées, par exemple dans les Solanacées. Elles correspondent au cal des boutures et se développent surtout quand la surface de la section en voie de cicatrisation reçoit une nourriture excessive.

En résumé l'étude de l'anatomie pathologique du crown-gall ne justifie aucunement l'assimilation qu'on a voulu établir avec le cancer des animaux. La galle résulte toujours de l'entassement de couches cellulaires formées par divisions successives comme dans les autres galles végétales (mycocécidies ou entomocécidies).

FAITS CLINIQUES

Un cas de néphrite chlorurémique pure, sans albuminurie

Par le Médecin Commandant HEYRAUD.

Le malade, objet de la présente communication, venant de l'Armée, reprenons par la pensée notre vieil uniforme de médecin militaire et revenons à la caserne...... 8 heures .... La visite....... De petits malades ou simplement de petits paresseux défilent sans intérêt. Mais, voici que C..., jeune soldat, incorporé il y a deux mois va mettre en éveil notre perpicacité.

C'est un beau modèle physique. Un coup d'œil sur son livret médical, comme il est d'usage pour tous les jeunes soldats nous indique ses mensurations. A l'arrivée au corps, il mesurait 1 m. 77, pesait 67 kgr., avait 87 c. de périmètre thoracique statique et 17 d'indice de robusticité de Pignet.

Puisque nous tenons son livret en main, vérifions son passé morbide. Il n'y a rien. Jetons un regard sur sa courbe de poids : il n'a pas cessé d'augmenter : 69 kgr. en novembre, 73 en décembre, 77 ce jour.

Que peut donc avoir ce gaillard dont l'embonpoint fait honneur au régiment, à ses méthodes d'éducation physique et à ses méthodes culinaires. L'infirmier n'annonce pas de fièvre. L'homme n'a point l'air malade.

Cependant C... se plaint des jambes, elles le font souffrir.

De fait, l'examen local révèle un œdème blanc des membres inférieurs où la pression des doigts laisse une empreinte nette.

Du coup, l'augmentation de poids de 8 kgr. en deux mois nous paraît pathologique et liée à l'imbibition tissulaire. Il ne s'agit certainement pas de ces augmentations qui sont monnaie courante chez les recrues jusqu'à 1, 2 ou 3 kgr., quelquefois, 5 ou 6 lorsque les sujets, plus ou moins bien nourris chez eux nous arrivent en état d'émaciation.

Dans notre pensée, cet œdème et cette augmentation de poids corrélative ne peuvent relever que d'une affection rénale ou d'une insuffisance cardiaque.

L'examen clinique, pensons-nous va nous éclairer immédiatement.

Analysons donc les urines. Elles ne présentent pas le moindre louche d'albumine.

Examinons le cœur. Il ne présente aucun souffle, son rythme est normal. Ses bruits sont bien frappés. Sa pointe bat dans le cinquième espace intercostal.

La tension sanguine, mesurée au Pachon est de 14,5-8.

L'orthodiagramme que nous demandons indique :

Diamètre longitudinal : 15 c. 3.
Diamètre transverse : 13 c. 6.
Diamètre oblique : 9 c. 9.
Flèche ventriculaire : 1 c. 5.
Oreillette gauche : normale.
Bonne contraction ventriculaire pendant l'examen radio.
Aorte en o. a. d. : 2 c.

Pas plus que par l'examen des urines, nous ne sommes éclairés par l'examen du cœur.

Nous revenons donc à l'hypothèse d'une lésion rénale sans albuminurie permanente.

Elle seule nous paraît possible.

Les autres causes d'œdème n'effleurent même pas notre pensée. Nous savons que ce jeune soldat n'a été soumis à aucun surmenage physique. Il n'est ni tuberculeux, ni syphilitique, aucunement cachectique, pas davantage anémique. Ce serait perdre son temps que de vouloir trouver une cirrhose, sans cause et à 20 ans.

Faisons donc entrer ce jeune homme à l'infirmerie de façon à étudier son bilan des chlorures et à pratiquer sur lui quelques épreuves fonctionnelles du rein. Il importe du reste d'être fixé car la loi veut que sa situation militaire soit réglée avant 91 jours. Nous savons que passé ce délai, toutes les affections contractées au cours du service ou même pendant les cinq premiers mois qui suivent la libération sont présumées imputables au service ou aggravées par lui et ouvrent droit à pension quelles que soient les tares, même constitutionnelles, préalables.

Résumons nos constatations :

Bilan des chlorures : Le dosage des chlorures a été fait avec le tube d'Agasse Lafont. L'usage de cet appareil (comme du reste de celui, similaire d'Achard), vaut en simplicité celui du tube d'Esbach pour la recherche de l'albumine.

La déchloruration par le régime sans sel a été assez longue et s'est produite par à-coups. Il a fallu huit jours pour obtenir une élimination minima de 4 gr.

Par contre la rechloruration a été rapide.

L'administration de 10 gr. de sel a provoqué une élimination de 15 gr. les premières 24 heures et de 18 gr. les secondes.

A ce moment le rein reposé par huit jours de régime déchloruré avait repris toute sa puissance fonctionnelle.

Elimination de l'eau : Epreuve normale.

Elimination de la phénol-sulfone-phtaléine (en injection sous-cutanée) : 35 % en 1 heure 10, 45 % en 2 heures.

Urée du sang : 0,23 ‰.

Constante d'Ambard : 0,06.

Albumine urinaire : nulle pendant la durée de l'observation.

Courbe de poids : chute du poids à 74 kgr.

Que conclure de cette observation sinon qu'il s'agissait d'une rétention chlorurée fonctionnelle sans signes de néphrite. Comment retenir l'élimination faible de la phénol phtaléine en présence d'une urée sanguine, d'une constante et d'une tension normales ?

Quant à la cause de cette rétention fonctionnelle il eût été vain de trop s'y arrêter. Fatigue ? fatigue digestive ? refroidissement ? C'est possible mais aucune preuve.

Epilogue. — Pendant huit mois, C... a fait un service militaire sans aucun trouble. Son poids vérifié chaque mois, comme chez tous ses camarades, est resté en équilibre à 74 kgr.

Puis, le 12 août C... fut repris des mêmes troubles qu'en janvier : douleur et œdème des jambes, rétention chlorurée sans albuminurie, légère augmentation de poids.

Cette fois-ci, la rétention chlorurée ne put être réduite. Il ne pouvait plus s'agir d'un simple trouble fonctionnel mais d'une néphrite chlorurémique malgré l'absence d'albuminurie qui, règle générale, abonde dans les néphrites de ce genre.

Ce diagnostic posé, la réforme avec pension s'imposait au moins temporairement.

ACTUALITÉS

Le Douzième Salon des Médeçins

Douze ! chiffre important, imposant même lorsqu'il s'agit d'une exposition, chiffre de consécration, si l'on peut dire, témoignant d'une heureuse vitalité. Au reste, si nous ouvrons le catalogue, nous trouvons au seuil, pour nous accueillir au recto de la première page une superbe invocation à Apollon du grand maître chirurgien, Jean Louis FAURE, lequel pratique la Césure avec la même Maëstria qu'il énucle une tumeur. Au verso nous est offert le bilan de ce Salon. Et par ma foi l'actif en est imposant : plus de 4.000 œuvres réparties en douze expositions par quelque 1.300 médecins et para-médecins ; voilà un bilan de prospérité qu'enviraient, en nos jours, nombre d'entreprises financières. Aussi la renommée s'en est-elle suivie et a-t-on vu le Président de la République venir en personne, incognito, le visiter par une sympathie personnelle pour le Corps médical, qu'il ne cache pas du reste. Cela n'a pas été, naturellement sans susciter des jalousies, qui se sont traduites, entre autres, par un article tendancieux d'un grand journal qui ne nous reproche rien moins que de retirer le pain de la bouche aux artistes professionnels et de les affamer. Or, à ma connaissance, sur les 4.000 œuvres exposées, en douze ans, il s'en est vendu peut-être 3 ou 4. Mais la bonne foi est une fleur rare et la médicophobie, toujours bien portée, est d'un secours inappréciable pour un « tourneur de film » en mal de copie. Mais voyons plutôt comment se justifie le succès de ce Salon.

Tout d'abord les femmes et filles de confrères nous montrent d'excellentes œuvres, tant en peinture, en aquarelle, qu'en gravure et sculture. Aussi avons, nous plaisir à citer entre autres les noms, par ordre, de Mlles Baillière, Blanchard, Boyer, Chauvois, Christophe, Dervieux, Drouin, Estrabaut, Lévy-Engelmann, Richert, Rolland, Saint-Paul, Touchard, Vianay, Vitoux et de Mesdames Amatchi, Berthelot, Bianquis, Brignon, Castex, Catton, Caussade, Deroche, Jean Félix, Fourneau-Segond, Gallien-Berthon, Gugelot, Huzard, Lefèvre, Mérot, Perrens-Bonamy, Poirault Thoinot et Zicca.

A la sculpture se sont comportées, avec non moins de valeur, Mesdemoiselles Quinquaud et Letulle ; Mesdames Dublineau, Roginsky et Sidler et à l'art décoratif, avec une jolie reliure, Mme Chuche.

Du côté de nos confrères l'art a été de même vaillament défendu par MM. Amyot, Barbié, Bertin, Bosc, Boyer, Bureau, Burdin, Chavanon, Clermonthe, Coutelle, Danet, Darget, Dervieux, Durœulx, Escat, Fiévez, Fraikin, Frogier, Glénard, Hallé, Heitz, Jacquemin, Junot, Kolb, Le François, Le Gendre, Léonard, Lévy-Frankel, Lorentz, Lortat-Jacob, Mahu, Malet, Marc, La Marche, Mathieu, Mauchant, Méaume, Mérigot de Trégny, Millon, Oberthür, Peugniez, Poutier, Quesnay, Ramoisy, Ragonnet, Roques, Taphanel, Tassilly, Wilbort, Wolinetz.

L'aquarelle et le pastel étaient avantageusement représentés par MM. Barbillion, Billard, Bobo, Ferrand, François, Giron Gouzéne. Gurlie, Janet, Le-Bec, Métayer, Raléa, Rendu, Templier, Thomas, P. de la Villéon. La gravure et le dessin par MM. Antoine, Bonneterre, Caussade, Coffin, Decressac, De Hérain, Dondi, Dumatras, Marcel et Ménétrel. La sculpture par MM. Blanchard, Brignon, Degrais, Dhôtel, Forel, De Hérain, Hayem, Villandre, Jacquemin, Le Noir, Martel, Mérignargues, Moncassin, Philibert, Raléa. Enfin l'art décoratif par M. Jouhaud et ses émaux et M. Rabourdin.

Au résumé excellent Salon ou a régné la plus cordiale entente, car l'art, pratiqué en amateur, comme délassement, ne connaît, de ce fait, ni compétitions, ni jalousies. Et dire qu'il en est qui souhaiteraient qu'il y ait à notre salon un jury et des récompenses. Les malheureux, l'*individia medicorum*, ne leur suffit donc pas !

POLYPHILE.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Anatomie

Le lobe apical de la veine azygos est une anomalie pulmonaire caracterisée par la bilobation du sommet du poumon droit par un trajet anormal de la veine azygos anomalie qui n'est pas aussi exceptionnelle qu'on pourrait le croire à la lecture des traités anatomiques et devant la rareté, en France tout au moins, de ses descriptions radiologiques. Le poumon droit apparait formé de quatre lobes par division de son apex.

De leur exposé les auteurs croient pouvoir conclure :

« Que les données anatomiques et embryologiques permettent actuellement de donner une description morphologique précise de l'anomalie et d'expliquer les divers stades de sa réalisation par une déviation en dehors de la cardinale postérieure (future azygos) sous la traction des veines primitives du membre supérieur droit, dont le remaniement est plus lent que normalement. Il faut reconnaitre l'ignorance absolue où nous restons de la cause même de ce retard d'évolution des veines thoraco brachiales.

« 2° Mais depuis quelques années, l'existence de ce lobe supplémentaire présente plus que l'intérêt de curiosité qui peut s'attacher à une rencontre anatomique. Sa traduction radiologique est de constatation facile. Il ne semble pas que cette image isolée à « l'état de pureté ait la valeur d'un signe évident de lésion pleurale » (Jalet).

Mais de toutes façons, en raison d'une fréquence dont on commence à se rendre compte, le lobe apical de la veine azygos, sain et plus encore lorsqu'il est lésé, doit être pris en considération dans la discussion des images anormales de l'apex droit. » (Georges Carrière, Louis Thomas et Claude Huriez (de Lille.) Le lobe apical de la veine azygos. Revue générale. *Gazette des Hôpitaux*, 5 et 12 septembre 1931.

Pathologie générale

Le domaine des infections proprement bucco-pharyngées commence à peine à être connu, alors que le domaine des infections rhino pharyngées, en raison de leur caractère épidémique, a été minutieusement exploré. En raison des défaillances habituelles de l'hygiène buccale, le système dentaire est par excellence un point d'accrochage et un foyer permanent pour l'infection. « Nombre de bons esprits se sont insurgés contre la notion de l'infection focale, tant dentaire qu'amygdalienne, en raison des déductions excessives qui en ont été tirées : éradication des granulomes ou amygdalectomie systématique.

« Cependant, il n'est pas possible de nier le danger des suppurations dentaires chroniques. La vaccinothérapie, pratiquée au moyen des seuls germes en cause et non avec une macédoine de bactéries buccales quelconque, doit apporter son appoint au traitement purement dentaire.

Chez des sujets sensibilisés ou malingres, il sera toutefois prudent de substituer aux injections intra-dermiques de simples applications locales ; il pourra être utile de leur associer particulièrement dans la pyorrhée, l'action d'arsenicaux actifs sur les spirochètes de la bouche.

« Ainsi sera réalisée la seule prophylaxie rationnelle et efficace

contre un essaimage infectieux redoutable. » (Ch. Grandclaude et Ph. Lesbre : *L'infection* focale dentaire et ses retentissements organiques. *La Presse Médicale*, 26 septembre 1931.)

La clinique aussi bien que l'expérimentation montrent que les dystrophies (quelles que soient leur origine, mais les dystrophies d'origine alimentaire présentent à ce point de vue les exemples les plus sûrs) peuvent exister :

« 1° A l'état de *dystrophie affirmée* par une sémiologie classique : signes de carence manifestée dans les diverses avitaminoses etc.

« 2° A l'état de *prédystrophie*, signes de précarence A.B.C. D., etc.

« 3° A l'état *inapparent*.

« L'importance des dystrophies inapparentes paraît grande, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte. Elles peuvent rester à cet état inapparent ou être plus ou moins brusquement révélées par des facteurs variés, dont nous avons étudié quelques-uns.

« La notion de dystrophie inapparente est actuellement surtout liée à celle de déséquilibre, de carence alimentaire, mais doit s'étendre à un plus large domaine.

« En attendant, elle rend compte de faits cliniques jusqu'ici inexpliqués, et, dans certains cas, permet une prophylaxie, singulièrement précoce, du déséquilibre nutritif, qui laissé à son évolution aboutirait à des troubles, à des lésions, parfois irréparables. » (Georges Mouriquand. Les dystrophies inapparentes. *La Presse Médicale*, 19 septembre 1931.)

Tuberculose

La chrysothérapie apporte une arme utile dans la prévention des aggravations de la tuberculose liées à la grossesse et à l'accouchement. C'est un nouveau titre à l'actif de la méthode.

« Il semble, disent MM. Léon Bernard, Charles Mayer et Sakellaropoulos, qu'on en peut inférer les indications suivantes :

« Tout d'abord, en ce qui concerne la grossesse reconnue chez une tuberculeuse dans les quatre premiers mois ce n'est pas le lieu ici d'aborder la discussion sur l'opportunité de l'interruption de la gestation. Mais nous estimons fermement que, si celle-ci n'est pas décidée, il reste à poser les indications d'une thérapeutique préventive des accidents dus à la maternité. A cet égard, chaque fois qu'il s'agira d'une forme ulcéro-caséeuse à lésions unilatérales, c'est le pneumothorax artificiel qu'il faudra instituer.

« Si cette intervention demeure inefficace, on lui adjoindra la chrysothérapie. D'autre part, c'est cette méthode seule qui doit être mise en œuvre chaque fois que le pneumothorax est irréalisable en raison de symphyse pleurale, ou qu'il est contre-indiqué du fait de la bilatéralité des lésions évolutives.

« En ce qui concerne la forme ulcéro-fibreuse, nous pensons que la chrysothérapie est toujours indiquée, par mesure de prudence. Au contraire, elle nous semble superflue pour les scléroses inévolutives.

Bien que nous n'ayons pas eu à traiter de formes aiguës compliquées de grossesse, nous leur appliquerions les mêmes règles que pour les formes ulcéro caséeuses évolutives. » (Léon Bernard, Charles Mayer et Sakellaropoulos. La chrysothérapie préventive chez les tuberculeuses enceintes. *La Presse Médicale*, 7 octobre 1931.)

La mesure de la vitesse horaire de la sédimentation globulaire apporte une aide importante au phtisiologue : « Cette recherche, qui n'est pas spécifique, permet, au prix d'un outillage minime, l'obtention de valeurs numériques faciles à déterminer et comparables entre elles.

« Au point de vue de sa valeur diagnostique et pronostique dans la tuberculose pulmonaire, on peut dire qu'aux chiffres élevés de sédimentation globulaire correspondent les cas graves, et qu'une accélération régulière de la vitesse de chute des globules rouges implique le plus souvent des réserves dans le pronostic.

« A côté des données de la bactériologie, avec d'évidentes réserves, la mesure de la vitesse de sédimentation globulaire doit, nous paraît il, prendre place dans l'examen courant de chaque malade, et figurer de plus en plus à la consultation du phtisiologue et dans les dispensaires. » (J. Mattei et H. Jasienski. La mesure de la vitesse de sédimentation des globules rouges dans la pratique phtisiologique. *La Gazette des Hôpitaux*, 2 septembre 1931.)

La méningite tuberculeuse, peut s'associer à d'autres infections méningées et il est intéressant pour le clinicien de savoir comment évoluent ces infections mixtes et les difficultés qui empêchent souvent de les reconnaître.

« On est souvent frappé de ne trouver, chez les sujets qui ont succombé à une méningite tuberculeuse, que des lésions très discrètes ; il importerait alors de rechercher s'il n'y a pas quelque autre infection associée. Réciproquement, dans certaines méningites aiguës, où les exsudats fibrino-purulents sont bien visibles, il importe d'examiner toujours avec beaucoup d'attention les méninges et de rechercher le long des vaisseaux, dans la scissure de Sylvius en particulier, s'il n'y pas quelques fines granulations tuberculeuses et, au besoin, de vérifier au microscope si l'on ne rencontre pas de bacilles colorables par la méthode de Ziehl. »

(Ch. Achard, Méningite tuberculo-pneumococcique. *Journal des Praticiens*, 15 août 1931.)

Reins

En France la notion de néphrose lipoïdique en tant que maladie isolée, n'a pas, jusqu'à présent, rencontré l'unanimité des suffrages qu'elle semble avoir recueillie en Allemagne et en Amérique.

« Sans doute, il est des cas ou la néphrose s'associe à titre de complication secondaire à diverses néphropathies : son rôle alors est évidemment restreint, et il ne faudrait pas lui attribuer une importance que seuls revendiquent dans de telles conditions, le facteur de rétention rénale et le déséquilibre minéral.

« Mais il faut bien avouer que, chez d'autres malades, la néphrose lipoïdique fait beaucoup plus figure d'affection autonome, possède des tests biologiques de haute valeur, impose l'idée d'une pathogénie des troubles nettement différente de ce que l'on voit dans la néphrite, guérit par un traitement qui lui est exclusivement approprié : dans ces conditions, et pour ces cas seulement, on ne peut s'empêcher d'attribuer à la néphrose la valeur d'une entité morbide véritable. » (Houcke et Warembourg. La néphrose lipoïdique. Sa valeur nosologique. Revue générale. *Gazette des Hôpitaux*, 19 septembre 1931.)

Appareil digestif

L'auscultation digestive « n'est certainement pas appelée à atteindre le degré de précision et d'importance primordiale que possèdent les auscultations pulmonaires et cardiaques dans la symptomatologie des affections des organes correspondants : mais elle est un signe physique à la pratique duquel on doit s'entraîner plutôt que le négliger.

« Les renseignements qu'on peut en tirer peuvent être utiles pour l'étude du mode de réplétion, de contraction et d'évacuation de l'estomac.

« L'étude du bruit pylorique en particulier est des plus instructives. Bien entendu, la radiologie demeure le procédé d'exploration pylorique de beaucoup le plus précis, mais l'auscultation a l'avantage de porter sur des *aliments* et non sur de la *baryte* ce qui n'est pas la même chose, en ce qui concerne l'évacuation. Elle peut fournir des résultats immédiats lors du premier examen et servir à orienter le diagnostic. » (Noël Fiessinger. A. Delaigue et G. Hutet. L'auscultation gastrique sous le contrôle radioscopique. *Journal des Praticiens*, 23 août 1931.)

Thérapeutique

La chlorophylle « est de toutes les substances végétales, ce le qui semble avoir le moins attiré l'attention des pharmacologues et des thérapeutes.

« Les recherches pharmacologiques de l'école d'Upsal en particulier, ont montré récemment que la chlorophylle pure possède toute une série de propriétés neuro-musculaires, cardio-vasculaires, hémopoïétiques, sécrétoires, etc.

« Guidés par les données physiologiques, les cliniciens scandinaves et allemands ont surtout utilisé la chlorophylle dans les anémies, les hypotensions, les troubles de la croissance et dans les convalescences des maladies aiguës.

« Comme il s agit d'une substance non toxique, il semble que son emploi thérapeutique mérite d'être largement répandu ». Edellmann. Propriétés pharmacodynamiques et thérapeutiques de la chlorophylle. (*Le Bulletin médical*, 19 septembre 1931.)

L'hirudine a une action tout à fait différente de celle qu'on lui attribue communément. L'hirudine ne peut empêcher la formation du caillot phlébitique, de même qu'elle s'avère impuissante à le dissoudre.

« L'hirudine favorise le déplacement des leucocytes entre le système réticulo-endothélial et le sang ; elle débloque les éléments de leur foyer de réserve ; les leucocytes débarrassent le sang des bactéries, par leurs déplacements, en supprimant la cause des phlébites.

« L'hirudine associée à l'abcès de fixation est un important moyen curateur dans les septicémies.

« Le manque de réaction à l'huile de térébenthine par la formation d'un abcès de fixation, dans les septicémies, est considéré par MM. Dimitrin et Somnea comme un blocage des leucocytes dans le système réticulo-endothélial ; dans ce cas, les injections d'adrénaline suivies d'injections de plasma hirudinisé détruisent ce blocage et facilitent de la sorte le déplacement des leucocytes, dont les conséquences sont la formation de l'abcès de fixation et une rapide guérison des septicémiques ». (V. Dimitrin et Somnea. Action thérapeutique de l'hirudine dans les plebites, la septicémieet dans quelques affections de nature microbienne. *La Presse médicale*, 16 septembre 1931.)

La méthode de Sicard « qui peut être excellente dans les cas d'accidents variqueux d'origine mécanique, c'est-à-dire lorsque les veines restent ectasiées après la disparition de leur cause efficiente, doit être pratiquée avec beaucoup de circonspection dans les autres cas. En dehors des inconvénients de l'opération elle-même, elle n'empêche pas la récidive lorsque persiste la raison causale, c'est-à-dire l'insuffisance endocrinienne. On a commencé à associer les deux méthodes : hydrominérale et sclérosante, pour le traitement des varices. Il faut le recul du temps pour pouvoir donner une appréciation exacte de la symbiose de ces deux procédés. » (Pierre Pesnel. Des inconvénients immédiats ou tardifs de la cure radicale des varices par injctions sclérosantes. *Journal des Praticiens*, 19 septembre 1931.)

Appareil respiratoire

Le diagnostic de cancer du poumon présente des difficultés très sérieuses. Aussi, à ses débuts, est-il le plus souvent méconnu, et c'est plus ou moins tardivement, après des examens répétés et par la considération de la marche extensive des lésions et des progrès de la cachexie, que le diagnostic est posé.

« ... Au cours de ces dernières années, un assez grand nombre de travaux ont été consacrés en France à l'anatomie pathologique et à la pathogénie de ce cancer, et aussi son étude clinique. On a mis en relief la variété très grande des aspects cliniques qu'il peut prendre et l'on a généralement conclu que, malgré les difficultés de diagnostic qui en résultent, la proportion d'erreurs estimée il y a vingt ans à 80 % par Mlle Cotlin et MM. Cramer et Saloz, était aujourd'hui beaucoup moins considérable. Cette manière de voir paraît exacte, mais il se faudrait pas croire pourtant qu'on puisse reconnaître pendant la vie tous les cas de cancer pulmonaire, ni, inversement, que tous les cas où le diagnostic de cancer du poumon a été porté se vérifient par l'évolution morbide. Nous avons suivi, l'an dernier, dans ce même service, une malade chez laquelle le diagnostic de cancer du poumon avait été porté par un de nos collègues très distingué et qui, au bout de plusieurs mois, était en voie de grande amélioration et put quitter l'hôpital.. » (Ch. Achard. Cancer du poumon. Etude clinique. *Journal des Praticiens*, 19 septembre 1931.)

Ophtalmologie

L'examen oculaire systématique au cours de l'hypertension artérielle est susceptible d'apporter par des observations multiples une contribution intéressante à la physiologie pathologique de l'hypertension artérielle et permettra sans doute d'en fixer plus rigoureusement le pronostic et le traitement. Il est nécessaire d'insister auprès des cliniciens généraux sur les acquisitions récentes du domaine ophtalmologique et sur l'appoint important que peut donner l'examen oculaire systématique des malades dans l'étude anatomo-clinique et peut-être même physio-pathologique de l'hypertension artérielle. On n'a pas assez vu l'intérêt considérable que représente avec les moyens d'investigation actuels l'examen ophtalmoscopique des hypertendus.

(J. Rollet et Paufique, (de Lyon, Etude ophtalmologique de l'hypertension artérielle. *Paris Médical*, 5 septembre 1911.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 octobre 1931

A propos du traitement des tuberculoses articulaires par l'huile iodée. — *M. Sorrel* rapporte une série de tentatives thérapeutiques dans les coxalgies ou les tumeurs blanches du genou. Après 18 mois d'essais, M. Sorrel est arrivé à la conclusion que les injections d'huile iodée sont sans aucun effet. L'auteur rappelle que le diagnostic de tuberculose articulaire est souvent difficile à poser et qu'on n'a pas le droit d'affirmer ce diagnostic sans preuve bactériologique.

A propos de certains ostéomes de la face interne de l'extrémité inférieure du fémur. — *M. Mauclaire* a déjà observé plusieurs cas semblables à ceux communiqués par M. Fredet. Il pense qu'il s'agit rarement d'arrachement osseux, mais le plus souvent d'ostéomes qui disparaissent spontanément.

Large perforation utérine avec inclusion d'intestin grêle. — *M. Proust* analyse cette observation de *M. Bergouignan* qui, après laparotomie, fit l'hystérectomie suivie de réaction de l'anse intestinale herniée.

M. Mocquot dans un cas analogue, n'a pas cru devoir faire l'hystérectomie et sa malade a guéri.

M. Basset a observé cinq cas de perforation utérine sans extériorisation de l'intestin ; dans 4 cas il a fait simplement la suture, dans un seul l'hystérectomie.

M. Sauvé dans un cas, s'est également borné à la suture ; sa malade, dans la suite, mena à bien une grossesse.

M. Moure a fait une fois une hystérectomie et sa malade mourut.

M. Brocq sur 4 cas a fait deux hystérectomies et deux sutures. Il en conclut que les indications sont variables suivant l'état de l'utérus.

A propos de treize ulcères gastro-duodénaux perforés. — *M. Proust* analyse ces 13 observations communiquées par *M. Y. Bourde* (de Marseille). L'auteur a constaté sept fois l'existence de la sonorité pré-hépatique. Il a eu quatre morts. Il a toujours terminé par un drainage sus-pubien et fait la gastro-entérostomie dans près de la moitié des cas.

Cancer du côlon sigmoïde chez un jeune homme de quinze ans. — *M. Guimbellot* relate cette observation de *MM. Malignon* et *Fruchaud* (d'Angers). Après radiographie, on pense plutôt à un mega-côlon, étant donné l'âge du malade. On est secondairement amené à opérer à l'occasion d'un épisode aigu. M. F. trouve une tumeur sténosante du côlon pelvien qu'il résèque en abouchant les bouts à la peau. Guérison opératoire. Quatre mois plus tard, on réintervient, mais on découvre déjà des récidives locales qui empêchent de supprimer l'anus iliaque. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un épithélioma atypique. Le rapporteur insiste sur la rareté des cancers coliques avant vingt ans.

Traitement des artérites oblitérantes par les résections artérielles. — *M. Grégoire* analyse une observation de *M. Fontaine* (de Strasbourg). Il s'agit d'un homme de 49 ans présentant une histoire typique d'oblitération artérielle. Résection de 22 cm. de fémorale et section de la veine entre deux ligatures. Vingt-cinq jours après, le malade, très amélioré, sort de l'hôpital et revient un an plus tard pour un syndrome analogue du côté opposé. On fait de ce côté une résection artérielle de 12 cm. Guérison. M. G. estime que l'intervention agit essentiellement par une résection complète et parfaite du sympathique. Il estime de plus que la résection d'un cordon oblitéré ne peut compromettre en rien la vascularisation du membre.

Corps étranger du duodénum. — *M. Fredet* rapporte une observation de *M. Tisserand* (de Besançon) qui a procédé à l'ablation d'une épingle du duodenum d'un nourrisson et a guéri son malade.

Billets pour Voyages circulaires à itinéraires fixes

Pour faciliter la visite des régions touristiques que le P. L. M. dessert, toutes les gares de ce Réseau, sur demande faite 3 jours à l'avance, délivrent, en toutes classes, des billets d'excursions à itinéraires fixes à prix réduit. Ces billets sont valables 33 jours.

Certains circuits comprennent uniquement des parcours en chemin de fer ; d'autres des parcours en chemin de fer et en autocar.

Le voyageur partant d'une gare située en dehors d'un itinéraire fixe peut obtenir que son billet d'excursion comporte des coupons de même classe lui permettant de rejoindre ou de quitter le circuit à une gare de son choix ; le parcours de retour de cette gare au point de départ peut être différent du parcours suivi à l'aller.

La réduction en chemin de fer est de 20 à 25 % suivant la classe, mais à la condition que le circuit et, le cas échéant, le parcours d'accès à ce circuit, aient lieu sur le réseau P. L. M.

Pour tous renseignements concernant les principales dispositions du tarif et notamment les conditions de délivrance et le prix des billets circulaires, des billets complémentaires, les itinéraires de voyages, etc... s'adresser aux bureaux de renseignements et bureaux de ville du Réseau P. L. M. ; aux Agences de voyages, etc...

Artériographie. — *M. Dos Santos* présente des radiographies d'injections artérielles au bioxyde de thorium.

Mortification brutale des fibromes au cours de la grippe. — *M. Rouhier* en a observé trois cas, qui se traduisirent par un syndrome péritonéal aigu. Guérison dans les trois cas.

Séance du 21 octobre 1931

A propos des ulcères peptiques. — *M. Lapointe* a observé trois ulcères peptiques après gastro-entérostomie. Le premier malade fut traité par une gastro-entérostomie pour un ulcère adhérant au pancréas. 16 mois après, il fut réopéré et on trouva un gros ulcère sur l'anse afférente.

L'auteur termina par une gastrectomie (Polya).

Le deuxième malade, opéré antérieurement de gastro-entérostomie pour ulcère pylorique : dégastroentérostomie, résections jéjunale, polyatrans-mésocolique.

Le troisième malade a été opéré d'un ulcère perforé par suture et gastro-entérostomie. Il existait une périgastrite intense qui rendit l'intervention difficile. Dégastro entérostomie. Excision de l'ulcère et gastrectomie (Péan).

M. Gosset insiste sur le point de technique suivant : il ne faut pas entrer directement dans la bouche anastomtique mais couper le jéjunum en tissu sain.

Hématome périrénal spontané. — *M. d'Allaines* rapporte deux cas de M. *Hertz*. La première observation concerne un homme opéré trois ans auparavant d'un polype vésical. Les hématuries avaient persisté. A l'occasion d'un episode brutal, l'auteur trouve un gros gonflement de la région lombaire. Incision par voie transpéritonéale d'un hématome périrénal. Il existait dans la loge un gros rein bosselé.

Le deuxième malade avait depuis quelque temps une tuméfaction du flanc droit. A l'occasion d'un épisode aigu, l'auteur incisa un gros hématome périrénal droit. Il s'agissait d'un sarcome du rein.

M. d'Allaines montre que la néphrite chronique et les tumeurs rénales sont les deux grandes causes de l'hématome périrénal.

Ligature de la coronaire stomachique et de la pylorique au cours d'une hématémèse grave. — *M. d'Allaines* relate une observation de *M. Faucher* (d'Orléans). Hematémèses de sang rutilant, très abondantes ; le malade est sans pouls. Anesthésie locale de la peau. Il trouve une tumeur grosse comme une mandarine. Ligatures le long de la petite courbure des branches de la coronaire stomachique et de la pylorique. Fermeture aux bronzes. Guérison.

Réoperation plusieurs mois après, pour faire la résection de l'ulcère : on n'en trouve plus aucune trace.

L'auteur referme sans rien faire. Guérison.

M. d'Allaines étudie les indications opératoires dans les ulcères hémorragiques.

M. Picot rappelle que M. Cunéo a réalisé la même opération avec guerison.

M. Moulonguet a fait une fois une résection gastrique, le malade a guéri. Une autre fois, M. Moulonguet n'a pu trouver le point qui saignait et a fait la ligature des quatre pédicules de l'estomac. Le malade a guéri.

M. Moure insiste sur le fait qu'un ulcère peut être adhérent au pancréas ou au foie et que l'hémorragie peut provenir d'un de ces organes. Chez un malade, M. Moure a fait une gastrotomie et une diathermo-coagulation de l'ulcère qui pénétrait dans le foie. Le malade n'a plus saigné depuis.

M. Bréchot rappelle que M. Savariaud et lui-même ont guéri des malades par de simples gastro-entérostomies.

M. P. Duval voudrait qu'on ne s'occupât que des hémorragies très importantes, qui nécessitent une opération d'urgence.

M. de Martel emploierait volontiers le muscle d'oiseau dont l'action hémostatique est considérable.

24 cas de réparation des tendons fléchisseurs de la main. — *M. Mathieu* fait un rapport sur ce travail de *M. Marc Kelin*.

Celui-ci a modifié certains points de technique, mais utilise toujours la suture en lacets. Les douze premiers cas ont donné douze échecs. Les douze derniers comportent sept succès et cinq échecs.

M. Alglave rappelle que pour avoir de bons résultats, il faut avoir une synoviale intacte.

M. Brocq se demande si ces nouveaux procédés doivent faire abandonner la suture immédiate directe.

Sur le traitement du cancer du col utérin. — *M. Mocquot* rappelle que l'opération dite hystérectomie élargie n'est pas l'intervention radicale idéale, enlevant la lésion avec les ganglions. M. Mocquot a enlevé huit fois seulement quelques ganglions ; ils étaient de siège variable, malgré ce qu'a dit M. Leveuf. De plus l'expérience prouve que l'extirpation ganglionnaire aggrave considérablement les risques opératoires.

M. Mocquot insiste aussi sur le fait que le radium donne d'excellents résultats et doit peut-être détrôner la chirurgie.

Les résections des apophyses transverses au cours de la thoracoplastie. — *MM. Proust* et *Maurer* montrent que cette méthode donne un collapsus pulmonaire très complet, en permettant la résection de la portion la plus interve des côtes.

Résection arthroplastique de la hanche. — *M. Mathieu* montre un excellent résultat de cette opération faite pour une arthrite déformante.

Résection partielle du poignet pour tumeur blanche. — *M. Sorrel* montre un excellent résultat d'une resection d'une seule rangée du carpe avec évidement de la tête d'un métacarpien.

M. Lenormant a eu de très bons résultats lui aussi.

Ostéomyélite aiguë du radius — *M. Martin* présente un malade incisé plusieurs fois, chez qui on a fait une résection de la diaphyse radiale. Bon résultat articulaire, mais déformation en main bote consécutive.

G. MENEGAUX.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 octobre 1931

L'autopyovaccin dans le traitement des suppurations pulmonaires putrides. — *MM. Léon Bernard* et *Pellissier.* — Les traitements purement médicaux connaissent la plupart du temps des échecs dans le traitement des suppurations gangréneuses du poumon. Les auteurs ont utilisé un autopyovaccin, préparé à partir des crachats fétides, des malades, en « passant par le cobaye ».

Dans les abcès gangréneux isolés, les résultats en ont été excellents, non pas seulement dans ceux de ces abcès qui doivent guérir spontanément, mais aussi dans des abcès vieux de plusieurs mois, et pour lesquels on propose ordinairement l'opération chirurgicale, si dangereuse.

Dans les gangrènes diffuses subaiguës, de bons résultats ont été enregistrés chaque fois qu'il n'y avait pas de dilatation des bronches associées. Quand l'ectasie coexistait, tout au plus observait-on des améliorations, après quoi la gangrène reprenait sa marche par poussées.

De toute manière, l'autopyothérapie, même lorsqu'elle ne peut enrayer la marche fatale des lésions gangréneuses, agit toujours et toujours très vite sur la bronchorrée, la fétidité, sur la fièvre, et cette action purement symptomatique à elle seule justifierait déjà l'intérêt de cette médication.

Sur un cas de péricardite tuberculeuse subaiguë secondaire de l'adulte. — *MM. Léon Bernard* et *Pellissier.* — La péricardite est exceptionnelle au cours d'une tuberculose pulmonaire : ce cas concerne un tuberculeux fibreux, à lésions pulmonaires discrètes, qui fut atteint secondairement d'une péricardite tuberculeuse d'évolution subaiguë mortelle. Mais les auteurs mettent surtout en valeur la nature hematique du liquide péricardique et sa richesse en bacilles de Koch : ils y fourmillaient littéralement. La présence inaccoutumée de bacilles tuberculeux dans l'épanchement du péricarde soulève des problemes pathogeniques intéressants et rend compte vraisemblablement de l'allure rapide de cette tuberculose secondaire du péricarde, en dépit des ponctions et du pneumopéricarde.

Cancer primitif pleuro-pulmonaire avec éosinophilie pleurale. — *MM. Léon Bernard, Julien Marie* et *J. Anchel* rapportent l'observation d'un malade qui presenta, au cours de l'evolution d'un cancer primitif du poumon, un épanchement

pleural hémorragique. Or, dans le liquide retiré par ponction exploratrice, les auteurs constatèrent un taux élevé (56 %) de polynucléaires éosinophiles.

Cet épanchement peu abondant fut de courte durée et la poussée éosinophilique pleurale et sanguine fut elle-même très fugace. Cependant cette observation, jointe à quelques autres, permet d'affirmer que la règle classique de Dieulafoy donnant comme caractéristique des pleurésies cancéreuses, l'absence d'éosinophiles est trop absolue ; la présence d'un épanchement hémorragique riche en éosinophiles ne permet pas d'éliminer la néoplasie pleuro-pulmonaire.

Diagnostic bronchoscopique des cancers broncho-pulmonaires. — *M. A. Soulas*. — Le diagnostic du cancer broncho-pulmonaire n'est pas facile, étant donné le polymorphisme clinique et radiologique de cette affection. L'examen endo-bronchique est le seul qui, dans la plupart des cas, puisse apporter des données précises. D'après dix observations, il apparaît que les aspects endo-bronchiques caractéristiques du cancer broncho-pulmonaire sont les suivants : tumeur ulcéro-végétante ; petit nodule ou encore simple rougeur diffuse, infiltration, état hémorragipare de la muqueuse ; anomalies de forme, de direction des conduits bronchiques ; et surtout limitation ou absence des mouvements bronchiques.

Même sans biopsie, il y a là un faisceau de signes endoscopiques qui permettent soit d'affirmer la présence du cancer, soit d'en rejeter, dans bien des cas, l'éventualité.

M. Rist insiste sur l'immobilité de l'éperon trachéal qui lui paraît être un des meilleurs signes que l'examen endoscopique apporte en faveur du cancer broncho-pulmonaire.

Manifestations hépatiques au cours d'états encéphalo-méningés. — *MM. Ch. Richet fils, André Jacquelin* et *François Joly*. — Ces auteurs ont observé sept malades qui ont présenté l'association : troubles cérébro méningés, et troubles hépatiques. Les troubles cérébro-méningés étaient variables dans leurs manifestations (hémorragie méningée, méningite tuberculeuse et syphilitique, méningite de cause indéterminée, confusion mentale). Les troubles hépatiques se caractérisaient au contraire par un véritable syndrome presque toujours identique à lui-même : c'était l'acétonurie, l'urobilinurie, la chlorurie pigmentaire et saline, l'hyperglycémie avec troubles d'hémoglycémie dès qu'on injectait des doses même minimes d'insuline. Dans certains cas, des modifications du temps de saignement et de coagulation, dans un cas un ictère. La plupart de ces malades étaient prédisposés à l'insuffisance hépatique par éthylisme antérieur, grossesse, cholécystite.

Sauf dans un cas de méningite tuberculeuse tous les malades ont évolué vers la guérison du syndrome méningé et des manifestations hépatiques.

Pour les auteurs les troubles d'insuffisance hépatique sont sous la dépendance d'une modification dans le fonctionnement cérébral. Toute altération du cerveau végétatif paraît se répercuter sur le fonctionnement du foie comme elle peut, dans des cas comparables, retentir sur les fonctions des autres organes.

M. Claude pense que les faits sont sans doute plus complexes : le trouble cérébral et les altérations hépatiques ne sont peut-être que les effets d'une même cause.

Atrophie mammaire et pneumothorax artificiel. — *MM. Rist, Cournan* et *Véran*. — Les auteurs ont observé deux cas d'arrêt de développement du sein gauche en rapport avec une sclérose pulmonaire du même côté (l'une consécutive à une pneumonie, l'autre à une atteinte tuberculeuse) avant la puberté.

Ils ont en outre relevé dans leurs statistiques personnelles six fois sur 90, une atrophie mammaire homolatérale chez des femmes ayant eu un pneumothorax artificiel interrompu pour cause de guérison. L'atrophie de la glande est survenue tantôt au cours du pneumothorax, tantôt beaucoup plus tardivement, et 5 fois sur 6 dans des pneumothorax compliqués d'épanchement nécessitant des ponctions successives. Dans tous les cas, il n'existait aucune perturbation endocrinienne, ovarienne, en particulier. Les auteurs, frappés par l'unilatéralité homologue de l'atrophie glandulaire pensent que la cause de ce phénomène est d'ordre local et en relation neurogène due à l'irritation des nerfs intercostaux.

A propos d'un cas d'ictère grave avec atrophie jaune aiguë du foie. — *MM. Etienne Chabrol* et *A. Busson* rapportent une curieuse observation d'ictere grave qui s'est déroulé en un laps de temps très bref : cinq jours au maximum. Les signes d'urémie et de réaction méningée faisaient complètement défaut. Bien que la glande hépatique ne présentât aucun signe de cirrhose, son atrophie était considérable, le poids du foie étant tombé à 725 grammes.

Du point de vue histologique les auteurs soulignent l'importance de la macrophagie pigmentaire ayant pour territoire le centre des lobules hépatiques. Il s'agit là d'une lésion relativement rare si l'on en juge par les renseignements bibliographiques. Elle n'est pas sans intérêt, à notre époque où l'on prête volontiers aux virus ictérigènes le pouvoir de mettre en liberté l'hémoglobine sanguine ou musculaire.

Les ictères de l'acide phénylquinoléine carboxylique. *MM. Etienne Chabrol, A. Busson* et *Jacques Mennecier* développent les conclusions suivantes :

Les ictères que l'on a mis sur le compte de l'acide phénylquinoléine carboxylique sont extrêmement rares. Dans la littérature médicale, il n'en existe qu'une cinquantaine d'observations rapportées de 1923 à 1930 en Angleterre, en Amérique et dans l'Europe centrale. Il n'en est point fait mention dans les periodiques français.

Bénignes ou graves, ces jaunisses évoquent, par leur mode de début, l'ictère catarrhal ou l'ictère infectieux.

Sur les 49 cas que nous avons réunis, 16 observations correspondent au tableau anatomo-clinique de l'ictère grave avec atrophie jaune aiguë du foie.

Il nous paraît intéressant de rappeler à leur propos qu'entre 1923 et 1930 on a observé en Angleterre et dans l'Europe centrale une très curieuse épidémie d'ictère infectieux avec atrophie jaune aiguë de la glande hépatique. Ce syndrome fut exceptionnel en France.

Dans des cas de cet ordre on peut se demander si l'ictère de la phénylquinoléine n'est point sous la dépendance d'un biotropisme très comparable à celui qu'on invoque de nos jours pour interpréter certains ictères arsénobenzoliques.

Nous ne contestons pas que la phénylquinoléine soit susceptible d'exercer une action toxique sur le foie. Il est possible que le produit employé en Allemagne diffère dans sa constitution de la spécialité française ; nous croyons cependant que l'on peut faire, à propos de sa toxicité, les remarques suivantes : la formule chimique de la phénylquinoléine ne l'apparente que de très loin avec les composés ictérigènes de la série aromatique comme la toluylène-diamine ou la phénylhydrazine ; d'autre part, l'expérimentation établit un contraste entre la cholérèse très remarquable et l'absence de cholémie pigmentaire chez les chiens que nous avons soumis à une intoxication prolongée, par voie veineuse ; la crainte d'un ictère toxique ne doit pas faire abandonner un médicament très précieux dans le traitement de la goutte et des rhumatismes articulaires aigus ou chronique voire même dans les cures des ictères lithiasiques ou catarrhaux ; il importe seulement d'employer l'acide phénylquinoleique-carboxylique par voie buccale, à doses modérées ou par intermittence.

Hépatosplénomégalie familiale due à une syphilis de deuxième génération. — *M. Marcel Pinard* rapporte l'observation de deux sœurs présentant un syndrome hépatosplénomégalique dependant d'une syphilis de deuxième génération.

Forme camouflée par excellence puisque les malades avaient été présentées antérieurement comme atteintes de maladie familiale mystérieuse.

L'enquête familiale est le moyen de choix pour arriver à la preuve étiologique.

Les traitements d'épreuve font quelquefois repousser comme dans ces cas, le diagnostic de syphilis s'ils sont appliqués sans foi et sans intensité suffisante.

Le traitement antisyphilitique chez la mère pendant une gestation ultérieure a empêché cette maladie familiale de compter un cas de plus, le dernier enfant étant seul de tous parfaitement bien portant.

Michelle VALENTIN.

« ... Guérir, c'est dans bien des cas dissiper une émotion torturante. Et cela, les guérisseurs, les charlatans, les thaumaturges de tous les pays et de tous les temps ont su le faire mieux que des pontifes archi-diplômés !

Et ceux-là réussissent à soulager là où les autres, bridés par honnêteté scientifique et leur froide intelligence, restent impuissants. » (Louis COMBE : L'émotion facteur de terrain. Sa valeur pathogène et curative. *Le Bulletin Médical*, 5 septembre 1931.)

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

La consultation. — Le Dr Charles Rey va publier prochainement aux *Œuvres représentatives* (41, rue de Vaugirard, Paris), sous le titre : *Comptez 444... ou la médecine vraisemblable* un livre où il nous révèle les petits côtés humains, héroïques ou comiques de la profession médicale.

De ce livre, riche d'humour et d'humaine philosophie, nous détachons quelques pages intitulées : *La Consultation* :

— Le Professeur Tourtille est-il arrivé ?

— Pas encore me répond M. Faubidet : il sera ici à six heures. Voulez vous l'attendre au salon ?

J'ai été appelé, il y a huit jours, auprès de Mlle Faubidet, qui avait vomi son déjeuner, et poussé le thermomètre à 41 degrés. Depuis ma première visite, la fièvre n'a pas fléchi : obstinément, elle s'accroche, matin et soir, à ce chiffre effarant, et mes formules les plus astucieuses n'en ont pas entamé le plateau. Chaque jour, j'examine Mlle Faubidet : de son corps, cent fois retourné et malaxé, je renonce à arracher un diagnostic. Hier, M. et Mme Faubidet m'ayant conjointement manifesté dans leurs paroles une confiance renforcée, j'ai jugé prudent de leur offrir une consultation. Ils se sont regardés et, ensemble, ont répondu : « Merci docteur. Nous n'osions pas vous le proposer ».

M. Faubidet m'a introduit dans le salon empire d'où ses aïeux parqués dans leurs cadres dorés continuent à veiller sur la famille et inspirent quotidiennement à ses membres des directives fécondes.

Il s'est assis en face de moi. L'imminence de l'événement

qui va nommer la maladie de sa fille influe sur cet homme blond et placide, habituellement enroulé sur soi-même. Et il parle, signe, chez lui, d'émotion naissante.

La porte s'ouvre, et Mme Faubidet apparaît, tenant au bout de ses doigts, encore chaud et odorant, le thermomètre coupable d'avoir, une fois de plus, avancé sa pointe jusqu'au degré 41.

Mme Faubidet a fait toilette, et ses yeux ternis par le souci et les veilles, ont tiré quelque éclat de l'application récente d'une couche de poudre.

La pendule marque six heures un quart. Un coup de sonnette colle les lèvres de M. Faubidet, qui dresse la tête et immobilise ses paupières pour mieux écouter. Soudain il se détend : il a reconnu la voix du laitier.

M. Faubidet lâche son fauteuil pour se rapprocher de moi. Il parle. La multitude des mots accourue des profondeurs s'ordonne difficilement sur la langue, et la tête, qui joue autant que la bouche, s'évertue à en faciliter l'expulsion. Tandis que la main s'épuise à remettre en selle un lorgnon de myope qui chevauche un nez indocile.

— Le Professeur Tourtille est-il exact ? me demande-t-il-

— Généralement.

M. Faubidet se lève, et fait quelques pas en silence.

Mme Faubidet, extérieurement plus calme, obtient de moi la promesse que la malade sera munie d'un puissant fortifiant pour sa convalescence. Puis — car elle a le devoir de demeurer malgré tout, femme du monde — elle s'efforce à parler d'autre chose.

M. Faubidet, qui a tiré sa montre, et constaté qu'elle indique, comme la pendule, six heures vingt-cinq, inspecte, fenêtre ouverte, les abords de la maison. Il revient, sans avoir aperçu Tourtille — que, d'ailleurs, il ne connaît pas — et soumet à mon jugement cette idée en somme plausible, que mon « confrère » a peut-être oublié notre rendez-vous.

Moi-même, je commence d'être inquiet. Mais, énumérant dans le détail les multiples travaux d'un homme tel que Tourtille, je m'applique à donner à ce retard insolite figure factice d'exactitude.

Et c'est à moi, cette fois, qu'un coup de sonnette ferme la bouche.

J'entends, dans l'antichambre, le rythme à trois temps d'une démarche.

— C'est lui, dis-je en me levant.

Car le Professeur Tourtille est boiteux, « comme Talleyrand », et s'aide d'une canne.

De ce corps imparfait, on retient — ainsi, révérence parler, que devant certaines caricatures — seulement la tête. Et du visage — en dépit de l'arc saillant du nez qui débite une voix claironnante — d'abord l'œil, couleur de ciel, dont l'azur s'est confondu avec tous les horizons. Modeste — si l'on peut dire, — le menton s'efface, au-dessous du sillon de la lèvre où pèse un orgueil en partie légitime.

Il entre, une lourde serviette au bras. Il s'excuse, sur un ton de commandement, d'être en retard de « cinq minutes », retire ses gants, et, pressé, demande à examiner aussitôt la malade.

Tourtille est l'un des médecins les plus considérables de France. Il le sait, et ne s'en cache pas.

Il a consacré sa vie à l'étude d'un tissu, qui est une trame de remplissage, et qui — aime-t-il répéter — « *unit et sépare* » les éléments de nos organes. Cette austère boutade, cette image cocasse, qui accole deux antonymes, et flotte, tel un drapeau, autour de son nom, a fait, comme les trois couleurs, le tour du monde. Et c'est avec, qu'il est monté à l'assaut de la Faculté.

Son second titre de gloire, c'est d'être parvenu, après mille tâtonnements, à extraire des cornes de l'escargot un principe diurétique qu'il a installé au premier rang de sa batterie thérapeutique.

Tandis que Tourtille examine Mlle Faubidet, je l'observe attentivement. Ou plutôt, je les observe, car tous deux, en cet instant, sont une seule personne. La main qui palpe, l'oreille qui ausculte Mlle Faubidet font partie de Mlle Faubidet autant que Mlle Faubidet elle-même. Aussi le stéthoscope qui, allant de Tourtille à Mlle Faubidet comme de Mlle Faubidet à Tourtille, « les unit et les sépare »,

J'observe Tourtille. Et je tremble qu'il ne découvre quelque indice qui me serait demeuré caché.

Il réexamine le cœur... Peut-être a-t-il entendu quelque chose ?... En effet.

Je connais maintenant le sort qui m'attend.

Tout à l'heure, il me déclarera que je suis un âne, et revien-

dra auprès de M. et Mme Faubidet en assurant que nous sommes d'accord sur tous les points. Puis, il s'en ira, non sans avoir insinué qu'il est grand temps de soigner la malade.

Mais non... Tourtille a la tête du chasseur qui rentre bredouille. Et c'est sans émotion que le suis dans la pièce où nous nous enfermons, seuls.

A l'ordinaire, le résultat négatif de leurs efforts conjugués établit entre deux médecins — si grand soit l'un rapport à l'autre — une égalité provisoire. (Ce fait qui, à première vue, semble comparable au phénomène des vases communicants, en est en réalité différent. Parce que, en ce qui concerne les médecins communicants, si le niveau baisse effectivement dans le grand récipient, ce n'est que par comparaison qu'il monte dans le petit).

Et il arrive que le grand médecin, qui se reconnaît, dans cette conjoncture, aussi ignorant que le petit, soit naturellement porté à grandir son modeste confrère. (Il est juste de noter que la louange fend aussi les lèvres professorales, lorsque le petit médecin s'est comporté brillamment dans un cas difficile)

Alors, les intérêts du malade ayant été examinés et réglés, il ne leur est pas interdit, sans qu'on y puisse voir une offense à son voisinage, de toucher à des idées qui lui sont étrangeres.

Avec Tourtille, rien de tout cela ne se produit. Il ne m'interroge ni sur ma cliente, ni sur ma voiture, ni même sur la jeune fille qu'il vient d'examiner.

— Avez-vous, dit-il seulement, prescrit l'extrait de cornes d'escargot ?

Sur ma réponse négative, il poursuit :

— Ecrivez : Prendre, matin et soir, un verre à liqueur de suc de cornes d'Hélix Spumata. Signez.

Nous signons, et je sors, pour revenir avec M. et Mme Faubidet.

— Alors ? interroge M. Faubidet.

— Asseyez-vous, ordonne M. Tourtille.

Tourtille a calé son monocle, et s'est adossé à la cheminée. D'une main agrippée à un dossier de chaise, il garantit son équilibre ; de l'autre il agite son ordonnance.

— Tout d'abord, entonne-t il, mon confrère est entièrement de mon avis. Votre fille présente une température élevée qui dure depuis huit jours, sans autre manifestation visible. Le vomissement du début indique la participation du tube digestif, du moins à cette première période. Mais cet accident, en apparence initial, peut être interprété de deux façons. Ou bien, il a été, si je puis dire, l'extériorisation de la souffrance primitive de l'appareil digestif, et la fièvre doit lui être subordonnée. Ou bion, il a simplement marqué l'invasion de la fièvre, et c'est un épiphénomène. Actuellement, le problème est insoluble.

— Mais... qu'a-t-elle ? questionne M. Faubidet.

— Nous y arrivons.

Tourtille s'est affermi sur son appui, et lance son diagnostic.

— Il s'agit d'un état fébrile. D'un état fébrile sans localisation.

— Est-ce grave ? demande Mme Faubidet.

— Nous vous répondrons dans deux ou trois jours. A ce moment, de deux choses l'une. Ou la fièvre aura disparu, ou elle existera encore. Si la fièvre est tombée, il nous sera permis de vous rassurer. La malade guérira...

(M. et Mme Faubidet se hasardent à croiser leurs regards subitement plus équilibrés).

— ... S'il ne survient pas, continue Tourtille, une complication imprévue au début de la convalescence.

Mais M. Faubidet que ce danger problématique et éloigné ne touche que modérément, veut être éclairé sur l'autre terme de l'alternative.

— Si, au contraire, reprend Tourtille, la fièvre persiste dans deux ou trois jours, l'affection sera plus longue, et, peut être grave.

— Mais... elle s'en tirera, docteur ? balbutie Mme Faubidet.

— Oui, si sa bonne constitution lui permet de triompher.

Et Tourtille disparaît, avec M. Faubidet, dans l'antichambre. De ce jeu de scène, qui « les unit et les sépare » je n'ai pas à connaître le dernier geste, et je reste, dans le salon, en compagnie de Mme Faubidet.

Pendant que je la prêche, M. Faubidet est revenu. Stupéfait de n'avoir pu faire éclater d'étincelle en frottant l'un contre l'autre deux médecins, il médite, en rongeant ses doigts, tous les problèmes qu'il n'a pas osé soumettre à la sagacité de Tourtille.

A mon tour d'être interrogé. Interrogé, questionné, trituré, passé au laminoir.



— Vous ne nous aviez pas dit, docteur, que c'était aussi grave...

Je me récrie. Mais Mme Faubidet :

— Si ce n'était pas grave, il ne fallait pas nous amener un consultant.

Cependant M. Faubidet cesse de consommer ses ongles, pour me harceler sur la signification du mot « état fébrile ». Je me doute que je ne satisfais pas sa curiosité. Mais déjà il a saisi l'ordonnance, et, le nez sur le papier, la pressure avec des yeux qui s'écarquillent entre tous les mots.

Après avoir observé qu'elle négligeait de combattre la fièvre :

— Quel est donc, fait-il en redressant la tête, la vertu du suc de cornes d'escargot ?

— Les cornes d'escargot, lui dis-je, contiennent un liquide qui porte aux urines.

M. Faubidet sait que l'escargot est hermaphrodite (et c'est, si l'on considère la coquille, proprement une bénédiction). Mme Faubidet s'informe, en rougissant, si cet état privilegié ne se communique pas par le suc, et si le traitement n'inclinera pas sa fille à de mauvaises habitudes. Rassurée sur ce point, elle revient à l'action spécifiquement diurétique du produit, et s'étonne que les escargots fassent pipi.

J'ai disséqué autrefois quelques-uns de ces animaux. Ce temps est si lointain que je n'ai plus d'opinion sur le sujet. Il me déplairait de rester coi, mais je ne tiens pas à me compromettre. Et, obliquement, je m'apprête à lui apprendre que le suc de cornes n'est diurétique que pour l'espèce humaine, lorsque M. Faubidet, s'avisant que les escargots s'enferment pendant la mauvaise saison, s'écrie tout à coup :

— L'hiver, que devient l'urine ?

Et, tout bas, comme se répondant à lui-même :

— Leur bave... peut-être ?

— Voilà ! lui dis-je. Leur bave !

Il m'interroge encore si cette essence de cornes de mollusque ne déprimera pas sa fille, et si, retirée des cornes de mammifère, elle ne renfermerait pas des propriétés plus toniques

Quand j'ai fini avec lui, je suis rattrapé par Mme Faubidet. Administrera-t-elle le suc à huit heures ou bien à huit heures et demie ? Pourra-t-elle, sans danger, continuer de donner de l'eau de Vichy et de la citronnade ? Faudra-t-il, comme pour le calomel, supprimer le sel ? Devra-t-elle interrompre la cure pendant les règles ?

Enfin, nous nous séparons.

Le lendemain, la fièvre ne nous a pas fait cadeau d'un dixième, et je retrouve M. et Mme Faubidet écroulés.

— Docteur, me disent-ils, nous ferons tout ce qu'il faudra. Si vous croyez utile un autre consultant...

— Un autre consultant, après Tourtille ?...

— Un spécialiste, par exemple...

— Attendons quelques jours.

Le jour suivant, à la suite de circonstances qu'il serait trop long de rapporter, pris de défiance pour ce thermomètre mégalomane, j'ai idée de mesurer la fièvre avec mon propre appareil.

L'instrument retiré, je lis : 37°.

Alors, je commence à comprendre.

Plutôt que d'instruire M. et Mme Faubidet de mon diagnostic, je juge plus utile d'appliquer sur-le-champ le traitement qui s'impose. Dans un mouvement à dessein malhabile je brise le thermomètre déloyal, et sauve ma malade.

M. et Madame Faubidet n'ont pas l'air de se rendre compte que la guérison de leur fille est le plus beau succès de ma carrière.

— Docteur, s'exclament-ils, l'œil humide et triomphant, comme nous nous félicitons de vous avoir demandé une consultation !

Quelques jours se passent, et je rencontre fortuitement le Professeur Tourtille.

Vais-je lui raconter l'histoire du thermomètre ?

— Eh bien ! me dit-il. Et notre malade ?

— Elle est guérie.

Sans aucun doute, cette nouvelle le surprend. Des choses se débattent dans sa tête, que, vraisemblablement, il « unit et sépare ».

Ce travail accompli :

— C'est bien ce que je leur avais dit, déclare-t-il.

Et il me tourne le dos.

Saint Udalric destructeur des rats. — *Journal des Débats* (17 octobre 1931).

« Le R. P. Pierre le Brun, dans son *Histoire des pratiques superstitieuses* (Paris, 1750) indique « un préservatif contre les rats, introduit par les religieux du monastère de Saint-Hubert, aux Ardennes ».

Dans le territoire de leur abbaye, il n'y avait pas de rats ; ils attribuaient cette faveur à saint Udalric, évêque d'Augsbourg, dont leur église possédait quelques reliques. En reconnaissance de ce bienfait, les religieux chantaient tous les ans, le 4 juillet, jour de la fête du saint, une messe particulière à la fin de laquelle, « de toute antiquité, on a accoutumé audit monastère de bénir du pain et de le faire toucher à la relique en faveur de ceux qui veulent participer à ce rare privilège ».

Dans une instruction imprimée, on explique la manière de se servir « du pain bénit contre les rats Les fidèles le répartiront en petits morceaux par tous les coins et endroits de leurs maisons où les rats hantent et fréquentent le plus ; lesquels, par cette comestion, ne manqueront pas de mourir ou de quitter le lieu ».

Le Révérend Père ajoute, il est vrai : « Outre que ce privilège accordé par saint Udalric a tout l'air d'une fable, il paraît que l'usage de ce pain bénit est indécent et superstitieux. »

Le saint protégeait aussi contre les rats sa ville et son diocèse d'Augsbourg. « Nul rat n'y peut subsister, quoiqu'il s'en trouve un grand nombre aux environs et dans les villages enclavés appartenant à d'autres diocèses ». Ici, on ne se sert pas du pain bénit, mais « de la terre du lieu où le saint repose ; elle a le même effet et la même vertu partout où elle est transportée ».

Toutefois, au dix-huitième siècle, on ne paraissait plus avoir grande confiance dans cette manière miraculeuse de se débarrasser des rats, « y ayant tant d'autres moyens naturels pour les faire mourir ».

Un sonnet du professeur Jean-Louis Faure. — En tête du catalogue du Salon des Médecins, ce sonnet du professeur Jean-Louis Faure :

O toi qui tiens la lyre aux sept cordes d'airain,
Toi qui penches vers nous ton front ceint de lumière,
Toi vers lequel s'élève aujourd'hui ma prière,
Appollon ! donne-nous ton appui souverain !

Car nous sommes tes fils, et tu vois, par nos mains
Frémir le marbre auguste et palpiter la pierre,
Et se transfigurer l'immortelle Matière !
Sois pour nous le flambeau qui montre le chemin,

Ramène parmi nous la divine harmonie,
Désaltère notre âme aux sources du Génie,
Donne-nous la noblesse et la sincérité,

Inonde de clarté notre pauvre âme obscure !
Appollon ! Dieu vainqueur ! Maître de la Beauté !
Apprends-nous le respect de la grande Nature !

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMP. THIRON ET Cie. — R. C. 4264

LA TÉTRADE DIGESTIVE DU D^R^. ZIZINE



AGOCHOLINE

Agent de drainage biliaire

(1 à 3 cuillerées à café de granulé le matin à jeun)

En Argentine, en Uruguay, aux Etats-Unis,
l'**Agocholine** s'appelle **Agozizine**

GASTROPANSEMENT

**A base de Charbon ACTIF
associé aux poudres inertes**

(1 paquet le matin à jeun et au besoin le soir

PEPTODIASE

Eupeptique pour adultes et enfants

(Chlorure de Ca, Mg, et Na + amers de gentiane)

Adultes : 30 gouttes à chaque repas
Enfants : 4 gouttes par année d'âge et par 24 heures.

SÉDOGASTRINE

SÉDATIF GASTRIQUE

(Association Alcalino-phosphatée + semences de ciguë)

Après les repas et au moment des douleurs :

Granulé : 1 cuillerée à café
Comprimés : 2 à 4 jusqu'à sédation

Laboratoires du DR ZIZINE

24, Rue de Fécamp, PARIS (12e)

FONDÉ EN 1873. — N° 45 LE NUMÉRO : 50 Centimes 7 NOVEMBRE 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance publique à Paris. — *Concours de l'internat.* — Séance du lundi 26 octobre 1931. — 1° Signes et diagnostic de la crise aiguë d'appendicite ; 2° Symptômes et diagnostic des chancres syphilitiques.

Séance du mardi 27 octobre 1931. — 1° Fractures du col du fémur ; 2° Diagnostic des hépatomégalies.

Ont obtenu : MM. Damon, 23 ; Debidour, 21 ; Arnous, 15 ; Jouffroy, 17 ; Groulier, 22 1/2 ; Boursat, 21 ; Varangot, 19 ; Vial, 22 1/2 ; Rodier, 16 ; Abaza, 17 ; Sauvain, 21 1/2 ; Mlle Legou, 24 ; MM. Legry, 18 1/2 ; Ichard, 16 ; Yaich, 19 ; Ullmann, 16 ; Coldefy, 19 ; Dubost, 23 ; Amante, 17.

Séance du jeudi 29 octobre 1931. — 1° Arthrites blennorrhagiques du genou ; 2° Symptômes et diagnostic des paralysies faciales périphériques.

Séance du vendredi 30 octobre 1931. — 1° Plaies du poumon ; 2° Diagnostic de la fièvre typhoïde à la période d'état.

Ont obtenu : MM. Lande, 15 ; Maspetiol, 19 ; Aliker, 15 ; Soubrane, 24 ; Flori, 14 ; Boyé, a filé ; Chatain, 21 ; Tribalet, 17 ; Suchmann, 23 ; Billard, 18 ; Mlle Salembiez, 16 1/2 ; Mlle Verlière, 15 ; MM. Bréhant, 24 ; Baratoux, 17 ; Dutray, 19 ; Mlle Huguet, 19 ; MM. Pyt, 21 ; Seringe, 20 ; Brouet, 20 1/2.

Clinique des maladies mentales (Professeur : M. Henri Claude.) — *Cours du dimanche. Psychiatrie élémentaire* (Année 1931-1932.) — 29 novembre, M. le Prof. Claude : Examen. Classification. — 6 décembre : M. le Dr Baruk : Obsessions. Phobies. Impulsions. — 13 décembre : M. le Dr Ceillier : Epilepsie. — 20 décembre , M. le Dr Baruk : Confusion mentale. — 10 janvier, M. le Dr Targowla : Paralysie générale. — 17 janvier, M. le Prof. Claude : Schizophrénie (1re leçon). — 24 janvier, M. le Prof. Claude : Schizophrénie (2e leçon). — 31 janvier, M. le Dr Lévy-Valensi : Psychoses périodiques (1re leçon). — 7 février, M. le Dr Lévy-Valensi : Psychoses périodiques (2e leçon). — 14 février, M. le Prof. Claude : Hystérie. Neurasthénie. — 21 février, M. le Dr Lévy-Valensi : Psychoses alcooliques. — 28 février, M. le Dr Targowla : Délire d'interprétation, d'imagination, de revendication. — 6 mars, M. le Dr Codet : Psychoses hallucinatoires et psychoses d'influence. — 13 mars, M. le Dr Lévy-Valensi : Toxicomanie. — 10 avril, M. le Dr Baruk : Démences organiques.—17 avril, M. le Dr Baruk : Psychiatrie infantile. Idiotie. Imbécillité. Arriération. — 24 avril, M. le Dr Ceillier : Législation des aliénés. Responsabilité pénale. Exercice des droits civils.

Ce cours facultatif, public et gratuit est destiné particulièrement aux internes et externes, dispensés du stage. Ce cours aura lieu tous les dimanches à 10 h. 1/2 à l'Asile clinique, 1, rue Cabanis, XIVe, à partir du dimanche 29 novembre 1931.

Concours pour la nomination aux places d'interne en médecine qui pourront être vacantes le 5 janvier 1932. — 1° A l'hospice de Brévannes (Seine-et-Oise) ; 2° à l'Institution Sainte-Périne et à la Fondation Chardon-Lagache ; 3° à l'Asile pour enfants de la ville de Paris, à Hendaye (Basses-Pyrénées) ; 4° au sanatorium de la Ville de Paris, à Champrosay (Seine-et-Oise).

Ce concours sera ouvert le jeudi 10 décembre 1931, à 9 heures, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

Les candidats qui désireront concourir se feront inscrire à l'Administration centrale, 3 avenue Victoria (bureau du Service de santé), à partir du lundi 16 jusqu'au mercredi 25 novembre 1931 inclusivement, de quatorze à dix-sept heures.

Cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire. — Ce cours sera fait du lundi 7 décembre au samedi 12 décembre 1931, inclus, par MM. Sergent, Benda, Francis Bordet, Cottenot, Couvreux, Henri Durand, Kourilsky, Mignot, Pruvost et Turpin.

Ce cours comprendra des leçons théoriques et des exercices pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midi. Les exercices pratiques seront réservés aux assistants qui auront versé un droit d'inscription de 250 francs.

Programme des leçons théoriques. (Ces leçons seront au nombre de trois par jour : à 11 heures (sauf le lundi), à 15 heures et à 17 h. 30) : Lundi 7 décembre, 9 heures, M. le Professeur Sergent : Principes généraux et technique du radiodiagnostic de l'appareil respiratoire. — 15 heures, M. le Dr Bordet : Les images broncho-pulmonaires normales. — 17 h. 30, M. le Dr Cottenot : Cage thoracique et corps étrangers intra-thoraciques.

Mardi 8 décembre, 11 heures, M. le Dr Turpin : Diaphragme — 15 heures, M. le Dr Mignot : Médiastin (tumeurs et kystes). — 17 h. 30, M. le Dr Mignot : Adénopathie médiastinale et tuberculose ganglio-pulmonaire.

Mercredi 9 décembre, 11 heures, M. le Professeur Sergent : Trachée et bronches. — 15 heures, M. le Dr Benda : Médiastinites et pleurésies médiastinales. — 17 h. 30, M. le Dr Bordet : Les images pathologiques élémentaires.

Jeudi 10 décembre, 11 heures, M. le Dr Durand : Pleurésies sèches et épanchements pleuraux de la grande cavité. 15 heures, M. le Dr Durand : Scissurites et épanchements scissuraux — 17 h. 30, M. le Dr Pruvost : Pneumothorax et pneumoséreuse.

Vendredi 11 décembre, 11 heures, M. le Dr Bordet : Pneumopathies aiguës non tuberculeuses. — 15 heures, M. le Dr Kourilsky : Abcès du poumon ; gangrène pulmonaire. — 17 h. 30, M. le Dr Durand : Pneumopathies chroniques non tuberculeuses.

Samedi 12 décembre, 11 heures, M. le Dr Durand : Tuberculoses pulmonaires aiguës. — 16 h. 15, M. le Professeur Sergent : Tuberculoses pulmonaires chroniques. — 17 h. 30, M. le Professeur Sergent : Tuberculoses pulmonaires chroniques.

Programme des exercices pratiques. — Ces exercices auront lieu tous les matins, à 10 heures (examen de malades), et tous les après-midi, à 16 heures (démonstration des principales techniques radiologiques), par le Docteur Couvreux.

Les bulletins de versement sont délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Concours pour la nomination d'un médecin-chef du dispensaire anti-tuberculeux de Tunis. — La Ligue antituberculeuse de Tunisie ouvre un concours sur titres pour la nomination d'un médecin-chef du dispensaire antituberculeux de Tunis.

Les candidats doivent être Français ou Tunisiens, âgés de moins de quarante ans et pourvus du diplôme de docteur en médecine de l'Etat français. La limite d'âge n'est pas opposable aux médecins appartenant aux cadres des services de l'Assistance médicale gratuite de Tunisie.

Le traitement du titulaire sera celui arrêté par le statut du Comité national. Il s'y ajoutera un supplément du tiers à titre d'indemnité coloniale en vue de maintenir une équivalence de situation avec les traitements habituellement alloués par l'Administration tunisienne.

Les dossiers, avec extrait de naissance, date et origine du diplôme de docteur en médecine, exposé de titres et fonctions, devront être adressés au plus tard, avant le 30 novembre, à la Ligue antituberculeuse de Tunisie, Dar el Bey, Tunis.

Le médecin-chef du dispensaire sera engagé par contrat pour une durée de trois années, à l'expiration de laquelle il pourra être titularisé dans ses fonctions.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser soit à la Ligue antituberculeuse de Tunisie, soit au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (6e).

Faculté de médecine. — *Pathologie médicale.* — M. le Professeur A. Clerc commencera son cours le vendredi 13 novembre à 18 heures (petit amphithéâtre de la Faculté) et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Objet du cours : Pathologie du cœur (insuffisance du cœur, péricardites, endocardites, lésions valvulaires).

1° Cours pratique complémentaire (pathologie du cœur et des vaisseaux). M. A. Clerc et ses assistants feront à partir du 16 novembre et durant le mois de décembre à l'hôpital Lariboisière (salle Rabelais) un cours pratique complémentaire et gratuit selon le programme ci-dessous : le lundi à 10 heures : Visite des malades dans les salles ; le mardi à 10 heures : Consultation externe, polyclinique ; le mercredi à 10 heures : Visite des malades dans les salles ; le jeudi à 10 heures : Visite des malades ; à 11 heures : Leçon théorique par l'un des assistants ; le vendredi à 10 heures : Radioscopie, électrocardiographie ; le samedi à 10 heures : Visite des malades ; à 11 heures : Leçon clinique ou démonstration de laboratoire.

2° Un cours de perfectionnement commencera au début de janvier 1932, et sera ultérieurement annoncé par une affiche spéciale.

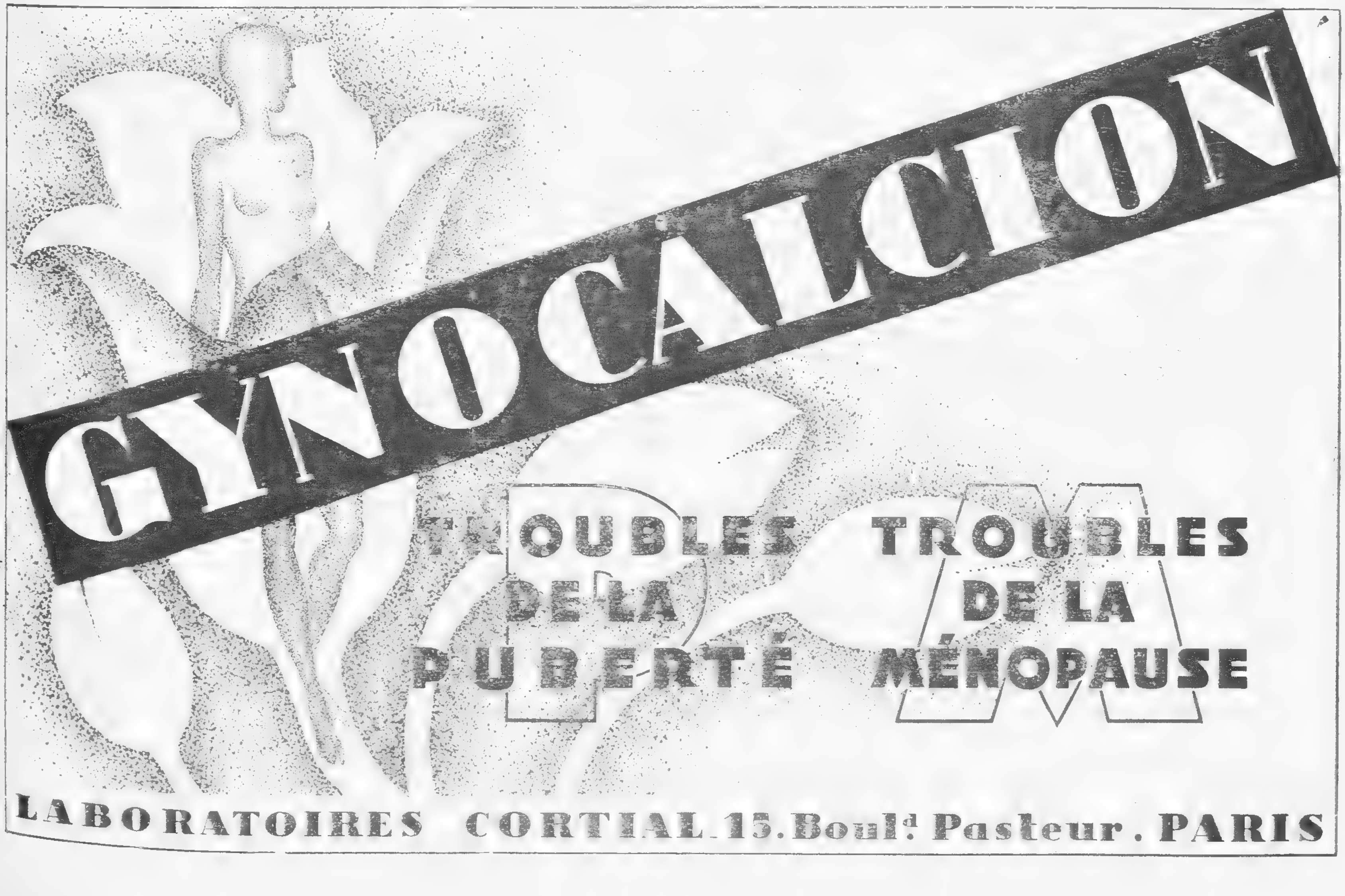
Société française d'hématologie. — La Société française d'hématologie a tenu sa première séance le mercredi 4 novembre, à 9 h. 30, à l'Hôtel-Dieu, salons Saint-Christophe (service du Prof. Carnot), sous la présidence d'honneur du Professeur Hayem et sous la présidence du Professeur Chauffard.

Le bureau de la Société était composé ainsi : président d'honneur : Hayem ; président : Chauffard ; vice-présidents : Achard, Vaquez, Jolly, Sabrazès (province) ; Nolf (étranger) : membres du Comité : Aubertin, Clerc, N. Fiessinger, Portier, Roskam, P. Emile-Weil, Weinberg ; secrétaire général : Paul Chevallier ; secrétaire général adjoint : Jean Bernard ; trésorier : Weissenbach ; trésorier-adjoint : Deren ; bibliothécaire : G. Rosenthal.

Parmi les 300 premiers adhérents, on relève les noms suivants : Abrami, Ambard (Strasbourg), Arrilaga (Buenos-Ayres), Ascoli (Palerme), de Beco (Liége), F. Bezançon, L. Binet, Bogomoletz (Kiev), Brites (Coimbre), P. Carnot, Castex (Buenos-Ayres), Di Gugliemo (Pavie), Favre (Lyon), Ferrata (Italie), Firket (Liége), Fontes (Strasbourg), Frank (Breslau), Goormaghtigh (Gand), R. Grégoire, Hallion, P. Harvier, Hirschfeld (Berlin), Hynek (Prague), Koranyi (Budapest), La Barre, Labbé, Laignel-Lavastine, Landsteiner (New-York), Laubry, Lemaire, Lévy-Solal, Madsen (Copenhague), Masy Magro (Alicante), Merklen (Strasbourg), Micheli (Turin), Minot (Boston), Monier-Vinard, Oberling Olmer (Marseille), Pagniez, Sv. Petri, Pittaluga (Madrid), Rathery, Rieux, Rist, N. Rosenthal (New-York), Roussy, Sahli (Berne), Schittenhelm (Kiel), I. Salomon, Soula, (Toulouse), Tournade (Alger), Udsondo (Buenos-Ayres), Titu Vasiliv (Cluj), Villaret, Zunz (Bruxelles).

En dehors des membres fondateurs toutes les personnes s'intéressant au sang dans le sens le plus large du mot étaient invitées à cette première séance qui était publique.


Contre
la DOULEUR
COMPRAL
COMPRAL
Trichloroéthanoluréthane-
diméthylaminophénazone
infaillible et inoffensif
pour supprimer et prévenir les
états douloureux de toute étiologie
Tubes de 10 comprimés à 0 gr. 50
Conditionnement d'origine
COMPRAL
BAYER
C'EST UN PRODUIT
» Bayer-Meister Lucius «
CONCESSIONNAIRES EXCLUSIFS POUR LA FRANCE:
IGEPHARMA 47 bis, Avenue Hoche, PARIS (VIIIe)


GYNOCALCION
TROUBLES
DE LA
PUBERTÉ
TROUBLES
DE LA
MÉNOPAUSE
LABORATOIRES CORTIAL 15. Boul^d Pasteur . PARIS

Pour tous renseignements, s'adresser au Docteur P. Chevallier, hôpital Cochin, rue du Faubourg-Saint-Jacques, Paris (14e).

Les médecins de Toulouse à Paris. — Le mardi 27 courant, au buffet de la Gare de Lyon, a eu lieu la réunion de rentrée des médecins de Toulouse à Paris. Comme d'habitude, la soirée a été pleinement réussie : grand nombre de convives heureux de se retrouver après la séparation des vacances, gaieté et entrain non démentis un seul instant et enfin menu particulièrement bien composé et réussi ; tous les plaisirs du cœur, de l'esprit et de la table ! ! ! Etaient présents, les Dr Dijeon, Faulond, de Parrel, Dartigues, Reygasse, Privat, Perrin, Bory, Groc, Lévy-Lebhar, Andreu, Montagne, Milhaud, Clavel, Quériaud, Soula, Lassance, Foures, Esclavissat, Roule, Caujole, Félix, Bourguet, Armengaud, Babou, Constantin, Mont-Refet, Terson, Mazet, Doazan, Lalbie, Delater, Cauquil.

S'étaient excusés, les Dr Delherm, d'Ayrenx, Loze, Molinery.

A l'heure des toasts prirent successivement la parole : le Dr Groc, secrétaire général ; le Professeur Roule qui voulut bien entretenir ses camarades de ses travaux scientifiques en cours et notamment de l'ouvrage qu'il prépare sur Lacépède : cela lui fournit l'occasion de donner quelques précisions du plus haut intérêt sur les idées politiques de cet illustre naturaliste, que les événements de la fin du siècle dernier et du début de celui-ci ont nettement confirmés. Lacépède ne fut pas qu'un grand savant, il fut aussi un politique à vues singulièrement aiguës et avisées ; le bref aperçu que donna le Professeur Roule sur le rôle politique de Lacépède nous est un gage de l'intérêt que présentera le volume qu'il est en train de lui consacrer ; le Dr Terson qui, très finement et avec une spirituelle bonhomie, nous relata quelques-uns de ses souvenirs de vacances en Normandie au pays de Mme Bovary et de M. Homais ; le Dr Caujole, député de la Seine, à l'éloquence si fine et si joliment teintée d'émotion ; le Dr Dartigues à la flamme toujours aussi généreuse et vivante et enfin, le Professeur Soula, qui apporta le salut de nos camarades toulousains sous une forme spirituelle et originale. La prochaine réunion aura lieu vers le 15 décembre prochain.

Congrès international de la lithiase biliaire. — Le Congrès international de la lithiase biliaire se tiendra à Vichy du 19 au 22 septembre 1932, sous la présidence du Professeur Carnot.

Il comprendra quatre sections : 1° médecine ; 2° chirurgie ; 3° thérapeutique et hydrologie ; 4° électro-radiologie et physiothérapie.

Le titre des communications devra être annoncé par écrit avant le 1er juin 1932, au secrétariat général. Le texte des communications dactylographié et corrigé ne *varietur*, sera remis au secrétaire général à la suite de leur présentation au Congrès.

Il ne devra pas avoir plus de cinq pages de quarante lignes, lignes de soixante-huit lettres.

Etant donné le nombre déjà important de communications annoncées, chaque congressiste ne pourra avoir droit qu'à une seule communication d'une durée de dix minutes au maximum.

Le droit d'inscription au Congrès, comprenant l'envoi du volume des rapports, est fixé à la somme de cinquante francs français pour les membres titulaires.

Les congressistes accompagnés de personnes de leur famille désireuses de prendre part aux fêtes et réceptions organisées à l'occasion du Congrès devront annoncer, en s'inscrivant, le nombre de ces personnes qui recevront le titre de membre associé et pour chacune desquelles il sera versé une cotisation de vingt-cinq francs français.

Des indications complémentaires seront adressées ultérieurement aux congressistes.

Les médecins désireux de prendre part au Congrès sont priés de bien vouloir adresser leur adhésion et toute correspondance au secrétariat général du Congrès, 24, boulevard des Capucins, Paris.

Nécrologie. — Dr Georges Aldebert, médecin principal honoraire de la Marine, décédé à Montpellier. — Dr Guilbert, de Bellegarde (Ain). — Dr Paul Roustan, de Creil. — Médecin colonel Taste, médecin chef des salles militaires de l'hôpital d'Orléans. — Jean Bergé, élève de l'école du Service de santé militaire, victime d'un accident d'automobile. — Professeur Constantin Economo (Autriche). — Dr André Plaisant, décédé à Nevers.

VOIR LA LA SUITE DES « NOUVELLES » PAGE 1931

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Les accidents digestifs provoqués par le ténia [1]

Par Maurice LOEPER

On sait combien sont fréquents les accidents produits par les vers intestinaux. Les uns sont locaux, digestifs et abdominaux, les autres sont généraux, nerveux et cutanés. La pathologie infantile montre la fréquence des vers chez les enfants et leur attribue une part considérable dans la production des coliques et des spasmes. Le temps n'est pas loin où Kirmisson, Lannelongue et Blanchard considéraient le tricocéphale et l'oxyure comme des agents possibles ou certains de l'appendicite.

Il n'y a pas d'ailleurs, que l'appendicite ; Guiart admettait l'inoculation de la dothienentérie par les tricocéphales. Nombreux sont, d'autre part, les cas d'obstruction du tube digestif par des paquets d'ascaris : de pénétration dans les voies biliaires, d'infection, de douleur, de fièvre, voire d'ictère. Les hémorragies sont habituelles à l'ankylostomiase parce que le ver s'accroche à la muqueuse, et la « broute » comme on l'a très joliment dit.

La lésion est purement traumatique au début mais, elle fait une brèche, par laquelle pénètrent des microbes infectants. En outre par cette brèche se résorbent les substances toxiques que secrètent les vers tels que l'ankylostome et le botriocéphale. L'anémie ne tient donc pas seulement aux hémorragies locales mais aux toxines hémolytiques. Il n'est pas improbable que d'autres toxines, même provenant d'autres parasites, puissent provoquer des phénomènes nerveux, des convulsions, des spasmes, du méningisme, du ptosis, car elles montrent pour les centres nerveux une affinité particulière.

Pour beaucoup d'auteurs les accidents du ténia sont presque exclusivement locaux. Il est certain qu'ils sont peu graves et que les réactions à distance sont rares, mais elles existent et valent d'être étudiées. Je vais donc parler du ténia, parce que des recherches biologiques et chimiques récentes permettent de lui attribuer un rôle plus général que celui qu'on lui réserve actuellement.

Pratiquement le seul ténia que nous constatons en France est le ténia saginata du bœuf ; il sort de l'anus dans l'intervalle des selles et donne la sensation fort désagréable de petits corps froids glissant le long de la peau. Chacun en connaît les caractéristiques anatomiques précises : les anneaux sont épais, les digitations de l'utérus sont assez larges et serrées, la tête n'a pas de crochet, les pores génitaux sont irrégulièrement alternants.

Les troubles digestifs produits par le ténia sont de deux catégories : les uns gastriques, et les autres intestinaux. Les troubles gastriques peuvent eux-mêmes se diviser en dyspeptiques météoriques, douloureux, pseudo-ulcéreux ; les troubles intestinaux en diarrhéiques, spasmodiques, entéralgiques. Je vais étudier ces deux catégories et citer dans chacune quelques exemples démonstratifs.

I. Les troubles gastriques

La première variété est donc la variété *dysdeptique* : elle est très connue. Digestion lente et paresse dans l'évacuation de l'estomac, attribuable, dit-on, à une diminution assez notable de la sécrétion chlorhydrique de l'estomac : sorte de dyspepsie atonique dans laquelle l'estomac se contracte mal, le pylore s'ouvre lentement, et l'acidité est insuffisante. Or, l'origine vermineuse n'en apparaît pas tout d'abord. Elle est dominée parfois par un symptôme assez particulier, qui est la *salivation*. Je me rappelle avoir vu jadis une malade fortement sialorrhéique, qui prit sans succès beaucoup de belladone. Elle avait dans ses selles des anneaux de ténia, elle rendit son ver et la salivation cessa comme par enchantement. Certains sujets ont une boulimie extraordinaire et la sensation de l'estomac creux. La cause de cette sensation est discutée. Peut-être est-elle due à l'incontinence du pylore ; puisque l'insuffisance du suc gastrique y a été constatée. Peut-être est-elle plutôt attribuable à l'irritation du duodénum par le ténia qui y est fixé. La fréquence de la boulimie est assez grande, mais ne peut être précisée et son authenticité est discutable à partir du moment où le malade sait qu'il est porteur d'un ténia. L'idée que le ténia ravit la nourriture à celui qui l'héberge est assez courante et la boulimie est souvent psychique, imitative et suggestive.

Un troisième type, plus important, mais rare, peut être appelé type *météorique*, ou flatulent. Je ne sais si l'aérophagie y est très prouvée, mais l'atonie ou l'intolérance de l'estomac à l'air dégluti y est certaine. Je me rappelle qu'un malade est venu me trouver jadis pour de terribles gonflements après les repas, pour des malaises et de la dyspnée. J'ai invoqué l'aérophagie et le refoulement du diaphragme ; mais je n'ai pas reconnu le ténia. Un jour, sous l'influence d'un purgatif, apparurent dans les selles, quelques anneaux typiques de ténia saginata ; l'extrait de fougère mâle expulsa le ténia et fit disparaître le météorisme et l'aérophagie.

Le quatrième type est le type *douloureux*. Il est plus rare. On dit dans les livres que certains malades présentent de l' « épigastralgie ». A coup sûr, cette épigastralgie n'est pas très fréquente. Peu fréquentes aussi les douleurs rythmées par le repas qui rappellent l'ulcus *pyloroduodénal*. J'ai eu l'occasion pourtant d'en observer deux cas qui sont intéressants à plusieurs points de vue.

L'un concerne un simple soldat que j'ai examiné pendant la guerre et dont les souffrances très violentes prenaient l'allure de l'ulcus. Les vomissements même étaient abondants, sans aliments, riches en acide chlorhydrique et la réaction de Meyer y était très positive. La radiographie affirma l'ulcère duodénal. Le malade fut versé dans le service auxiliaire. Mais malgré le régime, malgré le traitement, l'amélioration fut nulle. Un matin, dans les selles, on trouva des anneaux de ténia. Un vermifuge en un jour guérit l'ulcère duodénal ou fit disparaître ses symptômes. Je n'ai pas eu le courage de renvoyer le malade au service armé. Il a bénéficié de mon erreur.

Une deuxième observation est plus intéressante encore et un certain nombre de mes collaborateurs se la rappellent certainement : j'ai vu à la Pitié, il y a un an, un médecin roumain qui me décrivit un syndrome duodénal typique dont déjà Boas et d'autres cliniciens éminents avaient admis l'existence. De fait, sur la radiographie qu'on me montra et qui avait été faite à Berlin, on apercevait dans la région duodénale une déformation en onglet qui donnait l'impression d'un ulcère.

Une radio faite par Thoyer-Rozat, confirma la première à laquelle elle était exactement superposable. Je pensai comme les autres qu'il s'agissait d'un ulcère. Puis par hasard, voulant examiner les selles de ce malade pour y rechercher la réaction de Meyer, on trouva des anneaux de ténia. On donna à ce malade de l'extrait de fougère mâle : les accidents disparurent comme par enchantement. Je n'ai pas manqué, à huit jours de distance de faire refaire une épreuve radiologique, et la radiographie cette fois ne montrait plus aucune déformation suspecte.

Voilà qui est démonstratif et très impressionnant : un simple spasme avait simulé une lésion, et ce spasme était

[1] Leçon faite à la Clinique médicale du Prof. Achard à l'Hôpital Cochin et recueillie par P. Soulié, interne des Hôpitaux.

dû au ténia. On sait que le ténia est fixé dans le duodénum et tout s'explique. Je reviendrai tout à l'heure sur ce spasme qui n'est peut-être pas purement réflexe.

Voilà donc des types pseudo-ulcéreux dont quelques-uns sont assez démonstratifs pour qu'il n'y ait pas l'ombre d'un doute sur leur existence et sur leur origine. Le mécanisme seul prête à discussion.

II. Les troubles intestinaux

Les troubles intestinaux sont aussi très variés. Je pourrais en décrire de nombreux ; la colique qui est fréquente, la *diarrhée* qui ne l'est pas moins : la constipation aussi, la *mucorhée*, les glaires dans les selles. On croit à une *entérite* banale, mais c'est une entérite qui se prolonge et dont certaines formes sont à ce point diarrhéiques qu'elles ressemblent aux diarrhées nerveuses.

J'ai vu cette diarrhée, inexplicable, surtout séreuse, résistant à tous les régimes et tous les traitements chez une fillette de six ans qui portait depuis deux ans un long ténia saginata et qui fut instantanément guérie par la graine de courge dont l'action se montra ici remarquablement efficace. Cette variété de diarrhée trouvera tout à l'heure son explication dans certaines expériences que je rapporterai sur l'action intestinale, je dirais presque neuro-intestinale, du ténia.

A côté de cette diarrhée extrêmement intense que j'isole parce qu'elle est déjà très importante, il y a les *crises abdominales* qui sont tout à fait particulières et ressemblent à des crises de tabès. Forme très rare et dont on ne trouve pas beaucoup d'exemples dans l'histoire médicale. Pour ma part, je n'en ai jamais observé qu'un cas que je vais vous rapporter.

C'était il y a 16 ou 17 ans, chez le Professeur Debove à Beaujon. Il s'agissait d'un homme de 37 ans, qu'on me présenta un peu pour m'égarer comme une cœlialgie tabétique. La crise était extrêmement douloureuse : le ventre rétracté, dur, la température normale, le pouls un peu tendu et des vomissements comme dans les crises entéralgiques. C'était évidemment une crise entéralgique mais une crise d'helminthiase. On fit disparaître le ténia avec de la racine de grenadier et la crise avec lui.

* * *

Voilà donc plusieurs types assez différents, les uns, qui représentent un état dyspeptique banal, les autres des états météoriques impressionnants ; d'autres encore qui ressemblent à un ulcère de l'estomac, d'autres à des entérites diarrhéiques ou séreuses ; d'autres encore qui simulent des crises tabétiques. Leur fréquence n'est certes pas très grande mais leur intérêt vient de leur rareté même et des erreurs auxquelles elles conduisent fatalement. Leur origine peut être triple : nerveuse ? toxique ? inflammatoire ?

Quand on étudie les parasites intestinaux on a trop tendance à mettre en avant la lésion muqueuse : l'ankylostome certes se fixe dans la muqueuse intestinale, l'anguillile y pénètre, l'oxyure peut s'insinuer dans le fond des glandes, le tricocéphale lui-même adhère à la muqueuse : l'apparition d'une entérite est donc naturelle et aussi les hémorragies. Le ténia est également fixé dans le duodénum, il pend du duodénum dans l'intestin, peut déterminer avec ses seules ventouses, une réaction muqueuse et même un état congestif au moins local.

Mais, quand on examine les selles des porteurs de ténia on ne trouve pas de sang. L'hémorragie intestinale produite par le ténia n'a pas encore été signalée. Si l'irritation muqueuse existe dans les téniases elle n'a rien de commun avec celle du tricocéphale ou de l'ankylostome. Elle doit être discrète.

Alors il faut songer à la toxicité. La thèse de M. Simonin (1920) sur les accidents produits par le ténia, thèse remarquable parce qu'elle est l'œuvre d'un chimiste et d'un biologiste autant que d'un médecin, nous apporte la preuve de la toxicité du ténia. Injectant à des animaux des macérations de ténia, exactement 40 cgr. d'anneaux mûrs, Simonin constata la congestion des anses iléales leur coloration violet-hortensia, des effusions sanguines et des altérations de la muqueuse. Et les animaux présentent parfois une forte diarrhée séro-sanguinolente ou séreuse.

Il nous faut bien invoquer un processus toxique et non traumatique puisque l'injection était faite sous la peau et non dans l'intestin.

Ce que fait le ténia par injection sous-cutanée il est bien possible qu'il le fasse par action locale.

La disparition rapide des accidents muqueux après l'évacuation du ténia, l'absence de fièvre, prouvent la discrétion de la lésion, mais non son inexistence.

Il y a cependant une autre hypothèse, celle d'une *spoliation calcique*. Le ténia est très riche en calcaire. Il en accumule dans ses anneaux une telle proportion qu'à l'examen microscopique on est obligé de dissoudre les cristaux pour voir la texture de l'animal, sans quoi, même après action de l'iode qui met en évidence le glycogène, les cristaux de calcaire s'étalent sur le fond brun du tissu. La quantité de cette chaux que nous avons dosée avec M. Tonnet atteint près de 40 centigrammes pour 100.

Il me paraît probable que la soustraction de la chaux au milieu intestinal, à la muqueuse elle-même, à la circulation sanguine voisine, détermine dans cette muqueuse un déséquilibre minéral par quoi le muscle intestinal se contracte plus violemment. Le muscle intestinal est en effet très sensible à ces variations même minimes et Lœb a déjà donné une interprétation analogue de l'action de certains purgatifs. Je préfère cette hypothèse chimique à celle du réflexe que je vais maintenant discuter.

C'est à l'irritation *réflexe* que l'on attribue le plus souvent tous ces désordres. Dans un vieil article qui remonte à 1906, M. Mathieu considère tous les accidents locaux ou généraux, spasme ou diarrhée, accidents oculaires, nerveux ou périphériques, comme relevant d'un réflexe dont l'action est d'autant plus marquée que l'état névropathique du sujet est plus accentué. Il n'est pas loin de dire que ces malades sont de purs nerveux. Mais si le réflexe permet d'éviter les accidents locaux, il peut difficilement expliquer les réactions cutanées, la chute de la paupière, la paralysie possible du membre supérieur ou inférieur, les phénomènes dits de méningite vermineuse. Même chez des névropathes, des prédisposés, il faut faire intervenir la toxicité. Le châtouillement de la muqueuse peut causer un court-circuit, une contraction dans cette région, elle peut difficilement faire plus, à moins que la résorption d'un toxique ne s'en mêle.

D'ailleurs je me permettrai d'ouvrir une parenthèse sur les phénomènes réflexes d'origine digestive : on les voit partout, et on les multiplie à plaisir et sans preuve. Chaque fois qu'un incident se produit au cours de la digestion, après l'absorption d'une substance quelconque, on l'étiquette réflexe. Le réflexe a bon dos, mais il n'est pas tout : dans le réflexe, surtout dans le réflexe viscéral, entre parfois, mais non toujours, une simple irritation directe et diffusée, mais aussi très fréquemment une imprégnation du système nerveux abdominal par quelque chose d'irritant ou de toxique.

Or, l'action toxique n'est pas l'action reflexe. Et, le ténia qui déverse dans la muqueuse des produits irritants, crée une réaction toxique et non seulement un réflexe. Evidemment, sa toxicité ne doit pas être très grande, mais elle existe.

Les expériences de Simonin dont je parlais tout à l'heure, d'autres faites en Italie, la démontrent pourtant, mais inférieure certes à celle du botriocéphale. Le ténia et le botriocéphale sont-ils si éloignés que l'un peut être toxique et l'autre point du tout ?

Voici d'ailleurs de nouvelles preuves de cette toxicité. Si l'on injecte à un animal une quantité d'extrait

aqueux de ténia représentant 40 centigrammes d'anneaux frais, non seulement l'on provoque chez cet animal la diarrhée profuse, abondante et séro-sanguinolente que je signalais tout à l'heure, mais on le tue en 18, 20 ou 24 heures. Fait assez curieux, on le tue beaucoup plus facilement si ces 40 centigrammes d'anneaux sont pris dans les anneaux terminaux et non dans les anneaux voisins de la tête ; car les anneaux mûrs sont plus toxiques que les autres et les anneaux qui contiennent les œufs sont plus toxiques que ceux qui n'en contiennent pas.

On observe en même temps un ralentissement puis une accélération du cœur, une irrégularité des mouvements respiratoires ; on voit l'arythmie et même la fibrillation, enfin les phénomènes nerveux sont fréquents : tremblement et contracture. Tous ces phénomènes durent longtemps, preuves que le produit toxique se fixe sur le système nerveux. Je sais qu'il s'agit dans les expériences précitées d'une injection sous-cutanée, mais je ne vois pas pourquoi la même fixation ne se ferait pas par la voie intestinale, avec ce correctif que l'imprégnation portera d'abord sur le système nerveux de l'abdomen qui en est le plus proche. Pour appuyer cliniquement cet argument je vais rapporter l'observation suivante que j'ai recueillie jadis à Tenon avec mon interne d'alors, M. Marchal.

Nous avions dans notre service une pauvre femme de 45 ans, dont les crises de tabès se répétaient à de longs espaces de sept à huit mois. A une certaine époque les crises se rapprochent, elles se produisent toutes les six semaines, ce qui était tout à fait anormal. Or, cette femme était parasitée par un ténia, les crises abdominales étaient identiques à toutes celles qu'elle avait présentées mais elles se multipliaient. Pouvait-on douter qu'elles fussent déclenchées par son ténia ? D'ailleurs l'absorption d'extrait de rhizome de fougère mâle, expulsa le ténia et les crises disparurent pour plus d'un an (1).

Je vois dans cette observation un gros argument en faveur de mon hypothèse sur la neuro-toxicité locale du parasite. La crise de tabès est vraisemblablement due à l'altération nerveuse de l'abdomen ; on comprend donc très bien qu'elle puisse récidiver d'une façon très brutale sous l'influence d'une sécrétion parasitaire toxique qui excite brusquement un plexus déjà irritable.

La crise dépend d'une *entéro-névrite* toxique (2). Reste évidemment à définir cette toxicité.

On y a vu un phénomène *anaphylactique* L'anaphylaxie c'est une sensibilisation anormale qui crée des réactions dyspeptiques et entéralgiques avec des substances très diverses (3). M. Gutmann lui-même n'a pas hésité à décrire l'épigastralgie anaphylactique et M. Charles Richet fils les entérites anaphylactiques. Le ténia rentre peut-être dans cette catégorie. M. Morénas a fait des troubles gastriques produits par le ténia une manifestation anaphylactique ; le ténia dans l'intestin sécréterait une substance qui sensibiliserait l'individu à un tel point qu'un jour, sous une influence quelconque, une crise d'anaphylaxie viendrait à éclater.

Evidemment la thèse est critiquable. Elle ne tient pas compte de la présence constante du ténia et cette présence constante, la distillation toxique constante qui en résulte, ne sont guère dans les habitudes de l'anaphylaxie. On peut répondre que le ténia ne sécrète pas à tout moment autant qu'à d'autres, que sa toxicité n'apparaît peut-être que lorsque ses anneaux se dissolvent et macèrent comme ceux du botriocéphale, et que certains intestins ne sont pas chaque jour également irritables, peut-être même que l'anaphylaxie exige d'autres éléments digestifs ou alimentaires qui ouvrent la porte et facilitent à certains moments la résorption.

Aussi la théorie anaphylactique est-elle plausible. Elle a pour elle le résultat de certaines études sérologiques. Les gens atteints de ténia, si l'on en juge par les observations étrangères et particulièrement italiennes, présentent des réactions de précipitation quand on met en contact leur sérum avec du liquide de macération de ténia ; et l'intradermo-réaction est positive chez quelques malades avec le liquide de macération de ténia comme avec le liquide d'ascaris.

Les réactions de fixation elles-mêmes sont possibles parfois quand on met en présence les extraits de ténia et le sérum des porteurs.

Tout ceci prouve que le ténia sécrète et qu'il sécrète des sensibilisines, des agglutinines, des précipitines, en un mot que le ténia est souche de produits toxiques comme n'importe quel élément microbien ou parasitaire.

On apporte même encore un autre argument, à savoir que dans le sang des parasités on trouve des éosinophiles, qu'on en trouve dans les selles comme dans les crachats des asthmatiques ; or, comme l'asthme est d'origine anaphylactique, chacun le sait, il n'y a pas de raison pour que les troubles intestinaux ne soient pas eux aussi anaphylactiques.

Resterait à prouver pourtant que l'éosinophile est plus un test de sensibilisation que d'immunisation.

J'aborde enfin la *théorie chimique* qui a mes préférences et que justifient pleinement les recherches récentes sur la constitution du ténia.

A côté du glycogène, qui n'est évidemment pas toxique et dont j'ai signalé l'importance avec M. Brault (1), on y trouve des acides gras, en très grande quantité, des aldéhydes, ce qui s'accorde assez bien avec la présence de glycogène ; on y trouve encore des produits alcaloïdiques qui ont tous une toxicité réelle.

Et puis, il y existe aussi de l'acide *oxalique*. Cet acide oxalique dont j'ai prouvé l'existence n'est pas indifférent. L'idée qu'il pouvait naître du ténia et jouer un rôle dans la production des accidents m'est venue, il y a bien longtemps, quand, étant interne à Tenon, j'examinais systématiquement les selles de tous les porteurs de ténia. Je fus étonné alors d'y trouver un grand nombre de ces petits cristaux classiques en enveloppe de lettre ou en pointe de diamant, et qui ne sont pas autre chose que des cristaux d'oxalate de chaux. Certes, l'oxalate de chaux est banal dans les selles, puisqu'il peut provenir à la fois des aliments, des fermentations intestinales et de l'élimination muqueuse. Sa présence peut donc paraître banale. Je suis convaincu qu'elle ne l'est pas. J'ai eu, depuis cette époque l'occasion de faire en effet les constatations suivantes qui me paraissent assez démonstratives :

Il y a six mois, un monsieur vint me trouver au décours d'une crise néphrétique, et son calcul, examiné chimiquement, était un calcul oxalique. Il avait eu souvent du mucus dans ses selles. Je le priai d'envoyer ses selles au laboratoire et l'on y trouva 17 centigrammes d'acide oxalique, et d'assez nombreux cucurbitains de ténia saginata. La coïncidence était au moins curieuse.

Je fis évacuer le ténia et j'en fis faire le dosage par M. Tonnet (2). A l'état frais nous avons trouvé 40 centigrammes %, avec beaucoup de glycogène et un peu de sucre. Après 24 heures d'étuve dans des conditions d'asepsie aussi considérables que possible, un nouveau dosage nous donne 3 gr. 86 d'acide oxalique, encore un peu de sucre, mais plus trace de glycogène. Il m'apparut alors que l'acide oxalique pouvait du moins venir du ténia, du glycogène, du sucre au sein même de ses anneaux.

Une nouvelle preuve me fut apportée par un deuxième malade également parasité. Chez lui je pus faire le dosage de l'acide oxalique dans le sang avant et après l'expulsion du ténia. Avant l'expulsion ce malade avait 11,7 centigrammes d'acide oxalique dans son sang. Quatre jours après expulsion du ténia, il n'a plus que 3 centigrammes.

(1) M. LOEPER et G. MARCHAL. — *Progrès médical*, 1922.

(2) M. LOEPER. — Les entéronévrites, *Semaine médicale* et Société des hôpitaux, 1919.

(3) M. LOEPER. — Les anaphylaxies digestives étagées, *Journal de diététique*, 1928 et *Thérapeutique médicale*. Tube digestif, XX[e] leçon.

(1) BRAULT et LOEPER. — *Journal de physiologie et de pathologie générale*, 1904.

(2) M. LOEPER, DEGOS et TONNET. — La formation de l'acide oxalique par le ténia. Soc. de biologie et Soc. médicale des hôpitaux, 1931.

La relation entre le ténia et l'oxalémie est donc absolument démontrée. Tous les ténias ne sont pas certes oxalémiques, il y a des exceptions. *L'acide oxalique ne se forme guère que dans les ténias macérés* et par conséquent chez l'homme, quand de nombreux anneaux se détachent et se mortifient. Il suffit qu'il y en ait chez quelques-uns.

Cet ensemble de faits est intéressant. M. Netter ne s'y est pas trompé lorsqu'il a argumenté ma communication aux hôpitaux. Je crois donc qu'une partie des accidents que provoquent le ténia et peut-être aussi d'autres vers intestinaux, sont dus à l'acide oxalique et non à je ne sais quelle substance impondérable ou organique plus ou moins définie, alcaloïdique ou grasse. Si l'acide oxalique n'est pas le seul élément, il est au moins un des éléments de l'intoxication.

***

Voici la conclusion que je donnerai de cette étude. Il existe chez les gens porteurs de ténia, quoique plus rarement que chez d'autres sujets parasités, des accidents gastriques ou intestinaux qui revêtent parfois des caractères impressionnants et qui prêtent à des erreurs de diagnostic. Les plus remarquables sont :

1° D'une part, les phénomènes pseudo-ulcéreux ; d'autre part, les diarrhées abondantes, enfin les crises pseudo-tabétiques.

2° Ces accidents peuvent être la conséquence d'un phénomène d'irritation locale, d'un phénomène réflexe, d'une décalcification locale du mucle intestinal, mais aussi de réactions entéro-névritiques.

3° Ces entéro-névrites sont toxiques. Elles peuvent avoir une origine anaphylactique, une origine chimique dans je ne sais quelle substance organique hypothétique et mystérieuse, peut-être dans des aldéhydes, dans des acides gras. Elles l'ont certainement, et au moins en partie, dans l'acide oxalique qui naît aisément de la transformation même du ténia surtout de la transformation prouvée maintes fois d'ailleurs de son glycogène en acide oxalique.

Habitus phtisicus. — « ..... Les connaissances antiques sur le type de constitution fréquemment rencontré chez les tuberculeux pulmonaires ont été condensées dans la notion de l'*habitus phtisicus*. Cette dénomination fut créée à une époque où le mot phtisie n'avait pas le sens qu'on lui donne aujourd'hui. Pour Hippocrate et les médecins de son temps, φθισις signifie « consomption », et « phtisie pulmonaire » désigne toutes les affections pulmonaires consomptives accompagnées de fièvre et de suppuration. Il y a donc une phtisie tuberculeuse, qui ne forme qu'une partie de la tuberculose pulmonaire d'aujourd'hui : les formes ulcéro-caséeuses évolutives, — et une phtisie non tuberculeuse, comprenant les abcès du poumon, la dilatation des bronches, etc. » (Louis Corman. Idées anciennes et idées modernes sur la constitution des tuberculeux, *Gazette des hôpitaux*, 8 août 1931.)

« Les suicides, les crimes, les accidents, apparaissent en série, comme les morts subites et les symptômes aigus des maladies chroniques. Ces séries coïncident avec les séries de taches solaire. Cette double coïncidence paraît indiquer que le passage des taches agit à la fois sur le système nerveux de la vie de relation (suicides, crimes, accidents) et sur le système nerveux de la vie de nutrition (symptômes morbides aigus et mort subite). Cette réaction de l'homme précède les effets du passage des taches, dans l'atmosphères et l'écorce terrestre. » (Maurice Faure, de Nice. Influence des taches solaires sur les suicides, les crimes et les accidents. *Gazette des hôpitaux*, 19 août 1931).

ACTUALITÉS

La conception de Brault sur la glycogénèse fonction cellulaire générale

par Maurice LOEPER

Personne ne discute plus la nature hydrocarbonée de cette substance si particulière et si fragile que l'iode colore en rouge brun dans certains éléments cellulaires. Virchow l'avait classée dans les amyloïdes pensant déjà qu'elle était voisine des amidons. De fait c'est un amidon, assez proche des dextrines par ses réactions colorantes. On le connaît aujourd'hui sous le nom de glycogène : il donne du sucre et il en vient en grande partie. Sa valeur nutritive et sa force énergétique sont considérables et l'on doit voir en lui un des aliments les plus essentiels comme aussi les plus spécifiques de nos tissus.

Si la destinée chimique du glycogène est avant tout de faire du sucre et de maintenir par transformations incessantes et reversibles l'équilibre glycosique de l'organisme, sa destination biologique est de constituer dans nos organes des réserves où ils peuvent puiser à discrétion de quoi se nourrir et se développer.

L'étude de la glycogénèse chez les êtres vivants est ancienne. Elle remonte à 1854, aux mémorables leçons de Claude Bernard sur les phénomènes de la vie commune à l'homme et aux animaux.

Elle s'est développée dans les recherches de Rouget qui sont contemporaines exactement de celles du grand physiologiste mais semblent avoir eu, dès l'origine, une portée plus haute et plus générale.

Nous savons maintenant toute l'importance de la substance glycogène dans le développement du fœtus, aussi bien de l'homme que des autres vertébrés, dans la nutrition du placenta des rongeurs et de l'amnios des ruminants, dans celle des cartilages embryonnaires du poulet et du mouton, des cellules intestinales, respiratoires et cutanées.

La fonction glycogénique apparaît donc comme indispensable à l'édification de ces cellules et de ces tissus. C'est une fonction très générale et qui représente certainement autre chose que la simple suppléance de la glycogénie hépatique.

Cette théorie, est-il besoin de le rappeler, n'était pas tout à fait celle de Claude Bernard. Rouget mit tout son cœur à la défendre. Théorie biologique, histogénétique, elle resta longtemps éclipsée par le grand phénomène chimique de la formation du sucre dans le foie.

Elle reçut pourtant, en 1894, une éclatante confirmation des recherches de Brault sur la glycogénèse des tumeurs, c'est-à-dire de ces tissus jeunes, hyperactifs quoique pathologiques, dont le développement, hâtif et exubérant, est si voisin de celui des tissus de l'embryon.

Schiele, Chambard, Langhans avaient certes constaté déjà des grains colorables par l'iode dans les néoplasmes, mais ils n'y avaient vu qu'un accident. Brault dont l'étude initiale portait sur plus de 80 cas en aperçut immédiatement toute l'importance et en sut tirer d'emblée des conclusions particulières et générales.

Il y trouva d'abord la preuve de l'origine cellulaire des tumeurs, puis la marque de leur malignité, ce qui pour le médecin était déjà capital. Il y trouva aussi la base solide d'une grande loi biologique dont il ne cessa de chercher les preuves dans d'autres tissus et d'autres organes.

Ceux qui n'ont point connu et lu les mémoires princeps de Brault les trouveront réunis dans le beau livre qui vient de paraître (1) sur la glycogénèse dans le

(1) Le glycogène. Masson, éditeur, 1931.

développement des tumeurs, des tissus normaux et des êtres organisés.

La glycogénèse, « fonction cellulaire générale », y est exposée dans son ensemble.

L'étude des tumeurs y tient naturellement une place primordiale car la glycogénèse des néoplasmes semble une application de la théorie de Rouget et lui donne en même temps un appui solide et un nouvel élan.

On ne peut nier que ces sarcomes et épithéliomas, ectodermiques ou viscéraux, avec leur masse abondamment glycogénée, rouge d'iode, au milieu d'un tissu pâle et vide de glycogène, que ces banderolles de cellules nettement dessinées et souvent exclusivement dans un tissu conjonctif ou parenchymateux décoloré, soient singulièrement parlants et suggestifs.

L'étude de l'embryon n'est pas moins intéressante. La localisation du glycogène y marque le moment, l'heure même de l'activité d'un tissu, d'un organe, ou d'un élément constituant de cet organe. Le plexus choroïde, véritable placenta cérébral, est glycogéné au deuxième mois de la vie fœtale et l'est à peine ultérieurement, les tubes urinifères sont glycogénés avant l'écorce du rein, les canalicules biliaires avant le foie lui-même.

La loi est immuable. Elle s'applique encore, comme l'ont vu Loeper et Esmonet au testicule et à l'ovaire qui sont des organes en activité excessive et quasi-constante, au faisceau de His qui est la partie la plus vivante et la plus active du cœur.

Elle se retrouve encore dans l'étude des parasites. La membrane germinative du kyste hydatique, ce plasmodium d'où naissent les scolex et dont l'activité proliférante est considérable est abondamment glycogénée.

Les embryons de strongles, les œufs d'ascaris ou d'ankylostome, les œufs de ténia aussi, la presque totalité des tissus des cestodes, des nématodes, du ténia et du bothriocéphale, de la filaire, de l'ascaris, de l'oxyure même qui sont des vers à développement ultra-rapide sont encore chargés de glycogène : les coccidies apparaissent en brun acajou sur le fond souvent pâle des canalicules biliaires ; les levures, les spores des champignons sont également ponctuées de grains de glycogène ou d'un corps très voisin.

Certaines de ces constatations ont une valeur pronostique puisqu'elles permettent de juger de la vitalité d'un scolex recueilli par ponction d'un kyste, de la malignité d'une tumeur opérée par le chirurgien, de la résistance des cellules hépatiques guettées par la sclérose ou la dégénérescence.

Mais ces conclusions pratiques sont de beaucoup dépassées par les conclusions générales. Dans un dernier chapitre de l'ouvrage nous en touchons la haute portée biologique. La loi que l'auteur a posée est largement et solidement étayée. « Tout tissu, tout organe, tout « être vivant qui se trouve, à un moment quelconque, « passager ou durable, dans un état de vie intense, de « multiplication rapide, utilise le glycogène d'après son « plan d'organisation et pour ses besoins immédiats ».

Cette loi résulte de recherches topographiques précises et d'une réaction microscopique spécifique — L'histochimie affirme ici sa supériorité de la chimie.

Et cette loi est féconde et belle puisqu'elle porte l'histologiste dans les hautes sphères de la biologie.

Dès le début de mes études médicales, mon Maître Brault voulut bien m'initier à ses recherches, me confier ses idées maîtresses et me donner ses directives.

Mon enthousiasme pour les unes et les autres me valut l'honneur d'une collaboration dont je suis fier.

N'ayant été qu'un disciple, je n'ai aucune gêne à dire publiquement aujourd'hui mon admiration pour l'œuvre qu'il a accomplie.

Et je pense avec joie que ce livre, où se développe si harmonieusement et si totalement une grande pensée vient à point pour lui assurer devant le monde médical et scientifique une inconstestable paternité.

CHRONIQUE

A propos de bains

La peau et les bains. — Pour MOUGEOT, la peau qui est imperméable aux liquides, est perméable aux ions et aux gaz : la résorption des gaz thermaux à travers la peau serait un fait acquis et elle expliquerait certains effets dont la nature jusqu'ici apparaissait mystérieuse, encore que les résultats fussent cliniquement indéniables.

La peau, d'autre part, est très riche en capillaire et constitue une sorte de cœur périphérique que la balnéothérapie est apte à réveiller, à stimuler.

La peau est une source de diastases et une véritable glande endocrine ce qui explique l'utilité des traitements externes à Vichy ou à Châtel-Guyon dans les cas de déficience diastasique des divers segments du tube digestif et de ses annexes (foie, pancréas).

La peau, enfin, est le siège d'un épanouissement du système nerveux végétatif d'où son action sur les glandes endocrines, d'où les effets calmants et soporifiques de la douche tiède en pluie, d'où les grandes améliorations obtenues dans le basedowisme par les bains hyperthermaux de Bourbon-Lancy, par les bains frais et très riches en gaz carbonique de Royat, d'où les effets hypotenseurs intenses obtenus à Royat.

Bains et prurit. — Dans un certain cas les bains sont suivis de prurit. Un confrère nord-américain a demandé à l'excellent *Journal of the américan médical Association* quelle conduite tenir en pareil cas (31 janvier 1931). Il lui a été répondu qu'il y avait peu de ressources : peut-être pourrait-on essayer de rester dévêtu dans la salle de bains pendant une demi-heure après le bain.

Bains de Royat. — D'où vient la vaso-dilatation périphérique formidable des bains de Royat : sous l'influence de ces bains tout le territoire cutané immergé rougit, alors que la peau de la partie du corps qui reste en dehors de l'eau (visage, cou, épaules) garde une teinte normale. Cette rubéfaction du territoire immergé provient d'une vaso-dilatation périphérique. Diverses théories ont été émises pour expliquer cette ouverture des capillaires et des artérioles cutanées. Pour BARRIEU, cette vaso-dilatation a pour cause la suppression momentanée de la respiration cutanée. En entrant dans le bain carbo-gazeux, la peau est recouverte d'une infinité de bulles de CO^2 d'où résulte une véritable asphyxie locale. Pour chercher de l'oxygène, la peau se distend, augmente sa surface, et ainsi naît un réflexe inhibiteur du sympathique vasculaire qui fait s'ouvrir les petits vaisseaux superficiels et, par conséquent, baisser la pression. Quand il y a hypertension artérielle, cette action mécanique du bain est heureusement mise en œuvre ; d'autre part, l'inhibition sympathique, en supprimant l'hypertension artérielle, permet aux autres facteurs de la cure d'agir au maximum. (*Thérapeutique*, avril 1931, p. 1.)

Les eaux calciques. — Certaines eaux minérales ont un pouvoir antitoxique, vis-à-vis de telle substance, fait qui a été mis en lumière par BILLARD. Violle et Giberton ont essayé de comprendre le mécanisme de cette action antitoxique. Plutôt que d'employer des toxines, ils ont utilisé un métal toxique à dose infime, le cuivre. Pour cela, 250 cc. d'eau bidistillée ont été mis en contact pendant 48 heures à la température du laboratoire avec 50 grammes de tournures de cuivre. Le cuivre y est à l'état d'hydroxyde de cuivre colloïdal dont l'électrification est positive, et non à l'état de cuivre métallique (colloïde négatif). Des vairons mis dans ce liquide n'ont pas tardé à succomber.

Toute substance électrolyte ou colloïde de signe contraire devait déterminer la floculation et par suite, neutraliser la toxicité de l'hydroxyde de cuivre. C'est ce que les auteurs ont obtenu par l'adjonction de cinq centigrammes de gomme arabique à la solution cuivrique ; dans ce liquide, deux colloïdes se sont trouvés en presence : un colloïde électro-positif, l'hydroxyde de cuivre, et un colloïde électro-négatif, la gomme arabique, ces deux colloïdes de signes contraires, ont déterminé leur floculation réciproque et la toxicité du liquide s'est trouvée supprimée.

Il est également intéressant d'étudier l'action des ions sur les propriétés oligodynamiques du cuivre.

Les auteurs ont alors étudié les anions Cl, So^4, PO^4, puis les cations Na, Ca, Mg après fixation du pH.

L'anion monovalent Cl est sans action protectrice, quel que soit le pH ; l'anion bivalent SO^4 est protecteur seulement à pH = 8 ; l'anion trivalent PO^4 est toujours protecteur, mais d'autant plus qu'on sera proche de pH = 8. Le pouvoir antitoxique des anions se présente, donc, dans l'ordre même de leur valence.

Les cations monovalents Na et K sont sans action protectrice. Parmi les cations bivalents, Mg et Sr ne sont pas protecteurs. Par contre, le calcium a une action protectrice considérable et constante, même à pH + 6.2. Les cations trivalents cérium, fer, aluminium, se sont montrés tellement toxiques qu'il fut impossible d'arriver à obtenir un résultat expérimental.

Comment expliquer l'action antitoxique si remarquable du calcium ? Les auteurs pensent être en présence d'une action spécifique du calcium sans rapport avec sa valence ce qui se comprend bien, puisque le calcium est de même signe que l'oxyde de cuivre colloïdal.

Ayant ainsi mis en évidence l'action de la valence des anions Cl, SO^4, PO^4 et des cations Ca, Na, Mg, et l'influence du pH, ils ont abordé l'étude de l'action des eaux minérales avec un certain nombre de données précises qui leur permettaient de diriger leurs recherches dans une voie bien définie.

Ils ont, donc, étudié quelques eaux minérales. Dans la solution cuivrique additionnée d'eau bidistillée, le vairon meurt en six heures, et dans la solution cuivrique additionnée d'eau de Vittel (S. Hépar), le vairon vit encore parfaitement pendant vingt-quatre heures. La survie du poisson a, donc, bien été due à l'action propre de l'eau de Vittel sur la toxicité du cuivre. Il en fut de même pour les eaux de Contrexéville (Pavillon) et de Saint-Nectaire (Parc).

L'action antitoxique de ces eaux minérales est-elle due aux colloïdes ou au cristalloïdes qui entrent dans leur composition ? L'hypothèse a souvent été émise que les eaux minérales doivent certaines de leurs propriétés à la présence de substances à l'état colloïdal. La présence des colloïdes dans les eaux minérales, n'est à vrai dire, elle-même, dans bien des cas, qu'une hypothèse. Elle n'a guère été démontrée que dans les eaux de Mondariz, où, par évaporation, Carracido a pu isoler un gel de silice et dans les eaux contenant de l'hydroxyde de fer (Vichy, Bussang, etc...), peut-être aussi dans les eaux de Royat où, de ses recherches physico-chimiques, Kopaczewski a pu conclure à la présence « probable » de colloïdes.

Quoiqu'il en soit, les auteurs ont éliminé le rôle possible des colloïdes en employant des eaux ultra-filtrées sur une membrane de collodion très serrée : le pouvoir antitoxique des eaux minérales étudiées (Vittel, Contrexéville, Saint-Nectaire) n'en fut nullement diminué. Ils ont, alors, cherché quel cristalloïde était en cause. Il leur a semblé que c'était le Ca. Ils ont constaté des faits analogues dans l'intoxication par la spartéine,

Mais le Ca n'est pas tout. Les eaux les plus riches en Ca ne sont pas forcément les plus antitoxiques. Il faut alors, envisager que certaines associations salines doivent intervenir pour renforcer ou atténuer ces propriétés antitoxiques du calcium. Le problème est, probablement, très complexe et difficile à résoudre.

Quant à la toxine diphtérique, elle ne paraît nullement influencée par le calcium. Des expériences conduites d'une façon analogue montre que les cobayes ayant reçu du calcium avant ou en même temps que la toxine, ne survivent pas plus que les témoins, souvent même la survie est un peu plus courte. Le caractère colloïdal des toxines a fait penser aux auteurs que peut-être la silice contenu dans les eaux minérales pouvait neutraliser en l'absorbant la toxine diphtérique. Il n'en est rien.

En somme, chaque propriété antitoxique démontrée pour une eau minérale donnée pose un problème particulier dont la solution doit être cherchée par l'étude de la composition chimique et de l'état physicochimique de cette eau ainsi que par une expérimentation physiologique effectuée au moyen des solutions artificielles simples ou complexes en dont l'état physique est bien déterminé. (*Annales de l'Institut d'hydrologie et de climatologie*, juillet, décembre 1930, p. 80.)

Thalassothérapie. — Le bain de mer, augmente la fréquence du pouls, de la respiration, de la ventilation pulmonaire, et détermine chez certains sujets une augmentation des échanges respiratoires, laquelle peut atteindre et dépasser cent pour cent ; chez d'autres sujets, les modifications sont plus légères. Margaria, chez les premiers, a observé simultanément, une sensation de froid souvent accompagnée de frissons qui manque chez les seconds. Il interprète ce fait en admettant que l'augmentation des échanges gazeux est, probablement, due aux contractions que le froid détermine par voie réflexe dans les muscles squelettiques et aussi aux contractions des muscles lisses de la peau. (Il ricambio gasloso nel bagno di mare. *Archivio di Fisiologia*, 1928, p. 226).

Paris-Plage. — La mer du Nord, une forêt de pins. Accessoirement une eau oligométatallique, assez comparable (du moins comme composition chimique) à celle de Saint-Nectaire.

Notre confrère Decreton, médecin au Touquet Paris-Plage, précise quelques services que peut rendre la cure dans sa station. (*Journal des Sciences méd. de Lille*, 20 septembre 1931, p. 189.)

L'air marin, d'une pureté parfaite, est salutaire aux enfants scrofuleux ou débiles, aux prétuberculeux, aux surmenés, aux déprimés du système nerveux. « Nos vents paraissent terribles, dit Decreton. En réalité, les vents de tempête ne soufflent que quinze jours par an, en moyenne, et grâce à la forêt, il est aisé de se soustraire à leur action. La forêt joue ici un rôle de protection comme elle permet de jouir d'un air plus doux lorsque l'air de la plage pourrait être trop vif ou trop excitant. Un mot de la question insolation. Celle-ci est moyenne mais de longue durée et permet d'utiliser ainsi son action et celle de ses rayons ultra-violets entre autres ».

Le Touquet possède une piscine d'eau de mer chauffée ; la plus grande d'Europe.

L'eau de mer stérilisée et isotomisée, en pulvérisations pharyngées, fait merveille chez les enfants atteints de végétations.

Les métrites chroniques et certaines affections péri-utérines trouvent, dans l'emploi de l'eau de mer chaude, un moyen rapide de guérison. H. V.

Le soufre en biologie et en thérapeutique

D'après le livre de M. Loeper et L. Bory.

« *Le soufre constitutif, est peut-être, l'âme de la micelle* »

Loeper et Bory

Depuis une vingtaine d'années, les études sur le soufre vont se multipliant : chimistes, physico-chimistes, biologistes, cytologistes, thérapeutes et, parmi ceux-ci, maîtres et

praticiens, médecins consultants auprès des Eaux minérales sulfurées, dermatologistes, médecins de médecine générale, oto-rhino-laryngologistes veulent savoir, veulent connaître les raisons de l'action si puissante du soufre.

En une seule phrase, MM. Loeper et Bory ont résumé tout ce qui semble — dans l'état actuel de nos connaissances — conditionner la valeur du Soufre :

« *Le soufre constitutif est, peut être, l'âme de la micelle* ».

MM. Loeper et Bory, utilisant tout d'abord les notions que nous donne la chimie des éléments sur les propriétés générales de l'élément S ; utilisant, ensuite, celles, plus complexes malheureusement, que nous donne la chimie biologique sur les combinaisons actuellement connues du S. dans tous les tissus, sur les groupements surtout qui le contiennent et lui doivent, vraisemblablement, la majeure partie de leurs propriétés « vont éplucher », suivant leur propre expression, toutes nos connaissances sur le soufre.

Les savants auteurs, après avoir passé en revue la constitution soufrée des tissus et organes, le renouvellement de cette constitution du fait de la vie elle-même, l'équilibre soufré normal, s'étendent sur les notions nouvelles que nous donnent et la pharmacologie et la médecine expérimentale.

Le fait nouveau à signaler, et nous n'avons pas à dire sa haute importance, c'est *le pouvoir catalytique* du soufre, que MM. Maureu, Dufraisse et. plus tard, Flurin. ont démontré.

Oliviero compare le soufre à un pont transbordeur : « Il se charge sur une rive d'une molécule d'oxygène et la transporte sur l'autre rive ou elle opère une réduction. Le pont revient ensuite à son point de départ, non pas à vide, mais chargé d'une molécule d'eau. Il continue, sans arrêt, ce va et vient de travail, sans défaillance, sans altération : il a donc bien la caractéristique d'un véritable ferment ».

Nous ne pouvons nous empêcher de rappeler ici que Dufrenoy et nous-même, dans notre communication à l'Académie de médecine en 1919, avons trouvé que la Barégine agissait — *par son pouvoir diastasique comme un véritable ferment* ..... et que le soufre bousculait les énergies cellulaires en sommeil.....

Nous permettra-t-on d'appeler tout particulièrement l'attention de nos lecteurs sur le chapitre consacré par les auteurs à *la thiopexie* et à l'influence du soufre sur *le métabolisme basal*, sur le soufre en médecine homœopathique : les beaux chapitres consacrés aux Sulfures et aux Sulfites révèlent bien des choses nouvelles.

Nous n'étonnerons pas le lecteur en disant que MM. Loeper et Bory ont voulu faire une large part aux Eaux minérales sulfurées. Chaîne des Pyrénées, si riche, si variée en sources sulfurées, Chaîne des Alpes... Ax, Barèges, Cauterets, Saint-Sauveur, Luchon, avec son radio-vaporarium-sulfuré et sa technique, si curieuse, d'insufflation de vapeurs sulfurées radio-actives, spontanément émises ; Amélie, Enghien, Challes etc, etc.

Et c'est encore le soufre en biologie végétale que MM. Loeper et Bory veulent nous faire connaître.

Il appartenait au Professeur de thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris, au Dermatologue, formé à Saint-Louis, la grande Ecole mondiale du traitement des maladies de la peau, de donner le plus récent formulaire de l'utilisation du soufre en usage interne et en usage externe. Notons encore dans cet ouvrage où tout sollicite l'attention, l'usage interne des Barégines soit en cachets de poudre barégineuse, soit en injection sous-cutanée d'extrait frais de Barégine.....

Nos auteurs ont vraiment cherché à être complets : ne donnent-ils pas, *in fine*, un index technique pour la recherche de la cystine, du glutation, du dosage du soufre dans l'urine, dans le sang, dans les produits organiques ? ...

Très élégamment présenté par MM. Doin, éditeurs ; illustré de 41 figures dans le texte. « le Soufre en Biologie et thérapeutique » de MM. Loeper et Bory, va connaître une belle carrière.

MOLINÉRY.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Diagnostic

L'amibiase hépatique a un aspect protéiforme qui en rend le diagnostic difficile, comme le montrent bien les deux observations suivantes:

OBSERVATION I. — R. D., 40 ans, mariée. Rien de saillant dans les antécédents. En mai 1926, entérocolite dysentériforme avec nombreuses selles diarrhéiques muqueuses et muco-sanglantes. Depuis un mois amélioration, mais persistance d'une diarrhée qui alterne avec de la constipation.

Cela dure pendant cinq mois, au cours desquels la patiente, qui avait un bon état général, perd progressivement ses forces, s'anémie et dépérit. Elle se traite, suivant les conseils d'un médecin qui avait diagnostiqué une entérite chronique, par le régime seul, mais sans en retirer aucun bénéfice. Le sixième mois elle commence à sentir un poids et une gêne dans l'hypochondre droit ; depuis quelques jours elle a une fièvre légère à type intermittent et elle ressent une douleur continuelle dans le même hypochondre. Le même médecin trouve un gros foie, qu'il qualifie de dyspeptique ; il met la malade au lit et à la diète lactée. Malgré cela l'état s'aggrave encore et on décide de consulter l'auteur.

A l'examen clinique il trouve une malade anémiée, amaigrie, une fièvre discrète à type intermittent, un foie très sensible à la palpation, tuméfié dans tout le lobe droit et débordant les côtes de quatre travers de doigt.

Les anamnestiques, la symptomatologie typique du début, l'évolution, le tableau clinique terminal semblent autant d'éléments d'orientation de ce diagnostic douteux vers une présomption d'entérite amibienne chronique, méconnue, avec des métastases hépatiques successives (hépatite amibienne subaiguë.)

En présence d'un tel problème de diagnostic, on décide un traitement d'épreuve. Vingt injections de quatre centigrammes de chlorhydrate d'émétine lèvent tous les doutes, en nous faisant assister à la guérison totale et définitive de la malade.

OBSERVATION II. — Femme de 58 ans, mariée avec un homme bien portant, mère de deux garçons bien portants. Pas d'antécédents héréditaires ni personnels. En février 1928 nombreuses selles journalières, diarrhéiques et muco-sanguinolentes, avec un peu de ténesme. Quinze jours après elle se sent mieux, se plaignant d'une constipation opiniâtre, interrompue de temps en temps par de la diarrhée. Quatre mois après elle commence à maigrir et à perdre ses forces, de telle sorte que le moindre travail la fatigue beaucoup. Les conditions empirent, l'épuisement s'accentue, une douleur légère et continue apparait dans l'hypochondre droit. Pas de fièvre.

Elle consulte un médecin qui diagnostique une cirrhose hypertrophique du foie. Elle suit un régime sévère et l'épuisement touche à la cachexie. Un second médecin pense à un cancer du foie. L'auteur est appelé fin août.

Au premier abord on était impressionné par l'état de dénutrition de la malade anémique et cachectique. Pas de fièvre... Le foie est hypertrophié, presque jusqu'à la ligne ombilicale transverse, sensible à la pression et même spontanément, la surface est lisse, le bord tranchant et régulier... Diarrhée (de six à huit selles par vingt-quatre heures). Régime lacté.

Le problème du diagnostic est difficile et réclame une appréciation exacte de tous les détails anamnestiques et objectifs. Le premier diagnostic de cirrhose hypertrophique semblait insoutenable, parce que l'histoire de la malade ne contenait aucun des facteurs qui préparent la cirrhose et que l'ascite manquait.

La cachexie de la malade faisait prendre en considération le second diagnostic de cancer. Mais le foie est uniformément lisse et non irrégulier comme dans le carcinome, l'ascite et l'ictère font défaut ; il n'y a aucun signe de carcinome gastrique, duodénal.

Plus difficile encore semblait l'hypothèse d'un carcinome massif du foie, car c'est une forme rare. La symptomatologie est incomplète pour la syphilis hépatique congénitale ou acquise, et complètement négative pour la tuberculose du foie, la malaria, l'échinococcose, le foie diabétique.

Passant en revue toutes les hypothèses, il s'agissait d'en écarter une plus vraisemblable, celle du foie cardiaque,... mais le cœur ne présentait ni hypertrophie ni souffles organiques...

Quel était alors le diagnostic le plus convenable ?

C'est un petit fait qui attira l'attention ; plusieurs mois auparavant, c'est-à-dire au début, la malade avait eu une crise typique de diarrhée muco-sanguinolente avec ténesme. A présent la marche clinique et les signes objectifs légitimaient le soupçon d'amibiase chronique.

Mais était-ce l'unique cause du tableau clinique ou s'y associait-il quelque autre cause morbide ?

Les manifestations cliniques pouvaient bien figurer les différentes étapes de l'évolution de l'amibiase, la plus importante d'entre elles étant représentée par la localisation hépatique... La probabilité d'une telle hypothèse diagnostique n'était pas ébranlée par l'absence complète de fièvre, puisque l'on sait que dans cette forme la température peut manquer, bien que ce soit assez rare.

En se basant sur ces soupçons on fait appel à l'examen microscopique des fèces, dans lesquels la découverte de très nombreux kystes de nature amibienne confirme entièrement le diagnostic.

Le problème fut enfin complètement résolu par un traitement spécifique et reconstituant (émétine, stovarsol) énergique et prolongé, qui amena la résurrection de la malade, la disparition de tous les symptômes et la *restitutio ad integrum* du foie.

Le diagnostic de ces formes rares et obscures a une grande importance par le pronostic et le traitement. (L. Finocchiaro. Diagnosi ed errori in tema di amebiasi epatica. *Rinascenza medica*, 1er juin 1931.)

Pédiatrie

Le régime des pommes, soit sous forme de compote, soit sous forme de soupe préparée avec des fruits non épluchés pas trop mûrs, est d'une efficacité rapide dans les troubles digestifs intestinaux des enfants. Ce régime est d'autant plus indiqué que son emploi est facile et que les troubles intestinaux rebelles sont fréquents.

L'action thérapeutique relève de différents facteurs : action des acides organiques, changement du milieu de culture des bactéries, nettoyage mécanique, absorption de vitamines. Le régime des pommes de Moro est particulièrement efficace dans les troubles intestinaux, où la flore intestinale est gravement altérée et où les vitamines sont très indiquées. (Ch. Popoviciu et M. Benetato-Modval. Contributiuni la tratamentul turburarilor digestive parenterale ale copülor prin regime de mere. *Clujul medical*, 1er avril 1931).

Syphilis

Les manifestations rares de la syphilis sont généralement méconnues ; aussi est-il utile de signaler les trois observations suivantes :

I. Une femme de 31 ans présente une destruction de la partie antérieure des corps vertébraux de l'atlas, de l'axis, de la troisième et de la quatrième cervicales. Le diagnostic de mal de Pott semblait le plus logique et la coexistence d'une syphilis semblait sans intérêt. L'auteur se tint sur le terrain *purement sentimental* : quelques semaines de mercure valent mieux que deux ans de minerve. Cinq mois de traitement donnèrent une guérison complète.

II. Un homme de 68 ans, est atteint de septicémie aiguë. On pense à l'angiocholite suppurée, à l'abcès hépatique, à la pyléphlébite, à l'endocardite septique, quand, au quatrième jour, apparait une gomme à la région lombaire droite. Il s'agissait d'une fièvre syphilitique avec gommes viscérales multiples (foie, rate). Le traitement spécifique réussit parfaitement.

III. Une femme de 32 ans est un exemple de tertiarisme malin, consécutif à de l'arsenicisme thérapeutique chronique. On la désintoxique par l'hyposulfite de soude et on la traite par le mercure et l'iodure de potassium, qui donnent d'excellents résultats, alors que la prescription d'arsenic eût été le meilleur moyen de ne rien faire.

L'auteur a résolu brillamment ces trois problèmes, deux de diagnostic, un de thérapeutique. (Arthur F. Kraetzer. Three unusual cases of late syphilis. *American Journal of syphilis*, avril 1931).

Dermatologie

Le lupus érythémateux bénéficie de l'aurothérapie. James Strandberg a traité 84 malades avec les résultats suivants :

Guérison	42 %
Amélioration considérable	27 %
Amélioration	20 %
Etat stationnaire	7 %
Aggravation	4 %

Les sels d'or employés ont été le krysolgan, le triphal et, dans quatre cas seulement, le solganal.

Les séries étaient de dix injections, aux doses suivantes : 0,010 g., trois fois 0,025 g., trois fois 0,050 g., trois fois 0,100 g.

La tolérance est individuelle et les complications (nausées stomatite, exanthème, albuminurie passagère) sont rares. (James Strandberg. Six years' expérience of the treatment of lupus erythematosus roith gold compounds. *Acla medica scandinavica*, 26 mai, 1931).

Chirurgie

La luxation du coude laisse souvent après elle un certain degré d'impotence fonctionnelle due soit à des lésions d'arthrite, accompagnée ou non de néoproductions osseuses, soit à l'apparition d'un ostéome dans le brachial antérieur. Trois exemples de séquelles sont donnés dans les observations de Dumont, dont le résumé suivant montre l'intérêt.

1. J. G. milicien, 26 ans. Luxation en arrière et en dehors, coude gauche, bonne réduction. Développement rapide et étendu d'un ostéome dans les tendons et la masse musculaire du brachial antérieur. Malgré un traitement prolongé, il n'y a guère d'amélioration et on doit réformer le malade sept mois après son accident pour limitation persistante des mouvements du coude gauche.

II. V. W. L. Chez un invalide de guerre, traumatisme il y a huit ans. Limitation progressive des mouvements du coude gauche ; ankylose presque totale par hyperostose volumineuse de tous les segments osseux de l'articulation, entraînant la destruction complète des surfaces articulaires ; névrite cubitale par englobement dans la masse osseuse. Intervention : Résection des masses osseuses proliférantes, libération de l'articulation et du nerf cubital. Suppuration modérée, puis guérison opératoire avec amélioration fonctionnelle.

III. S. E. 22 ans. Subluxation en arrière du cubitus droit, fractures multiples de la tête radiale. Mobilisation précoce et traitement physicothérapique. Ostéoarthrite du coude droit avec limitation des mouvements d'extension, de flexion et de supination. (A. Dumont. Les séquelles de la luxation du coude. *Bruxelles médical*, 7 juin 1931).

Ophtalmologie

La céphalée est un symptôme important d'affection oculaire.

Les inflammations de l'œil, comme la kératite et l'iritis, sont accompagnées de douleurs de tête, mais elles attirent facilement l'attention du médecin.

Il n'en est pas de même dans les cas de céphalée permanente où l'affection oculaire n'est pas facile à reconnaître : glaucome simple et particulièrement troubles de réfraction : dans ce dernier cas une correction exacte fait disparaître la céphalée.

Dans certains cas la céphalée et les troubles oculaires coexistent simplement et relèvent d'une affection générale : affections rénales ou vasculaires, troubles du métabolisme. (Velhagen. Der Kopfschmerz als Zeichen von Angenerkrankungen. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 27 février 1931).

Varia

Depuis l'apparition de la micro-méthode d'analyse, l'attention a été attirée de façon croissante sur les troubles du métabolisme calcique comme facteur étiologique. (C. P. Stewart et G. H. Percival, d'Edimbourg).

La transfusion est l'appareil de sauvetage de bien des mourants, car le sang vivant transfusé est le seul fluide qui, injecté dans les veines, ne filtre pas immédiatement à travers les vaisseaux. Les sérums hydratent les tissus ; les stimulants aident au fonctionnement du cœur ; mais chaque hématie de sang transfusé sert de véhicule d'oxygène aux cellules cérébrales sans lequel la vie n'est pas possible. (W. Verge, de Québec).

J. Lafont.

« .... Sous la poussée des spécialistes qui tendent à le faire disparaître, le départ du médecin de famille, s'il est regrettable pour l'intérieur des foyers, marque en plus un recul au point de vue social. Les idées de notre temps se rétrécissent, s'atrophient, s'étiolent, s'abêtissent. » (Dr Charles Fiessinger. *Journal des praticiens*, 25 juillet 1931.)

BIBLIOGRAPHIE

La Psychanalyse. *Doctrines et applications*, par le Dr René ALLENDY. Editions Denoël et Steele, 19, rue Amélie, Paris-VIIe.

Le livre de l'auteur de *La Justice Intérieure* présente la psychanalyse dans son esprit et dans son développement, situe le freudisme originel au milieu des écoles filiales ou adverses et montre ses possibilités multiples dans différents domaines ; mais l'auteur, qui est médecin, insiste sur les applications thérapeutiques. Avec des exemples tirés de sa pratique, il expose successivement la nature de l'inconscient, la manière dont son existence s'impose à l'investigation psychologique, comment on l'explore par interprétation et la constitution qu'on lui découvre, les troubles qui s'y produisent, leur genèse et leur traitement. Pour illustrer son exposé, il donne l'observation d'une cure analytique résumée séance par séance, avec ses phases successives et toutes ses vicissitudes.

Les maladies organiques du faisceau de His-Tawara. *Les Syndromes coronaires. L'endocardite septale. L'infarctus septal. Etude clinique et anatomique*, par Ivan MAHAIM. Préface du Professeur MICHAUD, de Lausanne. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevrad Saint-Germain, 120, Paris. Un volume de 586 pages avec 188 figures : 80 fr.

Cet ouvrage apporte une contribution originale à l'étude des affections si compliquées du faisceau de His-Tawara. C'est le résultat de longues recherches anatomo-cliniques originales, poursuivies depuis de nombreuses années et au cours desquelles l'auteur s'est proposé de fournir des preuves histologiques suffisantes des localisations intra-cardiaques apportées par l'électrocardiogramme.

Monographie d'anatomie pathologique spéciale, ce volume est cependant conçu à des fins essentiellement cliniques. Il a été rédigé de manière à pouvoir être utilisable par tous les médecins qui s'intéressent aux questions cardio-vasculaires. L'auteur ne se borne pas à étudier les symptômes cliniques en eux-mêmes, mais il s'efforce d'éclairer la pathogénie des maladies.

Au cours de toutes ses recherches, l'auteur a réuni tous les documents qui existent dans la bibliographie sur ce sujet. Aussi l'index contient-il plus de mille références citées dans le texte. C'est dire que si ce volume s'adresse aux cardiologues, aux praticiens soucieux de perfectionner leurs procédés d'exploration et d'obtenir de ce fait de meilleures indications et de meilleurs résultats thérapeutiques, il s'adresse aussi aux pathologistes que ces questions intéressent, ou qui désireraient s'orienter vers ce genre de recherches.

Précis du diabète, par H. CHABANIER et C. LOBO-ONELL. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris. Un volume de 280 pages avec 4 graphiques : 26 fr.

Depuis quelque dix ans, la question des diabètes qui avait paru entrer en sommeil à la fin du gros mouvement de recherches de pure clinique du siècle dernier, a repris une vitalité nouvelle.

L'apparition de certaines techniques, comme l'évaluation de la réserve alcaline, des corps cétoniques, etc., l'application systématique de certaines d'entre elles demeurées jusqu'alors l'exception (telle notamment l'étude de la glycémie), les recherches récentes sur le mécanisme de l'acétonémie, sur l'acidose, etc. ; enfin la découverte de l'insuline ont élargi les problèmes et en les déplaçant ont ouvert des perspectives toutes nouvelles tant dans l'ordre théorique que dans le domaine de la pratique médicale.

Les auteurs ont envisagé, dans cet ouvrage, la question des diabètes dans son ensemble ; ils ont réduit les considérations d'ordre théorique au minimum indispensable et étudié les problèmes sous l'angle de l'application pratique : les conceptions autres que celles des auteurs y ont été rappelées de façon à permettre au médecin de connaître dans ses grandes lignes l'évolution des idées et d'avoir une opinion plus critique sur les solutions qu'ils proposent.

C'est donc bien un précis pratique du diabète qui est présenté aux médecins.

Bien que les auteurs n'aient eu nullement pour but d'écrire un livre de vulgarisation, cet ouvrage est également susceptible d'être utile aux diabétiques eux-mêmes qui ont, en général, des idées très inexactes sur la nature de leur maladie.

Nouveau traité de médecine et de thérapeutiques. *Maladies du sang*, par les Drs Henri BÉNARD, Mlle TISIER, Lucien RIVET, LÉCHELLE, Jean HUTINEL, Noël FIESSINGER, Ch. AUBERTIN, Arnault TZANCK. Un volume grand in-8 de 771 pages avec 97 figures et 1 planche coloriée : 150 francs. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris, 6e.

Ce nouveau volume du *Nouveau Traité de Médecine et de thérapeutique*, dirigé par les professeurs CARNOT et LEREBOULLET, est un traité aussi complet que possible sur le *Sang*, comprenant tous les détails que comporte la technique moderne relative au sang. Cet ouvrage s'adresse aussi bien aux savants qui, dans les laboratoires, poursuivent des recherches hématologiques originales, qu'aux praticiens qui, sur leurs malades de la ville ou de l'hôpital, font de l'hématologie clinique, en vue d'en tirer des indications relatives au diagnostic, au pronostic ou au traitement.

Le premier chapitre est consacré à l'*Etude technique, morphologique, chimique et physico-pathologique du sang*. Il est dû à la collaboration du Dr Henri BÉNARD, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, et de Mlle Marguerite TISSIER, chef de laboratoire. Ce chapitre a reçu dans ce volume un développement important et livre au public les dernières acquisitions du laboratoire.

Les autres chapitres sont dus au Dr Lucien RIVET, qui a rédigé seul ceux sur les *Anémies*, et les *Maladies et Syndromes hémorragipares*. Puis, en collaboration avec le Dr Jean HUTINEL, le chapitre sur les *Syndromes hémolytiques* et celui sur les *Polyglobulies*, avec le Dr Paul LÉCHELLE.

Le chapitre sur les *Leucémies* a été écrit par le Dr Noël FIESSINGER, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et celui sur la *Pathologie de la moelle osseuse*, par le Dr Charles AUBERTIN agrégé.

Enfin, l'ouvrage se termine par un chapitre sur la *Transfusion du sang*, dû au Dr Arnault TZANCK.

Cet ouvrage présenté au public médical est l'œuvre de collaborations autorisées, le praticien y trouvera une excellente documentation, formant un ensemble clinique et thérapeutique de la science hématologique.

Dictionnaire de spécialités pharmaceutiques, par Louis VIDAL, édité par l'Office de vulgarisation pharmaceutique, 107, rue La Fayette, Paris, (Xe).

La XIIIe édition (1932) vient de paraître.

C'est le plus ancien des ouvrages de ce genre et le plus répandu, en même temps que le plus pratique, parce que très maniable et peu encombrant.

Entièrement remanié, complété par les nouveaux produits, mis à jour d'une façon parfaite, cet ouvrage de près de 1.500 pages offre aux praticiens une documentation complète sur les spécialités pharmaceutiques, leur composition, présentation, prix et mode d'emploi. C'est le pendant du formulaire magistral sur le bureau du praticien.

18.000 exemplaires ont été adressés au Corps Médical français, dans le courant d'octobre. Les quelques confrères qui auraient été oubliés et qui désireraient le recevoir peuvent adresser leurs demandes à l'Office de vulgarisation pharmaceutique : celles-ci seront satisfaites jusqu'à concurrence de l'épuisement du tirage, qui est proche.

Questions modernes de neuro-psychiatrie, par Henri DAMAYE. Maloine éditeur.

Dans ce livre, suite de ses *Eléments de neuro-psychiatrie*, l'auteur étudie particulièrement les affections mentales aiguës et leur thérapeutique. Délire aigu et Delirium tremens font l'objet de chapitres du plus haut intérêt. A signaler aussi l'étude du traitement de l'épilepsie et de celui des diverses formes de l'état de mal comitial. Le chapitre médico-légal des psycho-neurasthénies frustes et des impulsions sexuelles en cette affection mérite également de retenir l'attention, en raison de son intérêt pratique pour les médecins experts.

Ouvrage recommandé à tous les médecins spécialisés ou non en psychiatrie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 octobre 1931

Images radiologiques arrondies, opaques, intra-thoraciques dans une adénopathie hilaire et dans un cancer du thymus. — *M. G. Caussade.* — A la série des faits concernant les images arrondies opaques intra-thoraciques (kystes hydatiques, anévrysmes de l'aorte, abcès, épithéliomas, sarcomes, fibromes du poumon), l'auteur en ajoute deux autres. Le premier confirme celle qui a trait aux ganglions hilaires. Il s'agissait d'une enfant de 7 ans qui, après des accès répétés de quintes de toux coqueluchoïde, fit une vomique peu abondante et très certainement tuberculeuse, sans que, à la radiographie, les poumons aient présenté la moindre altération ; mais la mort survenait un an après par méningite tuberculeuse.

Dans le second cas, l'auteur, chez une femme de 25 ans, a constaté devant l'écran une image à contours tracés au compas, sans lésion périphérique. De forme sphérique (reconnue à la radioscopie en faisant varier la position de la patiente), — du volume d'une grosse orange occupant à droite le sommet depuis le 2e jusqu'au 5e espace intercostal, d'une opacité assez prononcée mais moins intense que celle du goitre, cette image n'avait aucune connexion avec le corps thyroïde et s'enfonçait sous le sternum où cependant, les bords curvilignes étaient nettement conservés. On a pu encore déterminer son indépendance avec l'aorte, et avec le poumon droit (absence de tout mouvement en rapport avec la respiration). Tous ces signes en faveur d'une tumeur possible du thymus, malgré son siège latéral et non médian, et en rapport avec les symptômes observés (surtout une dysphagie intense d'abord, et ensuite une sténose œsophagienne très caractérisée, concordèrent avec les constatations anatomiques et microscopiques (apparence de corps concentriques sans aucune ressemblance avec le globe épidermique : c'est un élément primordial du diagnostic histologique de certaines tumeurs épithéliales du thymus).

L'auteur en terminant, insiste : 1° sur les tumeurs d'aspect radiologique identique à la sienne dans la région supérieure et antérieure du thorax qui, de nature cancéreuse, sont plutôt envahissantes et destructives que refoulantes comme le goitre plongeant, par exemple. (Ici, aucune compression ni refoulement de la V. C. S. ni des nerfs ni de la trachée ni des organes voisins), et : 2° sur leur action destructive : ex., dans le cas présent, de cancer de l'œsophage (végétations intra-caniculaires, causes de la sténose).

Il y eut aussi fissuration de la paroi, d'où infection (fièvre et polynucléose à 92 %) et, consécutivement, ramollissement assez prononcé de la tumeur surtout dans son segment interne (sous-sternal).

Syndrome hypogranulocytaire mortel. Essai de traitement par le radium. — *MM. Raillet, Delattre, Ginsbourg* et *Nicolle.* — Angine nécrotique avec anémie, syndrome hémorragique et hypogranulocytose mortelle chez une femme de 30 ans, hémogénique méconnue, longtemps traitée par l'arsenic. Un essai de traitement par le radium appliqué trois jours sur les tibias, les fémurs et les humérus a donné un relèvement de 500 à 700 leucocytes, de 17 à 18 polynucléaires neutrophiles. Effet insuffisant au point de vue vital, mais action non douteuse qui justifie de nouvelles tentatives.

Un cas de pyélonéphrite à pneumo-bacille de Friedlander secondaire à une otite moyenne suppurée. — *Mme Bertrand-Fontaine* et *M. R. Parlier* rapportent une observation de pyélonéphrite à pneumo-bacilles de Friedlander, survenue chez une enfant de 5 ans à la suite d'une otite moyenne suppurée.

La localisation rénale s'est traduite par un minimum de symptômes généraux et fonctionnels, et surtout par une augmentation nette de volume du rein droit avec pyurie. La guérison spontanée a été complète en un mois.

Pareille localisation du pneumo-bacille est rare ; elle se rencontre au cours des grandes septicémies dont elle partage la gravité. Dans le cas rapporté ici, la phase septicémique est restée muette et l'infection rénale a évolué avec la bénignité d'un abcès circonscrit largement drainé.

Urée sanguine et chlorémie chez les diabétiques. — *MM. Fr. Rathery J. Sigwald* et *M. Derot.* — Les auteurs ont entrepris une étude d'ensemble du taux de l'urée sanguine et de celui de la chlorémie chez les diabétiques.

Leurs conclusions sont les suivantes :

Chez les diabétiques simples ou consomptifs l'augmentation du taux de l'urée sanguine n'est pas très fréquente en dehors des cas d'association de néphrite chronique et de diabète.

La chlorémie plasmatique est souvent au-dessous de la normale tandis que la chlorémie globulaire est plutôt au-dessus. Ce double phénomène ne paraît avoir en lui-même aucune signification pronostique ; il se produit aussi bien dans le diabète simple que dans le diabète consomptif ; le coma diabétique même mortel ne s'accompagne pas nécessairement de modifications du chlore plasmatique qui peut être normal ou légèrement abaissé ; le chlore globulaire demeurant même dans ces cas un peu élevé.

Il n'y a aucun rapport constant entre l'élévation du taux de l'urée et l'état du chlore plasmatique ou globulaire.

Hypoglycémie dans deux cas d'hémorragie sous-arachnoïdienne. — *MM. Fr. Rathery, M. Derot* et *J. Sterne.* — Les auteurs ont observé de l'hypoglycémie dans deux cas d'hémorragie sous-arachnoïdienne. La glycémie s'est abaissée à 0,60 dans un de ces cas, et à 0,54 dans l'autre. Ces auteurs opposent à cet état d'hypoglycémie l'augmentation du taux du glucose sanguin qu'ils ont constatée dans deux cas d'hémorragie cérébro-méningée. Ils envisagent les mécanismes possibles de ces variations.

Pleurésie putride traitée par le sapoïde d'acridine. Guérison complète huit jours après évacuation A minima. — *M. Maurice Renault.* — La cause des pleurotomies minimes a fait beaucoup d'adeptes dans ces dernières années et on a presque partout reconnu l'excellence des principes posés par l'auteur dès 1920. Ainsi que le prouve de façon saisissante l'observation qu'il apporte aujourd'hui, les résultats qu'on peut obtenir maintenant par thérapie chimique dans le traitement des processus infectieux apportent un surcroît d'arguments en faveur des opérations au cours desquelles on se borne, en présence d'une suppuration pleurale à assurer l'évacuation du pus par une pleurotomie juste suffisante pour introduire un petit drain et établir un siphonnage.

Une malade de 65 ans atteinte de cancer de l'utérus en pleine évolution présente à la fin d'août un état infectieux d'abord peu sévère sans signe de localisation. Deux injections de sapoïde d'acridine provoque une défervescence, qui reste incomplète, la température pendant la première quinzaine de septembre restant irrégulière entre 37 et 38°, avec un état général d'ailleurs satisfaisant.

Vers le 15 septembre l'attention étant attirée sur la poitrine par une expectoration purulente assez abondante, on découvre un gros épanchement de la plèvre droite à pus extrêmement fétide.

Le 19 septembre une sonde de 4 mm. est glissée dans la plèvre qui, en 24 heures, se vide de plus d'un litre de pus. La plèvre est en outre lavée chaque jour. Dès le 23 septembre, il n'y a presque plus de suppuration et le liquide de lavage sort presque clair.

Le drain est chassé le 27 septembre. Depuis ce moment la malade n'a plus ni fièvre ni douleurs ni expectoration et il n'y a plus de trace de liquide dans la plèvre ainsi qu'en témoigne le cliché radiologique.

Voilà donc une malade qui est sortie, d'une façon extrêmement rapide, absolument guérie d'un épisode qui aurait dû entraîner les pires conséquences. La conjugaison de deux moyens thérapeutiques très simples en a fait un épisode bénin dont il ne reste plus actuellement aucune trace.

Traitement des affections hépatiques par le glycose et l'insuline. — *MM. Labbé* et *Zamfir.* — Divers auteurs, avec Roger, pensent que le glycogène déposé dans la cellule hépatique, rend celle-ci plus résistante aux infections et intoxications et facilite sa régénération. Or, le glycogène disparaît en général de la cellule hépatique au cours des lésions du foie. De là est née l'idée de combattre les affections hépatiques par une cure d'insuline associée à des ingestions abondantes de sucre pour forcer le foie à fixer du glycogène.

Cette cure inaugurée par Richter, a eu un certain succès en Allemagne. Nous l'avons employée dans dix cas d'affection hépatique (cirrhose du foie, cancer secondaire du foie, ictère

catarrhal, diabète bronzé) suivis au point de vue clinique et au moyen des indices biologiques d'insuffisance hépatique. Ces sujets ont reçu chaque jour 20 à 40 unités d'insuline et ont ingéré 100 grammes de sirop de sucre.

La cure a été sans résultat. L'état général des malades n'a pas été amélioré, la maladie n'a pas été arrêtée dans son évolution. Il n'y a eu ni reprise de poids, ni augmentation d'appétit, ni retour des forces. Les indices d'insuffisance hépatique n'ont point été modifiés : l'urobilinurie n'a pas changé, les troubles du métabolisme azoté (abaissement du rapport azotémique et du rapport azoturique, aminoacidurie, ammoniurie) n'ont pas diminué ; dans la plupart des cas même, ils se sont aggravés parallèlement à l'état de cachexie du malade ; seul l'ictère catarrhal, affection curable spontanément, a montré une amélioration des indices biologiques.

Contrairement à cette inefficacité de l'insuline dans le traitement des affections hépatiques on peut voir l'action énergique exercée par l'insuline dans le traitement des diabètes même compliqués de cirrhose du foie, dans le diabète bronzé par exemple ; enfin l'amélioration sous l'influence du simple régime lacto-végétarien et du repos, de certains troubles fonctionnels du foie.

A propos de la radiographie du lobe azygos. — *M. Debré* insiste sur les erreurs de diagnostic que peut entraîner la méconnaissance d'une scissure azygos chez l'enfant, image qui est loin d'être toujours pathologique ; dans ce cas, elle représente un reliquat de scissurite bacillaire.

Deux cas d'ostéite fibreuse de Recklinghausen. — *MM. Mathieu-Pierre Weil, Paul Aimé, Louis Langlois* présentent deux observations de cette curieuse maladie. L'une concerne une femme, âgée de 46 ans, chez laquelle l'affection débuta par des douleurs des membres inférieurs allant s'exacerbant. L'examen montra la présence de tuméfactions au niveau des crêtes tibiales, les autres os paraissaient cliniquement normaux. La radiographie traduit une décalcification généralisée du squelette avec image pseudo-kystique prédominant au niveau des membres inférieurs. Le métabolisme du calcium était profondément perturbé, la calcémie atteignait le chiffre de 0 gr. 176. Elle éliminait chaque jour environ 0 gr. 725 de CaO par les urines et 7 gr. 157 par les fèces, chiffre monstrueux. L'exploration para-thyroïdienne a malheureusement été refusée.

Chez l'autre malade, âgée de 44 ans, le début de la maladie a été marqué par des troubles digestifs et des crises de coliques néphrétiques, puis sont apparues des arthralgies des membres inférieurs, enfin des fractures spontanées.

Chez elle aussi on constate la présence de tuméfactions tibiales, une décalcification généralisée du squelette avec disparition d'un métacarpien et une grosse perturbation du métabolisme calcique : calcémie 0 gr. 145 élimination fécale 1 gr. 166 par jour, urinaire 0 gr. 837. Ils espèrent pouvoir obtenir l'exploration parathyroïdienne. Chez ces deux malades les auteurs soulignent la note renale, les troubles digestifs, l'hypotonie et la diminution de la force musculaire.

Un nouveau cas de polyarthrite chronique tuberculeuse. — *MM. Mathieu-Pierre Weil, J. Delarue* et *V. Oumanski* présentent l'observation d'une malade de 44 ans chez laquelle se sont succédés, en trois ans, des accidents articulaires de moins en moins aigus, mais aussi de moins en moins curables qui aboutirent en fin de compte, sinon à une coxalgie classique, du moins à une arthrite érosive d'une hanche qui, trois ans auparavant, avait été le siège d'un processus aigu éminemment passager. La nature de la maladie, que la tuberculose maritale permettait de suspecter, fut prouvée par l'inoculation du liquide retiré des hydarthroses curables des genoux.

La résection des articulations métatarso-phalangiennes douloureuses et hypertrophiées permit par ailleurs de mettre en évidence dans ces os des lésions très particulières qui montrent qu'à côté de l'hallux valgus d'origine traumatique doit prendre place une autre variété d'hallux valgus inflammatoire.

Séance du 30 octobre 1931

Intoxication mortelle par un révélateur photographique. — *MM. Paul Halbron, André Bosquet* et *Jean Tiffeneau* rapportent l'observation d'un malade qui absorba volontairement un flacon de 10 gr. d'un produit contenant 5 gr. d'hydroquinone, 4 gr. 50 de pyrocatéchine et 0 gr. 50 d'aminophénol. Un quart d'heure après l'ingestion, le malade perdit connaissance et il présenta peu après des convulsions généralisées. A la suite d'un lavage d'estomac et après des vomissements répétés et des selles abondantes, le malade parut s'améliorer. Il persistait une grande prostation. Les urines avaient une coloration noirâtre, elles ne contenaient ni albumine, ni sang, ni méthémoglobine ; on y retrouvait des pigments biliaires. On y caractérisa la présence de pyrocatéchine. Au troisième jour, on constata une anémie intense, puis au quatrième jour, s'installa un ictère, accompagné de splénomégalie. Au septième jour, l'état s'aggrava, des phénomènes nerveux reparurent, la diurèse diminua fortement et le malade mourut par syncope au douzième jour.

Les auteurs signalent la rareté de ces intoxications. L'hydroquinone est assez peu toxique expérimentalement. La pyrocatéchine a chez l'animal une forte toxicité et entraîne rapidement la mort avec des accidents bulbaires. Dans le cas actuel, il y avait association de ces deux corps ; on n'a pas retrouvé la methémoglobinémie qui a été signalée dans les intoxications par les diphénols, mais les toxiques semblent avoir exercé une violente action hémolytique et altéré la cellule hépatique. Il a paru intéressant de publier un cas d'intoxication volontaire, heureusement rare, par des substances librement vendues au public.

Accidents sériques. — *M. R. Le Clerc* (de Saint-Lô), relate l'observation d'un enfant, qui, sept jours après une première injection de sérum antidiphterique et quatre jours après la seconde, pratiquées pour une rhino-pharyngite diphtérique, présenta des accidents sériques, d'ailleurs passagers, à type de scarlatinoïde post-diphtérique, avec asthralgies, rappelant les accidents décrits par Flandin et Weil-Hallé.

Essais cliniques de la vagotonine de Santenoise chez les diabétiques. — *MM. Fr. Rathery* et *Maurice Derot.* — Les auteurs ont essayé de traiter des malades atteints de diabète consomptif avec un mélange de vagotonine et d'insuline. La vagotonine est une hormone pancréatique nouvelle que Santenoise et ses collaborateurs ont récemment isolée. Elle aurait d'après ces auteurs la propriété d'exciter le vague et son association et l'insuline renforcerait l'action de celle-ci. MM. Rathery et Dérot ont procédé à des essais thérapeutiques chez treize malades. Ils concluent que les résultats cliniques ne semblent pas comparables aux résultats expérimentaux. La vagotonine agit de façon assez nette sur le réflexe oculo-cardiaque mais son action sur la glycémie, la glycosurie et l'excrétion des corps acétoniques est inconstante. Le maniement de l'hormone nouvelle doit être surveillé de très près car des incidents sont possibles si bien que la vagotonine ne semble pas, pour le moment du moins, pouvoir fournir au praticien une thérapeutique du diabète plus puissante que l'insuline. Peut-être l'emploi de vagotonines plus pures permettra-t-il d'obtenir des résulats meilleurs.

Insuline huileuse et diabète. — *M. F. Rathery, Mlle Levina* et *M. M. Derot.* — Les auteurs ont essaye de traiter des diabétiques avec l'insuline huileuse, méthode qui devrait permettre d'espacer les injections et de rendre plus simple et plus physiologique le traitement insulinique. Avec cette méthode, Strauch d'une part et Chabanier d'autre part ont obtenu des résultats excellents. Les auteurs ont au cours de leurs essais employé une insuline préparée suivant la formule de Bernhadt et Strauch. Les résultats ont été très décevants. L'insuline huileuse a semblé n'avoir que des effets peu nets et inconstants. Sa résorption ne saurait faire de doute mais elle est le plus souvent partielle et elle varie beaucoup d'un sujet à l'autre et chez un même sujet d'un moment à l'autre. Il s'agit donc là d'une thérapeutique généralement inopérante et parfois dangereuse par suite de la possibilité de resorptions massives. Son emploi est pour eux à déconseiller.

M. Labbé rappelle que les essais de traitement du diabète par l'insuline huileuse n'ont pas été plus heureux entre ses mains qu'entre celles de M. Rathery.

Angine de poitrine d'effort avec érythème initial et poussée hypertensive. — *MM. A. Portocalis* et *G. T. Flora* (d'Athènes) rapportent un cas d'angine de poitrine dans lequel les accès, provoqués par un effort ou une émotion, s'accompagnent tous, dès le début et pendant toute leur durée, d'une élévation de la tension artérielle, et d'une rougeur intense intéressant la face, le cou, les épaules, la face antérieure du thorax, et la partie supérieure de la paroi abdominale. L'orthodiagramme montre un léger degré d'hypertrophie ventriculaire gauche et de dilatation de l'aorte. L'électrocardiogramme, normal dans l'intervalle des crises, présente un certain degré d'atypie pendant les crises.


Antiphlogistine

SUR LA ROUTE D'HIVER DES ALPES EN AUTOCAR P.L.M.

Les Services automobiles de la route d'hiver des Alpes fonctionnent entre Aix-les-Bains, Mont-Revard et Nice.

Jusqu'en fin janvier, deux départs par semaine ont lieu dans chaque sens : les lundi et jeudi au départ d'Aix, les lundi et vendredi au départ de Nice.

Le parcours d'Aix-les-Bains à Nice s'effectue en trois jours :

1re étape : Aix, Grenoble par Chambéry, Les Echelles, Saint-Laurent-du-Pont, Saint-Pierre-de-Chartreuse (déjeuner), Col de Porte.

2e étape : Grenoble, Digne par Monestier-de-Clermont, le Col de la Croix-Haute, Lus (déjeuner), Aspres, Sisteron.

3e étape : Digne, Nice par Saint-André-les-Alpes, Annot (déjeuner), Pont-de-Gueydan, Entrevaux, Puget-Théniers, Touet-de-Beuil.

Pour tous renseignements complémentaires s'adresser aux gares, bureaux de renseignements, bureaux de ville du Réseau P. L. M. et aux Agences de voyages.

La neurotonie de leur malade explique la superposition de cette intense réaction vaso-motrice à ses crises angineuses. Cette observation est un nouvel exemple de la coexistence possible d'une réaction vaso-constrictive profonde et hypertensive avec une réaction vaso-dilatatrice périphérique ; elle est en rapport avec l'autonomie des systèmes vaso-constricteur et vaso-dilatateur.

Maladies familiales et syphilis. — *M. Apert*. — Il y a une distinction des plus nettes entre les maladies familiales et les affections hérédo-syphilitiques frappant plusieurs enfants d'un même ménage, même quand elles se localisent sur le même organe comme cela se voit quelquefois. Les maladies familiales peuvent être étudiées expérimentalement chez les animaux chez qui les biologistes leur ont donné le nom de *mutations*. Les mutations apparaissent en général inopinément sans qu'on en connaisse la cause. Toutefois des influences diverses, radiations, modifications de température, etc., ont pu en provoquer.

Une mutation curieuse, celle des lapins à fourrure de castor (*castorrex*) a pu être reconnue comme en relation avec une infection des parents par le *treponema cunicule*, voisin de l'agent de la syphilis.

Toutefois le traitement par le bismuth, très actif sur la tréponémiase, ne modifie en rien la mutation. On peut par analogie penser que la syphilis peut quelquefois être à l'origine de la mutation familiale mais comme origine lointaine et non comme action actuelle.

Paralysie des mouvements associés de latéralité des yeux et intolérance gastrique au décours d'une dothiénentérie. — *MM. Marcel Labbé, R. Boulin, A. Escalier* et *Uhry* présentent l'observation d'une fièvre typhoïde qui fut suivie de deux épisodes fébriles de nature indéterminée, l'hémoculture n'étant pas redevenue positive ; au cours de ces épisodes on vit apparaître d'une part des phénomènes d'intolérance gastrique, d'autre part une paralysie des mouvements de latéralité du regard.

Pour l'intolérance gastrique, les auteurs discutent la gastrite dégénérative, l'insuffisance hépatique ou une atteinte bulbaire.

Pour la paralysie des mouvements de latéralité du regard, ils discutent soit l'encéphalite typhique, soit une encéphalite de sortie due à un autre germe.

Sur le traitement des abcès du poumon. — *M. Mouzaffer* (de Stamboul). — Communication présentée par *M. M. Labbé*.

Un cas d'amibiase pulmonaire pure guéri par l'émétine. — *MM. Dargein* et *Plazi* (de Toulon). — Communication présentée par *M. Labbé*.

Michelle VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 octobre 1931

Accidents acétonémiques dans la deuxième enfance. — *M. D'Allaines* rapporte deux observations de *M. Oulié* (de Constantine). Dans un cas, il s'agissait d'accidents post-opératoires, et dans l'autre de crise acétonémique pré-opératoire. Il rappelle nos connaissances sur la question, explique le mécanisme de ces accidents et préconise leur traitement par le sérum glucosé associé à l'insuline. Les injections bicarbonatées seraient beaucoup moins utiles.

M. Gosset tient à condamner une fois de plus la diète pré-opératoire ; c'est à son avis un véritable anachronisme.

Ostéochondrome. — *MM. Fruchaud* et *Bauges* communiquent cette observation analysée par *M. D'Allaines*. L'ostéochondrome siégeait sur la ligne âpre du fémur et était vraisemblablement dû à la dégénérescence d'une exostose ostéogénique. Le siège diaphysaire, un peu anormal, peut s'expliquer par la présence à ce niveau d'un ilot abberrant du cartilage de conjugaison.

Exstrophie vésicale. — *M. Chevassu* relate cette observation de *MM. Simon* et *Brunschwig* (de Strasbourg). — Ils ont traité leur malade par le procédé de Maydl. Le résultat est excellent et les radiographies faites à l'abrodyl montrent que le côlon tout entier tient lieu de nouvelle vessie.

Fracture transcotyloïdienne de la ceinture pelvienne. — *M. Rouvillois* rapporte cette observation de *M. Paitre* (de l'Armée). — Le blessé fut traité par la double extension continue longitudinale et transversale (par l'étrier de Bérard). La marche fut reprise le soixante-quinzième jour. Au cinquième mois, le résultat est à peu près parfait et le blessé marche deux heures sans fatigue.

M. Mathieu estime qu'un traumatisme violent est nécessaire.

M. Basset n'est pas du même avis.

M. Leveuf doit rapporter un cal analogue.

M. Mauclaire insiste sur les formes larvées.

Cancer du col utérin. — *M. Bégouin* apporte sa statistique d'opérations de Wertheim. Sur 40 malades retrouvées après dix ans, 50 % de guérisons maintenues ; 43 % en comprenant les morts opératoires. La mortalité globale fut de 17 %, beaucoup plus élevée à l'hôpital qu'en ville (16 % contre 6 %).

L'auteur insiste sur les examens pré-opératoires, les indications, l'anesthésie et la radiumthérapie ; il est partisan du drainage par Mickulicz et surtout du drainage par mèches vaginales.

Méthode conservatrice dans la lithiase rénale. — *M. Papin* apporte les conclusions de son expériences basée sur 136 interventions pour lithiase rénale ; il a dû souvent pratiquer la néphrectomie ; mais il estime que la précision des recherches pré-opératoires, la radiographie, parfois avec uroselectan permettent plus souvent qu'on ne l'a fait jusqu'ici, de se limiter à des opérations conservatrices.

G. MENEGAUX.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 16 octobre 1931

Traitement orthopédique par l'appreillage extra-buccal d'une fracture para-médiane du maxillaire inférieur chez un enfant de sept ans. — *M. Dufourmentel* fait un rapport sur cette observation de M. Darcissac (de Paris). Un des fragments du maxillaire inférieur fracturé ne portait aucune dent susceptible de fournir un point d'appui solide. La réduction fut obtenue sans ostéosynthèse par une gouttière appliquée sur le fragment portant des dents et reliée par un tracteur élastique à un point d'appui extra-buccal fixé lui-même sur un casque plâtré. Résultat esthétique et fonctionnel parfait.

Fracture du bassin, luxation de la hanche et disjonction pubienne sans lésions urinaires. — *M. Bressot* (de Constantine) communique l'observation et les radiographies d'un blessé par chute de cheval qui présentait une disjonction de la symphyse pubienne avec écartement de cinq centimètres ; une fracture de la branche ischio-pubienne droite ; une fracture de la branche horizontale du pubis droit ; une luxation iliaque de la tête fémorale droite. Après réduction de la luxation et immobilisation plâtrée, le blessé a guéri avec un bon résultat fonctionnel.

Deux cas de luxation récidivante de l'épaule. — *M. Perard* (de Casablanca) communique les observations de deux malades auxquels il a fait une butée osseuse en plaçant dans la coracoïde fendue un greffon tibial. La luxation ne s'est plus reproduite.

Coxa-vara avec fracture vicieusement consolidée. Ostéotomie cunéiforme, sur le cal. Résultat éloigné. — *M. R. Massart* présente un adolescent qui, porteur d'une coxa-vara méconnue, se fractura spontanément le col du fémur. Cette fracture avait abouti à une consolidation vicieuse avec ankylose coxo-fémorale. Ce malade, adiposo-génital, fut soumis pendant trois mois à un régime amaigrissant. Une ostéotomie cunéiforme sur le cal fut alors pratiquée dans de bonnes conditions. Actuellement, trois ans après l'opération, le résultat se conserve bon : si les mouvement de la hanche sont limités, la marche est facile, l'appui n'est plus douloureux. La radiographie montre une très bonne reconstitution anatomique de l'extrémité supérieure du fémur. C'est là un résultat que, d'après l'auteur, ne donnent ni la réinfraction, ni l'ostéotomis sous-trochantérienne.

Fibrome du muscle grand droit. — *M. Muller* (de Belfort) communique l'observation d'une malade de 21 ans à laquelle il a enlevé un fibrome plus gros que les deux poings situé à la partie inférieure du muscle grand droit du côté gauche et qui évoluait depnis deux ans. Guérison.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 octobre 1931

Présentation par M. Dalimier d'un appareil destiné à traiter la sénescence et les asthénies masculines, au moyen de la chaleur et de très faibles doses de rayons gamma du radium appliqués sur les glandes génitales.

M. Pauchet fait un rapport sur un travail de *M. Soresi* (de New-York) au sujet d'une *incision latéro-postérieure pour l'appendicectomie.* Celle-ci présente les avantages suivants : pas de hernies consécutives, pas d'adhérences post-opératoires et moins de complications graves.

M. Dalsace, répondant aux critiques de M. Petit de la Villéon, estime que l'hystéro-salpingographie, conserve ses indications propres à côté des interventions opératoires.

M. Auguste-Marie présente une note sur les *avitaminoses* en rapport avec certains syndromes neuro-psychiques (onichophagie, trichophagie, pica, malacie). Ces mêmes syndromes observés sur les animaux d'élevage, se développent à l'occasion de déficience alimentaire et se corrigent par les vitamines totales. Il en est de même dans certains cas pathologiques de mutilation et de cannibalisme morbides qu'on ne puisse rapprocher chez l'homme et chez les animaux. Les animaux qui se mutilent ou dévorent leur progéniture, le font par avitaminose ; les mêmes procédés chez l'homme sont de même origine.

A propos de science et laboratoire, *M. Georges Rosenthal*, à l'appui de sa communication, a reçu de *M. Pron* (d'Alger) deux articles du *Journal des Praticiens* parus en août où il montre combien le laboratoire peut parfois faire errer la clinique. Il lui paraît utile que l'étude critique continue.

M. Georges Rosenthal présente un rapport sur le traitement de la tuberculose par un complexe organo-métallique à base d'iode, de cadmium et d'or, préconisé par *M. M. Maigre* et *Pierre Reynier*.

Adduction d'air pur dans les villes. — Pour *M. Georges Rosenthal*, les grandes agglomérations humaines ont deux nécessités de même ordre : il leur faut de l'eau potable, il leur faut de l'air respirable. L'auteur pose le problème non envisagé de l'air respirable qui sera capté dans les hautes régions de l'atmosphère, et canalisé dans les régions sans lucrobes. Le problème de l'adduction d'air pur ne peut manquer désormais de retenir l'attention des urbanistes.

Séance du 24 octobre 1931

A propos de la communication de M. Sorési (de New-York) : **Appendicectomie par incision postéro-latérale.** — *M. Thévenard* ne nie pas les avantages de cette incision, mais considère qu'elle a des indications particulières et exclusives. Elle est loin de répondre à tous les cas, même lorsqu'il y a collection purulente. D'autre part, la position en décubitus latéral droit pour faciliter le drainage, n est pas une nouveauté, pas plus que le procédé d'appendicectomie sous-séreuse. Il y a longtemps déjà que Walter recommandait la première, et plus longtemps encore que Terrier a décrit le second.

Présentation d'ouvrages. — *M. Georges Rosenthal* présente le livre de Véran sur la cessation du pneumothorax : 3 idées essentielles se dégagent de ce travail hautement documenté : l'épanchement n'a pas la grande gravité qu'on lui attribue ; — la guérison n'est acquise que 4 ans après la disparition des bacilles dans les crachats ; — aucun pneumothorax ne doit être maintenu plus de 6 ans. *M. Georges Rosenthal* demande qu'il ne soit plus fait de distinction entre les tuberculeux de paix et de guerre, également innocents et secourables.

M. Georges Rosenthal présente le livre de V. de Lavergne sur « Allergie et anergie ». Toutes les notions modernes et nouvelles sont exposées avec une grande clarté, depuis le tuberculino-diagnostic jusqu'aux réactions étudiées récemment dans la scarlatine.

Présentation d'appareil. — *M. Bécart* présente un nouveau tube gastroduodenal.

Rougeoles anormales avec invasion prolongée.— Difficulté du diagnostic. — *M.G. Blechmann* apporte 6 observations de rougeole insolite avec invasion prolongée. La maladie débute comme une grippe, avec fortes oscillations thermiques, catarrhe des premières voies, taux incessante et bronchite diffuse. L'évolution de ces rougeoles anormales a été sérieuse ou grave. Le diagnostic est resté en suspens jusqu'à l'apparition du signe de Koplik, prémonitoire de l'éruption dans 5 cas. L'interpretation de ces faits paraît difficile. La cuti-réaction n'a été positive que dans 1 cas sur 3, et par la suite, aucun malade n'a présenté de signes de tuberculose évolutive. L'auscultation n'a pas montré de signes d'hépatisation pouvant commander l'évolution fébrile du début.

Réduction mécanique instantanée des fractures sous le contrôle simultané du double écran, face et profil. — *M Pascalis* présente cette méthode de traitement des fractures basee sur une instrumentation de mécanique très moderne qui permet d'obtenir instantanément la réduction et l'appareillage des pires fractures sous le contrôle radioscopique simultanée de face et de profil avec une simplicité et une sécurité jusqu'ici inconnues qui en transforme radicalement le pronostic. Suit la présentation d'un film qui précise les avantages de la méthode.

P. Prost

NOTES DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

La prostatectomie. — Charles Perrier nous dit que les résultats que l'on peut obtenir par cette excellente opération dépendent, autant que tel détail de technique opératoire, proprement dite, du choix de la méthode, de la préparation des malades et des soins qu'ils recevront dans les suites opératoires immédiates et éloignées.

Ces mêmes facteurs conditionneront les risques opératoires.

D'une façon générale, la prostatectomie n'est pas conseillée aux malades sans résidu vésical.

Les petits et moyens rétentionnistes non infectés sont mis à la sonde à demeure, lavés deux ou trois fois par jour.

Avant l'opération injection de propidon. Opération le lendemain du jour où ils ont été apyrétiques.

Les grands rétentionnistes sont vidés à la sonde à demeure, presque fermée.

Perrier a la conviction que les suites de la prostatectomie sont rendues plus faciles quand la vessie a récupéré son tonus et sa contractilité. Et la taille permet d'atteindre ce but dans le minimum de temps avec le minimum d'incommodité.

Les rétentionnistes petits et moyens, les grands à plus forte raison, qui ont des urines troubles et infectées et dont les urines ne s'éclaircissent pas notablement par la sonde à demeure ou par la taille, sont traités par l'auto-vaccination.

Perrier considère comme prudent d'opérer en deux temps, non seulement les malades se trouvant dans les conditions citées plus haut, mais tous ceux qu'on peut penser fragiles pour d'autres raisons.

On aura ainsi tout le loisir de les préparer soigneusement à la prostatectomie.

Perrier mentionne que, soit pour des raisons de fonctionnement rénal déficient, soit pour des raisons d'un autre ordre, il a parfois pendant trois, six et même douze mois, fait attendre le second temps à ses malades. (*Paris chirurgical*, mai 1931.)

L'hystérectomie élargie de Wertheim. — Jean Lanos conseille l'hystérectomie élargie pour les epithéliomes du museau de tanche, pour les cancers du canal cervical.

Dans les cancers du canal cervical l'hystérectomie peut être faite lorsque les bases des ligaments larges, même légèrement infiltrées, restent relativement souples et qu'on peut les déprimer : lorsque la vessie ou le rectum ne sont pas atteints.

La cystoscopie est indispensable dans les cas douteux ; le toucher rectal ne devra jamais être omis, si la muqueuse rec-


BAUME
RHODIA
A BASE DE
RHEUMACYLAL
SUCCÉDANÉ
INODORE DU
SALICYLATE
DE MÉTHYLE
MÉDICAMENT ACTIF.
PROPRE, NE TACHANT PAS
AGRÉABLE, DÉLICATEMENT
PARFUMÉ, SANS DANGER
GOUTTE
RHUMATISMES
LUMBAGO
2 PRÉSENTATIONS
FORME CRÈME
FORME LIQUIDE
BAUME RHODIA
SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
Specia
POULENC Frères & USINES du RHONE
86, rue Vieille du Temple, PARIS 3e

tale reste libre, on peut entreprendre l'hystérectomie même si on a l'impression d'une certaine immobilisation du rectum.

Tous les cas qui ont dépassé ce stade doivent être considérés comme n'étant pas justiciables de la chirurgie, non pas qu'avec un peu de patience, l'hystérectomie ne soit possible, mais parce qu'il ne serait pas légitime d'en attendre la guérison.

Les formes avancées doivent être traitées par la radiumthérapie qui pourra parfois les rendre opérables.

Au sujet du radium l'accord est fait sur ce point : l'application après l'opération est mauvaise et doit être rejetée.

Avant l'opération beaucoup de chirurgiens font une application de radium. Cette technique semble, théoriquement parfaite, mais elle a un grave inconvénient :

La dilatation préalable par laminaire, la présence du tube radifère dans le col, déterminent parfois avec une grosse élévation de température, une poussée inflammatoire du côté des trompes et du paramètre.

Lanos pense que dans tous les cas qui semblent opérables (même dans ceux où le col bourgeonne assez abondamment) l'opération doit être faite sans application préalable de radium. *Paris chirurgieal*, mai 1931.)

De la cholédochotomie pour lithiase. — La cholédochotomie est indiquée chaque fois que la presence de calculs dans le cholédoque est reconnue cliniquement par les crises douloureuses compliquées d'accès fébriles et d'ictère passager.

Avanl l'opération. — On s'efforcera de relever les forces du malade en lui tolérant une alimentation plus abondante comprenant la viande et supprimant les graisses.

Le malade absorbera 2 grammes de chlorure de calcium par jour.

Villard utilise l'incision coudée de Mayo qui longe le rebord thoracique, puis longe le bord externe du droit.

L'incision du péritoine est faite au ras des fausses côtes.

Eviscération du foie. Garniture de la région opératoire avec des champs. Ablation rétrograde de la vésicule par section première du cystique. Incision du cholédoque directement sur sa partie antérieure, au-dessus du duodénum.

Assèchement du canal par aspiration avec une canule coudée.

Extraction des calculs mobilisés.

Un cathéter urétral est introduit jusque dans le duodénum où l'on vérifie la présence de son extrémité soulevant la paroi intestinale.

Mise en place du drain de Kehr.

Les mèches de protection sont remplacées par des mèches de drainage. Un drain est place en contact du cystique le long de la loge vésiculaire. Fermeture de la paroi.

Les mèches sont laissées en place 7 jours.

Le drain de Kehr est enlevé le 14e jour.

Dans l'ensemble, la cholédochotomie pour lithiase est une excellente opération qui sauve des cas désespérés. Régulièrement et systématiquement conduite sa gravite est peu considérable et relève surtout de l'état général des malades, qui dans beaucoup de cas ont essayé trop longtemps une thérapeutique médicale impuissante contre une lésion purement mécanique. (*Paris chirurgical*, mai 1931.)

Les arthrodèses de l'épaule. — Dans un article, très documenté, Raphaël Massart fait une revue critique des divers procédés qui ont été utilisés pour obtenir l'ankylose scapulo-humérale.

Il donne ensuite sa technique personnelle qui répond d'une façon parfaite aux données physiologiques et qui assure le meilleur résultat fonctionnel.

Quelles sont donc les données physiologiques de l'articulation de l'épaule ?

Nous avons à faire à une articulation très mobile dont les mouvements sont complétés par la mobilité de l'omoplate sur le thorax, possible grâce à l'existence d'espaces celluleux intermusculaires qui forment une véritable articulation scapulo-thoracique, articulation sans surfaces articulaires et sans ligaments.

C'est celle-ci qui, une fois obtenue l'ankylose scapulo-humérale, permet de conserver les mouvements du bras.

De ces données, découlent immédiatement deux conséquences :

1° Ne jamais ankyloser la tête humérale sur la clavicule à peu près immobile (procédé très défectueux), ni sur l'acromion (ce qui déplace en haut la tête humérale) mais bien au niveau même de la glène.

2° Ne pas détruire opératoirement les espaces celluleux scapulo-thoraciques et éviter les incisions et voies d'accès qui laisseraient du tissu cicatriciel à leur niveau.

Les principales indications de l'arthrodèse sont d'abord : l'*épaule ballante paralytique* que l'auteur a déjà étudié avec Ballopeau, d'après les travaux de Vulpius.

Les luxations anciennes douloureuses.

La tuberculose de l'épaule où elle prend place à côté de la résection.

Les épaules ballantes traumatiques où on a le tort de chercher à obtenir une articulation mobile et où l'ankylose scapulo-humérale donne un excellent résultat.

Depuis la première opération de Vulpius, en 1898, de multiples techniques ont été décrites.

L'auteur en fait une revue critique extrêmement intéressante.

Il rejette toutes celles qui se servent d'un point d'appui sur l'acromion, la clavicule ou la coracoïde, parce qu'elles modifient la situation anatomique.

D'autre part, le seul contact osseux physiologique est insuffisant pour produire une ankylose de bonne solidité.

Quels sont donc les temps de l'opération type préconisée par Raphaël Massart ?

D'abord aborder l'articulation par la voie supérieure trans-acromio-claviculaire par section temporaire des deux os.

Puis la glène étant largement visible, réséquer le cartilage articulaire et créer deux plans osseux parallèles de bonne surface.

Enfin reconstituer la continuité de la clavicule et de l'acromion par ostéosynthèse (vis et ligature).

Terminer par un plâtre (trois mois) qui applique parfaitement les surfaces réséquées l'une conlre l'autre.

Bien entendu si l'intervention se fait pour une tuberculose de l'épaule ou pour une épaule ballante traumatique, cette technique ne peut être suivie fidèlement.

On pourra avoir à pratiquer une implantation ou une greffe dans le cas de grosse perte de substance.

Mais les deux principes de la voie d'accès antérieure et des larges surfaces osseuses réséquées doivent être respectées. (*Paris chirurgical*, mai 1931.)

Contribution à l'étude des kystes essentiels solitaires non parasitaires des os longs. (E. Jouon. *Gazette médicale de Nantes*, mars 1931.)

Exposé succinct de nos connaissances actuelles sur cette curieuse affection bien étudiée par Roederer en 1923 (4 observations personnelles). Elle est caractérisée « par la formation d'une cavité kystique unique, isolée, généralement située dans la métaphyse d'un os long, chez un sujet jeune, indemne de toute maladie générale pouvant en expliquer la pathogénie sans signe surajouté dans le tissu voisin, d'évolution favorable, sans métastase, sans récidive ».

Ces différents caractères la différencient nettement de la maladie de Recklinghamen. UCliniquement le kyste révèle parfois sa présence par des douleurs modérées, une légère tuméfaction, souvent il est ignoré et se révèle par une fracture à symptomatologie fruste et survenant à l'occasion d'un trauma minime. La radiographie est caractéristique : extrémité osseuse boursoufflée « en navet » avec image claire. Les limites de cette cavité sont nettes, aucune réaction périostée.

On éliminera facilement de par l'aspect radiographique l'abcès chronique des os, l'ostéite tuberculeuse, la syphilis osseusse, le kyste osseux parasitaire. Le diagnostic le plus commun à faire est celui de tumeur des os. La radio est là encore, l'élément de différenciation le plus important, encore qu'il soit parfois très difficile de distinguer la tumeur à myéloplaxe du kyste osseux proprement dit.

Macroscopiquement : cavité osseusse à developpement excentrique à contenu séreux ou séro-hématique, des dimensions variant du volume d'un œuf de poule, à celui d'une orange, avec corticale réduit à une mince coque d'une fragilité extrême.

Microscopiquement : travées osseusse de la compacte, décalcifiées, séparées par des organes médullaires élargies, entourées d'ostéoblastes, d'ostéoclastes, parfois de quelques myéloplaxes. Nulle part on ne voit de monstruosité cellulaire : c'est une affection bénigne.

Un seule traitement : opérer. Soit ouvrir le kyste, le curetter soigneusement et le tamponner, soit comme le veut la tendance actuelle compléter le curettage par la mise en place dans la cavité de copeaux ostéopériostiques.

C. Benoiste Pilloire.

Contribution au traitement chirurgical des luxations invétérées de la hanche (butée et bifurcation associées). (M. J. Mignen. *Th. de Paris*, 1931.)

Deux types de luxations invétérées de la hanche *a*) les luxations incoercibles : la réduction est possible mais on ne peut

la maintenir ; *b*) les luxations irréductibles proprement dites : la réduction est impossible, l'obstacle à la réduction invincible.

A la première variété on oppose avec succès l'excellente méthode de la butée ostéoplastique bien mise au point par Lance. C'est une intervention curatrice.

Dans les cas de luxations irréductibles les différentes interventions proposées n'ont qu'un rôle palliatif. Leur but est de lutter contre la douleur en corrigeant l'insuffisance d'appui sur le bassin et la mauvaise direction des leviers osseux, en atténuant dans une certaine mesure le raccourcissement du membre.

Peu d'opérateurs sont restés fidèles aux interventions intra-articulaires shokantes : ankylosantes, décevantes dans leur résultat. La tendance actuelle est la voie extra-articulaire, qu'on utilise les butées ou l'ostéotomie. Les indications de la butée ont été bien précisées par Ombredanne. C'est dans les luxations basses, antérieures qu'elle donne les meilleurs résultats. Les ostéotomies sont d'une application plus générale, qu'on recourt à l'ostéotomie basse en face du cotyle de Froelich, ou à la bifurcation de Lorenz : au fond simple variété de la précédente.

Il semble toutefois que les résultats de cette ostéotomie soient surtout satisfaisants quand la tête est fixée. « Elle n'est d'aucune utilité, dit Massart quand la tête est mobile « d'où l'indication d'associer à la bifurcation faite dans un 1er temps une butée ostéoplastique pratiquée aussitôt après.

Cette intervention trouve ses indications dans les luxations irréductibles proprement dites qu'elles soient ou non très hautes ou très postérieures.

6 observations, 10 radios. C. Benoiste Pilloire

Contribution à l'étude des ostéo-arthropathies de la hanche par syphilis héréditaire tardive (Robert Fecan. *Th. de Paris,* 1931. 24 obs. 5 fig.)

L'hérédo-syphilis de la hanche peut s'observer à tous les âges mais surtout entre 5 et 15 ans. Elle peut simuler la coxalgie à toutes ses périodes, sous toutes ses formes. Des caractères constants permettent de la soupçonner. Ce sont la succession des poussées entrecoupées de période d'amélioration apparente et la discordance entre la réaction articulaire et les aspects radiographiques.

L'auteur en distingue trois variétés principales. Dans la forme arthralgique signes cliniques de coxalgie au début avec douleurs ostéocopes, nocturnes, procédant par poussée sans signe radiographique. Dans la variété des pseudo-tumeurs blanches : 2 types, *a*) il n'y a pas d'ulcération : réactions articulaires cliniquement et radiographiquement appréciables s'opposant à un syndrome algique peu marqué, à une capacité fonctionnelle parfois surprenante. Tantôt au contraire fistules multiples à bords cuivrée avec empâtement indolore et positions vicieuses.

La 3e variété est représentée par les ostéo-chondro-arthropathies déformantes qu'il s'agisse d'ostéo-chondrite déformante ou d'arthrite déformante. Les observations de Lance-Andrieu, Roberts, ont montré que la 1re pouvait être indubitablement d'origine hérédo-spécifique et par ailleurs il y a longtemps que Méricanip a prouvé la nature hérédo-spécifique de lésions du coude en tous points comparables au *morbus coxœ juvenilis.*

Le diagnostic est toujours difficile à poser. En l'absence de renseignements familiaux, sérologiques on devra toujours y penser chaque fois qu'on constatera dans l'évolution une discordance frappante qui ne cadre pas avec le diagnostic de coxalgie primitivement posé.

« La négativité de la cuti vérifiée plusieurs fois en dehors de toute cause véritablement anergisante a une valeur de 1er ordre pour infirmer l'étiologie tuberculeuse d'une arthropathie de la hanche. »

Le résultat du traitement est fonction de sa précocité. Il devra être continué longtemps et associé à un traitement orthopédique dans les formes destructives ou tardivement traitées.

C. Benoiste Pilloire.

Contribution à l'étude de l'influence de la gestation sur l'évolution des tuberculoses ostéo-articulaires, ganglionnaires et cutanées. (Ch. Thuvie. *Th. de Paris,* 1930.)

De nombreux travaux ont été consacrés à l'influence de la gestation sur la tuberculose pulmonaire ; peu d'études par contre ont été consacrées à l'influence de la gestation et de l'accouchement sur les tuberculoses locales.

Sur 19.000 observations de femmes ayant accouché à Baudelocque de 1922 à 1929, 122 sont relatives à des tuberculoses chirurgicales, non viscérales.

Dans la plupart des cas, la gestation ne réactive pas la tuberculose locale anciennement guérie. L'ancienneté de la lésion la faible gravité de l'atteinte primitive, son unicité sont toutes choses égales d'ailleurs autant de garanties supplémentaires. A des tuberculoses primitivement sérieuses correspondent en général des évolutions secondaires plus graves. Dans trois cas la tuberculose débuta pendant la gestation ou aussitôt après et dans ces trois cas l'évolution fut sérieuse.

Les tuberculoses locales antérieures à la gestation, qui récidivent et se généralisent à l'occasion de celle-ci sont en général graves, de guérison récente. Elles sont absolument exceptionnelles comme sont extrêmement rares les généralisations de tuberculoses locales apparues pendant la grossesse. Quant aux tuberculoses locales compliquées, avant la gestation, de tuberculose viscérale, elles réagissent en tant que lésions viscérales, la « locale » passant au second plan.

Le traitement obstétrical n'est donc à envisager que d'une façon exceptionnelle.

L'avortement thérapeutique ne peut constituer qu'une rarissime exception.

La césarienne peut être indiquée en cas de généralisation (granulie ou méningite) l'enfant paraissant viable.

C. Benoiste Pilloire.

La coxalgie cotyloïdienne (5 observations) (Rocher (H. L.) et Ouary (G.) *Gazette médicale de France,* janvier 1931.)

Dans cet intéressant article les auteurs étudient les caractéristiques cliniques anatomo-radiologiques de l'affection et en tirent des déductions thérapeutiques.

Cliniquement l'affection évolue en deux périodes. La première : période de réaction articulaire de voisinage est caractérisée par la boîterie et la douleur qui vont s'accentuant au fur et à mesure qu'on s'éloigne du début réel de l'affection. Les symptômes vont bientôt s'accompagner de contracture périarticulaire et de limitation des mouvements passifs. A cette période va succéder la phase d'envahissement articulaire. Cet envahissement est tantôt précoce, tantôt tardif, souvent silencieux, sans à-coup, il se révèle parfois par des douleurs extrêmement vives avec immobilisation en attitude vicieuse. C'est la période des abcès localisés à la région antéro-externe de la cuisse, à sa région antéro-interne, dans le pelvis. L'affection évolue dès lors comme une coxalgie ordinaire.

La radiographie ne fournit souvent aucun renseignement au début. Il faut attendre plusieurs mois pour constater une décalcification globale de l'article, plus marquée toutefois sur le cotyle dont le plafond s'estompe, devient irrégulier, se fragmente. Plus rarement à sa phase initiale la lésion peut apparaître sous forme d'une géode limitée par un cercle plus dense. On peut distinguer : *a*) des formes marginales avoisinant le sourcil et s'étendant plus ou moins vers le toit ; *b*) des formes centrales prenant naissance dans l'épaisseur de la lame quadrilatère.

Lorsque l'articulation est envahie, le traitement ne peut être que celui de la coxalgie habituelle. Dans le cas contraire, les auteurs se demandent si on ne serait pas autorisé à pratiquer l'évidement de la lésion cotyloïdienne par voie d'accès antéro-externe.

C. Benoiste Pilloire.

La transfusion sanguine dans le traitement des anuries. — La transfusion sanguine est une méthode à ne pas négliger dans le traitement des anuries. Dans deux cas d'anurie de l'adulte, publiés par MM. Joltrain et Maurice Levy, la transfusion sanguine a été suivie d'une débâcle urinaire. M. M. Levy et Mme Grand (*Gazette des hôpitaux,* 15 juillet 1931) rapportent un cas d'anurie — apparue chez un enfant de dix ans et demi, six jours après une appendicectomie — où la transfusion sanguine a été suivie également, au bout de quelques heures, d'une émission abondante d'urines, alors que le sérum glucosé et le sérum chloruré n'avaient donné aucun résultat. « Sans doute, n'est-il pas exceptionnel, disent les auteurs, de voir survenir spontanément une polyurie libératrice dans des cas d'anurie, surtout avant le septième ou le huitième jour, il n'en reste pas moins que le traitement peut aider à déclencher la diurèse ».

Phlébite d'une veine thoracique. George A. Williams, (Thoraco-épigastric phlebitis. *Journ. of the Amer. Med. Ass.,* 27 juin 1931) a publié une observation de phlébite du système thoraco-épigastrique caractérisée par: douleur, impossibilité de respirer profondément, augmentation de la douleur en élevant l'épaule du même côté et en fléchissant le tronc du côté opposé.

A. M.

NOUVELLES

Estomac et duodénum. — Du 9 au 18 novembre 1931, le Dr F. RAMOND, assisté des Drs Ch. JACQUELIN, CHÊNE, ZIZINE et VANIER, fera dans son service de l'hôpital Saint-Antoine, avec la collaboration de M. le Professeur agrégé QUÉNU, une série de conférences cliniques sur les principales maladies de l'estomac et du duodénum et les méthodes modernes d'exploration de ces organes.

CONFÉRENCES. — 1° Gastrites : Etude clinique, histologique, thérapeutique ; étude des plis de la muqueuse par la radiologie et la gastrophotographie ; les gastrites alcooliques, syphilitiques, tuberculeuses. — 2° Ulcère de l'estomac : Etude clinique radiologique, gastrophotographique ; le traitement médical ; le traitement chirurgical. — 3° Ulcère du duodénum : Etude clinique et radiologique. — 4° Cancer de l'estomac : Etude clinique, radiologique et anatomo-pathologique ; le traitement chirurgical et médical ; les autres tumeurs de l'estomac. — 5° Complications de l'ulcère et du cancer : Ulcères peptiques ; hémorragies, perforations ; sténoses : leur diagnostic. Leur traitement. — 6° Atonie et spasme : Leurs manifestations ; leur rôle dans les déformations gastriques ; ptoses, volvulus, hernies. — 7° Dyspepsies : Les dyspepsies secondaires ; les dyspepsies biliaires et appendiculaires ; les dyspepsies nerveuses ; les conceptions actuelles de l'aérogastrie. — 8° Maladies du duodénum : Diverticules ; duodénum mobile ; sténoses : périduodénites. — 9° Les régimes : Principes généraux du traitement médical. — 10° Indications opératoires et résultats chirurgicaux.

TRAVAUX PRATIQUES (Démonstrations radiologiques quotidiennes). — Etude du chimisme gastrique (méthode du pH. Méthode de Linossier). Le tubage fractionné. — Le gastropoudrage. — La gastroscopie. La gastrophotographie. — Le tubage duodénal. — Epreuve de Meltzer-Lyon. Etudes chimique et microscopique des biles. — Examens de pièces opératoires. — Examens coprologiques utiles au diagnostic des maladies digestives.

Les conférences sont gratuites. Elles ont lieu à 9 heures le matin. Pour les démonstrations radiologiques et travaux pratiques s'inscrire en versant un droit de 250 francs auprès de la surveillante du service, hôpital Saint-Antoine, salle Damaschino, ou au siège de l'A. D. R. M., à la Faculté de médecine, salle Béclard. Un certificat de participation au cours sera délivré aux auditeurs.

Hopital Broca (Services des Drs TOURAINE et WEISSENBACH.) — *Leçons élémentaires et pratiques de dermato-vénéréologie du 23 novembre au 21 décembre* 1931. — PROGRAMME. — 23 novembre, Dr BASCH : Erythèmes, érythrodermies. — 24 novembre, Dr WEISSENBACH : Urticaire, œdème de Quincke. — 25 novembre, Dr TOURAINE : Eczéma, eczématisation, dysidrose. — 26 novembre, Dr TOURAINE : Séborrhée, acné, rosacée, eczématides, pityriasis. — 27 novembre, Dr RENAULT : Psoriasis. — 28 novembre, Dr RIMÉ : Prurits, prurigo, lichen, lichénification. — 30 novembre, Dr TOURAINE : Kératoses, leucoplasie, sclérodermie, vitiligo, dyschromies. — 1er décembre, Dr BASCH : Herpès, zona, pemphigus, dermatoses bulleuses. — 2 décembre, Dr RENAULT : Pyodermites, phagédénisme, ulcères. — 3 décembre, Dr BASCH : Parasites (gale, phtiriase), mycoses cutanées. — 4 décembre, Dr RENAULT : Maladies du cuir chevelu, sycosis, maladies des ongles. — 5 décembre, Dr RIMÉ : Tuberculose cutanée, lupus, tuberculides. — 7 décembre, Dr MARTINEAU : Tumeurs épithéliales (cancer) et conjonctives (sarcoïdes). — 8 décembre, Dr LÉPAGNOLE : Blennorragie aiguë. — 9 décembre, Dr LÉPAGNOLE : Blennorragie chronique. — 10 décembre, Dr BASCH : Chancre mou, poradénolymphite. — 11 décembre, Dr WEISSENBACH : Syphilis (généralités), syphilis primaire. — 12 décembre, Dr RIMÉ : Syphilis secondaire précoce. — 14 décembre, Dr RENAULT : Syphilis secondaire tardive. — 15 décembre, Dr RIMÉ : Syphilis tertiaire. — 16 décembre, Dr RENAULT : Syphilis viscérale tardive. — 17 décembre, Dr TOURAINE : Syphilis héréditaire. — 18 décembre, Dr WEISSENBACH : Les médicaments de la syphilis. — 19 décembre, Dr WEISSENBACH : Conduite du traitement de la syphilis. — 21 décembre, Dr MARTINEAU : Notions élémentaires de laboratoire.

Chaque leçon a lieu le matin à 11 heures et permet d'assister,

à partir de 9 heures, aux consultations de dermatologie, de syphiligraphie, de blennorragie (dispensaires Fournier et Fracastor), aux visites dans les salles.

Le droit d'inscription est de 150 francs. S'inscrire auprès du Dr Renault, chef de laboratoire, à l'hôpital Broca, 111, rue Broca, Paris (XIIIe). Un certificat spécial pourra être délivré à la fin de ces leçons.

Hôpital Saint-Antoine. — Le Professeur F. Bezançon reprendra ses leçons de clinique médicale le vendredi 13 novembre 1931, à 10 h. 1/2, à lA'mphithéâtre de l'hôpital Saint-Antoine, et les continuera les vendredis suivants à la même heure. Durant le premier semestre elles seront consacrées à l'étude clinique du rhumatisme.

Programme des leçons en novembre et décembre 1931. — 13 novembre : Eléments de pathologie articulaire. — 29 novembre : Caractères généraux des arthrites infectieuses (rhumatisme blennorragique et à pyogènes). — 27 novembre : Les manifestations articulaires dites rhumatismales de la tuberculose (rhumatisme tuberculeux). — 4 décembre : Les manifestations articulaires dites rhumatismales de la syphilis. — 11 décembre : Le problème actuel de la maladie rhumatismale de Bouillaud. Sa place en nosographie. — 18 décembre : Les manifestations articulaires de la maladie du sérum. Les arthrites protéiniques.

Société française d'Histoire de la médecine. — La réunion mensuelle de la Société aura lieu le samedi 7 novembre 1931, à 17 heures, à la Faculté de médecine (Foyer des professeurs).

Ordre du jour. — M. le Dr E. Olivier : Au sujet de l'écorché de Ligier-Richier. — M. le Dr Delaunay : Un agrégé de la Restauration, Pavet de Courteille. — M. le Prof Laignel-Lavastine et M. Burill: «Cliniques » de Madame de Sévigné. — M. le Dr Barbillon : A propos d'un scandale littéraire et médical au XVIe siècle : le livre des erreurs populaires de Laurent Joubert. — M. Marcel Fosseyeux : Les médecins italiens correspondants de l'Académie des sciences (XVII-XVIIIe siècles).

Ecole d'Anthropologie. — Les cours de l'Ecole d'anthropologie ouvriront le mardi 3 novembre, à 16 heures, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

Montaigne.

Jurisprudence médicale. — Cour d'Appel de Rouen (1re Chambre) 6 mai 1931. — *Responsabilité médicale. Luxation du coude. Défaut de radiographie. Diagnostic erroné. Faute.*

Bien que trois experts aient considéré que leur confrère n'encourait aucune responsabilité, il faut admettre, contrairement à leur avis, qu'un médecin a commis une faute grave, indépendante de son erreur de diagnostic, quand il a négligé de contrôler ce diagnostic par la radiographie dans un cas de luxation du coude.

Et le médecin ayant pris la luxation pour une fracture et placé le bras dans un appareil, on ne peut l'excuser d'avoir, un mois plus tard, alors qu'il constatait la persistance d'une raideur marquée du coude, encore omis de contrôler l'exactitude de ce diagnostic par la radiographie. (*Le Quotidien Juridique*).

La Cour,

Attendu qu'il est constant que, par suite d'une chute de bicyclette qu'il avait faite dans la soirée du 25 mars 1928, Cadiou était atteint d'une luxation du coude droit ; qu'après un essai infructueux tenté le soir même par le Dr X... pour réduire la luxation, il est allé consulter le lendemain le Dr Y..., lequel se méprenant sur les signes diagnostiques l'a cru atteint d'une fracture et lui a placé le bras dans un appareil ; qu'enlevant cet appareil au bout d'un mois, Y... a constaté que la guérison n'était pas acquise, mais que, persistant dans son erreur, il a prescrit des massages au cours desquels l'ankylose du coude s'est aggravée ; qu'une intervention chirurgicale a été ultérieu-

rement reconnue nécessaire ; que, pratiquée par le Dr Z... elle a en partie réussie, mais que, néanmoins, Cadiou est resté atteint d'une ankylose ne lui permettant plus qu'une extension et une flexion reduites du bras droit ;

Attendu qu'en cet état des faits, les trois experts commis par un précédent jugement confirmé par arrêt de cette Cour, ont cependant considéré que Y... n'avait encouru aucune responsabilité ;

Mais, attendu que les premiers juges ont, avec raison, considéré que, contrairement à leur avis, Y... a commis une faute grave indépendante de son erreur de diagnostic et qui a consisté à négliger de contrôler celui-ci par la radiographie, laquelle, ainsi que le déclarent les experts eux-mêmes eût dissipé toute confusion possible et permis d'instituer le traitement approprié ;

Attendu que, même si l'on admettait avec les experts que Y... ait pu ne pas juger indispensable de soumettre son client à la radiographie lors de son premier examen en raison même de la certitude erronée que lui avait inspiré son diagnostic, l'on ne saurait en tout cas l'excuser d'avoir, un mois plus tard, alors qu'il constatait la persistance d'une raideur marquée du coude, omis de contrôler l'exactitude de ce diagnostic par le procédé infaillible que lui offrait la radiographie ; qu'il lui appartenait alors de mettre en balance le léger avantage d'une dépense évitée à son client, avec le danger beaucoup plus grand pour celui-ci d'un traitement inopérant ou non indiqué, tel que le massage par lui préconisé, au cours duquel l'état d'ankylose s'est, d'après les experts, encore aggravé ;

Attendu qu'en agissant ainsi, Y... a fait montre de négligence ou d'impéritie caractérisée, qui sont de nature à engager sa responsabilité ;

Mais attendu qu'il y a lieu de tenir compte de ce qu'il n'a pas été dès l'origine éclairé, comme il aurait pu l'être, sur la nature exacte de la lésion, si Cadiou n'avait pas omis de l'informer de la visite de la veille au Dr X... et des soins qu'il avait déjà reçus de ce praticien ; que, par cette réticence sans motif plausible, Cadiou lui-même a encouru une part importante de responsabilité dans les conséquences préjudiciables des soins défectueux dont il a été l'objet : que les premiers juges se sont à tort refusés à en tenir état et qu'il échet à cet égard de réformer leur décision en fixant au tiers la part de responsabilité incombant à Cadiou ;

Attendu d'autre part, que si le tribunal a estimé, à juste titre, qu'une incapacité permanente de 10 à 12 %, telle que l'ont évaluée les experts, ne correspond pas à l'importance de la réduction de valeur professionnelle subie par Cadiou qui travaillait avant l'accident comme ajusteur-mécanicien au salaire annuel de 10.000 francs environ et ne peut plus exercer cet emploi rémunérateur, la fixation de son préjudice à la somme de 80.000 francs est néanmoins trop élevée ; qu'en tenant compte d'une diminution permanente de capacité professionnelle plus importante que celle qu'ont indiqué les experts, des salaires relativement élevés dont l'intimé s'est vu entièrement privé pendant un laps de temps prolongé et de leur réduction considérée comme définitivement acquise, des frais de l'opération chirurgicale et de ses accessoires, dont il est justifié il convient de ramener l'évaluation de l'ensemble des divers éléments du préjudice à la somme de 60.000 francs, dont un tiers doit rester à la charge de l'intimé ;

Par ces motifs :

Adoptant ceux des premiers juges, mais en tant seulement qu'ils ne sont pas contraires aux présents ;

Dit l'appel de Y... régulier, le reçoit en la forme ;

Confirme le jugement entrepris rendu par le tribunal civil d'Evreux le 29 novembre 1930, en ce qu'il a constaté à la charge de Y... une négligence entraînant sa responsabilité ;

Le réformant, dit toutefois que Cadiou a lui-même commis une faute et qu'il est responsable pour un tiers du préjudice qu'il a éprouvé ;

Fixe à 60.000 francs le montant total de ce préjudice ;

Condamne en conséquence Y... à payer à Cadiou la somme de 40.000 francs à titre de dommages-intérêts ;

Le condamne aux dépens d'appel ;

Dit n'y avoir lieu toutefois au paiement de l'amende.

« Dans l'espèce par nous rapportée, dit la note du *Quotidien Juridique*, la Cour fait entendre qu'elle n'imputerait pas à faute au médecin une simple *erreur de diagnostic*, mais la *négligence dans le contrôle du diagnostic*. Voilà, dit la Cour, une faute, une violation des règles de l'art, une source de responsabilité civile ».

Justice de paix des cantons de Gonesse et Aulnay-sous-Bois (Seine et-Oise). — *Personne malade chez un tiers Appel du médecin par la mère du malade. Honoraires payés par elle, partiellement. Reliquat impayé. Action du médecin contre le tiers. Aucun lien de droit. Déboutement.*

Lorsqu'un médecin a été appelé par la mère d'un malade, résidant momentanément avec elle chez un tiers, ce médecin n'a, à raison de ce séjour, aucune action en paiement de ses honoraires contre ce tiers qui ne l'a pas appelé, n'a pris aucun engagement envers lui et dont il n est pas d'ailleurs le médecin. cela surtout alors qu'il s'agit d'un reliquat d'honoraires que la mère du malade a commencé de payer.

Le fait que le tiers serait parent du malade et de sa mère ne modifie en rien la situation.

Cette solution résulte du jugement suivant prononcé le 5 décembre 1930 par M. Morizet, juge de paix des cantons de Gonesse et Aulnay-sous-Bois.

Nous, juge de paix,

Vu l'art. 1er de la loi du 12 juillet 1905. modifiée par celles des 1er janvier et 5 novembre 1926,

Attendu que D... est assigné en paiement d'une somme de 1.060 fr. restant due à titre de frais médicaux ;

Attendu qu'il n'est pas contesté que le docteur X... ait donné des soins au fils d'une dame M.., tante du défendeur D..., lesquels résidaient tous deux momentanément chez ce dernier ;

Attendu qu'en réponse à la demande, D. . expose que le docteur X... n'était pas son medecin habituel ; qu'il a été mandé non par lui mais par la dame M.... mère du jeune malade, que le domicile de ces derniers n'est pas chez le défendeur et que D... se défend d'avoir jamais pris l engagement tacite de garantir le paiement des honoraires qui pourraient être dus au docteur X... à raison des soins qu'il a donnés au jeune M... ;

Attendu que la considération sur laquelle s'appuie le docteur M... pour obtenir de D... les honoraires dus pour soins donnés à un tiers «au domicile du défendeur» n'est pas à elle seule suffisante pour induire D... en responsabilité ; que la preuve n'est ni administrée ni offerte que le docteur X... n'ait donné ses soins que par considération pour D... qui, d'après les dires de ce dernier ne serait pas son client habituel ; que le docteur X... n'avait aucune raison de lui accorder plus de confiance qu'à la mère du malade dont le domicile est connu ou peut l'être et dont l'insolvabilité n'apparaissait pas :

Attendu, enfin, qu'en principe, la solidarité ne se présume pas et dans le doute, elle ne saurait être prononcée ;

Par ces motifs, contradictoirement et en premier ressort ;

Disons que le docteur X... irrecevable en sa demande ; l'en déboutons et le condamnons aux dépens.

(*Le Quotidien Juridique*).

Réponses aux questions posées a l'« Officiel ». — Succession (enregistrement). — Evaluation des biens. Meubles.

I. — *Appareils de radiologie*

Question du 31 janvier 1931

M. Renaudot, sénateur, demande à M. le ministre du Budget si, lorsque dans une déclaration de succession d'un médecin radiologue sont compris des appareils de radiologie servant à la profession du défunt, le receveur de l'Enregistrement doit en déterminer la valeur imposable, en prenant les 60 % du montant de l'assurance contre l'incendie de ces appareils, conformément à l'article 20 de la loi du 30 juin 1923, ou en se basant sur la prisée de ces appareils faite dans un inventaire dressé dans les trois mois du décès, sans tenir compte de l'assurance-incendie dont les 60 % sont de beaucoup supérieurs à cette prisée.

Réponse. — A défaut de vente publique effectuée dans les deux ans du décès, les appareils de radiologie qui ont un caractère mobilier doivent supporter l'impôt en prenant pour base 60 % de l'évaluation faite dans les contrats ou conventions d'assurance en cours au jour du décès et conclus par le défunt, son conjoint ou ses auteurs moins de dix ans avant l'ouverture de la succession, sauf preuve contraire (Loi du 30 juin 1923, art. 20, 2°). Ce n'est qu'en l absence de vente publique et de

contrat d'assurance remplissant les conditions susvisées que la valeur imposable des appareils doit être déterminée d'après la prisée de l'inventaire, dressé après le décès. (*J. Off.*, déb. Sénat, 1931, p. 275).

2. — *Automobiles.*

Question du 27 janvier 1931

M. Renaudot, sénateur, demande à M. le ministre des Finances quel est le mode légal d'évaluation d'une voiture automobile comprise dans une déclaration de succession et si au cas où cette voiture serait assurée contre l'incendie, il y aurait lieu de prendre la police d'assurance pour base d'évaluation.

Réponse. — La valeur imposable d'une voiture automobile est déterminée pour la liquidation et le paiement des droits de mutation par décès : 1° par le prix exprimé dans les actes de vente, lorsque cette vente a lieu publiquement et dans les deux années du décès ; 2° à défaut d'actes de vente en prenant pour base 60 % de l'évaluation faite dans les contrats ou conventions d'assurance en cours au jour du décès et conclus par le défunt, son conjoint ou ses auteurs moins de dix ans avant l'ouverture de la succession sauf preuve contraire : 3° à défaut d'actes de vente ou d'assurance, par l'estimation contenue dans les inventaires et autres actes s'il en est passé dans les cinq années du décès (loi du 30 juin 1923, article 21, n° 1, 2 et 3).

Enfin, en l'absence de ces bases légales d'évaluation, l'estimation des voitures automobiles doit être faite par les redevables eux-mêmes(, *J. Off.* Sénat 1931, p. 275.)

SUCCESSION (ENREGISTREMENT). — DÉDUCTION DU PASSIF FRAIS DE DERNIÈRE MALADIE. COMMUNAUTÉ CONJUGALE.

Question du 25 février 1931

M. Aimé Berthod expose à M. le ministre du budget que la loi du 16 avril 1930, dans son article 17, deuxième alinéa, autorise la déduction de l'actif d'une succession pour le calcul des droits, des frais de dernière maladie, dans la limite d'un maximum de 2.000 fr. ; et demande : 1° si l'administration de l'Enregistrement est fondée à exiger que cette déduction soit faite en cas de communauté, sur l'actif de cette communauté ; 2° s'il n'y a pas là une injustice, puisque le maximum, étant de 2.000 fr., on déduira de la succession tantôt 1.000 fr., s'il y a communauté tantôt 2.000 fr., s'il n'y a pas communauté.

Réponse. — L'article 17 de la loi du 16 avril 1930 ne déroge pas aux règles du droit civil suivant lesquelles les frais de dernière maladie de l'un des époux mariés sous un régime de communauté sont à la charge de la communauté. Il en résulte que, sous l'empire de la loi nouvelle, et dans l'hypothèse envisagée, ces frais ne sont, en principe, déductibles de l'actif héréditaire qu'à concurrence de moitié (C. civ., art. 1482 et 1521). cette moitié étant susceptible de s'élever au chiffre maximum de 2.000 fr. (*Journal Officiel*, Déb. Chambre, 1931, p. 2552) Dans le même sens, réponse à M. Pacaud, député (*Journal Officiel*, Déb. Chambre, 1931, p. 2551).

SUCCESSION (ENREGISTREMENT). — DÉDUCTION DU PASSIF. IMPOTS. PRORATAS. NOMBRE DE JOURS. LIQUIDATION.

Question du 13 novembre 1930

M. Louis Gardiol demande à M. le ministre du Budget si, dans une déclaration de succession d'un passif comprenant des impôts déductibles, au prorata du nombre de jours courus du décès, l'année doit être comptée pour 360 jours pour les années ordinaires et de 366 pour les années bissextiles.

Réponse. — Dans l'hypothèse envisagée, l'année ordinaire doit être comptée pour 365 jours et l'année bissextile pour 366 jours (*Journal Officiel*, Déb. Chambre, 1931, p. 13).

***

« **Les médecins militaires ne doivent pas faire de médecine civile** ». — « Il est interdit de la façon la plus formelle — écrit M. André Maginot, ministre de la Guerre, aux directeurs du service de santé militaire et aux généraux commandant les régions — aux médecins militaires de se livrer, sous une forme quelconque, à l'exercice de la clientèle, c'est-à-dire de donner habituellement leurs soins à des personnes étrangères à l'armée et non admises par les instructions en vigueur au bénéfice des soins de la part des médecins militaires.

« Sans qu'il soit possible d'envisager, au point de vue déontologique, tous les cas particuliers, on peut admettre toutefois,

comme ne rentrant pas dans la pratique de la clientèle, les circonstances où le devoir d'humanité commande l'intervention (soins d'urgence, appels de populations isolées dans l'impossibilité matérielle d'avoir recours à un autre médecin) et, de façon générale, l'assistance confraternelle bénévole qui peut être apportée, sur sa demande, à un médecin civil par un médecin militaire, mais seulement lorsqu'elle n'est pas susceptible de heurter les intérêts matériels d'autres médecins, et sous la réserve qu'elle ne constituera pas une gêne pour le service.

« De ce fait, le médecin militaire ne peut, en aucun cas, percevoir des honoraires, utiliser les appareils, le matériel, les objets de pansement et les médicaments appartenant à l'Etat. »

Léon Daudet et le vin. — *Action Française* (20 octobre 1931) :

« Je pense que la prohibition du vin — sauf en certains cas hépatiques, rénaux, vasculaires, très déterminés — est une insanité, et contre laquelle les médecins raisonnables et les législateurs sachant leur métier ne sauraient s'élever avec trop d'énergie ».

M. Léon Daudet cite son exemple.

« Depuis l'âge de vingt ans, j'ai, je puis le dire, rudement travaillé d'abord pour apprendre, puis pour produire, enfin parce que j'aimais cela et que mon seul repos est le changement de besogne. Or, depuis l'âge de vingt ans, j ai bu régulièrement une bouteille de vin, franc, bien entendu, blanc ou rouge, suivant mon humeur, à chaque repas. Ladite consommation, poussée plus loin (pas beaucoup, mais un peu) dans les grandes circonstances, ne m'a jamais gêné pour me remettre au travail tout de suite après, ou à la lecture, avec une lucidité augmentée. Aussi, tous les professeurs en bonnet carré du monde, académiciens et autres, viendraient-ils me soutenir que le vin est nocif au delà d'un verre ou de deux que je leur rirais au nez. Ce qui est nocif, et terriblement, quand on est né en France de parents français, c'est de ne pas boire de vin, franc, bien entendu, et sans frelatage ni adjonction d'aucune sorte.

On n'a jamais vu un vigneron, bourguignon, languedocien, provençal, tourangeau, rhodanien ou autre, se faire une piqûre de morphine, de cocaïne, d héroïne, ni fumer l'opium. Ceci devrait donner à réfléchir aux œnophobes. L'usage des poisons chroniques (au premier rang desquels l'absinthe, bien entendu) a coïncidé avec la croisade, pour l'abstinence et l'eau, des hydromanes de la Faculté de médecine et autres ».

Les non médecins à la tribune de l'Académie de médecine. *Figaro* (Dr Charles Fiessinger)

« A l'Académie de médecine, écrit le Dr Fiessinger, on entend parfois des orateurs qui ne sont pas médecins. A la tribune, ils empruntent les procédés du monde parlementaire. Ils commencent par se dresser de toute leur hauteur et à regarder les académiciens bien en face. Après avoir dit : « Messieurs », d'une voix chargée d'autorité, ils s'arrêtent un instant dans une pause impressionnante, pour jouir de l'effet que ce premier mot a produit sur l'admiration de l'auditoire. Ils continuent : « C'est un honneur » et s'arrêtent encore. Il faut, n'est-ce pas, que l'Académie se rende compte. Elle a devant elle un homme qui va lui dire des choses de l'intérêt le plus palpitant. Cet homme ne se trompe du reste pas sur la valeur des propositions qu'il soumet à l'Académie. Elles appellent l'attention et méritent qu'on les écoute.

Mais quelle fâcheuse manière de les faire entendre ! Le geste est impérieux. La parole trop haute descend soudain à un registre sourd, les phrases, séparées par des intervalles lourds d'émotion, se précipitent ensuite dans une argumentation décisive, pressée, convaincante où, vers la fin de la période, le bras levé et l'index tendu, démontrent de façon péremptoire la force irréfutable du raisonnement. L'Académie s'amuse. Un voisin dit: « C'est intéressant, mais il s'est trompé de tribune ». A la Chambre des députés, pareil manège trouve sa place, mais à l'Académie de médecine la substance du discours interdit l'enflure de la voix. On y parle d'un ton uni, l'idée exposée s'impose directement, elle se garde de s'envelopper dans le clinquant des oripaux oratoires...... »

Le Gérant : A. Rouzaud

CLERMONT (OISE). — IMP. THIRON ET CIE. — R. C. 4264
MAISON SPÉCIALE POUR PUBLICATIONS MÉDICALES

Fondé en 1873. — N° 46 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 14 NOVEMBRE 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS (V°)
Ch. P. Paris 357-81 R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odeon 30-03

ABONNEMENTS

Avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE



PRIMUM NON NOCERE
Aucune contrindication

NOUVELLES

Assistance publique à Paris. — *Concours de l'internat en médecine.* — Séance du 3 novembre 1931. — Questions: 1° Symptômes et diagnostic de la tuberculose iléo-cæcale ; 2° Infarctus pulmonaire.

Séance du 4 novembre 1931. — Questions sorties : 1° Diagnostic du cancer du rectum ; 2° Accidents cardiaques du rhumatisme articulaire aigu (séquelles non comprises).

Ont obtenu : MM. Vildé, 13 ; Rouvillois, 19 ; Strée, 23 ; Bloch Henri, 24 1/2 ; Pergola, 17 ; Mirbeau, 16 ; Judet, 25 1/2 ; Vélez, 21 ; Marcy, 16 1/2 ; Natier, 15 ; Scemama, 15 1/2 ; Livieratos, 21 ; Mme Longuet, 23 ; d'Escrivan, 21 1/2 ; Bernard Jacques, 15 ; Hanaut, 23 1/2 ; Boisseau, 17 1/2 ; Sacquépée, 15.

— *Concours de stomatologiste des hôpitaux.* — Admissibilité : MM. Béal, Cabrol, Houzeau, Fleury.

Croisières médicales françaises (Pâques, 1932). — Un groupe de médecins français, sous le patronage de nos grands maîtres de Paris et de province, a décidé de résoudre la question en supprimant autant que possible ces deux obstacles : le temps parfois, le prix presque toujours. Sous l'égide d'un journal français *La Gazette médicale de France*, ils ont organisé des croisières de *vacances*.

La prochaine est déjà assurée de succès, tant à cause de son programme que de la grande sécurité et du confort qu'offre la Compagnie transatlantique qui affecte pour elle un de ses meilleurs paquebots.

Des prix exceptionnels ont été obtenus, des bourses de voyage seront distribuées aux élèves les plus méritants des hôpitaux de Paris et de province.

C'est le paquebot *Mexique* qui conduira jusqu'aux Canaries les nombreux confrères et leurs amis désireux de se déplacer pendant les vacances de Pâques. Partis le dimanche 20 mars, ils seront de retour le lundi 4 avril, ayant parcouru les côtes de l'Espagne, du Maroc et des Iles Canaries. Voici l'itinéraire et les escales : Saint-Nazaire, le port de Vigo, la visite de Saint-Jacques-de-Compostelle, Cadix, excursion à Séville, Madère, les Iles Canaries et Ténériffe, Las Palmas, les ports du Maroc : Casablanca, Rabat, Salé. Enfin, dernière escale : Lisbonne avant le retour à Saint-Nazaire.

Nous prions les confrères désireux de participer à cette croisière, de souscrire le plus rapidement possible, et de se documenter au bureau du Comité des *Croisières médicales françaises*, 9, rue Soufflot, Paris.

Direction des troupes coloniales. — Un concours sera ouvert le 1er décembre 1931, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, à Paris, pour l'admission à des emplois, sans limitation de nombre, de médecin sous-lieutenant des Troupes coloniales et à un emploi de pharmacien sous-lieutenant des Troupes coloniales.

Les docteurs en médecine et le pharmacien admis à la suite de ce concours seront nommés médecins ou pharmacien lieutenants au 31 décembre 1931, avec, pour les médecins une majoration d'ancienneté d'un an dans ce grade sans rappel de solde.

Ils suivront à Marseille pendant huit mois, les cours de l'Ecole d'application du Service de santé des Troupes coloniales.

A l'issue de ce stage ils pourront percevoir une bourse de 10.000 francs à condition d'aller servir dans la colonie qui offre la bourse (cinq bourses sont offertes par l'Afrique occidentale française ; cinq par Madagascar, cinq par le budget de la Guerre pour toutes colonies).

Les dispositions relatives à l'admission aux emplois susvisés ont fait l'objet d'un arrêté inséré au *Journal officiel* du 30 avril 1931 (page 4.716).

Tous renseignements complémentaires ainsi qu'une notice relative au Service de santé militaire colonial seront adressés aux candidats qui en feront la demande au ministre de la Guerre (8e direction, 1er bureau).

Amphithéâtre d'anatomie (17, rue du Fer-à-Moulin).— Un cours de chirurgie d'urgence en dix leçons par M. le Dr Funck-Brentano, prosecteur, commencera le lundi 16 novembre 1931, à 14 heures, à l'amphithéâtre d'anatomie et se continuera tous les jours à la même heure.

Droit d'inscription : 300 francs. Lieu d'inscription : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris, Ve, où l'on pourra consulter le programme.

Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris (Hôpital Saint-Louis. Ecole Lailler. Service du Docteur Louste.) — *Leçons sur les maladies du cuir chevelu* (janvier-février 1932.) — 18 janvier, M. Louste : Considérations générales sur les affections du cuir chevelu et revue de celles du premier âge. — 20 janvier, M. Rivallier: Les teignes tondantes scolaires (microsporie et trichophytie). — 22 janvier, M. Rivallier : Les teignes tondantes d'origine animale (teignes sèches sycosis, kérion, onychoses). — 25 janvier, M. Rivallier : Taxonomie des teignes. — 27 janvier, M. Juster : Traitement des teignes. — 29 janvier, M. Thibaut : Favus humain et favus animaux.

1er février, M. Sabouraud : Impétigo streptococcique et ses dérivés. — 3 février, M. Rabut : Folliculite staphylococcique (formes morbides dérivées). — 5 février, M. Lévy-Franckel : La pelade. — 8 février, M. Pignot : Pityriasis sec et stéatoïde. — 10 février, M. Rabut : La séborrhée chez l'homme et chez la femme. — 12 février, M. Louste : Diagnostic des alopécies diffuses. — 15 février, M. Lévy-Franckel : Diagnostic des alopécies en aires. — 17 février, M. Rabut : Varia : Psoriasis. Lichen circonscrit de la fosse sous-occipitale. Verrues planes juvéniles, verrues séborrhéiques séniles, papillomes, nævi plans, nævi verruqueux, papillomateux. — 19 février, M. Sabouraud : Les teintures. — 22 février, M. Pignot : Pratique du traitement des affections du cuir chevelu.

Les cours auront lieu le lundi, mercredi, vendredi de chaque semaine de 11 heures à midi, à partir du 18 janvier 1932, salle des cours, Ecole Lailler (hôpital Saint-Louis) avec présentation de malades, de moulages, de photographies, d'examen microscopiques directs et de cultures.

Un diplôme de l'Association d'enseignement médical des hôpitaux sera délivré.

Le droit d'inscription est de 200 fr. S'adresser pour inscription et renseignements à M. le Docteur Rivallier (Ecole Lailler).

Concours pour la nomination à une place d'ophtalmologiste des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le mardi 19 janvier 1932, à 9 heures, à l'Administration centrale (salle des commissions), 3, avenue Victoria. Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au Bureau du Service de santé de l'Administration, de 14 à 17 heures, du mardi 15 au mardi 29 décembre 1931 inclusivement.

Hôpital de la Charité (Service du Dr H. Vignes.) — *Cours de perfectionnement sur les nouveau-nés et les débiles.* — Ce cours aura lieu tous les mercredis, à 11 heures, à partir du 18 novembre, après la consultation des nourrissons.

18 novembre, M. H. Vignes, professeur agrégé à la Faculté, accoucheur de la Charité : Croissance intra-utérine et physiologie du prématuré. — 25 novembre, M. Blechmann, ancien chef de clinique à la Faculté : Etude clinique du prématuré et du débile.

2 décembre, M. Blechmann : Etude clinique du prématuré et du débile (*suite*). — 9 décembre, M. Blechmann : Hygiène et thérapeutique du débile. — 16 décembre, M. Blechmann: Alimentation du débile. — 23 décembre, M. Blechmann : Leçon clinique.

6 janvier, M. Laemmer : Système endocrino-sympathique chez l'enfant. — 13 janvier, M. Laemmer : Diagnostic et traitement des troubles endocriniens de la croissance. — 20 janvier : M. Desaux, ancien interne des hôpitaux : Mode d'action des médicaments employés dans la thérapeutique dermatologique du nouveau-né. — 27 janvier, M. Max Lévy, ancien interne des hôpitaux : Des nouveaux aspects de la question de l'acidose, de sa détermination pratique et de son traitement.

3 février, M. Max Lévy : Des insuffisances fonctionnelles des reins chez le nourrisson et de leur traitement. — 10 février, M. Lesage, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire des hôpitaux : Etude sur les hérédités. — 17 février, M. Lesage : Etude sur les hérédités (*suite*). — 24 février, M. Lesage : Etude sur les hérédités (*suite*).

2 mars, M. Lesage : Les chocs physiques sur les nourrissons. — 9 mars, M. Lesage : Les chocs physiques sur les nourrissons (*suite*). — 16 mars, M. Lesage : Etude critique sur la mortalité infantile.

— *Cours de perfectionnement sur les troubles endocriniens chez la femme*, par M. Marcel Laemmer.

Ce cours aura lieu, tous les jeudis, à 11 heures, à partir du 19 novembre, dans le service du Dr H. Vignes. Il comprendra huit leçons.

1º Les troubles endocriniens de la grossesse. — 2º Les causes endocriniennes de la stérilité. — 3º Les troubles de la sécrétion ovarienne post-partum. — 4º Goitre de Basedow et grossesse. — 5º Le rôle du foie chez les femmes enceintes. — 6º La décalcification des femmes enceintes et les endocrines. — 7º Le problème de l'imprégnation spermatique chez la femme. — 8º La maladie de Dercum.

Internat en pharmacie des Asiles de la Seine. — Un concours pour deux places d'interne titulaire en pharmacie des asiles publics d'aliénés de la Seine, de l'hôpital Henri Rousselle et de l'hospice Paul-Brousse, à Villejuif, s'ouvrira à Paris le jeudi 7 janvier 1932.

Le nombre de places mises au concours pourra si besoin est être augmenté avant la clôture des opérations.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (Service de l'Assistance départementale, 3e bureau, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, escalier A, 2e étage, porte 227) tous les jours, dimanches et fêtes exceptés de 10 heures à 12 heures et de 14 heures a 17 heures du 1er décembre 1931 au 19 décembre inclus.

Pièces à fournir. — Expédition de l'acte de naissance, extrait du casier judiciaire, certificat de vaccination, diplôme de pharmacien de 1re classe (ancien régime) ou de pharmacien (nouveau régime) ou un certificat constatant au moins quatre inscriptions de scolarité prises dans une faculté ou une école de pharmacie de l'Etat, certificat de bonne vie et mœurs délivré par le maire de la commune ou à Paris par le commissaire de police du quartier.

La liste d'inscription sera close quinze jours avant la date d'ouverture du concours et arrêtée par le Préfet de la Seine.

Epreuve d'admissibilité. — *a*) Reconnaissance de dix plantes et substances appartenant à l'histoire naturelle, de cinq produits appartenant à la chimie pharmaceutique et de dix préparations de pharmacie galénique ; — *b*) Enoncé sur la posologie d'un certain nombre de médicaments, cinq au minimum.

Epreuves définitives. — 1° Une épreuve orale portant sur la pharmacie galénique et sur la chimie pharmaceutique et biologique. — 2° une épreuve écrite portant sur la pharmacie, la chimie et l'histoire naturelle.

Durée des fonctions : deux ans. Peuvent être autorisés à accomplir une troisième et une quatrième année.

Entrée : 1er février 1931.

Traitements. — Première année : 9.500 francs ; deuxième année : 9.900 francs ; troisième année : 10.300 francs ; quatrième année : 10.700 francs ; indemnité de résidence : 2.240 francs : indemnité de déplacement, aux asiles de Villejuif, de Vaucluse, Ville-Evrard, Maison-Blanche, et à l'hospice Paul-Brousse, 900 francs.

Les internes qui sont logés subissent sur leur traitement une retenue de 980 francs et de 13 fr. 75 % sur l'indemnité de résidence. Ils rembourseront pour chaque repas pris à l'établissement les sommes ci-après : petit déjeuner, 0 fr. 60 ; déjeuner, 4 fr. 80 ; dîner, 4 fr. 80.

Prix Nobel. — Le Prix Nobel de médecine et de physiologie a été donné au Professeur Otto Warburg pour ses découvertes sur la nature de l'action des enzymes. Le professeur Warburg est directeur de l'Institut de physiologie cellulaire de Berlin-Dahlem.

Voyage d'Etudes en Tunisie et en Algérie — Lundi 21 décembre : Embarquement, à midi, à Marseille, sur le *Mustapha-II* — Mardi 22 : Arrivée à 19 heures, à Tunis — Mercredi 23 : Tunis — Jeudi 24 : Tunis, Le Bardo, Carthage — Vendredi 25 : Tunis, Sousse — Samedi 26 : Sousse, Kairouan, Sousse — Dimanche 27 : Sousse, El-Djem, Sfax — Lundi 28 : Sfax, Gabès — Mardi 29 : Gabès — Mercredi 30 : Gabès — Jeudi 31 : Gabès à Tunis. — Vendredi 1er janvier : Tunis : départ à 19 heures, pour Constantine. — Samedi 2 : Arrivée à Constantine, visite de la ville. — Dimanche 3 : Constantine, Batna. — Lundi 4 : Batna, Timgad, Biskra. — Mardi 5 : Départ, à 15 heures de Briskra, pour Alger. — Mercredi 6 : Alger. — Jeudi 7 : Alger. — Vendredi 8 : Embarquement, à midi, sur l'*El-Biar*. — Samedi 9 : Arrivée, à 16 heures, à Marseille.

Prix tous frais compris de Marseille à Marseille, en deuxième classe, sur le bateau et en chemin de fer : médecins et anciens étudiants : 3.400 francs ; étudiants : 2.950 francs.

S'inscrire avant le 5 décembre, en versant 1.000 francs, chez le Dr Henri Netter, 104, boulevard Saint-Germain, Paris (6e), après 18 heures (compte chèques postaux, Paris, n° 895-22).

Syndicat des médecins de la Seine et des communes limitrophes. — *Le certificat prénuptial.* — Sur cette question à l'ordre du jour des débats parlementaires (projet du Dr Pinard) et qui a fait l'objet d'une étude présentée par le Dr Schreiber à la Société française d'eugénique, le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine a exprimé son opinion par l'ordre du jour suivant :

« Il est d'intérêt social qu'avant de contracter union, les futurs époux de l'un et l'autre sexe fassent examiner leur état de santé. L'importance de cet intérêt justifie de la part de l'Etat une loi portant obligation.

« Les futurs époux seront tenus d'aller consulter de part et d'autre le médecin de leur choix (le médecin de famille, s'ils comprennent bien leur intérêt).

« La consultation ainsi donnée restera rigoureusement confidentielle et verbale. Le praticien se bornera à certifier qu'elle a eu lieu, à telle date. »

Les médecins ne sont nullement opposés à l'obligation légale d'une consultation prénuptiale, mais à condition qu'elle comporte un examen rigoureusement secret, sans aucune attestation de l'état de santé ni de l'aptitude au mariage.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

Officier d'Académie. — M. le médecin lieutenant-colonel Donier, à Paris.

Officiers de l'Instruction publique. — MM. Angellier, médecin chef de l'Ecole nationale des Arts-et-Métiers de Cluny ; Gunsett et Keller, chargés de cours à la Faculté de médecine de Strasbourg ; Lebeaux, secrétaire de l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes ; Robardey, commis au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris.

Médailles d'honneur de l'Assistance publique. — *Médaille d'or.* — MM. les docteurs Desbouis et Lecornu (de Caen), Devillard (de Brantôme), Tollin (de Cheppes-la-Prairie), Marie, Noir, Toulouse (de Paris).

Médaille d'argent. — MM. les Docteurs Bridoux (de Mézières), James (de Caen), Tourmente (de Courseulles), Le Goff (de Lorient), Schutzenberger (de la Charité-sur-Loire), Hamel, (de Sotteville-les-Rouen), Henry (de Tunis).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Orratelli (de Corte), Faure (de Périgueux), Barin (de Sommières), Ducos (de Château-Picon), Chaix (de Bourgoin), Tregouet (de Malestroit), Gerst (de Sundhouse), Bloch (de Neuf-Brisach), Lompre (de Champlitte), Laverrière (de Cuisery), Metenier (de Villejuif), Bellicaud, Caussade et Leconte (de Rouen), Duvaldestin (de Bray-sur-Seine), Arroux (de Nabeul), Le Faucheur (de Béjà), Wiehn (de Gafour).

Infirmerie spéciale des aliénés près la Préfecture de Police. — Tous les vendredis à 15 heures, à partir du vendredi 20 novembre 1931, conférences cliniques avec présentation de malades, par M. le Dr DE CLÉRAMBAULT ; M. le Dr LOGRE ; M. le Dr HEUYER, médecin des hôpitaux.

Docteurs en médecine, étudiants en médecine, magistrats. S'inscrire : 3, quai de l'Horloge.

Assistants d'électro-radiologie des hôpitaux (Année 1931.) — 1° Réunion de la Commission chargée d'établir la liste des candidats admis à accomplir la deuxième année de stage.

La Commission se réunira le lundi 23 novembre 1931, à 16 h. 1/2, à l'Administration centrale (3, avenue Victoria). Le nombre des candidats admis est fixé à sept au maximum.

2° Epreuve pratique à laquelle sont seuls admis à prendre part les candidats ayant accompli la deuxième année de stage.

Cette épreuve aura lieu le jeudi 26 novembre 1931. (Les candidats seront avisés ultérieurement du lieu et de l'heure de l'épreuve.)

Le nombre des candidats admis est fixé à six au maximum.

Hôpital Saint-Louis (Service de M. le Docteur MILIAN.) — *Cours pratique d'histologie normale et pathologique de la peau*, du 4 janvier au 24 février 1932 par M. le Docteur MILIAN, médecin de l'hôpital Saint-Louis, avec la collaboration de M. le Docteur GASTOU, ancien chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis ; M. le Docteur LAFOURCADE, assistant de l'hôpital Saint-Louis ; M. le Docteur L. PÉRIN, chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis ; M. le Docteur E. RIVALLIER, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis.

Les cours auront lieu le lundi 4 janvier 1932, et les jours suivants, à 2 heures, à l'hôpital Saint-Louis. Les élèves seront exercés à la pratique de l'histologie pathologique. Ils recevront des coupes à colorer et à étudier.

Programme des cours (31 leçons). — 1re leçon : Biopsie. Indications. Instrumentation. Technique : Fixation, coupes et colorations (M. MILIAN). — 2e leçon : Structure normale de la peau. Epiderme, derme, hypoderme. Vaisseaux et nerfs de la peau (M. MILIAN). — 3e leçon : Annexes de la peau. Histologie normale des glandes, des ongles, des poils (M. RIVALLIER). — 4e leçon : Etude des lésions fondamentales. Macules érythémateuses, purpuriques, achromiques, pigmentaires. Taches érythémato-squameuses. Parakératose. Hyperkératose (M. PÉRIN). — 5e leçon : Spongiose. Vésicules. Œdème intra-cellulaire. Altération ballonisante. Etude histologique des affections vésiculeuses. Eczéma, herpès, zona, varicelle (M. MILIAN). — 6e leçon : Pustules. Bulles (M. MILIAN). — 7e leçon : Papules, papules épidermiques, dermiques, dermo-épidermiques (M. PÉRIN). — 8e leçon : Tubercules. Nodules. Nodosités. Gommes. Ulcérations. Croûtes. Cicatrices. Scléroses et atrophies cutanées. Dégénérescences. Hypertrophies. Lichénifications (M. PÉRIN). — 9e leçon : Lésions inflammatoires aiguës ; érysipèle (M. MILAN). 10e leçon, 11e leçon et 12e leçon : La syphilis. Chancre. Plaques muqueuses. Gommes. La leucoplasie (M. MILIAN). — 13e leçon et 14e leçon : La tuberculose cutanée. Les tuberculides (M. MILIAN). — 15e leçon : Le chancre mou (M. MILIAN). — 16e leçon : Eczéma. Pityriasis rosé de Gibert (M. LAFOURCADE). — 17e leçon : Le psoriasis (M. LAFOURCADE). — 18e leçon : Le lichen plan (M. PÉRIN). — 19e leçon : Généralités sur les champignons pathogènes. Leur classification. Méthodes d'examen direct avec et sans coloration (M. RIVALLIER). — 20e leçon : Culture des champignons pathogènes. Technique d'examen microscopique des cultures (M. RIVALLIER). — 21e leçon : Les teignes, favus, trichophytie, microsporie (M. RIVALLIER). — 22e leçon : Les épidermophyties. Erythrasma. Pityriasis versicolor. Blastomycoses (M. RIVALLIER). — 23e leçon : Sporotrichose. Actinomycose. Mycétomes (M. GASTOU). — 24e leçon : Pelade et alopécies en aires (M. RIVALLIER). — 25e leçon et 26e leçon : Tumeurs de

la peau. Définition et classification. Tumeurs formées aux dépens du tissu conjonctivo-vasculaire, myxomes fibromes. Lipomes. Myomes. Angiomes. Lymphangiomes. Botryomycomes. Sarcomes. Tumeurs lymphatiques. Mycosis fongoïque. Lymphadénomes (M. MILIAN). — 27e leçon : Tumeurs épithéliales bénignes. Papillomes. Adénomes. Kystes. Nævi (M. PÉRIN). — 28e leçon : Tumeurs épithéliales malignes. Maladie de Paget. Maladie de Bowen (M. PÉRIN). — 29e leçon : Les épithéliomas. Epithélioma spino-cellulaire. Epithélioma baso-cellulaire. Nævo-cancers (M. PÉRIN). — 30e leçon : Le sang dans les dermatoses (M. RIVALLIER). — 31e leçon : La lèpre (M. MILIAN).

Le droit à verser est de 500 francs. S'inscrire au laboratoire de la salle Henri-IV, à l'hôpital Saint-Louis, le matin, de 9 heures à 11 heures (sauf le mercredi). Pour tous renseignements s'adresser à M. le Docteur PÉRIN.

Nécrologie. — Dr Louis-Ernest BARIÉ, médecin honoraire des hôpitaux, officier de la Légion d'honneur. — Dr CHAMP, d'Aubervilliers. — Dr Georges DURIEUX, de Ribérac (Dordogne). — Dr Maurice GAYET, de Cany-Barville (S.-I.). — Dr GUAY, de Sillans (Isère). — Dr LABBÉ, de Saint-Servan (I.-et-V.) — Dr Alfred MACHARD, directeur du sanatorium pour les maladies chirurgicales chroniques de l'enfance, de Pinchat. — Dr MAESTRAGGI, de Rognac (B.-du-R.). — Dr MONTIGNAC, d'Allanche (Cantal). — Dr Maurice PRIOLO. — Dr Eugène SALMON, de Paris. — Dr VILLY, de Paris. — Dr Maurice VALLAS, professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon, ancien chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu. — Prof. Nicolas LEON, ancien doyen de la Faculté de médecine de Jassy. — Dr Guido HOLZKNECHT, de Vienne, radiologue. — Dr Eugène RÉVILLIOD, de Genève.

« *La métrite balistique* de nos ancêtres n'est certes pas une conception erronée, mais il s'agit plutôt de *périmétrite* que de métrite véritable ; il en résulte une irritabilité excessive, se traduisant par des douleurs et même par des hémorragies ». (A. SIREDEY. Les hémorragies des jeunes filles et des jeunes femmes. *Bulletin médical*, 16 mai 1931.)

BIBLIOGRAPHIE

L'anesthésie en pratique chirurgicale, par Robert MONOD. Un vol. de 154 pages avec 23 figures (*Collection Médecine et Chirurgie pratiques*), 22 fr. (Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris).

L'Anesthésie idéale qui serait à la fois profonde, inoffensive et agréable n'existe pas : il faut se contenter des méthodes actuellement connues qui toutes ont leurs inconvénients.

Il existe une grande variété d'anesthésies. Si dans un grand nombre de cas de chirurgie courante le choix de l'anesthésie est pour ainsi dire indifférent et peut rester unen question d'habitude ou de préférence, il s'en présente d'autres où du fait de l'âge du malade et de l'importance de l'intervention, la question de l'anesthésie passe au premier plan et va jusqu'à conditionner le succès opératoire.

C'est pour ces cas encore fréquents, ceux qui engagent le plus sa responsabilité, qu'il importe au praticien d'être exactement documenté sur toutes les données actuelles du problème anesthésique. Ce livre contient toutes les connaissances nécessaires non seulement à l'opérateur, mais aussi au médecin traitant qui confie son malade au chirurgien.

Manuel d'urétroscopie. Urétroscopie postérieure, par Robert HENRY et G. BUSSON. Préface du Dr MARION. Un volume de 80 pages avec 50 figures dont 26 formant 6 planches hors texte en couleurs, 55 fr. (Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris)

Le Manuel d'Urétroscopie des Drs Henry et Demonchy est devenu rapidement classique. Depuis son apparition qui remonte à dix ans, aucun ouvrage français ou étranger n'est venu le remplacer dans la faveur du public. Cependant les appareils à vision indirecte sont devenus chaque jour d'un emploi plus fréquent, notamment pour l'examen de l'urètre postérieur, si bien qu'à l'heure actuelle, l'exploration endoscopique de l'urètre doit, pour être complète, être effectuée, d'une part avec l'urétroscope à vision directe pour l'urètre antérieur, d'autre part avec l'urétroscope à vision indirecte pour l'urètre postérieur. La publication de ce livre complément du *Manuel d'Urétroscopie* correspond donc à un besoin.

De nombreuses reproductions en couleurs des images urétroscopiques complètent cette étude et permettront de reconnaître à quelle variété de lésions on a affaire lorsqu'on se trouvera en présence de cas délicats.


ANÉMIES
HÉMOGLOBINE
CACHEXIES
FER VITALISÉ
OXYDASES DU SANG
DESCHIENS
GROSSESSE
CONVALESCENCES


TRAITEMENT DU
DIABÈTE
PAR
LES
CAPSULES GLUTINISÉES
DE
PANCRÉPATINE
LALEUF
LITTÉRATURE - ÉCHANTILLONS
LABORATOIRES LALEUF
Avenue de la Motte-Picquet Paris

TRAVAUX ORIGINAUX

Quelques considérations sur la prostitution des mineures,

Par le Dr G. PAUL-BONCOUR
Professeur de Criminologie à l'Ecole d'Anthropologie
Directeur Médical de l'Institut Médico-Pédagogique de Vitry (1)

Depuis que des juristes, des médecins, des sociologues, des philanthropes réfléchissent, écrivent, parlent sur la question de la prostitution en général et sur celle de la jeunesse en particulier, il semblerait qu'il ne restât rien à dire et surtout que le problème eût reçu, tout au moins théoriquement, une solution satisfaisante. Il n'en est rien, et la question est toujours à l'ordre du jour.

Je n'ai pas l'outrecuidance d'espérer fournir à mon tour une solution définitive : le problème est tellement vaste, il est tellement complexe qu'il est sage de ne l'envisager que sous des angles réduits. Aussi le titre de cette conférence (ou plutôt de cette causerie) n'indique-t-il pas exactement le but que je poursuis ce soir : il est, je vous l'assure, plein de modestie. Je vais en premier lieu vous donner quelques indications sur la confusion qui règne sur la nature de la prostitution : il est difficile de trouver des solutions pratiques, quand théoriquement les diverses personnalités cependant désireuses d'aboutir, ne sont pas d'accord.

En second lieu, je vous présenterai quelques considérations sur les causes directes de la prostitution. Pour adopter une ligne de conduite éducative, il importe de connaître exactement la nature du sujet qui doit en être l'objet, et l'observateur chargé de cette enquête doit faire abstraction de ses croyances, de sa sensibilité, en un mot, dresser un inventaire scrupuleux et scientifique des influences causales.

***

Est-il possible de supprimer radicalement la prostitution? — A cette demande, des réponses bien diverses sont données, puisque à côté des personnes qui déclarent cette suppression possible, il en est d'autres qui affirment que c'est un phénomène social permanent, une maladie de la Société inévitable.

Et enfin il est des gens qui considèrent que la prostitution est nécessaire et même qu'elle remplit une fonction sociale.

Laissant de côté pour l'instant cette dernière opinion, il me semble juste d'admettre et qu'il y a et qu'il y a toujours eu des prostituées, et qu'il y en aura toujours : on est donc en droit de penser qu'il est impossible de supprimer totalement ce commerce et notez que ce terme « commerce » désigne exactement la nature du phénomène ; il y a l'offre et la demande qui se correspondent et suivent une marche parallèle.

En conséquence, le seul espoir que l'on puisse caresser, c'est d'atténuer ces relations d'échange, et toute théorie, qui prétend supprimer radicalement la chose, est vouée à la stérilité.

Par ailleurs l'accord sur les moyens à utiliser pour faire disparaître ce fléau, n'existe pas, car chacun l'envisage sous un angle spécial conforme à ses convictions, à sa profession, à ses conceptions morales. Le médecin par exemple ne se préoccupe en général que du côté sanitaire et hygiénique : le côté moral ne l'intéresse que médiocrement. Fâcheusement, quand il s'agit de la pratique, les médecins ne sont plus d'accord et depuis quelques mois, les discussions entre les réglementaristes et les abolitionnistes sont continuelles. Les arguments s'opposent aux arguments ; des statistiques sont fournies à l'appui et chose curieuse, ces statistiques sur un même fait se passant dans une même ville ne concordent pas !

Il est vrai que la statistique que certains considèrent comme une base scientifique solide est regardée par d'autres comme de valeur très douteuse en raison de la complexité du phénomène social qu'elle doit exprimer, phénomène qui n'est pas seulement purement social, mais biologico-social comme j'espère vous le démontrer ; et cela a une importance capitale.

Sont aussi mal documentés sur le phénomène, ces théoriciens que je dénommerai radicaux qui sont d'avis d'incarcérer systématiquement les prostituées : ils allèguent que, retirées de la circulation ces femmes ne sont plus dangereuses et ne peuvent contaminer leur partenaire, d'autant plus qu'on profite de leur incarcération pour les soigner. Mais ces prisonnières seront gardées ou longuement ou pendant les quelques jours nécessaires à leur guérison. Dans le premier cas, il est possible qu'à l'heure de la libération, leur adaptation sociale soit meilleure : mais, combien y en a-t-il qui sont susceptibles de réadaptation ? Même en admettant que l'on ne vise que les plus jeunes, nous n'ignorons pas que la plupart d'entre elles sont inamendables. En conséquence, c'est un internement à vie qui s'imposerait, tout au moins durant la vie sexuelle.

En sus, avec la loi de l'offre et de la demande, les femmes retirées de la circulation seraient immédiatement remplacées par de nouvelles recrues : la moralité n'y gagnera rien.

Naturellement, si l'incarcération dure peu, la réadaptation morale possible n'existe plus.

D'ailleurs, à la théorie des radicaux s'oppose celle des humanitaires qui, se penchant sur la prostituée avec leur cœur et leur sensibilité (parfois exagérée et se muant en sensiblerie) estiment que la Société seule est fautive, que la prostitution étant un phénomène purement social la Société n'a pas le droit de punir ; que la malheureuse qui est tombée soit aidée, qu'on l'excuse du moment que dans notre Société existent la misère, les salaires insuffisants, l'égoïsme des mâles, des patrons séducteurs, les mauvais exemples, etc., etc.

Les personnes sensibles ont parfaitement raison d'être compatissantes, mais en n'accordant d'importance qu'à un seul mobile, leurs efforts seront stériles. Elles n'examinent pas la prostituée objectivement, de là des erreurs d'interprétation. Je prends un exemple des plus fréquents : du moment qu'une jeune prostituée invoque la misère pour expliquer sa chute, sa thèse est acceptée sans conteste, alors que la misère n'est pas vérifiée, que beaucoup de malheureuses aussi privées de ressources n'ont pas succombé. L'erreur est surtout d'ignorer les influences individuelles pouvant jouer un rôle considérable. Je l'ai dit tout à l'heure, je le répète : la prostitution est un fait biologico-social et pour en comprendre la genèse, il est sage de faire la part des deux influences.

Récemment, j'examinais une jeune prostituée, aux tendances érotiques exagérées et constitutionnellement pervertie et j'essayais de faire comprendre à un interlocuteur déplorablement humanitaire que ce sujet était inamendable par des procédés de douceur et que les facteurs exogènes invoqués étaient peu apparents : il me répondit obstinément « il n'y a pas de coupables, il n'y a que des malheureuses ». C'est là une déclaration apophthegmatique qu'il vous est sans doute arrivé d'entendre, qui excuse la prostitution et ne peut l'atténuer : aussi les malignes savent faire vibrer les cordes sensibles et se tirer d'affaire au bon moment grâce à des mensonges habilement construits.

(1) Conférence faite le 24 juin 1931 au Comité d'étude et d'action pour la diminution du crime.

Il est une autre manière d'excuser la prostitution : elle émane des anthropologistes et des psychiatres, qui découvrant chez les prostituées des stigmates de dégénérescence, des tares organiques, en concluent qu'il y a chez elles une infériorité biologique qui explique la débauche, et lorsque l'étiquette de perverse est posée sur l'une d'elles, tout espoir de redressement est perdu. C'est une sentence qui tranche net comme un couperet. Il y a beaucoup de vrai dans cette manière de juger les faits, et il est certain qu'une perversité nettement démontrée doit entraîner une incarcération prolongée, l'inamendabilité étant définitive. Mais que d'exceptions et surtout que de cas douteux ! Que de femmes affectées de tares dégénératives et qui sexuellement sont des continentes ! Que de prostituées ne sont devenues telles que sous la pression de l'ambiance ; au fond, ce ne sont que des perverties avec cette réserve que leurs tares de dégénérescence ont pu créer chez elles une prédisposition. Véritablement, il serait inhumain et antiscientifique de confondre une perversité constitutionnelle et une perversité acquise.

Se plaçant sur un autre terrain, des penseurs excusent la prostitution au nom de la liberté humaine : « la femme est maîtresse de son corps, le droit à l'Amour est sacré, chacun conduit sa vie à sa guise », tels sont les axiomes proclamés bruyamment et acceptés par trop de gens. D'autant plus que des biologistes, qui naturellement veulent établir une morale biologique, ne manquent pas de s'étonner que la Société veuille s'opposer à une tendance naturelle : l'instinct sexuel évidemment nécessaire à la conservation de l'espèce, est aussi louable que la nutrition, tendance ayant pour substrat l'instinct de conservation individuelle. En conséquence, la prostitution ne peut être un délit. Si les prémisses de ce raisonnement ont une apparence de vérité, cette dernière conclusion est erronée. Qu'une femme majeure ait autant d'amants qu'elle le désire, cela la regarde, mais du jour ou plutôt du soir où elle fait le trottoir, la Société a parfaitement le droit de s'en occuper. D'abord, elle incite les gens à la débauche ; en second lieu, par suite de son activité sexuelle, elle contracte des maladies vénériennes et les transmet à ceux à qui elle se vend. Une prostituée mineure est plus dangereuse encore, car il est démontré que c'est avant 18 ans qu'une prostituée contracte la syphilis. Et puis, peut-on blâmer la Société de s'opposer à ce qu'une mineure choisisse cette profession immorale ; je dis immorale, car elle n'a pas du tout l'excuse d'être une manifestation de l'instinct de reproduction de l'espèce. De ce point de vue l'homme, animal raisonnable, est bien au-dessous des animaux dépourvus de raison : ceux-ci accomplissent l'acte sexuel dans un but exclusivement procréateur, tandis que cette idée est totalement absente de l'esprit de celle qui se donne et de celui qui en profite. Bien mieux, il est démontré : 1° que la prostitution s'accompagne de stérilité volontaire ; 2° qu'elle entraîne de multiples avortements ; 3° que par suite des maladies génito-urinaires qui sont la règle chez les prostituées, la stérilité est un état physiologique.

Remarquons que les partisans de la liberté sexuelle n'émettent pas que des paradoxes ou des déclarations fantaisistes : ils font justement observer que si la jeune fille transmet une maladie vénérienne, il est juste qu'elle soit forcée de se soigner ; donc, qu'on établisse un délit de contamination, à la condition qu'il y ait une contrepartie et que l'homme, qui a contaminé, soit également poursuivi. Il est certain (du moins c'est mon avis) qu'il est choquant que le mâle (qui fait les lois et c'est l'explication de son égoïsme et de sa partialité) s'accorde une impunité absolue et incarcère ou soumette à des mesures sévères celles qu'il a rendues malades.

Les théories qui précèdent excusent la prostitution : il en est d'autres qui la considèrent comme nécessaire et en font une fonction sociale, éminemment utile. Je vous avoue, qu'entendant émettre cette théorie, il y a une vingtaine d'années (alors qu'étant président de la Société d'Anthropologie, j'avais dirigé une séance où se discutaient ces questions), j'ai été stupéfait. Depuis, dans les congrès d'Anthropologie ou de Sociologie auxquels j'ai participé, ces théories ont été soutenues à plusieurs reprises avec arguments à l'appui. Je crois que quelques considérations sur cet état d'esprit sont de nature à vous intéresser (1).

La formation et le développement de la prostitution seraient en relation avec notre système matrimonial : le développement graduel de la famille sur une base patriarcale et monogamique et l'état d'infériorité dans lequel la femme se trouve encore actuellement et s'est trouvée au cours des âges (ce qui l'empêche de disposer d'elle-même) a engendré la prostitution, et cela en vertu du mécanisme suivant. La fille appartient d'abord au père, qui, au début des civilisations, avait intérêt à la garder vierge jusqu'à ce que vienne un mari capable de l'épouser et de l'acheter, puisque c'était le mode de mariage en usage. Or, disent les évolutionnistes, c'est par cette notion de la valeur marchande des femmes que s'est formée et développée la conception de la valeur marchande de la virginité. Une fois la femme transférée de son père à son mari, elle était jalousement gardée avec le même soin : et notamment le mari, comme le père, regardait de son intérêt de mettre sa femme à l'abri des entreprises des célibataires. Cette conception s'est prolongée jusqu'à maintenant dans certains pays d'Orient ; et même en Europe, il y a quelques années, les femmes étaient bannies de certaines réunions et devaient se soumettre à des restrictions. J'ai passé toute ma jeunesse en province et je me souviens que plusieurs danses, qui rapprochaient démesurément les corps, étaient interdites aux jeunes filles et parfois à de jeunes femmes. Je me demande ce que diraient ces pères et maris rigoristes s'ils constataient les habitudes actuelles !

Une pareille situation engendra forcément la prostitution, car il y avait d'une part une classe de jeunes gens qui n'étaient pas assez riches pour acheter des femmes légitimes, et il y avait d'autre part une classe de jeunes filles dont personne ne voulait et qui devaient se résigner au célibat. Une pareille situation entraîna automatiquement la prostitution, car plusieurs de ces femmes inutilisées, trouvèrent logique de se servir de leurs charmes (charmes ayant une valeur monétaire) pour attirer les hommes et leur vendre temporairement leurs faveurs : du moment qu'il y avait des célibataires n'ayant pas acquis d'épouses ou ne pouvaient en acquérir, la clientèle ne manqua pas.

Bref, la monogamie implique la prostitution. Mais, il y a plus.

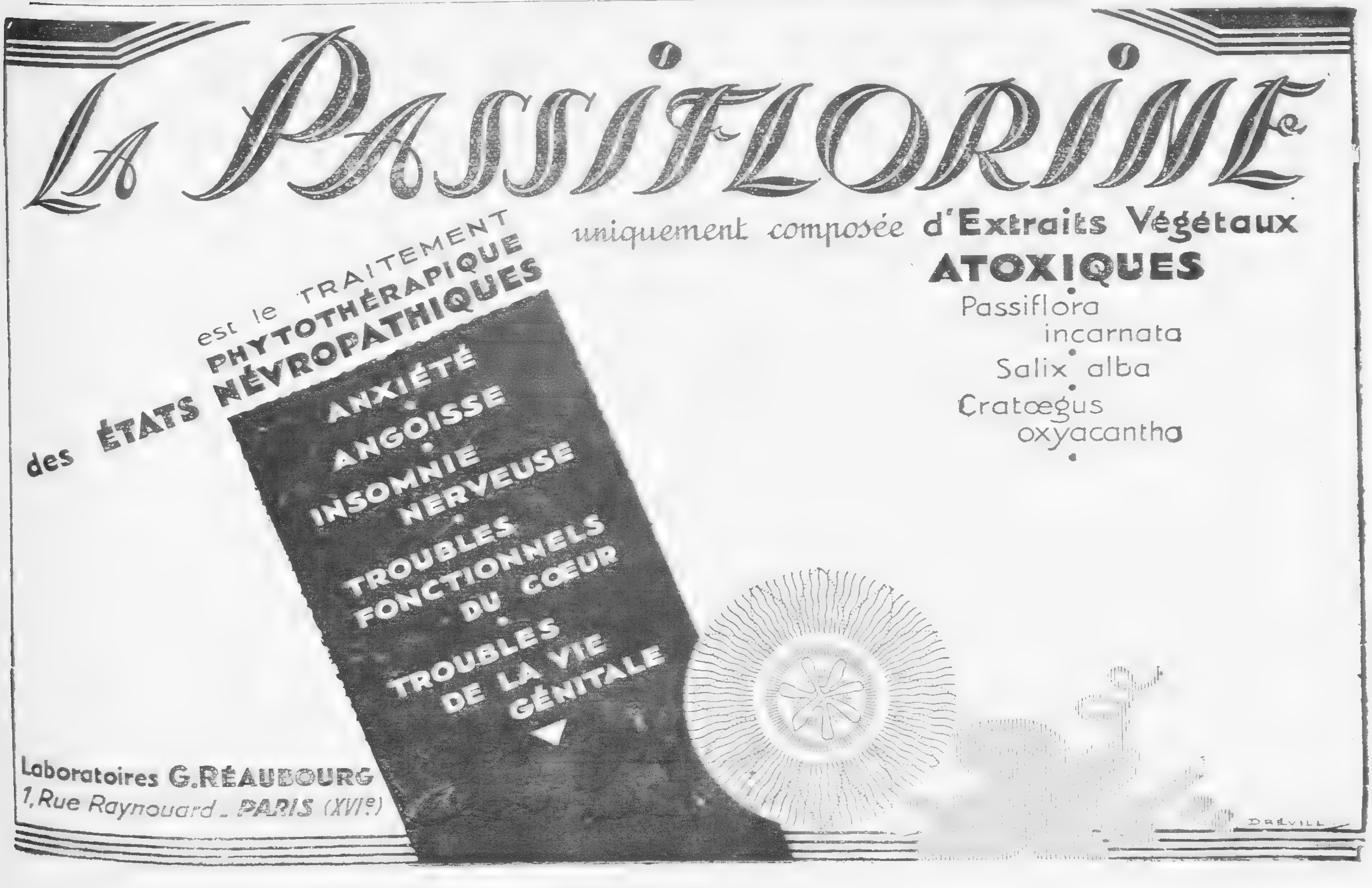
Du moment que la monogamie est une erreur, il est forcé que l'homme essentiellement polygame cherche à se soustraire, inconsciemment ou non, à la contrainte antinaturelle de notre système matrimonial : la prostitution offre un débouché aux tendances sexuelles masculines et de ce point de vue, elle est recommandable et utile. Bien entendu, ces théories fournissent des arguments : par exempte l'homme actuel donne de multiples preuves de ses instincts polygamiques : il a des maîtresses ; s'il est respectueux des lois, il divorce (polygamie légale successive).

N'est-il pas préférable qu'un mari, pour ne pas détruire son foyer par la prise d'une maîtresse attitrée, satisfasse de temps en temps sa tendance polygamique, à l'aide d'une prostituée professionnelle ? Ce mode est excellent et par conséquent la prostitution est avantageuse ; c'est même une nécessité sociale : elle est moralement justifiée. Elle est encore un élément de moralité puisqu'elle donne aux célibataires un champ d'action qui ne les force pas à s'attaquer aux femmes mariées.

Je suppose que vous êtes bien persuadés que je ne fais pas miennes ces théories audacieuses ; je les déplore au

(1) J'emprunte beaucoup des développements qui suivent au travail d'Havelok Ellis sur la prostitution.


GÉLOGASTRINE
LICARDY
PANSEMENT GASTRIQUE
GÉLOSE-GÉLATINE-KAOLIN
GRANULÉ
1 cuillerée à bouche
avant chaque repas
ou au moment des crises
TABLETTES
2 tablettes avant
chaque repas
ou au moment des crises
LABORATOIRES LICARDY - 38, B^rd Bourdon, NEUILLY-PARIS


LA PASSIFLORINE
uniquement composée d'Extraits Végétaux
ATOXIQUES
Passiflora
incarnata
Salix alba
Cratœgus
oxyacantha
est le TRAITEMENT
PHYTOTHÉRAPIQUE
des ÉTATS NÉVROPATHIQUES
ANXIÉTÉ
ANGOISSE
INSOMNIE
NERVEUSE
TROUBLES
FONCTIONNELS
DU CŒUR
TROUBLES
DE LA VIE
GÉNITALE
Laboratoires G. RÉAUBOURG
1, Rue Raynouard - PARIS (XVIe)

contraire parce qu'elles incitent la jeunesse et l'âge mûr à des attitudes sexuelles qui ne sont pas conformes aux opinions de la très grande majorité. Et ce qui fait leur danger, c'est qu'elles sont excusées ou conseillées par des personnalités éminentes.

Par exemple, le professeur Charles Richet, dont nous admirons la magnifique activité scientifique se manifestant encore, a écrit ces mots : « La conduite de la Société à l'égard de la prostitution doit procéder du principe de la reconnaissance, sans fausse honte, de son utilité et de la compassion pour les pauvres créatures aux dépens desquelles celle-ci est obtenue... » (1).

* * *

Hutchinson, tout en désapprouvant fortement la prostitution et en regardant les prostituées comme des êtres inférieurs déclare que le phénomène est un agent social de la plus haute valeur. « C'est comme la soupape de sûreté de l'institution du mariage. » Pour d'autres auteurs, la prostitution fournirait aux maris une distraction venant rompre « la monotonie de l'idéal commun et l'abrutissement inéluctable de la vie quotidienne ».

Havelock Ellis qui a écrit huit volumes sur la question sexuelle, remarque que la prostitution exerce « sous une forme ou une autre, une influence en tant qu'élément de gaieté et de variété dans la complexité ordonnée de notre vie moderne, de repos, dans la monotonie de sa routine mécanique, de distraction dans sa grisaille assommante et respectable. » Cette phrase signifie catégoriquement (vous l'avez certainement remarqué) que la prostitution est un élément de valeur culturelle. Nous voilà bien loin des théories considérant ce phénomène comme une tare abominable de la Société, comme une déchéance de l'humanité.

Il y a mieux, ou il y a pire. Un Allemand, Erhrart, dont les livres sont très lus, est d'avis que la prostitution et les unions libres avant le mariage ont un rôle éducatif. Grâce à elles, les jeunes gens peuvent apprendre à connaître la femme, car les conversations mondaines n'y suffisent pas.

Une connaissance exacte de la pensée féminine est nécessaire pour rendre possible un choix raisonné au moment de prendre femme. Lui aussi, admettant que l'homme est polygame de nature, estime « qu'il est bon que les hommes jettent leur gourme avant le mariage, car la tendance polygamique se manifeste toujours d'une manière ou d'une autre ». On a objecté que beaucoup d'hommes après ces essais prématrimoniaux risquent de se gâter et de se complaire dans ce mode d'activité antisociale. Erhrart riposte : « la prostitution ne gâte que les hommes qui peuvent être gâtés et ceux qui perdent ainsi le désir du mariage, méritent des remerciements des enfants qu'ils n'ont pas engendrés ».

Bien entendu, je ne vais pas me lancer dans une discussion sur ces thèses : elles ont toutes un tort, c'est de considérer l'homme comme le seul maître de la situation. Lui seul a le droit de trouver le mariage monotone, ennuyeux ! Lui seul a besoin de distractions et de détente ! Mon but en exposant ces idées est de démontrer qu'avec de pareilles divergences sur l'immoralité du phénomène prostitution, l'accord sur les moyens de la combattre ne peut exister. Comment pourrait-on supprimer radicalement un état de choses que les uns excusent, et que les autres approuvent et même considèrent comme un rouage essentiel de notre civilisation, comme un élément cultural et pédagogique ?

* * *

Quoi qu'il en soit, le nombre de ceux qui pensent que la prostitution est un mal à éviter, est encore considérable, et sur ce point, il est vraisemblable que nous sommes tous ici de cet avis. N'ayons pas l'ambition de supprimer radicalement la prostitution ; contentons-nous de diminuer le nombre des prostituées. Au reste, les deux actions sont liées, car en définitive les femmes adoptent cette profession pour des raisons diverses et s'il y a des causes générales qu'il importe de combattre, il est sage de s'attaquer aux influences qui ont déterminé chaque individualité à recourir à cette vie immorale.

En médecine, nous disons volontiers, il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades, pour signifier que le praticien n'aura de succès qu'en individualisant ses méthodes thérapeutiques.

Devant la maladie sociale que j'étudie, la conduite doit être la même : il n'y a pas de prostitution ; il n'y a que des prostituées. De plus, la médecine proclame cet autre principe éminemment juste : il vaut mieux prévenir que guérir. Rien de plus vrai pour combattre la maladie sociale prostitution et pour cette raison il est recommandable de s'occuper de la jeune fille et même de la fillette aussitôt qu'elles sont sur le point de succomber ou peu avancées sur la voie de la déchéance. Le dépistage précoce des jeunes prostituées, tel est le premier soin à prendre. Le second, c'est de les sélectionner : il importe de les mettre en observation et d'étudier chaque cas scrupuleusement afin de discerner les amendables et les inamendables. En troisième lieu, chaque fille doit être dirigée vers l'organisme convenant à sa nature pour y recevoir l'éducation et les soins médicaux exigés par son état. Vous apercevez clairement que le dépistage et la sélection des prostituées sont les mesures les plus urgentes. Le dépistage peut être pratiqué à l'aide des différentes lois que les courants d'opinion ont fait éclore depuis la fin du siècle dernier. Les plus importantes sont la loi du 11 avril 1908, concernant la prostitution et la débauche des mineures de 18 ans et la loi du 24 mars 1921 qui assimile aux vagabonds de droit commun les mineurs de 18 ans, qui ayant sans cause légitime quitté soit le domicile de leurs parents ou tuteurs, soit les lieux où ils étaient placés par ceux à l'autorité desquels ils étaient soumis ou confiés, ont été trouvés soit errants, soit logeant en garnis et n'exerçant aucune profession, soit tirant leurs ressources de la débauche ou de métiers prohibés.

Je ne me permettrai pas, vu mon incompétence, de commenter ces lois : mais si j'en juge par des documents que j'ai eus entre les mains, elles ont été vivement critiquées. La loi de 1908 n'a pas eu les résultats pratiques espérés en raison de l'absence des établissements spéciaux qui étaient destinés à recevoir et à réformer les mineures. Depuis vingt-deux ans que la loi est promulguée, les établissements prévus n'ont pas été créés !

La loi de 1921, en décidant que les vagabondes mineures seraient soumises aux mesures énoncées par la loi de 1922 sur les Tribunaux pour enfants, permet de remettre l'enfant à sa famille ou à l'Assistance publique ou de le placer jusqu'à sa majorité soit chez une personne digne de confiance, soit dans un asile ou internat approprié, soit dans un établissement d'anormaux, soit dans une institution charitable. La seule solution désirable est l'internement : or, les établissements nécessaires n'existent pas, ou bien ils ne sont pas en mesure de redresser comme il convient les prostituées. Peu recommandable est la remise de l'enfant à sa famille : c'est une erreur car la mineure qui s'est livrée à la prostitution n'a pu le faire que dans des conditions attestant la totale incapacité des parents de la maintenir dans une vie régulière. La récidive est donc fatale. Remettre l'enfant à l'Assistance publique qui place les enfants chez des particuliers, est une solution déplorable et dont les piètres résultats sont connus de tous.

Il est éminemment regrettable qu'aucun remède ne soit apporté à ces défauts. Toutefois, si ces lois ne permettent pas un redressement conforme aux desiderata de la logique, reconnaissons qu'elles rendent possible le dépistage des prostituées.

◆◆◆

(1) Cité par HAVELOK ELLIS (*loco citato*).

Et si la loi de 1908 n'est pas parfaite à ce point de vue en raison de l'allure incohérente que lui donne un système compliqué de procès-verbaux, il faut avouer que les mailles du filet sont considérablement rétrécies grâce à la loi de 1921, qui vise les mineures de 18 ans se livrant à la débauche hors du domicile des parents.

***

Le dépistage n'est que le premier stade : le deuxième, le plus important est la sélection des mineures : de cette dernière dépend l'avenir de la prostituée. En effet celle-ci doit figurer dans la catégorie à laquelle elle appartient. Qu'un seul établissement reçoive tous les types en les séparant minutieusement, ou qu'il y ait plusieurs maisons, chacune d'elles donnant asile à une variété, il importe au préalable de distinguer nettement les amendables des inamendables ou des douteuses. C'est une règle sans exception que les premières soient soustraites à tout élément de viciation si minime soit-il. Sur quel critérium se baser pour faire cette distinction capitale ? La pratique enseigne que les chances de redressement sont en raison inverse de l'entraînement sexuel et des habitudes de débauche. Celles qui font le trottoir ou qui dans un endroit quelconque (cafés, dancings, music-halls) cherchent à rencontrer un homme sont à mon avis définitivement perdues ou tout au moins très douteuses.

Sont bien différentes celles qui, dénommées prostituées par la loi, acceptent l'aide morale ou matérielle d'un ami ou d'un amant, essaient de travailler ou travaillent irrégulièrement, mais luttent cependant. Que de jeunes filles, ayant quitté leurs familles et sans ressources suffisantes, ne repoussent pas celui qui leur propose de s'occuper d'elles, qui leur offre un gîte et qui les trouble par des paroles d'amour hélas ! souvent mensongères ! Au bout de quelques jours ou de quelques semaines elles sont lâchées et c'est un nouvel ami qui à son tour est accepté et cela peut se reproduire : mais vient le moment où leur moralité souvent trop précaire s'estompe et alors en vertu d'un raisonnement déplorablement utilitaire la fille se dit qu'en réalité elle serait bien sotte de lutter, puisqu'elle possède un moyen, qui ne lui coûte pas, de vivre sans travailler honnêtement. C'est alors une professionnelle. C'est donc avant cette déchéance qu'il convient d'arrêter la jeune fille sur la pente où elle glisse insensiblement.

Il va de soi que l'âge doit entrer en ligne de compte : un redressement n'est possible que lorsque la malléabilité existe et que l'habitude de la débauche n'a pas créé une seconde nature.

Sont exceptées les fillettes qui, même à 11 ou 12 ans (je dis 11 ou 12 ans) sont poussées par un érotisme précoce ou par une vocation prématurée.

En général, on invoque comme causes directes et efficientes de la chute des causes sociales et trop souvent on les considère même comme prépondérantes et exclusives. Parmi elles, sont mises au premier rang : la misère, le chômage, l'abandon après séduction, la naissance d'un enfant qu'il faut élever, la venue dans une ville de déracinées rurales. Il importe d'apprécier plus exactement la valeur de ces influences.

Vous n'ignorez pas que les actes criminels ou non sont le résultat de l'intervention de deux grands facteurs : les facteurs extérieurs mésologiques, ceux qui résultent de l'ambiance et les facteurs individuels, endogènes liés à l'état biologique de l'individu.

Leur part est inégale suivant les cas, mais l'un et l'autre sont toujours présents. Or, pour beaucoup de personnes, dans la genèse de la prostitution, il y aurait exclusivité ou prépondérance des facteurs extérieurs. La prostitution aurait une origine uniquement ou surtout sociale. Une pareille manière de voir est trop systématique, aussi systématique que celle de ces anthropologistes, qui affirment au contraire la prépondérance du facteur personnel biologique. Comme je l'ai énoncé précédemment, la prostitution est un phénomène biologico-social : toujours, sauf de rares exceptions, les deux facteurs sont présents : tantôt leurs influences sont équivalentes, tantôt l'une d'elles a la prépondérance, aussi le devoir de la personne chargée de faire la sélection est-il d'établir le degré de la puissance de chacun des facteurs. Or, c'est un principe à retenir que la prépondérance du facteur biologique est péjorative.

J'ouvre ici une parenthèse pour faire remarquer que cet inventaire biologico-social ne peut avoir de valeur qu'autant que la mineure aura été observée durant le temps nécessaire avant qu'une décision soit prise à son égard. Tant qu'il n'y aura pas des établissements d'observation appropriés, tant que des examens biologiques ne seront pas pratiqués par des gens compétents, et que des enquêtes sociales complètes, ne laissant aucun point dans l'ombre, ne seront pas exécutées par des personnes sérieusement entraînées, une connaissance intégrale de la prostituée et de son *curriculum vitæ* ne sera pas acquise.

Je reviens à la question des influences d'ordre social. Dans les enquêtes sociologiques que j'ai examinées, je me suis très souvent aperçu que l'observateur acceptait aisément la prépondérance de la misère, et qu'il la considérait comme l'occasion unique de la chute. Du moment que ce facteur est constaté, l'esprit se déclare satisfait et les autres influences sociales aussi fortes et quelquefois même plus marquées ne sont pas recherchées ; quant au facteur biologique, on ne s'en occupe pas, ou on le nie. Et du reste, les prostituées, constatant que cela prend, racontent des histoires de besoin de manger, d'abandon après séduction, etc., et les philanthropes naïfs, qui s'attendent à ces déclarations, vont même jusqu'à les provoquer. Notez que je ne nie pas la réalité des situations, elles ne sont malheureusement pas rares, mais je prétends, et par expérience, que ces occasions sont le plus souvent favorisées, majorées ou utilisées sans hésitation en raison des prédispositions biologiques.

Car enfin, toutes les jeunes filles malheureuses ou abandonnées ne deviennent pas prostituées : c'est tout de même l'exception, et si on dressait une statistique des femmes malheureuses au même degré que les précédentes qui sont restées honnêtes on s'apercevrait que leur quantité est de beaucoup supérieure.

Un autre fait démontre que la misère n'est pas la cause essentielle de la prostitution ; un très grand nombre (le plus grand peut-être) de prostituées sont d'anciennes domestiques : or vous m'accorderez que, parmi les travailleuses féminines, le groupe des bonnes, des cuisinières, des femmes de chambre est certainement celui qui souffre le moins de la gêne économique : payées grassement, logées, nourries aussi bien que leurs maîtres, leur aisance est quelquefois supérieure à celle de leur maîtresse. Or, je le répète, c'est ce groupe « qui constitue le réservoir principal de recrutement de la prostitution » (Havelock Ellis). Les auteurs donnent suivant les villes, des pourcentages de 40 à 60 % : il y a donc d'autres causes déterminantes que la gêne économique.

N'entrant pas dans des détails qui allongeraient démesurément cette causerie, je donne un aperçu des causes que j'ai notées d'une façon incontestable :

Misère très active 10 %.
Salaires trop bas et chômages 40 %.
Paresse 29 %.
Ivrognerie 12 %.
Séduction 11 %.
Besoin de noce, de luxe, de plaisirs 52 %.
Entraînement et mauvais exemples, éducation immorale 84 %.

Cette brève nomenclature, qui ne contient que les faits les plus saillants, démontre que l'insuffisance d'éducation morale et une éducation immorale (mauvais exemples, milieu immoral, fréquentation de débauchés, etc...) sont

les influences les plus marquées. Elles figurent à côté des autres, mais elles sont la note dominante, et ce sont elles qui déclenchent l'immoralité sexuelle. Certains milieux ont plus que d'autres, cette déplorable action. Si les prostituées se recrutent en grand nombre dans les classes pauvres, dans les classes inférieures (1) c'est parce que dans ces milieux, existe trop souvent une « température morale très basse ». Lisez les ouvrages du Professeur Niceforo sur les classes pauvres, du docteur Hurry sur le cercle vicieux de la pauvreté où figurent des enquêtes sociologiques de premier ordre, et vous constaterez qu'il y a dans ces milieux une moralité très faible, très déficiente. La promiscuité dans laquelle vivent ces gens étale devant les enfants des faits d'ordre sexuel qui semblent naturels. Des fillettes de 10 ans ont la connaissance de ces phénomènes avant leur puberté : sans avoir de relations sexuelles complètes avec des garçons, elles ont néanmoins de petits amis avec lesquels « on s'amuse » pour satisfaire une curiosité de mauvais aloi. Et le jour, où l'instinct parle, l'acte sexuel semble tout naturel : on agit comme la sœur aînée, comme la voisine. Comment voulez-vous qu'avec une semblable moralité sexuelle, les occasions rencontrées n'amènent pas les habitudes de noce, de débauche et d'utilisation des avantages corporels ? Et fâcheusement la vie actuelle, l'énervement qui domine, le laisser-aller général, l'indiscipline des mœurs, la façon immodeste de s'habiller sont autant d'excitants qui font sombrer les moralités superficielles ou partiellement défaillantes. Joignez à cela les mauvais exemples donnés par les classes aisées qui ne dissimulent pas leurs débordements sexuels, l'abus des boissons alcooliques, devenu considérable chez les femmes de tous les milieux (et l'alcool est destructeur de toute moralité) : nous avons là la cause extérieure, mésologique la plus puissante de la prostitution, bien plus puissante que la gêne économique qui n'est souvent que secondaire.

Malgré tout, cette influence de l'ambiance, combattue précocement et n'ayant pas eu le temps de déformer définitivement la moralité, ne s'opposerait pas à l'amendabilité des mineures prostituées, si n'existait pas en supplément une anomalie biologique, une défectuosité psychomorale constitutionnelle. De telle sorte que j'énonce ce principe dont l'importance génétique ne vous échappe pas : *les causes économiques directes ou indirectes, les mauvais exemples incitent à la prostitution, mais les filles qui succombent et ne peuvent se relever sont ainsi par suite d'une prédisposition biologique anormale.*

C'est d'ailleurs cette tare qui se rencontre chez un grand nombre de délinquants professionnels masculins : aussi Lombroso et ses disciples ont-ils affirmé qu'en vertu de cette prédisposition, la prostitution devrait être considérée comme la forme féminine de la criminalité congénitale : ce serait un équivalent. L'homme marqué va au délit : la femme de même nature verse dans la prostitution. Je ne m'attarde pas à la discussion de cette thèse peut-être trop absolue et je crois plus scientifique d'admettre que la prostitution est l'expression d'une inadaptabilité constitutionnelle dégénérative. La femme de cette variété peut ou rester honnête, si l'ambiance est bonne, ou se tourner vers la prostitution, ou verser dans le délit comme un homme, ou être à la fois une délinquante et une prostituée, alliance trop fréquente : ce qui est commun aux criminels professionnels et aux prostituées, ce sont la paresse, l'imprévoyance, l'impulsivité, le besoin de faire la noce et plus particulièrement une noce crapuleuse, la tendance à s'alcooliser et à s'intoxiquer, et comme substatum à ces défauts se trouvent des tares psycho-morales et caractérielles dans les proportions suivantes qui résultent de mon enquête sur l'état psychique des prostituées mineures.

3 % sont bien douées.
22 % ont une intelligence suffisante.
52 % ont une intelligence très médiocre, et mordant à peine (comme le dit le Dr Simon) sur la frange de la normalité.
10 % sont nettement débiles.
3 % ont une débilité accentuée.
70 % ont des tares caractérielles isolées ou uniés à la faiblesse mentale.
18 % ont une perversité constitutionnelle.

(1) Un autre milieu dont l'immoralité est bien connue est celui des artistes de music-halls, des figurantes de revue, etc.

Sur un semblable terrain, il n'est pas étonnant que les germes déposés par les circonstances mésologiques se développent rapidement et avec vigueur.

Vous avez remarqué que certaines prostituées ont une intelligence régulière (25 %) : quelques-unes (5 %) ont été victimes d'influences mésologiques accentuées, mais les autres avaient en sus, des troubles du caractère ou de la perversité : ce qui démontre que le niveau mental n'est pas tout dans l'origine de la prostitution.

Il ressort de l'analyse des cas que la présence des tares psycho-morales diminue considérablement le pouvoir adaptatif des prostituées et c'est de leur action et de leur intensité, que dépendent les chances d'adaptabilité et les méthodes à utiliser. Du moment qu'il y a anomalie, le principe d'individualisation doit jouer au maximum. Envisageons quelques cas simples.

Si l'intelligence est médiocre ou débile, ce qui entraîne fatalement une débilité morale, une récupération est possible à la condition d'employer des procédés adéquats.

S'il existe des tares du caractère (impulsivité, rébellion, turbulence, instabilité, apathie) on se trouve devant des cas douteux et il est prudent de ne pas mélanger ce type au précédent.

Doivent être considérées comme inamendables, même si elles sont pourvues d'une intelligence normale, les perverses, les filles qui aiment le mal, qui se plaisent dans la débauche, qui ont manifesté précocement de l'excitation et des perversions sexuelles. L'expérience démontre que les perverses vaniteuses, menteuses, mythomanes sont d'autant plus dangereuses que leur intelligence est plus éveillée ; elles sont dangereuses au point de vue sanitaire, car, réussissant à dissimuler leur conduite et à se tirer habilement des situations critiques, elles alimentent la prostitution clandestine. Les plus intelligentes deviennent les prostituées mondaines, des courtisanes, celles qui lancent les modes et autour desquelles évolue une cohorte d'hommes qui les admirent et les entretiennent ! C'est là un triste exemple pour les jeunes filles bien moins douées qui se laissent prendre à ce luxe. Et il faut constater que des gens rassis ont pour cette variété une indulgence coupable ; ne considérant que le côté économique, ils affirment que cette prostitution supérieure fait aller le commerce ! Des enquêtes minutieuses de sociologues ont démontré que si la prostitution augmente dans les périodes de crises, de chômages, de gêne économique, elle s'accroît aussi lorsque la vie est plus aisée, lorsque l'argent est largement dépensé. Dans ce dernier cas, c'est la prostitution supérieure et clandestine qui gagne du terrain.

***

Je reconnais tout ce qu'a d'incomplet cet exposé de l'étiologie de la prostitutipn : je n'ai abordé que quelques points et encore superficiellement ; j'en ai laissé d'autres complètement dans l'ombre ; j'espère néanmoins vous avoir convaincus de ce que je crois être la vérité, et qui a une portée pratique pour une sélection logique. Toutes les influences sociales constituent des causes occasionnelles ; elles sont plus ou moins puissantes, mais, tout au moins au début (et c'est le cas que j'envisage, puisque je ne m'occupe que des mineures vagabondes prostituées) les influences extérieures ne peuvent conduire à la prostitution que les natures qui y sont prédisposées par leurs tares constitutionnelles. Celles-ci d'ordre psycho-moral créent un état de réceptivité plus ou

moins intense suivant le degré de l'anomalie et sa variété : une tare psychique telle que la débilité mentale est moins active qu'une tare de caractère telle que l'impulsivité, la rébellion, l'inertie. Et un défaut caractériel à son tour crée un état d'inadaptation moins marqué qu'une tare morale : peut-être pourrait-on distinguer dans ces anomalies morales celles qui ne créent qu'un état d'indifférence en vertu duquel le sujet accepte la situation sans lutte et celles qui sont actives et poussent au mal, à la débauche et aux délits. Qu'il y ait passivité ou activité, du moment qu'il existe un terrain d'immoralité foncière, l'avenir est très sombre et l'inamendabilité est la note dominante. J'ajoute enfin que c'est la présence fréquente de ces tares psycho-morales qui explique le petit nombre de récupérations. Si les décisions juridiques ne tiennent pas compte de ces indications, les résultats seront piteux : et d'autant plus que si les amendables sont en contact, même temporairement, avec les douteuses et les inadaptables, les chances de redressement seront encore diminuées et même supprimées. Je ne saurais donc trop recommander à ceux d'entre vous qui font des enquêtes de les faire avec un soin particulier, d'utiliser une méthode ne laissant aucun point dans l'ombre, ce qui implique un plan d'examen approprié et enfin de se garder d'impressions rapides d'origine sentimentale. En un mot, l'observation sociologique comme la biologique doit être exclusivement scientifique.

* * *

Reste à envisager le dernier stade : le relèvement des jeunes prostituées. Il est bien entendu que je ne m'occupe que des seules amendables, et que je ne traite pas le problème à fond vu sa longueur. L'étude des causes de viciation et l'étude de chaque individualité démontrent qu'il y a lieu de soumettre les mineures à une triple éducation : intellectuelle, professionnelle et morale. En sus, une éducation hygiénique s'impose ainsi qu'un traitement des maladies vénériennes qui manquent rarement (75 %).

Visitez à fond les établissements de redressement et même les institutions qui reçoivent temporairement les jeunes mineures prostituées et vous constaterez que bien souvent ces soins éducatifs ne sont pas fournis ou le sont très insuffisamment. On vous dira peut-être une enfant qui n'a plus l'âge scolaire n'a pas besoin d'instruction. C'est une erreur : celles qui ont une intelligence suffisante ont besoin d'un stimulant mental pour augmenter leur valeur sociale ; celles qui sont affectées de débilité mentale en ont besoin a fortiori car la débilité morale va de pair avec la faiblesse intellectuelle.

Nous savons que l'instruction des arriérées doit être poursuivie jusqu'à un âge avancé (16 à 18 ans). Pourquoi ne pas se conformer a cette règle pour les prostituées mal douées ?

Vous constaterez également que cette instruction, lorsqu'elle est tentée, n'est pas donnée à l'aide des méthodes spéciales aux anormaux. Un excellent éducateur de normaux est incapable de bien instruire un anormal, s'il n'est pas entraîné à cette tâche.

Veuillez retenir cette règle que l'absence de culture même très élémentaire est une faute : une œuvre de redressement manque de solidité, si l'intelligence n'est pas soutenue et fortifiée, l'élément inférieur étant d'autant plus actif que l'élément intellectuel est moins développé.

L'éducation professionnelle n'est pas moins utile : il importe que du jour où elle sortira de l'établissement, la mineure possède un métier conforme à ses aptitudes et au milieu économique où elle se trouvera. Que de fois les organismes recevant les mineures se préoccupent exclusivement de leur situation économique, cherchent à vivre, c'est-à-dire à nourrir, à entretenir, à habiller les élèves, mais ne songent nullement à l'avenir de ces dernières. Pour produire on se spécialise, et parfois la spécialisation est poussée à un degré ridicule : aussi la mineure, ne sachant rien faire ou ne pouvant utiliser le métier qu'on lui a enseigné, retombe dans la gêne économique.

J'ai exprimé cette idée que le métier devait être conforme aux aptitudes individuelles : c'est là une préoccupation dont l'absence est la règle. On ne tient pas compte du degré d'habileté manuelle ; les moins intelligentes et les débiles accomplissent les mêmes tâches que les intelligentes. L'éducation ménagère (même la plus élémentaires) n'est pas donnée, et j'ai vu des patronages placer des filles comme bonnes à tout faire, sans leur avoir enseigné au préalable, la façon de faire le ménage, d'acheter les denrées, de les faire cuire, etc. ! Il y a là une méconnaissance totale des réalités, car en somme le travail est par lui-même moralisateur.

Bien entendu, l'éducation morale doit occuper la première place. Puisque, au début, ce sont les notions morales qui ont fait défaut, il va de soi que chaque jour et à chaque moment cet enseignement doit être présent les avantages de l'entr'aide, de la solidarité, de l'honnêteté et les inconvénients de la fraude, de l'immoralité, de l'égoïsme doivent être perpétuellement mis en lumière à l'aide d'exemples concrets et de faits puisés dans la vie journalière. Cet enseignement moral (1) doit être donné en commun, mais l'éducateur, dont la première qualité est la connaissance intégrale de chaque personnalité, doit tenir compte des possibilités individuelles. Certaines mineures comprennent aisément l'intérêt des devoirs envers autrui, d'autres en sont incapables en raison d'une déformation morale antérieure : sur ces dernières, une action appropriée sera exercée, ce qui suppose un personnel choisi et nullement restreint. Ce serait une omission regrettable de ne pas signaler qu'un établissement de réforme, à quelque confession qu'il appartienne, ne peut se passer d'une base religieuse : l'influence des ministres du culte peut réussir là où d'autres actions ont échoué, et cela pour une raison d'ordre psychologique dépendant de la nature féminine : la femme voit moins dans une doctrine religieuse, le côté philosophique ou dogmatique que le côté sentimental émotif.

Toutefois, je signale que cette éducation religieuse doit être individualisée elle aussi : elle doit tenir compte des facultés, des caractères, des tendances personnelles. Il est des sujets à qui des pratiques religieuses multiples et trop répétées, font plus de mal que de bien. En tout, il faut de la mesure et du doigté, sans quoi, on crée la révolte ou l'hypocrisie.

Enfin une action médico-hygiénique doit être exercée. Tout d'abord, la culture physique doit faire partie d'un programme rééducatif : éducation corporelle, gymnastique et plus spécialement une gymnastique orthophrénique dont j'ai tracé les principes (2), exercices sportifs, ce sont là des moyens destinés à fortifier le corps, à perfectionner les fonctions vitales, et aussi à discipliner les centres nerveux. Nul n'ignore qu'un exercice bien compris accroît l'énergie du système nerveux, retentit sur la mentalité et permet le refoulement de certaines tendances malsaines, notamment des excitations sexuelles. Pour ma part, j'ai constaté chez certaines jeunes filles d'un érotisme accentué qui m'ont été confiées à l'Institut médico-pédagogique de Vitry en vue d'une rééducation, le rôle bienfaisant d'un travail musculaire poussé jusqu'à la fatigue. Et inversement, j'ai constaté que l'inertie physique et la station assise prolongée sont génératrices de vices innommables.

En second lieu, il est urgent de soigner la blennorrhagie (60 %), la syphilis (21 %). Devant un tel pourcentage de maladies vénériennes, un principe s'impose : *tout établissement recevant de jeunes prostituées, passagèrement ou définitivement doit posséder un service gynécologique, scientifique-*

(1) Ces idées sont empruntées à un article de M. Bonnet (*Avenir médical*, 1930).

(2) Les bases et la pratique de la gymnastique orthophrénique (1911).

ment conçu, avec soins quotidiens et même biquotidiens donnés par une infirmière compétente, sous une direction médicale.

Faites une enquête, et vous vous apercevrez combien d'établissements ou de patronages ne possèdent pas les quatre qualités précitées. Aussi estimé-je que tout organisme incomplet ne doit pas être autorisé à recevoir des mineures prostituées amendables.

Cette opinion est sévère, mais elle est justifiée : on répète volontiers qu'avec ces sujets il n'y a pas de résultats ; il y en aura du jour où les méthodes rééducatives seront rationnelles et conformes aux données de la Science, du jour où elles se substituront à l'empirisme, et aux procédés routiniers.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Diagnostic

La précision du diagnostic de l'appendicite dans un grand service de chirurgie (Clinique chirurgicale de Lausanne) a été contrôlée par la comparaison de l'examen clinique avec les renseignements acquis au cours de l'opération, par l'examen histologique des pièces et dans plusieurs cas spéciaux par des renseignements sur l'évolution clinique un et deux ans après l'opération.

Dans les années 1927 et 1928, 712 malades ont été opérés (448 à chaud, 264 à froid) ; on peut les ranger dans quatre catégories :

1° On trouva, *à l'opération et à l'examen anatomique*, des signes certains d'une inflammation appendiculaire (79,7 % à chaud, 45,8 % à froid).

2° On trouva, *à l'opération seulement*, des signes nets d'inflammation, sans confirmation histologique (5,8 % à chaud, 11,4 % à froid).

3° Seul *l'examen microscopique* décela des traces d'inflammation, des parasites ou un élément pathologique quelconque (7,4 % à chaud, 28,4 % à froid.

4° L'appendice ne présentait rien de pathologique *ni à l'intervention ni à l'examen histologique* (7,1 % à chaud, 14,4 % à froid).

Dans les deux premières catégories le diagnostic d'appendicite est vérifié sans aucun doute (85,5 % à chaud, 57,2 % à froid) ; dans les deux dernières catégories, par contre, la vérification est douteuse ou négative : l'incertitude du diagnostic, nettement plus accentuée pour les appendicites opérées à froid, s'explique facilement.

Les catégories 3 et 4 montrent une face moins simple du problème : la relation quantitative entre la clinique et les lésions anatomiques. Lorsque l'on opère en pleine crise aiguë clinique et que l'on trouve un appendice d'apparence normale, on se demande jusqu'à quel point une inflammation uniquement d'ordre microscopique, et le plus souvent chronique, explique cette crise. Et, lorsque l'examen histologique lui-même est négatif, on parle d'erreur de diagnostic, parfois sans doute à tort.

L'erreur grossière et classique (annexites, affections biliaires ou rénales, etc.) est rare : 12 cas sur 448 opérations à chaud, soit 2,7 %. On ne peut expliquer de cette façon pourquoi dans 33 cas (7,4 %) l'appendice ne présentait que des traces d'inflammation au microscope et dans 32 (7,1 %) rien du tout ; cependant ces malades rentrèrent chez eux considérés comme guéris.

A chaud, les erreurs de diagnostic (catégories 3 et 4) seraient dans la proportion de 10 % chez les hommes et de 21 % chez les femmes ; à froid la proportion reste la même (27 % et 51 %). Il semble bien qu'il y ait un peu plus d'erreurs dans les crises légères et cela surtout chez l'homme.

Si l'on prend la catégorie 4, qui est censée représenter l'erreur de diagnostic complète, on trouve, dans l'intervention à chaud chez 12 hommes, 2 entérites, 1 tuberculose péritonéale et 9 fois *aucune explication aux symptômes*, chez 20 femmes, 5 affections gynécologiques 2 entérites et 11 fois pas d'explication. Dans l'intervention à froid, la proportion des cas inexpliqués augmente encore.

L'A. a écrit à chacun des malades de la catégorie 4, afin d'être renseigné sur la suite de leur histoire après un et deux ans. Sur 14 hommes 10 n'ont plus ressenti de douleurs, 3 avaient de l'entérite et 1 une affection rénale ou vésiculaire. Sur 28 femmes, 14 souffraient encore (3 entérites, 7 affections gynécologiques, 1 péritonite tuberculeuse, 3 inexpliquées).

(André Montandon. Des erreurs de diagnostic dans l'appendicite à l'hôpital cantonal de Lausanne, suivi de quelques considérations sur l'appendicite neurogène de Masson. *Revue médicale de la Suisse Romande*, 25 août 1931).

Pédiatrie

Les convulsions de l'enfance ont des causes variables et nombreuses.

Les convulsions *occasionnelles*, qu'on pourrait tout aussi justement appeler *banales* parce qu'elles sont très fréquentes (de 75 à 80 % des cas), marquent souvent le début des maladies aiguës, quelles qu'elles soient ; elles sont simplement l'équivalent du frisson chez l'adulte : la crise est généralement *unique*, d'une courte durée et d'un pronostic bénin.

Les convulsions *tétanoïdes* forment le second groupe en importance. Elles se rattachent à la spasmophilie ; tétanie, spasme de la glotte et convulsions constituent cet état, tantôt isolées, tantôt associées. L'origine en serait la décalcification.

Les convulsions symptomatiques accompagnent la méningite, l'hémorragie méningée, la syphilis, l'épilepsie.

Les convulsions réflexes, généralement apyrétiques, ont pour causes provocatrices la première dentition, l'helminthiase et les végétations adénoïdes.

Il y a enfin des causes assez rares : insolation, brûlures, eczéma, toxémie, asphyxie, coqueluche.

Conclusions : « Êtes-vous en face d'un enfant en bonne santé jusque-là, qui fait des convulsions pour la première fois, accompagnées de fièvre, ces convulsions dussent-elles se répéter dans la journée, dans les 4/5e des cas, ce sont des convulsions banales, sans aucun danger. D'autre part, apprenez-vous que cet enfant a déjà fait des convulsions à plusieurs reprises, pensez d'abord à la spasmophilie, cas le plus fréquent, ensuite à la syphilis ou à l'épilepsie. Quant aux convulsions symptomatiques, le diagnostic est facile pour tout praticien averti. »

(A. Jobin. Convulsions des enfants. Séméiologie. *Bulletin médical de Québec*, mai 1931).

L'asthme infantile revêt deux formes principales : la crise d'asthme et la bronchite asthmatique ; la bronchite est d'autant plus fréquente que l'enfant est plus petit ; c'est le contraire pour la crise ; chez les écoliers la crise est provoquée soit par une affection banale des voies respiratoires supérieures, soit par une excitation psychique, soit par l'allergie.

L'école de Czerwy a proposé de désigner, sous le terme de *réaction asthmatique*, les deux formes précédentes, auxquelles elle en ajoute une troisième, la toux asthmatique, sans symptômes physiques. Le syndrome se caractérise par l'expiration prolongée, la sécrétion abondante qui se traduit cliniquement par les râles sifflants et bulleux, et les manifestations cutanées, plus particulièrement l'eczéma.

On attribue l'asthme infantile à la sensibilité de la muqueuse respiratoire ou du système végétatif ; dans le premier cas on constate du coryza, du catarrhe ; dans le second l'asthme est associé à l'eczéma.

La forme muqueuse guérit généralement à la puberté ; elle est d'un pronostic plus favorable que la forme neurovégétative.

La base du traitement est la climatothérapie ; l'altitude est particulièrement indiquée. On y ajoutera les rayons ultra-violets et la gymnastique respiratoire.

Comme médicaments on se bornera à prescrire, pendant l'accès, le chloral et l'uréthane.

(Lederer. Asthma im Kindesalter. *Wiener Medezinische Wochenschrift*, 4 juillet 1931.)

Oto-rhino-laryngologie

Les amygdales porteuses d'allergènes représentent mieux qu'une hypothèse. Wolffheim présente trois observations personnelles, deux de toux convulsive et une d'œdème de Quincke ; tous les traitements avaient échoué, l'amygdalecto-

mie amena la guérison ; dans les trois cas on avait l'impression d'une mycose de l'amygdale.

L'oto-rhino-laryngologie présente des rapports importants avec les affections allergiques, plus spécialement avec le rhume des foins, le coryza spasmodique, et, par extension, avec l'asthme bronchique et quelques cas de migraine. L'air atmosphérique est considéré comme porteur d'allergènes, parmi lesquels on trouve des protéines ; de bons résultats ont été donnés par le séjour dans une chambre privée d'allergènes en cas de toux convulsive.

Wolffheim. Tonsillen und allergische Erkrankungen. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 19 juin 1931).

Le phlegmon de l'amygdale doit être incisé précocement ; ce traitement si important est négligé surtout par les non-spécialistes. Trois cas personnels et un cas de Koenig illustrent cette opinion, le retard mis à inciser ou l'absence même d'intervention ont amené des complications ; par contre une statistique de 189 cas, traités par l'incision précoce à la Clinique oto-rhino-laryngologique n'a montré aucune complication.

L'incision précoce n'est pas dangereuse, elle évite les accidents ; l'incision tardive permet les complications et l'abstention encore bien davantage.

Chaque fois qu'une amygdalite tend à devenir phlegmoneuse, il est indiqué d'intervenir très tôt, pour raccourcir la durée de la maladie et éviter les accidents.

(Vasile Varga. Incizia precoce a flegmonolui periamigdalien. *Clujul medical*, 1er août 1931).

Voies urinaires

La blennorragie chronique, qui a résisté à tous les traitements, guérira par le traitement à l'éther, que Vicente Urdapilleta emploie depuis cinq ans.

L'anesthésie préalable, par une solution de novocaïne à 4 % à conserver quelques minutes, n'est pas indispensable. L'essentiel consiste à injecter l'éther lentement et à attendre que la chaleur brûlante provoquée s'atténue ou disparaisse. On injecte un demi cc. à la fois et, quand la gêne s'accentue, on laisse refluer le liquide dans la seringue ; on arrive ainsi à injecter 8 cc. à conserver pendant cinq minutes. Il faut éviter autant que possible le passage de l'éther dans la vessie, bien qu'il n'offre aucune gravité ; le sujet accuse seulement une sensation de tension douloureuse dans l'hypogastre et, quand la quantité d'éther est petite, il n'y a pas à s'en occuper, car un effort de miction chasse les vapeurs par le méat, ce qui entraîne un soulagement immédiat.

Les sujets, qui tolèrent parfaitement l'injection, n'accusent aucune gène dans les jours suivants ; ils peuvent suivre un traitement régulier à raison d'une injection par semaine. Ceux qui supportent mal l'injection, présentent une réaction uréthrale, qui se manifeste par une cuisson à chaque miction ; on observe parfois une sécrétion rosée, due à une légère extravasation sanguine.

(Vicente Urdapilleta. La blennorragia cronica. *Semana medica*, 18 juin 1931).

Thérapeutique

L'optalidon a déterminé chez une infirmière de 32 ans, qui en prenait pour des règles douloureuses, une réaction cutanée analogue à l'éruption érythémato-pigmentée fixe due à l'antipyrine.

Comme ce produit représente une association médicamenteuse (pyramidon + sandoptal + caféine), on a étudié l'effet des composants isolés. Le pyramidon et la caféine restèrent sans effet, de même que l'antipyrine administrée à titre expérimental. Dans la crainte d'une désensibilisation possible, on donna de la cibalgine, de l'allonal et du véronal sans rien observer de particulier ; par contre l'absorption d'un comprimé de sandoptal (acide allyl-isobutyl-barbiturique) produisit une éruption cutanée identique aux précédentes. L'administration d'acide isobutyl-malonique montra que le groupement atomique isobutyl était sans action sur la peau ; l'intolérance était attribuable à la molécule entière de sandoptal et strictement liée à ce produit.

Le nombre des réactions cutanées, dont la cause peut être exactement déterminée, croît avec celui des médicaments nouveaux. L'A. espère que l'observation persévérante de ces réactions cutanées de cause *déterminée* facilitera la compréhension de nombreuses réactions cutanées de cause *Indéterminée*, telles que le prurigo ou l'érythème polymorphe.

(I. Dainow. Premier cas d'intolérance à l'optalidon. *Revue médicale de la Suisse romande*, 25 septembre 1931).

L'hyposulfite d'or et de sodium appartient à la classe des médicaments dont le but est d'atteindre le stade anergique et par suite l'immunité d'indifférence. Il ne manifeste aucune action sur le système réticulo-endothélial du sujet sain, tandis qu'il agit au contraire sur celui de l'organisme tuberculeux proportionnellement à la gravité de la maladie.

Cette action peut être paralysante ou stimulante, tout dépend des doses injectées. L'action paralysante se manifeste par la diminution des fonctions du système réticulo-endothélial (élaboration des anticorps, production des monocytes, cutiréactivité, labilité plasmatique).

Les doses fortes (un centigramme par kilogr.) agissent comme paralysantes. Les doses plus faibles sont d'autant plus paralysantes que la maladie est plus grave ; la dose de cinq centigrammes par individu est déjà paralysante au premier et au deuxième degrés. Les doses très faibles (milligrammes par individu) agissent comme stimulantes du système réticulo-endothélial.

Les opinions de l'A. se rapprochent de celles de Walbum, dont la métallothérapie est basée sur l'emploi des doses infinitésimales.

(G.-F. Capuani. Ueber die durch die Chemiotherapie der Tuberkulose infektion verursachten biohumoralen Reaktionen. Beitrage Zur Klinik der Tuberculose. Volume 77, cahier 4-5, 1931).

Varia

C'est le rôle de la clinique de saisir et d'individualiser les divers aspects des phénomènes morbides (Umberto Baccarani, d'Ancône).

Le terme d'anaphylaxie est souvent employé en clinique à tort et à travers, pour désigner des états d'hypersensibilité fort disparates, en dépit de certains traits communs (E. Ramel, de Lausanne).

J. LAFONT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 novembre 1931

Transmission du choléra des poules par voie aérienne. Influence de la composition de l'air. — Continuant ses travaux sur l'influence des agents extérieurs sur la transmission des germes de maladie par l'intermédiaire de l'air, *M. Trillat* a étudié sur la poule et la souris le cas particulier de la *pastourella avicide* (choléra des poules). Alors que la transmission s'effectue difficilement par l'air sec, l'humidité *nutritive* (c'est-à-dire, renfermant des gaz aliments) la facilite extraordinairement. Dans une semblable ambiance préparée artificiellement et ensemencé par un jet de culture virulente, les animaux sont tous contaminés après moins de 2 minutes d'inhalation de l'air infecte, avec des doses voisines, des doses mortelles d'injections sous-cutanées.

M. Trillat dans une autre série d'essais a montré que des animaux infectés et placés dans un espace confiné provoquaient la contagion à distance, en fournissant eux-mêmes le germe contagieux et l'ambiance favorisante. Ces résultats montrent que dans la pratique, le choléra des poules ne se transmet pas seulement par voie digestive, mais aussi par l'air : de là découle l'utilité de l'aération dans les épidémies de pasteurellose aviaire.

Sur la valeur antiseptique des peintures aux dérivés phénoliques chlorés ou non chlorés. — *MM. Paul Portier et André Kling* ont étudié de récentes peintures qui ont été proposées, et qui, en raison des dérivés phénoliques qui sont incorporés dans l'excipient de ces peintures, leur confèrent un


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME – PARIS

pouvoir antiseptique durable. Par une suite de déterminations soigneuses, ils démontrent que, lorsque les peintures sont convenablement appliquées, elles produisent le résultat annoncé, et, qu'en outre, leur activité antiseptique ne semble pas s'atténuer avec le temps même lorsqu'interviennent de nombreux lavages prolongés.

Ces peintures pourront rendre de réels services dans les salles d'opérations, les salles de contagieux, et pour le revêtement des murs des salles publiques, écoles, etc...

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 3 novembre 1931

Théorie de la constitution des anticorps. — *M. H. Vincent* rappelle ses expériences sur les *cryptotoxines* et, en particulier l'affinité énergique que présentent réciproquement la toxine tétanique et l'orthosalicylate de sodium. La toxine, ainsi que le montrent ses recherches, forme avec l'ion salicylique un complexe difficilement réversible et présente, en outre la propriété de retenir et de fixer sur elle un excédent très appréciable de celui-ci.

Le groupement moléculaire ainsi formé peut neutraliser, par cet excédent ainsi retenu, une certaine quantité de toxine nouvelle.

Un certain nombre de propriétés communes rapproche les cryptotoxines des antitoxines. Dans ces deux complexes, l'union de la toxine avec l'anticorps (chimique ou biologique) est très solide ; elle n'est pas immédiate mais exige un certain temps d'absorption. L'abaissement dans l'une et dans l'autre du pH à 1,7 dissocie la toxine. En outre le mélange strictement neutralisé de toxine et d'antitoxine tétanique peut amener le tétanos chez les animaux affaiblis par une toxi-infection antérieure d'une autre nature ; or l'injection d'une cryptotoxine tétanique (salicylée), inoffensive pour les cobayes témoins, peut être suivie de tétanos chez les cobayes ayant reçu quelques jours auparavant de la toxine typhoïdique ou colibacillaire.

La loi des proportions relatives s'applique aussi bien à la neutralisation de la toxine par un agent cryptotoxique que par une antitoxine. L'expérience d'Ehrlich est applicable aux deux corps, ainsi que je l'ai démontré récemment.

On admet aujourd'hui, ainsi qu'il découle des travaux de Calmette, de Wassermann, d'Ostromuislenki, de Hertzfeld et Klinger, de Boissevain, de F. Vlès, etc., que la toxine entre dans la composition de son anticorps et qu'elle lui imprime sa spécificité, à la fois par elle-même et par les matériaux colloïdaux (spéciaux à chaque toxine) qui se fixent sur elle. En rapprochant les observations expérimentales qui s'appliquent à la fois aux antitoxines et aux cryptotoxines, on peut se demander si, dans le groupement moléculaire fondamental TA (toxines + anticorps) il ne s'adjoint pas, à ce noyau irréductible, des molécules d'anticorps en surnombre A', A'' A''' ... très avides de la même toxine, et demeurant en réserve dans le sang, comme le front, dans la cryptotoxine salicylée, les ions salicyliques en excédent.

Dans cette conception, chaque agrégat TA + A' + A'' +A''' ..... réalise un champ de forces et un véritable accumulateur d'énergie antitoxique, capable d'exercer sur les micelles toxiques nouvelles avec lesquelles il entre en contact, une attraction moléculaire élective puis une neutralisation active par ses éléments « anti » A', A', A''' ... retenus en exédent et devenant disponibles.

Cette interprétation peut expliquer à la fois la spécificité et le phénomène de la neutralisation des toxines *in vivo* et *in vitro*.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 novembre 1931

Les arthropathies hémophiliques. Le rhumatisme hémophilique. — *M. P. Emile-Weil.* — A côté des épanchements sanguins qui constituent la forme la plus fréquente des complications articulaires chez les hémophiles et la seule admise depuis les travaux de Koenig, l'auteur décrit des manifestations articulaires, de nature et de type clinique tout différents.

Il s'agit de fluxions articulaires, parfois très douloureuses, fébriles, touchant une ou plusieurs articulations ; les épanchements articulaires sont parfois abondants, mais se résorbent vite si le malade est immobilisé. Les articulations du membre supérieur sont aussi souvent touchées que celles du membre inférieur. Deux faits dominent ces manifestations : d'une part, la courte évolution de ces fluxions articulaires à opposer à la longue durée des hémarthroses ; d'autre part, leur début habituel au cours d'un accident hémorragique antérieur (hématomes divers et même hémarthrose).

Il s'agit là de rhumatisme hémophilique, dû à la résorption sanguine, analogue jusqu'à un certain point au rhumatisme sérique. Ce rhumatisma rentre dans le cadre des accidents hémotrypsiques, qui se produisent sur le terrain spécial des sujets hémophilo-hémogéniques.

Les concentrations galactosuriques fractionnées comme méthode d'exploration fonctionnelle du foie dans les ictères. — *Noël Fiessinger* et *François Thiebaut*, reprenant la technique ancienne de Bauer, précisent une technique d'étude de galactosurie basée plus sur les concentrations partielles que sur les éliminations globales. En s'aidant de nombreuses observations personnelles, ils montrent que dans les hépatites dégénératives aiguës ou subaiguës, le galactose est éliminé surtout dans les premières heures en concentrations élevées qui tombent aussitôt à des chiffres très bas.

Par contre dans les cirrhoses mal tolérées, en dehors des poussées dégénératives aiguës, l'élimination à concentration moindre s'étale sur les 24 heures et ne descend que lentement. Dans les formes où à la cirrhose s'associe un degré plus marqué d'hépatite les deux phénomènes s'associent : élévation de la concentration initiale, descente lente en échelons de la courbe.

L'étude des concentrations galactosuriques associe deux renseignements : le passage du galactose, le passage de l'eau. L'hépatite dégénérative fait sortir du galactose sans faire sortir de l'eau. Les altérations scléreuses étalent le galactose en retardant le passage de l'eau par le phénomène si bien mis en évidence par Gilbert, Lereboullet, et Maurice Villaret et décrit sous le nom d'opsiurie.

La répétition de cette épreuve permet non seulement de reconnaître l'existence de l'hépatite, mais encore d'en prévoir l'importance. Les résultats obtenus successivement suivent la même courbe que les fluctuations de l'évolution clinique.

Diabète insipide d'origine syphilitique : obésité, troubles génitaux, troubles de la régulation thermique et du métabolisme hydrocarboné. — *MM. Weissenbach, Gilbert-Dreyfus* et *Brisset* rapportent un cas de diabète insipide dont l'étude leur a paru intéressante à deux points de vue :

1° Au point de vue étiologique, car le diabète s'est installé subitement, le même jour qu'une hémiplégie par artérite, sept ans après le début d'une syphilis négligée, dont le diagnostic rétrospectif repose sur la constatation d'un signe d'Argyll Robertson, d'une paralysie oculo-motrice et d'une kératite.

2° Au point de vuej physio-pathologique, en raison de l'association à la polyurie d'un syndrome adiposo-génital caractéristique, d'un trouble net du métabolisme hydrocarboné, et surtout d'une fièvre inverse d'une netteté remarquable (38° tous les matins, 37° tous les soirs) traduisant l'atteinte du centre thermo-régulateur.

Ce diabète insipide a fort bien réagi à la médication post-hypophysaire. Mais ni la ponction lombaire ni le traitement antisyphilitipue n'ont eu la moindre action sur la polyurie.

Quelques exemples pour prouver l'efficacité du sapoïde d'or et d'osmium (Orosmiol) dans le traitement des tuberculoses osseuses et ganglionnaires. — *M. Maurice Renaud* met en évidence l'heureuse influence de l'Orosemiol en étudiant quelques observations choisies dans la séride cas qu'il a traités dans ces deux dernières années et où il semble possible d'éviter toute erreur d'interprétation, en raison des conditions particulières dans lesquelles se présentait la maladie.

Il présente d'abord trois malades qui sont actuellement en très bon état après avoir été grabataires.

I. — Jeune femme de 28 ans en traitement depuis 1917 pour coxalgie fistulisée ; hospitalisée depuis cette époque, elle a passé par Berck et subi plusieurs interventions. Etait dans le service de Brévannes depuis 1925 confinée au lit. Au début de 1930 quand on commence le traitement, l'état général est précaire, la fievre est oscillante, il y a d'énormes suppurations. La fièvre est rapidement tombée dès la mise au traitement,

l'état général est devenu floride, les suppurations se sont taries et depuis 6 mois la malade se lève et marche.

II. Femme de 59 ans. Mal de Pott dorso-lombaire, plâtrée pendant trois ans. En février 1931, mauvais état général, lésion osseuse en évolution, énorme décollement de toute la fosse lombaire allant jusqu'à la fosse iliaque avec plusieurs trajets fistuleux. Deux séries d'Orosmiol. La malade est sortie de l'hôpital en septembre complètement guérie, après une augmentation de poids de 6 kilogr.

III. Homme de 58 ans. Hospitalisé depuis 1918 pour tuberculose coxo-fémorale et tibiale à foyers successifs. Passé par Berck. Grabataire. Mis en traitement en août 1930, a reçu trois séries d'Orosmiol. Tous les abcès sont actuellement fermés, l'état général est excellent. Le malade est redevenu valide.

Les résultats enregistrés ici sont confirmés par une autre observation où l'examen anatomique minutieux a pu être pratiqué.

IV. Il s'agissait d'une malade de 42 ans atteinte d'hémiplégie. En novembre 1930 on découvre une lésion de l'articulation scapulo-humérale droite avec un abcès du volume d'un œuf de pigeon. Après deux séries de traitement, la lésion, bien que non plâtrée s'est complètement résolue si bien qu'à l'autopsie on n'a trouvé aucune trace de la tuberculose cliniquement reconnue et vérifiée par inoculation au cobaye.

V. Présentation d'une femme de 62 ans, à grosses lésions pulmonaires chez laquelle une lésion tuberculeuse importante du médius droit, qui suppurait depuis plus de 6 mois s'est cicatrisée en quelques semaines.

VI. — Synovites subaiguës du poignet, du coude, d'un genou chez une tuberculeuse pulmonaire de 39 ans. Traitement commencé en janvier 1931. Résolution rapide et complète. La malade est sortie de l'hôpital en septembre sans aucune impotence fonctionnelle avec une reprise de poids de 6 kilogr. 400 et un changement considérable de l'état pulmonaire.

VII. Garçon de 23 ans soigné depuis de longs mois pour une lésion gommeuse préauriculaire, en réalité abcès froid. Guérison complète en moins de trois semaines en même temps que les cicatrices chéloïdiennes s'affaissent.

VIII. Adénopathie suppurée sous-maxillaire de type subaigu chez une grande tuberculeuse, résolution complète si bien qu'un an plus tard à l'autopsie on ne retrouve plus rien.

Tous ces faits se rapportent à des tuberculoses de l'adulte, évoluant depuis longtemps et pour lesquels on ne pouvait espérer de guérison spontanée, apportent d'après l'auteur de solides arguments en faveur de l'influence favorable qu'a exercée l'orosmiol dans les cas déjà très nombreux où les succès qu'il a enregistrés pourraient paraître plus discutables.

Double anévrisme du ventricule gauche. — *M. Romulo H. Silva* (de Montevideo) rapporte une intéressante observation où le diagnostic d'anévrisme ventriculaire gauche fut porté d'après les constatations radiologiques faites pendant la vie du malade. L'autopsie et l'examen histo-pathologique ont montré que l'anévrisme se composait de deux poches distinctes, et qu'il n'y avait aucune lésion coronarienne ; par contre il existait des lésions importantes de myocardite interstitielle sur toute l'étendue du myocarde.

Cette observation tend à montrer que les anévrismes ventriculaires ne sont pas toujours la conséquence d'un infarctus myocardique par obstruction coronarienne, mais qu'ils peuvent parfois être l'aboutissant d'une myocardite interstitielle.

Traitement de l'angine de poitrine par les injections intra-veineuses iodées intensives et par les injections sous cutanées d'acide carbonique. — *MM. C. Lian, A. Blondel,* et *Racine* remarquant les résultats souvent médiocres des prescriptions médicamenteuses habituelles dans l'angine de poitrine d'origine cardio-artérielle ont fait deux séries de nouvelles tentatives thérapeutiques contre cette affection.

1° Les injections intra-veineuses iodées intensives réalisées avec une iodaseptine iodurée (une ampoule de 5 centi-cubes trois fois par semaine pendant six semaines).

2° Les injections sous-cutanées d'acide carbonique, injections quotidiennes à doses progressives de 50 à 500 centi-cubes, série de 20 à 30 injections.

Ces deux méthodes ont fourni assez souvent un bon résultat et n'ont pas causé d'incidents. Amélioration grande dans 17 cas, moyenne ou légère dans 17 cas, nulle dans 10 cas.

A cette occasion les auteurs rappellent les bons effets susceptibles d'être procurés par la radiothérapie préconisée dans l'angine de poitrine par Lian avec Barrieu et Nemours, puis avec Marchal.

Quatre années d'expérience de la radiothérapie dans l'angine de poitrine leur ont montré que cette thérapeutique maniée prudemment n'est pas dangereuse.

Tels sont les trois ordres de prescriptions nouvelles que recommandent les auteurs contre l'angine de poitrine d'origine cardio-artérielle.

Septicémie colibacillaire au cours d'une uréthrite blennorragique. Pyélonéphrite secondaire avec azotémie et légère hypochlorémie. — *MM. A. Lemierre, P. Augier* et *D. Mahoudeau-Campoyer* rapportent l'histoire d'un homme atteint de blennorragie qui, à la suite d'un lavage de l'urèthre, présenta une septicémie colibacillaire démontrée par l'hémoculture, et une pyélonéphrite descendante à coli-bacille.

Au cours de ces accidents, et en même temps que l'état infectieux s'améliorait, l'urée sanguine s'éleva progressivement jusqu'à 1 gr. 56. Le dosage du chlore sanguin, à ce moment, montra une hypochlorémie légère, en même temps plasmatique et globulaire : chlore plasmatique 3 gr. 26, chlore globulaire 1 gr. 70 rapport $\frac{\text{Cl. globulaire normal}}{\text{Cl. plasmatique}}$, 0.52. Le malade reçut alors quotidiennement par la bouche 5 gr. de sel.

Sept jours plus tard le chlore sanguin était revenu à la normale et l'urée avait descendu graduellement à 0 gr. 68. Cette légère azotémie persista encore pendant plus d'un mois, puis disparut.

La septicémie colibacillaire, bien que s'étant traduite par des phénomènes généraux intenses a guéri dans ce cas sans aucun traitement particulier. Cette évolution favorable est à peu près de règle dans les colibacilluries qui, de toutes les septicémies semblent être les moins redoutables.

Une azotémie modérée n'est pas rare dans les pyélonéphrites coli-bacillaires ; elle peut même occasionnellement atteindre un chiffre élevé.

Quant à l'hypochlorémie constatée dans ce cas, elle est difficilement explicable. Elle ne paraît avoir joué aucun rôle dans la genèse de l'azotémie ; celle-ci a rétrocédé lentement en même temps que l'on rechlorurait le malade ; mais elle a persisté à un chiffre plus bas après que le chlore sanguin a eu repris son taux normal.

Comme celle de la septicémie, la guérison de l'azotémie chez ce malade a été la conséquence d'une évolution spontanée.

Ataxie cérébelleuse aiguë syphilitique. — *M. Jacques Decourt* a observé chez un homme de 28 ans une ataxie cérébelleuse aiguë analogue à celle que peut réaliser la sclérose en plaques. Mais le syndrome avait pour cause la syphilis, ainsi que le montrèrent les antécédents du malade et l'examen complet du liquide céphalo-rachidien. Un traitement spécifique fut institué. La guérison survint en quelques semaines.

Myélite suraiguë du cône terminal apparue chez un ancien poliomyélitique au cours d'une vaccinothérapie et coexistant avec une éruption zostériforme fessière. — *MM. Marinesco, State Draganesco* et *Saint-Chiser.* — Le syndrome neurologique et l'efflorescence zonateux sont apparus après un vaccin gonococcique. Le processus médullaire peut être interprété comme une myélite zostérienne. Une rechute poliomyélitique est moins probable. Il s'agit en tout cas d'un phénomène de réactivation par le vaccin d'un virus neurotrope existant à l'état latent dans l'organisme. Il est intéressant à signaler que le même sujet a présenté au cours de sa vie trois infections neurotropes différentes (paralysie infantile, encéphalite léthargique, et myélite post vaccinale).

Ulcère de l'estomac avec hémorragies profuses. Transfusions massives. Opération. Guérison. — *A. Tzanck* et *Vivier.* — Il s'agit d'une jeune femme de 35 ans qui présente des hématémèses depuis quinze jours. En raison de son état syncopal elle reçoit une première transfusion de 490 gr. L'hémorragie se poursuivant on pratique sept transfusions en quatre jours donnant un total de quatre litres de sang. En présence de la continuation de l'hémorragie on décide l'opération à la faveur de transfusions nouvelles. L'intervention est commencée sans anesthésie sur une malade absolument insensible. On pratique l'extirpation d'un gros ulcère proche du cardia. Pendant ce temps la malade reçoit un litre et 800 gr. de sang pur prélevé sur quatre donneurs différents. A partir de ce moment, l'hémorragie, étant arrêtée la malade reçoit en plus deux litres de sérum intra-veineux pendant que le chirurgien pratique une gastro-entérostomose. L'opération a duré une heure et demie. Les suites opératoires sont parfaites, la malade sort de la clinique dans les délais normaux.

Cette observation souligne l'importance de l'organisation en matière de transfusion sanguine et aussi l'intérêt des transfusions réellement massives qui ont rendu possible une opération irréalisable sans cela.

Michelle VALENTIN.



Echos et Glanures

> « Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».
>
> MONTAIGNE.

L'œuvre de Césalpin. — M. Maurice Dorolle vient de publier (Librairie Alcan), une traduction des *Questions péripatéticiennes* de Césalpin. Voici un extrait des pages qu'il a écrites en tête de cette traduction :

L'œuvre principale de Césalpin, dont nous présentons une traduction partielle, est comme une Somme philosophique. Méthode, organisation de la pensée, principes de l'Univers, explication générale du monde, du mouvement, des phénomènes organiques et mentaux : on parcourt tout le cycle des connaissances humaines. L'auteur se place sous le patronage d'Aristote, dont il prétend restituer la pure doctrine : nous verrons ce que devient chez lui cet appel à l'autorité, comment, en se refusant à suivre les interprétations traditionnelles, il présente un Aristote sans doute plus vrai que celui du Moyen âge, mais aussi, parfois, singulièrement incliné vers l'esprit moderne.

Il est vrai qu'une pareille œuvre, dont nous allons essayer de donner la physionomie, se trouvait destinée à un oubli rapide. Elle pourra apparaître comme tardive, ou même, à certains points de vue, inutile. Césalpin a tenu, à ce qu'il semble, une place considérable parmi les hommes de son temps. On en aurait déjà une preuve dans les attaques ou les satires dont il fut l'objet, comme d'un certain Taurellus, transposant ironiquement son nom en « Alpes Caesae », et, sous ce terme, publiant une réfutation qu'il jugeait décisive. Des disciples enthousiastes en ont fait, à l'inverse, un si exact interprète du monde, que « la Nature elle-même pourrait croire avoir écrit son livre ». La célébrité de Césalpin le fit appeler à Rome, comme médecin et professeur officiel de la papauté. Bayle le considère comme un « très habile homme, tant en philosophie qu'en médecine », et il cite l'opinion d'un « moderne » (Teissier, dans la *Bibliographia curiosa*) qui « le compte parmi les plus grands génies qu'on ait jamais vus ». Or, l'oubli se fit aussi rapide que la gloire. Les historiens de la philosophie n'ont fait de l'œuvre de Césalpin que des mentions rapides. Seules, ses idées sur la circulation du sang ont été assez souvent rappelées et discutées, si bien que cette esquisse apportera, nous l'espérons, quelques idées sur un domaine presque inexploré.

C'est que notre auteur, comme les autres Humanistes, en croyant faire œuvre constructive et positive, a surtout déblayé le terrain où allait se développer la pensée moderne. En rappelant ses contemporains à la pensée antique, il restituait cette pensée, à la fois rationnelle et naturaliste, contre les influences de la tradition. Mais, justement, l'esprit même de l'antiquité, le souci de pensée indépendante, allait écarter l'autorité de l'Aristote vrai, comme celle de l'Aristote de convention, créé par l'évolution de la pensée du Moyen âge.

Faut-il dire pourtant qu'une telle œuvre a été inutile ? ou qu'elle ne saurait avoir que l'intérêt de curiosité des choses mortes ? Nous ne le pensons pas. Nous devons croire d'abord, comme nous venons de le dire, que l'exposé d'idées péripatéticiennes, dans un sens plus exact que la tradition, donnait une singulière force à un esprit libre, et permettait l'indépendance de la discussion sous le couvert d'un nom hautement respecté. On trouvera sans doute curieux qu'un homme ait pu enseigner officiellement, à Rome, un aristotélisme orienté vers un naturalisme à peine masqué, et cela, en toute sécurité, pendant plus de dix ans, pour mourir paisiblement à 84 ans, — ou encore, que les *Questions péripatéticiennes*, parues en 1571, aient eu sans opposition une deuxième édition en 1593. Bayle le remarque avec raison : « C'était un très mauvais chrétien, eu égard aux opinions », mais il pouvait justement en donner la responsabilité à Aristote, en paraissant laisser aux théologiens le soin de rectifier (Préface).

Il faut se rendre compte aussi que l'influence diffuse des idées en cette fin du XVI[e] siècle a fait sentir ses conséquences

sur la pensée du XVIIe. Entre les thèses et les méthodes d'un Césalpin et celles d'un Bacon ou d'un Descartes, nous croyons sentir tout un monde, et l'on ne manquera pas de remarquer pourtant que l'enfance ou la jeunesse de ces grands esprits du XVIIe siècle ont été contemporaines de la vieillesse de Césalpin Mais, dans le détail, des rapprochements s'imposent ; des problèmes se dessinent, qui préparent les théories modernes, tel celui des rapports de la respiration et de la formation du sang ; et, à travers les thèses les plus étranges pour nous, même celles où nous voyons très décidément, des contre-vérités, il faudra apercevoir un souci du fait que ne désavouerait pas un Bacon, et qui parfois dépasse le rationalisme cartésien.

On ne saurait oublier enfin que Césalpin est l'un des hommes qui, au XVIe siècle, ont vu nettement la petite circulation du sang, ni qu'il a apporté en botanique un système très rationnel de classification, qualifié par Tournefort de génial : contributions cette fois très nettes à la science moderne.

Médecine et littérature. — La revue *Anthologie*, que dirigent MM. Georges Linze et Constant de Horion, vient d'ouvrir une enquête auprès des littérateurs-docteurs en médecine.

Voici les questions posées :

1o Vos études de médecine et la pratique de votre profession ont-elles exercé une influence quelconque sur l'éclosion ou sur le développement de votre vocation littéraire ?

2o N'estimez-vous pas notamment que l'observation des individus tarés et des criminels dits passionnels est de nature à fournir une documentation particulièrement riche ?

3o N'avez-vous pas constaté chez certains déments ou chez des délinquants anormaux une tendance à écrire des poèmes, tantôt à forme fixe, tantôt affranchis de toute prosodie ? Croyez-vous qu'il existe une relation quelconque entre la création poétique et certains troubles nerveux ou mentaux ?

On se rappellera que M. Bernard Grasset, lorsqu'il voulait fonder une revue hebdomadaire, déclarait vouloir s'adresser surtout aux médecins, et remarquait que les médecins avaient toujours été ses meilleurs clients. (*L'Intermédiaire*).

L'œuvre du Dr Pierre Bouloumié. — Lors de l'inauguration du buste du Dr Pierre Bouloumié, à Vittel, le Dr H. Paillard a retracé l'œuvre du médecin à qui Vittel doit d'être devenu une des plus grandes stations thermales du monde.

« *Pierre Bouloumié*, a dit M. Paillard, *fut un chercheur opiniâtre* et nous en trouvons la preuve dans une série de ses publications étagées de 1866 à 1928. Tout naturellement, il a étudié avec une prédilection particulière les affections des voies urinaires et les maladies de la nutrition que l'on soigne à Vittel : Le catarrhe vésical (1866), les calculs vésicaux (1876-1879), l'albuminurie (1876), les pyélonéphrites (1885), la thérapeutique des coliques néphrétiques (1886) ; puis la goutte, dans un grand nombre de travaux dont le dernier, paru dans le *Journal médical français* en 1924, résumait cinquante ans d'expérience et fut particulièrement apprécié.

« De bonne heure, il vit le rôle que pouvait jouer la cure de Vittel dans les affections du foie et dans la lithiase biliaire ; dès 1878, il attire l'attention sur ce sujet ; en 1899, il revient sur la pathogénie et le traitement de la lithiase biliaire ; en 1912, il publie à la Société de Médecine de Paris, le résultat de ses constatations portant sur plus de 30 ans.

« L'analyse objective exacte d'un grand nombre de cas pathologiques devait d'ailleurs lui permettre de s'élever à de plus hautes conceptions médicales ; d'une part, de nouvelles méthodes d'exploration, d'autre part, des vues synthétiques sur la pathologie générale.

« Tout le monde connaît le sphygmomanomètre de Bouloumié (1905) combinaison du sphygmomanomètre de Potain et du tonomètre de Gaertner ; à un moment où la pression artérielle n'était l'objet de que recherches limitées, Bouloumié s'y attachait avec passion, créait cet appareil qui fut cité dans les traités classiques et qui a rendu de gros services aux chercheurs et aux praticiens.

« Ses études sur la tension artérielle, sur l'exploration des artères, sur l'artériosclérose, lui permettaient de publier en 1907 un substantiel travail sur l'artériosclérose et l'arthritisme dans lequel il expose sa conception de l'artériosclérose et les rapports qu'il établit entre cette affection et les maladies de la nutrition.

« Vingt ans après, en 1927, il était ici le promoteur du Congrès de l'arthritisme, congrès remarquable en tous points par l'ensemble des travaux qui y furent effectués et par le nombre des médecins éminents qui vinrent y prendre part. Le terme d'arthritisme est désuet, mais les notions pathologiques qu'il comporte ont été dûment révisées et de ces travaux il est sorti un appréciable progrès.

« Il y a quelques années, il publiait avec notre collègue Buche un livre sur l'obésité et la pléthore abdominale et dans les derniers temps de sa vie, il avait accumulé de nombreux documents pour écrire un livre sur la vieillesse.

* * *

« *Pierre Bouloumié fut un organisateur clairvoyant et tenace.* Il a organisé le traitement à Vittel ; sous un jour plus large, il a contribué à l'organisation des techniques hydrologiques en général ; il a organisé des œuvres d'assistance bien vivantes et toujours bienfaisantes.

« *Il a organisé le traitement à Vittel* ; il en fut presque le premier médecin ; c'est une chose peut-être redoutable d'être le premier médecin d'une nouvelle station ; il faut fixer les indications thérapeutiques, en déterminer tout aussi bien les contre-indications, établir les nuances qui séparent l'activité thérapeutique des eaux de celles des stations comparables ; il faut régler la posologie de l'eau, les médications adjuvantes et, tout en même temps, dans une station naissante, veiller à ce que l'organisation des hôtels, des éléments de distraction ne nuisent pas à la cure même, il faut surveiller l'urbanisme et l'hygiène de la station. Pierre Bouloumié a conduit tout cela de pair, donnant ici des ordres et là des conseils. Ce que tout cela représente d'efforts, de patience, parfois même de déboires, on se l'imagine aisément. Heureux ceux qui, comme lui, ont vu croître leur œuvre dans une admirable progression.

« Jusqu'à son dernier jour, Pierre Bouloumié fut l'animateur médical de la station. Il a perfectionné le captage des sources, les détails de l'établissement, l'embouteillage ; il a voulu créer toutes les adjuvances thérapeutiques : le restaurant de régimes, le parc d'enfants, l'institut de cure d'exercice ; il a favorisé l'établissement de laboratoires biologiques de premier ordre : il a organisé des cures de terrain dans le parc et dans les alentours. Il fut aussi le promoteur de nos groupements médicaux, réalisant l'entente de tous dans une série de travaux collectifs qui ont fait honneur à la station et à ses médecins ; qu'il me soit permis ici de lui en attribuer le principal mérite.

* * *

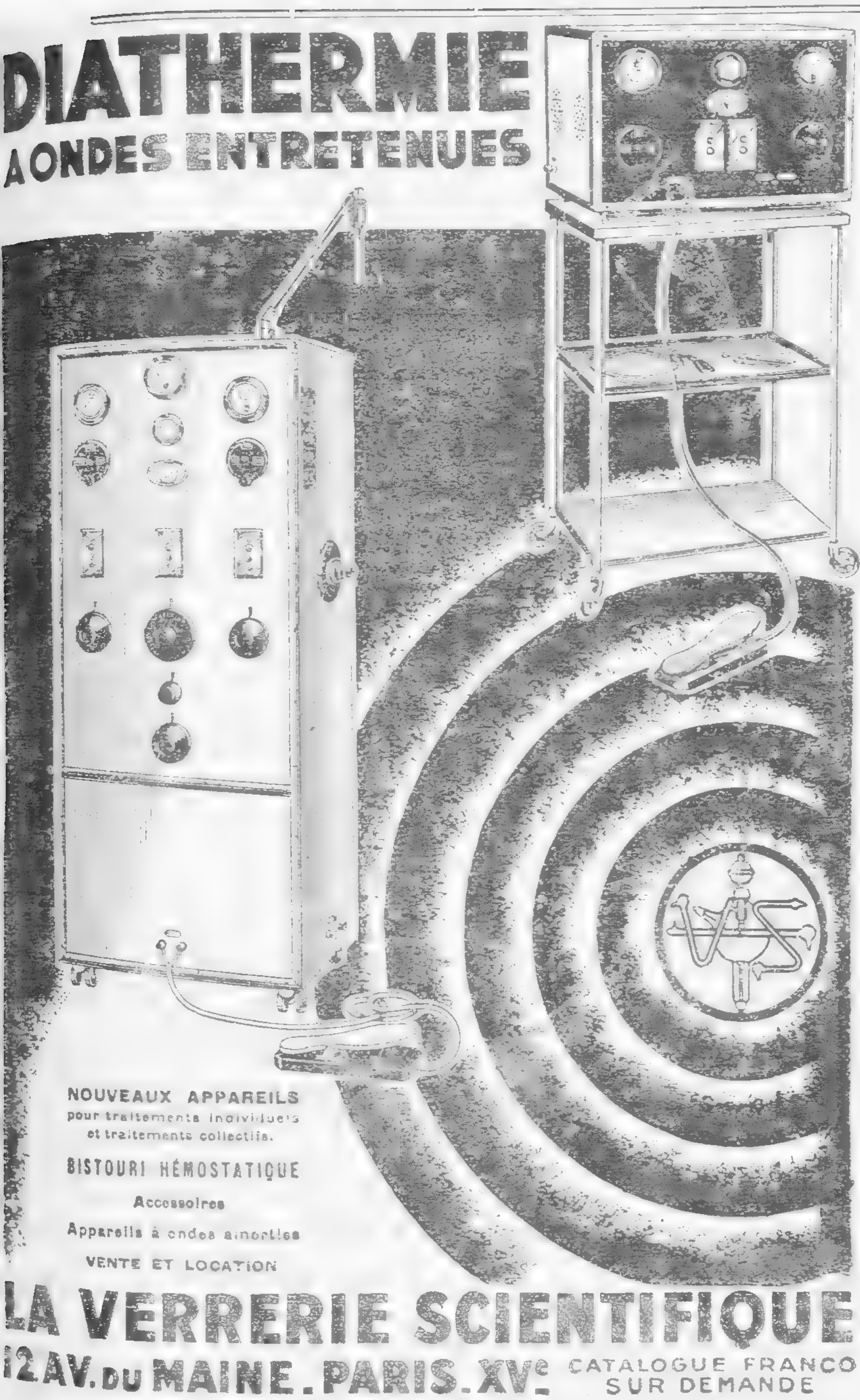
« *Pierre Bouloumié a contribué à l'organisation de la thérapeutique hydrologique en général* ; quelques-uns d'entre vous seront peut-être surpris d'apprendre qu'en 1890, il y avait un cours libre de thérapeutique hydrominérale à la Faculté de Médecine de Paris et que ce cours était fait par Pierre Bouloumié ; il fut, comme vous le voyez, un précurseur. A maintes reprises, soit à la Société de Médecine de Paris, soit à la Société d'Hydrologie, il est intervenu d'une façon utile pour toutes les questions de thérapeutique hydrominérale et ceux qui se souviennent des discussions auxquelles il a pris part se demandent encore ce qu'il fallait le plus admirer en lui, de sa compétence très étendue, de son éloquence courtoise et lucide, de ses vues toujours jetées sur l'avenir.

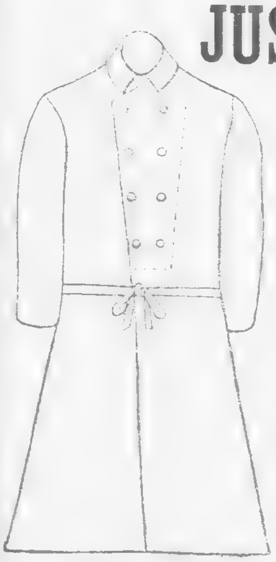
« Je ne puis dire que quelques mots d'une autre œuvre immense qu'il avait entreprise et qui aurait suffi à absorber l'activité d'un homme : *les œuvres d'assistance et de bienfaisance.*

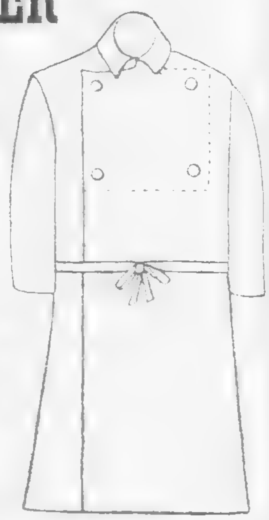
« Pierre Bouloumié fonda l'Union des Femmes de France en 1888 et ne cessa d'en être l'animateur ; quand vint la seconde guerre, la Grande, celle lors de laquelle il était trop âgé pour porter l'uniforme sous lequel il avait déjà vu le feu, il voulut tout de même servir la Patrie et il la servit magnifiquement, en vrai chef dont il avait l'âme ; son armée d'infirmières, il la distribua dans l'armée des combattants, pour y panser les plaies, pour y soigner les contagieux, pour y apporter partout cet élément de réconfort et d'encouragement que la Femme française, maternelle à tous les âges, a su toujours donner à nos petits et à nos grands soldats.

* * *

« *Pierre Bouloumié fut un grand praticien* ; nous autres médecins, nous admirons la Science, nous admirons la puissance créatrice, mais dans notre cœur, que la vue des souffrances n'a jamais endurci, nous admirons plus encore peut-être l'activité quotidienne et bienfaisante du praticien qui honore la profession. Le Praticien, c'est celui qui apporte l'apaisement là où sont l'angoisse et la souffrance, c'est celui qui redonne la joie de vivre ou qui adoucit la peine de mourir. Les théories et les doctrines médicales pourront changer cent fois encore, qu'il faudra toujours voir se pencher sur le lit des enfants et des vieillards, le Praticien qui encourage en même temps qu'il observe et qui, souvent, mieux avec les paroles qu'avec une injection d'opium, endort la souffrance et ramène la paix. C'est ce Praticien que fut Pierre Bouloumié, actif de jour et de nuit, veillant à tout, pre-


DIATHERMIE
A ONDES ENTRETENUES
NOUVEAUX APPAREILS
pour traitements individuels et traitements collectifs.
BISTOURI HÉMOSTATIQUE
Accessoires
Appareils à ondes amorties
VENTE ET LOCATION
LA VERRERIE SCIENTIFIQUE
12 AV. DU MAINE. PARIS. XVe
CATALOGUE FRANCO SUR DEMANDE





nant sur son sommeil, quand quelque malade l'inquiétait, courant à bicyclette à la première heure du matin dans le vieux Vittel, pour voir ses malades indigents, puis circulant dans les Palaces où il soignait les plus illustres et les plus fortunés de la terre, se retrouvant dans son cabinet où l'attendait une foule serrée et patiente.

« Malgré ce surmenage intense, on le retrouvait toujours le même, courtois, affectueux, lucide et même véritablement pénétrant, ne laissant paraître ni ses soucis, ni sa fatigue et donnant à chaque malade, l'impression qu'il était tout à lui dans le moment qu'il lui consacrait. Il savait, rare mérite, distribuer son temps avec équité, non pas d'après les exigences des grands de la terre, mais d'après les soins que réclamait véritablement l'état de ses malades. Il donnait à chacun sa prescription claire, précise et judicieuse ; il donnait ses encouragements, sa cordialité, sa bonté agissante.

« Ce n'est pas sans émotion que je me souviens de ce mois de septembre 1928, où Pierre Bouloumié commença à éprouver les premières atteintes de son mal ; il avait toujours manifesté son activité prodigieuse ; je l'avais rencontré auprès de malades graves (car nous aimions souvent à lui demander ses conseils et lui-même, avec une infinie simplicité, nous demandait parfois les nôtres) et je me disais alors qu'il était véritablement plus souffrant que ceux pour lesquels il se dépensait sans compter. Il lui fallut s'aliter, ce qui était pour lui un sacrifice extraordinaire, car il luttait toujours et pensait qu'il ne faut jamais s'avouer vaincu. Toute sa vie, il avait demandé à son énergie physique et morale, un soutien qu'il avait toujours obtenu, contre toute prudence et parfois contre toute vraisemblance. Cette fois, il fallut céder ; il avait 85 ans, mais il n'a cédé le terrain que pas à pas ; immobilisé dans son lit, il pensait et travaillait toujours ; il pensait à ses malades, heureux de recevoir d'eux des témoignages d'affection et de reconnaissance ; il pensait à Vittel, soucieux d'y réaliser encore bien des choses qu'il avait projetées ; il pensait à son livre sur la vieillesse, classant ses notes, les complétant, rédigeant tel ou tel chapitre ; il pensait à sa famille pour laquelle il avait cette grande affection et ce grand dévouement qu'on rencontre toujours dans les esprits supérieurs Il lutta jusqu'en février 1929, et malgré qu'il s'affaiblit de plus en plus, et malgré que nous autres, anxieux, attendions près ou loin de Paris, des nouvelles toujours plus attristantes, *nous apprenions encore qu'il travaillait.*

« Son labeur ne cessa que le jour même de sa mort.

« Ainsi s'est trouvé réalisé le vœu qu'il exprimait en s'adressant à ses petits-enfants à la fin de la préface de l'histoire de Vittel ; je ne résiste pas au désir de vous citer ces lignes :

« Le travail c'est la vie ; le repos, c'est la mort anticipée. Inspirez-vous de ces pensées, mes chers enfants, pour continuer la tradition de vos ascendants et quand vous en aurez l'âge et tant que vous en aurez la force, travaillez : c'est le conseil que vous donne ici votre grand-père en conclusion de l'histoire qu'il va vous raconter. En attendant, demandez pour lui au petit Jésus, dans vos naïves et touchantes prières, de combler ses vœux en ne lui infligeant le repos que dans la tombe. »

L'expression fièvre d'anophéliase pourrait remplacer les expressions « fièvre paludéenne », « fièvre palustre ». — *Extrait de la communication de M. le professeur Jean-L. Cardamatis à l'Académie de médecine* (6 octobre 1931) : *La définition du paludisme selon les théories anciennes et nouvelles* :

«..... Si nous récapitulons tout ce qui vient d'être dit ci-dessus, nous en tirons les conclusions suivantes :

1° Que le paludisme était connu des peuples très anciens ;

2° Qu'ils considéraient les émanations (exhalaisons) des marécages comme étant les facteurs étiologiques de cette maladie ;

3° Que cette maladie était appelée : par les Egyptiens *at*, *aat* ou aat-u ; par les Hébreux, *deber* ; que les Scythes, d'après Hérodote (1), l'appelaient « πόρατα » et les Grecs : πυρετόν, ἐφιάλτην, ἠπίαλην, ἠπίαλον, λειπυρίαν, ἐπίπεσον νόσημα καὶ θέρμην κοινόν.

On voit donc qu'avant l'époque d'Hippocrate (470-377 av. J.-C.), on savait que cette maladie provenait de l'air vicié (ἀνεμοφθορίας) ; mais malgré cela le terme paludisme « ἑλονοσία » ne se rencontre nulle part. Cependant, même du temps d'Hippocrate, du fondateur du code de la pyrétologie, de celui qui

(1) « Ἴστρος μὲν ἐὼν μέγιστος ποταμῶν πάντων.... τὸν τε Σκύθαι καλεῦσι Ἕλληνες δὲ Πυρετόν.... « *Ister fluviorum omnium, quos novimus, maximus..... Is quem Scythæ Porata, Græci vero Pyreton vocant.....* Herodot. C. Müllero, libr. IV, p. 197, caput XLVIIII.

s'est fait l'interprète de toutes les connaissances médicales que l'on possédait jusqu'alors (et l'on sait qu'avant lui florissaient l'Ecole de Médecine de Démocède de Crotone (521-485 av. J.-C.) ainsi que celle du Cyrénéen (1), de celui qui a posé les bases de l'étiologie des endémo-épidémies de paludisme admises jusqu'en 1898, il n'est fait mention nulle part du terme « πυρετός έλειογενής » (fièvre paludéenne). Hippocrate, dans son ouvrage sur les airs des eaux et des lieux, nomme « ελώδεα (palustre), les eaux et « ελώδεις » (palustres), les émanations des marais et rien de plus.

Le terme « πυρετός ελώδης » (fièvre paludéenne) est très postérieur à Hippocrate ; il est cité, pour la première fois, par Galien (131 après J.-C.) (2). Depuis lors, et jusqu'à nos jours, les termes qui ont prédominé sont : « ελώδης πυετός » (fièvre paludéenne). « ελειογενής πυρετος » (fièvre palustre) ; chez les Italiens « *Mala-aria* » et le terme employé plus ou moins universellement a été « *malaria* ».

Or, tant que prévalaient les anciennes théories, les termes : « ελώδης πυρετός, ελειολενής, πυρετοσ, 'ελομιανσις, ψλονοσία.... = fièvre paludéenne, fièvre palustre, fièvre malarique, paludisme, impaludisme, paludose, etc...., traduisaient effectievment le rapport entre la cause et l'effet ; mais aujourd'hui, alors que nous possédons des données scientifiques établissant que cette maladie est bien due, certes, au plasmodium, mais qu'elle ne se transmet du malade à l'homme sain que par l'intermédiaire des moustiques anophèles, les termes : *fièvre paludéenne, fièvre palustre, fièvre malarique, paludisme, impaludisme, paludose*, etc., comme l'a très bien soutenu, d'ailleurs, le professeur A. Laveran, ne traduisent absolument plus rien (3).

L'expression « έγειογενής πυρετός » (fièvre paludéenne) signifie la fièvre naissant dans les marais.

« Πυρετός ελώδης » (fièvre palustre) signifie une fièvre remplie de marais (émanations-exhalaisons).

(1) Les premiers médecins, disait-on en Grèce, sont ceux de Crotone, et les seconds ceux de Cyrène.

(2) *Galien*, t. IX, p. 310, édit. Kühn.

(3) A. Laveran. *Traité du paludisme*, 1907, pp. 31 et 32.

« Ελονοσία » (paludisme) signifie une maladie développée par le marais.

Billet a tenté de donner, du paludisme, la définition malheureuse suivante : 'Ανωφελεϊ, + άτομον ελονοσούν = ελονοσία (anophèle + homme impaludé = paludisme).

Puisque nous possédons la preuve scientifique que le paludisme se transmet exclusivement et uniquement par les moustiques anophèles, nous sommes d'avis que, pour la définition de cette maladie, le seul mot qui convienne et qui puisse remplacer le terme *paludisme* est le mot « άνωφελίασις » = (anophéliase) mot provenant du verbe « άνωφελιάω » qui signifie : action -souffrance.

Nous proposons donc ce terme pour définir et pour désigner le paludisme : 1º parce qu'il répond mieux que tout autre au sujet en discussion ; 2º parce qu'il concorde entièrement avec les termes scientifiques universellement attribués à d'autres maladies parasitaires, telle que : helminthiase, trypanosomiase, myase, ankylostomiase, dracontiase, cystomiase, phtiriase, lithiase- etc.

Les expressions « fièvre paludéenne », « fièvre palustre » pu'event douc être avantageusement remplacées, selon nous, confort mement auy thé ries nouvelles, par l'expression *fièvre d'anephéliase*. « (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 6 octobre 1931

« **Ali-Bab** ». — *M. Léon Daudet, dans l'* « Action Française » (29 *aout* 1931), *consacre un article a la mort d'Ali-Bab* :

« Comme son illustre frère, — le maître de la pathologie nerveuse avec Brissaud — « Ali-Bab », Henri Babinsky, était un vaste esprit, naturellement doué, formé par la culture et les voyages, accoutumé à juger par lui-même et dénué de tout conformisme. Le don d'observation, d'ironie, de bonté, était chez lui au plus haut point. La vie l'amusait, l'art et la science l'intéressaient, et il accordait la suprématie au bon sens. Il avait deux passions, la Pologne et la France, et la victoire de 1918 avait été pour lui, avec ses conséquences libératrices, une immense joie. Je n'ai pas connu de conversation plus nourrie, plus substantielle que la sienne, ni de regard, agrandi par les lunettes, plus ferme, plus appuyé que le sien. Son érudition était immense. En politique, il pensait comme nous. »

M. Léon Daudet fit sa connaissance comme élève de son

frère, à la Tour d'Argent, quai de la Tournelle, du temps du grand cuisinier Frédéric :

« Puis, je l'avais perdu de vue, quand il m'envoya cet étonnant ouvrage la *Gastronomie pratique*, fort supérieur, à mon avis, et pour les recettes, et pour le style, à celui de Brillat-Savarin, et même à celui de Tendret, — cependant admirable — pour la cuisine du pays de Bresse. Pampille, auteur des *Bons Plats de France*, et moi nous prîmes de passion pour ce livre roi, où, dans la forme la plus amusante, et pour l'exactitude des recettes et pour le mouvement, se trouve exposé le premier principe de la santé, qui est de manger une nourriture agréable et saine. »

La dernière édition de la *Gastronomie pratique*, comporte un chapitre des vins, qui valut à Henri Babinski, il y a deux ans, le grand prix de 10.000 francs des « Vignes de France ».

« Quand le vote eut désigné le lauréat, ce soir-là, je fus chargé, comme ami d' « Ali-Bab », de lui communiquer la décision des dîneurs. Il avait cru d'abord à une plaisanterie, et il ne fut convaincu que, quand il reconnut ma voix. »

Son jugement ne se limitait pas aux fourneaux :

« Auprès de l'admirable savant qu'est son frère, il jouait, savant lui-même, le rôle de la femme dans le ménage, le délivrant de toute occupation et préoccupation matérielle, et écartant de lui les fâcheux. Je vois encore un déjeûner, il y a quelques années, dans l'accueillant intérieur des Babinsky, avec Fortunat Strowsky, Vaquez et Rivoire. Chaque convive, avait, devant soi, une bouteille de Bourgogne, — et quel bourgogne ! — une de bordeaux, une de champagne. Il était recommandé de n'en pas laisser une goutte. Recommandation superflue ! Le menu était à l'unisson, et le cher « Ali-Bab » déclarait : « Quand un repas est réussi, « personne ne doit avoir envie ensuite de dormir. » Il disait aussi : « On « peut faire de la plus modeste femme de ménage une cuisinière, à condi- « tion de lui offrir une montre et une balance. » Là, je pense qu'il exagérait. On naît cuisinière, comme on naît poète. La justice de la République, qui a une balance, fabrique une cuisine de Locuste. Le génie culinaire est inné et se perfectionne par l'attention..... »

Le grec et la terminologie médicale. — *C'est le titre d'un article de M. Léon Daudet* (« Action Française », 27 *septembre* 1931).

«..... Mais comment un médecin, totalement ignorant, d'ici dix ans, des racines grecques, comprendra-t-il un mot au terme de *chronaxie* ou de *métachronose* ?

Babinsky a découvert et nommé le *pithiatisme*, ou maladie de la persuasion, du grec *peitheïn*, qui signifie : persuader. Quand on ne saura plus un mot de grec, quand l'enseignement sera entièrement primarisé, — nous avons déjà des candidats à l'agrégation de lettres qui écrivent *chapo*, au lieu de *chapeau*, et *quoi c'est-il que vous voulez*, au lieu de *que voulez-vous* — que signifiera *pithiatisme* ? Comme on dit vulgairement, du lard ou du cochon ? Vaquez, pour prendre un contemporain de Babinsky, a défini et décrit le mal d'*érythrose*, ou coloration rouge d'un domaine tégumentaire, visage ou cou, accompagnée de troubles cardiaques. Comment les *anhellènes* ou « sans-grec » comprendront-ils ce qu'est l'*érythrose* ? Il n'est question, à l'heure actuelle, dans les traités de médecine et dans les simples aide-mémoire, que d'*anaphylaxie*, que d'*allergie*, que d'*idiosyncrasie*, que d'*exophtalmie*, que de glandes *endocriniennes*, que d'*opothérapie*, que de *parasympathique*, que d'*anorexie*..... et je pourrais aligner plusieurs centaines de vocables analogues, d'ailleurs intraduisibles en français, où la synthèse verbale est dissociée, en vertu de courants intérieurs différents et d'une architecture syntaxique autre. Comment un étudiant en médecine, ignorant tout du grec, et même l'alphabet, et même la structure élémentaire des racines et des termes, indispensable à la recherche dans un dictionnaire, s'y reconnaîtra-t-il parmi ces fourrés inextricables de vocables inconnus de lui ? Faudra-t-il refaire la bibliothèque ?..

BIBLIOGRAPHIE

Napoléon, par Jacques BAINVILLE. Un vol. Prix 16 fr. 50. Arthème Fayard, éditeur, 18, rue du Saint-Godard. Paris.

On a publié près de 200.000 études sur Napoléon.

Jacques Bainville a pourtant écrit un « Napoléon » qui ne ressemble à aucun autre.

C'est la vie de Napoléon, mais avec les « pourquoi » et les « comment » de son existenec.

Le livre d'un historien mais, plus encore, d'un psychologue.

Collection Guillaume Budé. — Cette célèbre collection ne cesse de s'accroître, pour le plus grand plaisir de ceux qui ont conservé le goût des lettres gréco-latines.

Viennent de paraître : **Xénophon** : Anabase, liv. IV-VII, texte établi et traduit par Paul MASQUERAY. Un vol. Prix : 35 fr.

Cicéron Tusculanes, liv. III-V, texte établi par G. FOHLEN, trad. par J. HUMBERT. Un vol. Prix : 25 fr.

Aristote : Physique liv. V-VIII, texte établi et traduit par H. CARTERON. Un vol. Prix : 3 [illegible]. Les Belles-Lettres, 95, boulevard Raspail. Paris.

Almanach Hachette 1932, le plus utile le plus attrayant : 5 fr.

Revue d'histoire littéraire de la France. Parait tous les trois mois. Abon. France : 50 fr. Librairie Armand Colin, 103, boulevard St-Michel. Paris.

Sommaire du n° d'avril-juin 1931 : I. — A. BURNER : Philippe Néricault-Destouches (1680-1754). Essai de biographie (suite). — E. ABRICOSSOFF : Le Théâtre de Madame de Girardin. — G. T. CLAPTON Baudelaire, Senèque et Saint Jean-Chrysostome.
II. *Mélanges.*
III. *Comptes rendus.*

Almanach Pestalozzi 1932. Dixième année. Un volume illustré de plus de 500 gravures. In-12. Broché : 9 fr. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'*Almanach Pestalozzi* 1932, pour la jeunesse, vient de paraître. Agenda commode dont le succès va grandissant.

Portfolio Jury Artes medicæ. — Nombre de confrères ignorent probablement encore les portfolios d'Arte Jury. L'album Artes Medicæ comprend un choix de reproductions de tableaux de grands maîtres des musées d'Europe ayant trait uniquement à des scéènes médicales.

Ces fac-similes donnent une illusion complète des originaux pour employer l'expression d'un de nos inspecteurs généraux des Beaux-Arts et ont leur place toute indiquée dans le cabinet du médecin.

Le Portfolio de 8 planches 40 X 50 édité à 650 exemplaires numérotés est vendu en nos bureaux au prix de 750 fr. la pièce, soit au comptant, soit en paiements différés, sans aucune augmentation.

Trois épreuves-types sont fournies au prix de 75 fr. l'épreuve : consultation médicale de JanSte en, La Résurrection de St-Lazare, de Nicolas Froment et la leçon d'anatomie du Dr Tulp, de Rembrandt. Elles sont montées sur passe-partout 40 X 50 cm. et peuvent également être obtenues en nos bureaux de même que la leçon d'anatomie en 85 cm. —X 65 cm. au prix de 300 francs, encadré.

Ces épreuves d'une qualité sans pareille méritent de retenir l'attention des médecins, amateurs du beau.

Ce Numéro a été tiré à 30.000 Exemplaires

FONDÉ EN 1873. — N° 47 LE NUMÉRO : 5 FRANCS (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 17 NOVEMBRE 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

NUMÉRO CONSACRÉ A LA THÉRAPEUTIQUE

PUBLIÉ AVEC LA COLLABORATION DE :

MM. :

Le Dr **Paul BOYER**, MÉDECIN ASSISTANT DE SAINT-LAZARE.

Le Dr **CHIFOLIAU**, CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS.

MM. **BECHET** et **POLLIASSON**, INTERNES DES HÔPITAUX.

Le Prof. agrégé **R. DEBRÉ**.

Le Dr **DE SÈZE**.

Le Dr **DUCHON**, CHEF DE LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE A LA FACULTÉ.

Le Dr **J. HAGUENAU**.

Le Dr **P. HAUDUROY**, CHEF DE LABORATOIRE A LA FACULTÉ

Le Dr **LEMAIRE**.

Le Prof. **M. LOEPER**.

Le Dr **G. MARCHAL**, MÉDECIN DES HÔPITAUX.

Le Prof. **Jean MINET**,

Le Dr **A. DUTHOIT**, MÉDECIN DES HÔPITAUX.

Le Dr **Félix RAMOND** MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE

Les Drs **P. ZIZINE** et **VANNIER**

Le Prof. agrégé **SÉZARY**, MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS.

Le Prof. agrégé **H. VIGNES**, ACCOUCHEUR DE LA CHARITÉ.

SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ

Le Professeur **Ch. LENORMANT**.

(Voir sommaire détaillé à la 3e page.)

Ce Numéro a été tiré à 30.000 Exemplaires

FONDÉ EN 1873. — N° 47. LE NUMÉRO : 5 FRANCS (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 17 NOVEMBRE 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (Ve)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

Les Bureaux de Rédaction sont ouverts le Vendredi, de 5 h. 1/2 à 6 h.

SOMMAIRE

SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ

La Pharmacologie et la Thérapeutique françaises en 1930-1931

(2e semestre 1930 et 1er semestre 1931)

Par Paul BOYER

Médecin-Assistant de Saint-Lazare

Voici ma troisième revue générale sur la pharmacologie et la thérapeutique françaises. Comme les années précédentes, je me suis efforcé de classer d'une façon aussi simple et aussi logique que possible les nombreux travaux publiés dans nos journaux, revues et sociétés. La chose n'a pas toujours été aisée, certaines publications englobant des travaux sur des sujets assez divers, j'ai essayé de faire de mon mieux, aux lecteurs de juger et de me critiquer. Je me suis efforcé également d'être aussi complet que possible dans le domaine des médicaments proprement dits, en laissant de côté complètement comme les années précédentes, la thérapeutique par les agents physiques, les vaccins et les sérums et les produits opothérapiques qui demanderait pour être traitée une revue générale complète. Avant d'entrer dans mon sujet, je signale tout particulièrement aux lecteurs de ce journal deux grandes revues générales : celle du Prof. Tiffeneau (*La Pharmacologie en* 1931, Paris Médical, 1931, *XXI*, 561) *consacrée à la pharmacologie générale, aux anesthésiques généraux et locaux, aux hypnotiques, aux antithermiques, aux excitants du sympathique et aux digitaliques et celle du Prof. agrégé* Harvier (*La Thérapeutique en* 1930, Paris Médical, 1930, XX, 485), *mises au point très documentées qui seront lues avec le plus grand intérêt et avec fruit par tous ceux qui s'intéressent au laboratoire et à la clinique.*

Le travail si aride et si long de la recherche des articles à analyser dans les revues et périodiques m'a été grandement facilité par les publications mensuelles des sommaires des principales revues et journaux médicaux de la Presse médicale, je tiens à féliciter et à remercier les directeurs de ce Journal pour leur si heureuse initiative, si utile pour ceux qui s'occupent de bibliographie ; ces publications mensuelles seraient parfaites, à mon avis, si elles étaient encore plus complètes et si elles s'étendaient également aux Sociétés médicales et biologiques.

Modificateurs du système nerveux central

Anesthésiques généraux.

Richet fils et Dublineau (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CV, 537), montrent que dans l'anesthésie générale la sensibilité vasomotrice est plus résistante que la sensibilité générale, entre la phase médullaire et la phase bulbaire de l'anesthésie, mais plus près de la phase bulbaire, existe une phase vasomotrice caractérisée par l'anesthésie des centres vasoconstricteurs, puis vasodilatateurs, ces derniers passant au préalable par une phase d'hyperexcitabilité. Dans le sommeil chirurgical (phase médullaire de l'anesthésie), les réflexes vasomoteurs continuent à exister, ce qui est important au point de vue du choc chirurgical.

Pour Pascalis et Garrelon (*Soc. de Méd. de Paris*, 20 novembre 1930), il est essentiel, avant toute anesthésie générale, de rechercher le réflexe oculo-cardiaque qui permet, suivant que le pouls est ralenti ou accéléré, de classer les sujets en réceptifs ou en résistants vis-à-vis de l'anesthésique. Il est facile de transformer en résistant un réceptif à l'aide de 1/2 mgr. d'ésérine. D'autre part, les grands réceptifs, qui sont des candidats à la syncope initiale, peuvent être aisément transformés en petits résistants grâce à l'atropine.

Dans le numéro d'avril 1931 du *Journal médical français* consacré à l'anesthésie, lire les articles de Hautefort et Brzezicki (L'anesthésie interrompue en chirurgie gastrique), de Elie Faure (Réflexions sur l'anesthésie générale), et de Bomfart (Du choix d'un anesthésique).

Mlle de Peretti della Rocca consacre sa thèse (*Thèse méd. Paris*, 1931) à l'étude de la syncope en chirurgie au cours des hémorragies et des anesthésies.

Troisier et Boquien (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 20 février 1931) ont obtenu des guérisons pendant plusieurs mois chez des asthmatiques rebelles par l'anesthésie générale au Schleich après une série d'évatmine. Pour Daniélopolu (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 27 février 1931), l'action efficace des anesthésiques dans l'asthme s'explique par la diminution du tonus végétatif qui prend naissance après l'anesthésie et qui dure encore assez longtemps après et aussi en partie par le choc opératoire.

Scotti-Fogliéni (*C. R. Soc. biol.*, 1931, CVI, 1049, 1053 et 1055 et CVII, 60) étudie l'influence de l'hémoglobine et de l'hématine sur la fixation du chloroforme.

Cathelin (*J. des Praticiens*, 1931, XLV, 337) reste fidèle au chloroforme comme anesthésique chirurgical, tout en reconnaissant ses dangers. De ses trente ans de pratique, il a pu conclure comme Sédillot, en 1848, que le chloroforme pur et bien employé ne tue jamais.

Tournade et Melméjac (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVI, 1150) décrivent une syncope anagyrino-chloroformique, qui n'est pas constante du reste.

Binet, Cardot, Arnaudet et Mlle Bonnet (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVII, ont fait renaître par la caféine les mouvements respiratoire du poisson *Gobias iota* arrêtés par le chloroforme en opérant sur le poisson immergé dans l'eau de mer chloroformée ou par leur technique de la tête isolée perfusée. La caféine, de même, que le camphre, (Binet et Queratto) (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 6 mars 1931) peuvent aussi rappeler les contractions du cœur isolé d'escargot arrêté par le chloroforme.

Audebert (*Thèse vét. Paris*, 1931) étudie l'anesthésie du cheval par le chloroforme.

Scotti-Fogliéni (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVII, 1009 et 1013) donne une méthode de microdosage de l'éther et étudie le coefficient de solubilité de cet anesthésique dans le sang, l'hémoglobine et l'hématine.

Chalier (31e *Congrès de l'Assoc. fr. de Chirurg. Paris*, 6-11 octobre 1930) reste fidèle à l'anesthésie générale par éthérisation rectale, qu'on a eu le tort selon lui de dénigrer après l'avoir portée aux nues, mais il admet trois principes fondamentaux : diminution de la dose totale d'éther injecté, plus grande dilution du mélange éthéro-huileux, injection très lente, en goutte à goutte, enfin injection préparante de morphine. Le domaine de cette anesthésie est essentiellement constitué par les opérations sur la tête, le cou, le thorax et le rachis.

Scotti-Fogliéni (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CV, 959, 961 et 1931, CVI, 222, 224 et 226) étudie le coefficient de solubilité du chlorure d'éthyle dans le sang, l'hémoglobine et ses dérivés.

Monod (*Bull. méd.*, 1930, XLIV, 763), pour les petites interventions, incisions d'abcès, réduction de luxation, utilise, pour opérer, la phase d'insensibilisation et de relâchement musculaire qui précède la phase d'excitation dans l'anesthésie au chlorure d'éthyle.

Lafite-Dupont (*XLIIIe Congrès franç. d'Oto-Rhino-Laryngol.* Paris, 15-18 octobre 1930) présente le « gazéthyleur », appareil, émettant du chlorure d'éthyle gazeux, réchauffé, sous pression faible et réglable, donnant une anesthésie très progressive, sans suffocation, sans asphyxie, particulièrement indiquée pour l'amygdalectomie.

Rosenthal (*Soc. Méd. de Paris*, 27 juin 1931) et Gosset et Thalheimer (*Soc. de Chir.*, 9 juillet 1930) étudient et préconisent l'anesthésie à l'avertine.

ANESTHÉSIQUES LOCAUX.

MERCIER et RÉGNIER (*Rev. de Stomatologie*, septembre 1930) continuent leurs études sur la pseudococaïne droite, et confirment sa valeur.

RÉGNIER et VALETTE (*Acad. des Sciences*, 12 janvier 1931) étudient l'influence de la réaction acide ou alcaline sur la fixation par adsorption de la cocaïne par le charbon animal et par les fibres nerveuses. Dans les deux cas, la réaction alcaline augmente dans une grande proportion la fixation de l'alcaloïde, ces résultats coïncident avec les résultats physiologiques déjà obtenus par ces auteurs.

MARINESCO et KREINDLER (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVII, 488) montrent que la novocaïne fait monter la chronaxie au point moteur du muscle normal. Cette augmentation ne dépasse pas en général le double de la valeur initiale. Par excitation longitudinale, par contre, pas de changements appréciables de la chronaxie. L'injection de novocaïne au point moteur d'un muscle spastique (hémiplégie et paraplégie spasmodique) fait monter la chronaxie jusqu'à 7 et 8 fois sa valeur initiale ; par excitations longitudinales, écartements des valeurs initiales beaucoup moins accentués et moins constants. Comportement du muscle rigide (Parkinson) analogue à celui du muscle normal, valeurs initiales de la chronaxie doublées ou triplées seulement par l'injection de novocaïne au niveau du point moteur, en excitations longitudinales valeurs très petites. Cette différence d'action de la novocaïne sur le muscle normal et pathologique doit être due à une différence de structure physico-chimique entre les diverses modifications pathologiques que subissent les muscles du squelette.

BREMER et TITECA (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CV, 873), étudiant l'action de la novocaïne sur le tonus musculaire, montrent que l'atonie novocaïnique est bien l'expression de l'insensibilisation du muscle qui cependant ne devient pas ataxique.

JUDINE (*Lyon chirurgical*, 1930, XXVII, n° 6) étudie l'anesthésie locale dans les grandes opérations de l'estomac.

Dans le *Monde médical*, 1930, XL, 758, plaidoyer d'ABOULKER en faveur de l'anesthésie locale, basé sur une expérience de 20 années.

IDE (*Strasbourg méd.*, 1931, XCI, 201) manifeste ses préférences en faveur de l'anesthésie générale par rapport à la rachianesthésie.

Par contre BONNEAU (*J. des Praticiens*, 1931, XLV, 197) insiste sur la bénignité de la rachianesthésie qui vit des contre indications de l'anesthésie générale et qui permet de guérir un grand nombre de malades qui auraient vraisemblablement succombé avec d'autres méthodes d'anesthésie.

POINCLOUX (*J. méd. français*, 1931, XX, 143) étudie les avantages, les inconvénients, les contre-indications et la technique de l'anesthésie lombaire et COHEN (*Thèse méd. Paris*, 1930), précise le rôle de la rachianesthésie dans l'accouchement méthodiquement rapide.

LUQUET (*J. méd. français*, 1931, XX, 139 et *Soc. des Chir. de Paris*, 9 janvier 1931), JONES (*Lyon chirurg.*, 1930, XXVII, 579) et HIRCHBERG (*Soc. de Méd. de Paris*, 27 juin 1931) signalent les bons résultats obtenus dans l'anesthésie rachidienne avec la percaïne.

ABUREL (*Soc. d'Obstétr. et de Gyn. de Paris*, 3 novembre 1930) précise la technique de l'anesthésie du plexus lombo-aortique en obstétrique. Par ce procédé, on calme les douleurs du bas ventre, les douleurs lombaires et les douleurs des hanches, il a pu faire ainsi sans autre anesthésie une dilatation du col suivie de version et une embryotomie.

RENDU (*XLIIIe Congrès franç. d'Oto-Rhino-Lar.*, Paris, 15-18 octobre 1930) montre que la phobie des oto-rhino-laryngologistes pour l'anesthésie locale chez les enfants est injustifiée. Il emploie en effet depuis une dizaine d'années l'anesthésie par imbibition cocaïnée et par infiltration novocaïnée, aussi bien dans l'adénectomie que dans l'amygdalectomie et cela chez des enfants de tout âge. Il n'a eu jusqu'à maintenant qu'à s'en louer, n'ayant jamais observé le moindre accident. Les anesthésiques locaux semblent même être mieux supportés par l'enfant que par l'adulte. Aussi l'auteur croit-il que la cocaïne et la novocaïne devraient remplacer le chlorure d'éthyle dans l'adéno-amygdalectomie de l'enfant puisque toutes les statistiques prouvent que l'anesthésie locale est moins dangereuse que l'anesthésie générale.

LANGERON (*Presse médicale*, 11 avril 1931, n° 29, 521) rapporte de bons résultats dans le traitement des angines de poitrine par l'injection de stovaïne *loco dolenti*.

LERICHE (*Gaz. des Hôp.*, 1930, CIII, 1294) signale les bons effets de l'anesthésie à la novocaïne des ligaments et des insertions tendineuses périarticulaires dans certaines maladies articulaires et dans les vices fonctionnels des articulations.

GALLOIS (*Soc. de Méd. de Paris*, 11 juillet 1930) pense que les injections épidurales de cocaïne dans la sciatique, préconisées par Sicard, n'ont pas seulement une action anesthésiante momentanée, mais qu'elles ont aussi une action curative. En effet, il suffit souvent de deux ou trois de ces piqûres pour amener la guérison au moins dans les cas de sciatique banale dite rhumatismale. Il est probable qu'elles seraient sans action sur les sciatiques graves à type névritique ou causées par une compression. Par contre, des injections intramusculaires peuvent amener la guérison de névralgies du bras.

PHÉLIP (*XXXe Congr. fr. d'urologie*, Paris, 7-13 octobre 1930) montre que les échecs et les incidents de l'anesthésie épidurale disparaîtront dans une large mesure si l'on suit les préceptes suivants : employer des solutions fraîchement préparées ; vérifier que l'injection est bien faite au bon endroit ; attendre suffisamment que l'anesthésie se produise ; et surtout au lieu d'injecter 30 cc. d'une solution à 1/50e, injecter 50 à 60 cc. d'une solution à 1/100e, de moindre toxicité et de diffusion plus grande; vérifier la tension artérielle, ne pas faire d'épidurale chez les hypotendus. Pendant l'anesthésie épidurale, la chute de tension est souvent de 30 mm., si la chute est prononcée, injecter de l'adrénaline.

HYPNOTIQUES.

LAUNOY et COUTIÈRE (*Acad. de Méd.*, 16 juin 1931) montrent que le véronal étant pris comme unité, la toxicité du dial, du sonéryl, de l'amytal et du nembutal est respectivement de 3,1, 4,7, 10,1 et 10,1 et la valeur narcotique de 3,22, 5,75, 12,27 et 16,36.

Mlle J. LÉVY et CAHEN (*Soc. Thér.*, 8 octobre 1930) étudient l'accoutumance des poissons de mer (*Gobius*) et d'eau douce (Epinoche) vis-à-vis de divers hypnotiques, les uns thalamiques (sonéryl et hexyléthylmalonylurée), les autres probablement corticaux (avertine et phényldiéthylglycol). Toutes ces substances, après un certain temps, donnent lieu à une accoutumance qu'on réalise par immersion discontinue dans des solutions dont la concentration est inférieure à celle provoquant l'hypnose ou la mort. Cette accoutumance n'est pas spécifique et des poissons accoutumés à l'un des hypnotiques le sont également aux autres. La désaccoutumance par maintien des animaux dans l'eau pure exige, tout au moins pour l'avertine, sensiblement le même laps de temps que pour l'accoutumance.

FABRE (*Bull. Soc. Chim. Biol.*, 1930, XII, 954) montre que les dérivés barbituriques se fixent *in vivo* sur les hématies en quantité bien supérieure à celle retrouvée sur le plasma, ce qui explique l'action favorable des saignées dans l'intoxication barbiturique.

KAPEL (*Gyn. et Obst.*, 1930, XXII, 505) étudie l'anesthésie obstétricale par un dérivé barbiturique (numal) associé au pantopon synthétique (nirvapon) et obtient de bons résultats ; cependant ce procédé n'est pas encore le moyen idéal, il est à déconseiller dans la pratique courante à cause des dangers qu'il présente pour l'enfant ; il est cependant de beaucoup préférable au pernoctone vu la rareté des phénomènes d'excitation

CODET (*Progrès médical*, 1930, n° 41, 1691) est d'avis que, dans l'insomnie habituelle, on a intérêt de procéder en deux temps : dans le premier préparant, on fait prendre, à la fin de l'après-midi, un médicament sédatif du vago-sympathique, dans le deuxième efficient, on administre au moment du coucher l'hypnotique proprement dit, à dose faible, non toxique, mais suffisante, on procure ainsi un sommeil satisfaisant avec une médication toxique au minimum, d'élimination rapide, dans des cas d'insomnie véritablement rebelle.

CHEVALIER (*Soc. Thér.*, 8 octobre 1930) signale que des médecins lui ont rapporté certains troubles survenus après absorption de chloraloses commerciales. Ces troubles provenaient de l'impureté des produits (parachloraloses). Il est nécessaire d'utiliser des chloraloses parfaitement purifiées et dont le point de fusion soit de 182°-184°.

MAILLARD et THOMAZI (*Presse médicale*, 10 juin 1931, n° 46, 851) rapportent des manifestations tardives et rares d'ailleurs d'une intoxication due à un emploi prolongé des barbituriques (gardénal et rutonal), caractérisée par des myalgies et une atteinte articulaire donnant une extension pénible, résistant aux sédatifs ordinaires et dont l'amélioration exige la diminution de la dose et parfois sa suppression, d'où rupture de l'équilibre et nouvelle apparition des troubles comitiaux.

CHÉRAMY et TARDIEU (*Soc. Thér.*, 13 mai 1931) signalent un cas d'intoxication aiguë chez une femme, suivi de guérison, par l'absorption successive de 1 gr. 50 de sonéryl, 5 gr. de teinture d'aconit et 8 cc. environ de teinture d'iode. Tableau de l'intoxication par l'aconit, aucun signe de barbiturisme sauf un état ébrieux transitoire. Comme la dose d'aconit ingérée était largement mortelle, les auteurs ont pensé que la survie de la

malade était due à l'absorption concomitante de barbiturique et ils ont pu, en effet, constater expérimentalement chez le cobaye une action protectrice du gardénal vis-à-vis des doses justes mortelles d'aconit. Cependant, il ne s'agit pas ici d'un antidotisme véritable, car à doses plus élevées les deux toxiques surajoutent leur action nocive.

LHERMITTE et Mlle PARTURIER (*Soc. de Neurol.*, 6 novembre 1930) rapportent un cas d'intoxication par le phanodorme (cyclohexenyléthylmalonylurée) (0 gr. 80), chez une jeune fille, avec symptômes d'une intoxication mésodiencéphalique : délire confusionnel actif, hyperesthésie sensorielle, ralentissement du pouls et de la respiration, puis sommeil agité entrecoupé de vomissements abondants, puis accélération du pouls, diplopie et état lipothymique, suivis de rétablissement après une période d'anurie transitoire.

LHERMITTE et Mlle G. LÉVY (*Soc. Neurol.*, 5 mars 1931) rapportent également un cas d'intoxication aiguë chez un tabétique de 60 ans qui ingéra en une fois plusieurs cachets de sulfonal, de chloral et de gardénal. Après un sommeil profond de plusieurs heures, le malade présenta une ophtalmoplégie droite avec diplopie et ptosis et des mouvements choréoathétosiques du membre supérieur controlatéral. Quelques jours plus tard survint un état d'hallucinose visuelle : phénomènes dus à une lésion limitée de la calotte pédonculaire par les narcotiques ingérés.

LE GUILLANT (*Thèse méd. Paris*, 1930) étudie la toxcomanie barbiturique. Presque tous les toxicomanes barbituriques sont des psychopathes déprimés et anxieux qui recherchent dans le barbiturisme un apaisement d'un malaise et l'euphorie. L'accoutumance est lente, mais certaine, les complications graves et fréquentes : excès impulsifs lors des paroxysmes de la dépression ou de l'anxiété fondamentale, d'où ivresse, coma barbiturique ; les troubles mentaux réalisés sont caractérisés par des états confusionnels avec excitation et onirisme, des états maniaques purs, des phénomènes de pseudo-paralysie générale.

VANIER (*J. de Méd. et Chir. pratiques*, 1930, CI, 509) donne une revue générale des érythèmes barbituriques.

GOUGEROT et MEYER (*Soc. fr. de Derm. et Syph.*, 8 février 1931) ont observé des lésions papulo-vésiculeuses de la peau suivies d'un état purpurique et de pigmentation chez une femme après absorption d'adaline.

ALCOOL.

LAPICQUE et KAJIWARA (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CV, 632) ont constaté que, sous l'influence de l'alcool, il se produit une égalisation des chronaxies des antagonistes, d'où l'imprécision des mouvements, la marche titubante et la raideur spéciale des sujets en état d'ivresse.

CHAUCHARD et KAJIWARA (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CV, 778) montrent que l'alcool agit sur les neurones corticaux dans le même sens que le chloroforme en augmentant la chronaxie. Il produit sur les zones motrices des antagonistes des perturbations qui contribuent à expliquer les troubles de la coordination dans l'intoxication alcoolique aiguë.

NICLOUX et REDSLOB (*C. R. Biol.*, 1931, CVII, 997) ont constaté que l'alcool ingéré passe du sang dans le corps vitré et le cristallin par un phénomène de diffusion.

LANDAU, FEJGIN et BAUER (*Presse médicale*, 11 avril 1931, n° 29, 523) préconisent les injections intraveineuses d'alcool à 33° dans les processus purulents pulmonaires.

FOLLY (*Soc. de Méd. de Nancy*, 10 juin 1931) signale un cas intéressant de polynévrite éthylique à forme hémiplégique localisée sur les fléchisseurs, la localisation habituelle se faisant sur les extenseurs.

BENON (*Gaz. des Hôp.*, 1930, CIII, 1685) étudie l'alcoolisme dipsomniaque.

SIMONIN (*J. de Physiol. et Path. gén.* 1930, XXVIII, 596 et 626) étudie expérimentalement l'influence de la concentration de l'alcool ingéré sur le taux alcoolique du sang, l'influence du rythme de l'ingestion, de l'état de jeûne ou de plénitude de l'estomac sur l'absorption de l'alcool et la teneur respective en alcool du plasma et des globules rouges dans l'intoxication alcoolique aiguë. L'auteur étudie également l'alcoolisme aigu de l'adulte et de l'enfant et montre que l'insuline n'a aucune influence sur la combustion intraorganique de l'alcool.

HARMINE.

LEGRAND et LAMELIN (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CV, 945) ont constaté qu'aux doses thérapeutiques usuelles, l'harmine est sans action sur les échanges respiratoires chez l'homme et l'animal sains. A ces mêmes doses, l'harmine provoque chez le parkinsonnien une amélioration clinique subjective accompagnée d'une forte diminution des échanges respiratoires. A fortes doses, elle provoque chez l'animal l'apparition d'un tremblement qui augmente considérablement les échanges respiratoires.

DECOURT et LEMAIRE (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CIV, 971) ont observé une action identique sur la pression artérielle de la yagéine, de l'harmine allemande et de l'harmine Hasenfratz (chute égale de la pression artérielle). Sur les mouvements de l'intestin *in situ* action paralysante de la yagéine notablement plus durable que celle de l'harmine Hasenfratz, celle-ci est par contre un peu plus active sur l'intestin que l'harmine allemande. Augmentation parallèle et de même sens des pressions rachidienne et veineuse, synchrone à la chute de la pression carotidienne et de même durée qu'après harmine Hasenfratz, phénomène en faveur du mécanisme vasculaire de l'hypotension sanguine déterminée par l'harmine.

DECOURT, AZERAD et Mlle BONNARD (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CIV, 1209) montrent que l'injection sous-cutanée de 2 cgr. de chl. d'harmine provoque chez l'homme une élévation de la glycémie, sans modifier notablement la réserve alcaline ; assez régulièrement abaissement du métabolisme basal. Les résultats sont les mêmes chez l'homme normal et le parkinsonnien.

DECOURT et LEMAIRE (*Paris méd.*, 1930, XX, 505) ont injecté à des parkinsonniens, tous les jours, 2 centigr. d'harmine sans incidents sérieux, quelquefois quelques nausées, une sensation légère et fugace d'étourdissement. Sans conteste, l'harmine est un des médicaments les plus efficaces du syndrome parkinsonnien, cependant si chez nombre de parkinsonniens l'harmine peut apporter un soulagement très appréciable, elle n'a malheureusement aucun effet curateur et n'est sans doute pas capable d'entraver l'évolution inexorable de cette affection.

FAURE-BEAULIEU et CORD (*Rev. méd. fr.*, 1931, XII, 445) et DEVIC, PERRON et ROUGIER (*J. de Méd. de Lyon*, 1931, XII, 157) arrivent aux mêmes conclusions que les auteurs précédents.

SAINTON en collaboration avec MOUGIN, d'une part, (*Soc. d'Oto-Neuro-Ophl. de Paris*, 15 janvier 1931) et avec HESSE, d'autre part, (*L'Hôpital*, 1931, XIX, 236) a obtenu avec l'harmine de bons effets dans les spasmes oculogyres post-encéphalitiques.

Pour MACÉ DE LÉPINAY (*Soc. Ther.*, 1931, 11 février), les médicaments qui donnent les meilleurs résultats dans la maladie de Parkinson sont encore la scopolamine, l'hyoscyamine, la cicutine, le datura, le cacodylate et le salicylate de soude en injections intraveineuses, l'arnica et le luminal.

BULBOCAPNINE

AMAT (*Soc. des Sc. méd. et biol. de Montpellier*, mai 1931) aurait obtenu une stabilisation rapide d'une tuberculose pulmonaire commune extensive au cours d'un traitement par la bulbocapnine.

BROMURES

DESRUELLES et Mlle CHIARLI (*Soc. médico-psychol.*, 29 mars 1931) ont arrêté par des injections de sérum bromuré hypertonique des crises épileptiques répétées à de courts intervalles.

Etude de CHAVANY (*J. Méd. et Chir. prat.*, 1931, CI, 388) sur l'épilepsie et son traitement par le gardénal et les bromures.

MIRALLIÉ (*Progrès méd.*, 1930, n° 44, 1891), obtient de bons résultats dans le traitement de l'épilepsie par le régime achloruré absolu et les bromures.

SPILLMANN et WEIS (*Soc. fr. Derm. et Syph.* (Réunion de Nancy), 1931, XXXVIII, 77), ont observé des bromides tubéreuses en nappes consécutives à un traitement anti-épileptique.

STRYCHNINE.

AUGER (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CV, 775) étudie l'influence de la strychnine sur la fatigue du nerf et constate que si l'on trempe un nerf dans une solution de strychnine au millième dans de l'eau physiologique, ou même à des concentrations moindres, on voit, au fur et à mesure que le nerf s'empoisonne, la fréquence des excitations nécessaires pour fatiguer complètement le nerf baisser graduellement de 50 jusqu'à quelques-unes par seconde.

VELLUZ (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CV, 468), montre qu'il suffit de rendre fortement hypertonique une solution de sulfate de strychnine pour en diminuer notablement la toxicité. Chez le cobaye, l'injection sous-cutanée de deux doses mortelles de sulfate de strychnine reste sans effets appréciables si la solution injectée est additionnée de 10 % de NaCl ou de diverses autres substances minérales ou organiques (Chl. de lithium, de Mg, KBr, SO^4Na^2, glucose, saccharose) à des concentrations correspondantes. On observe également ces effets avec l'aconitine, la vératrine, la brucine. On peut supposer que l'hypertonicité des solutions fait disparaître les effets toxiques en retardant la diffusion complète de l'alcaloïde.

MARIE (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CV, 744 et 846 ; 1931, CVII, 574 et 695) confirme les travaux de Baudran sur la neutralisation

de la strychnine par les oxydants et montre qu'à ce point de vue le MnO^4K est plus actif que le permanganate de Ca utilisé par Baudran. L'auteur a également pu réaliser la neutralisation de la strychnine chez le rat par addition à la strychnine d'émulsion de surrénales ou d'adrénaline et de sang de cobaye ou de bile de bœuf. L'émulsion de surrénales ou l'adrénaline seules ne neutralisent pas l'action de la strychnine, ce sont les pigments sanguins et biliaires qui jouent le rôle essentiel dans cette neutralisation.

Sassard (*Soc. nat. Méd. et Soc. méd. de Lyon*, 25 mars 1931) rapporte un cas d'intoxication, suivie de guérison, par l'ingestion de 100 granules de sulfate de strychnine à un milligramme. Deux heures après le malade avait l'aspect d'un tétanique. Un lavage d'estomac permit de retirer 25 granules, une injection d'apomorphine en fit vomir 15. Grâce au traitement associé, tanin, spasmalgine, chloral, permanganate, la guérison fut rapide.

Froment, Morelon et Mlle Rougier (*Soc. Neurol.*, 7 mai 1931) attirent l'attention sur la manière paradoxale dont se comporte la strychnine aux mêmes doses à l'égard d'états classés hyper- ou hypotoniques. Rehaussant l'hypotonie de la chorée, la strychnine assouplit l'hypertonie parkinsonienne, tandis qu'elle enraidit l'hypertonie pyramidale et cependant ces effets contradictoires sont le résultat de l'action excito-motrice de ce catalyseur qui exalte l'excitabilité réflexe.

Pagniez et Chaton (*Presse méd.*, 28 février 1931, n° 17, 297) et Chaton (*Thèse Méd. Paris*, 1930) obtiennent avec la strychnine dans les accidents aigus de l'alcoolisme chronique une action remarquable. La strychnine modifie l'état d'agitation délirante des alcooliques, lentement et progressivement, améliore l'état général du malade, stimule l'appétit, fait disparaître les troubles digestifs, les cauchemars, l'insomnie et diminue l'intensité des tremblements.

Lamoril (*J. des Sc. méd. de Lille*, 1931, XLIX, 292) a obtenu de même d'excellents résultats par les hautes doses de strychnine dans un cas de délire alcoolique, il existe un véritable antagonisme entre strychnine et alcool.

PICROTOXINE.

Chavang et Thiébaut (*Soc. de Neurol.*) 4 juin 1931) ont observé que la picrotoxine augmente la raideur et le tremblement des parkinsonniens séniles ou post-encéphalitiques; par contre, un malade atteint de spasme de torsion a été très amélioré par des injections biquotidiennes de 1 à 2 mgr.: l'effet est assz tardif après l'injection et paraît s'épuiser à la longue. Résultats à rapprocher de ceux obtenus par Froment avec la strychnine.

OPIUM et DÉRIVÉS.

Launoy et Nicolle (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CIV, 1238 et 1931, CVI, 265) montrent qu'alors que le lapin normal supporte de fortes doses de morphine sans succomber ; chez le lapin narcosé (chloralose), la morphine détermine des états apnéiques graves ; l'excitation du sinus carotidien peut déterminer dans certains cas, la reprise des mouvements respiratoires.

Mlle Bonvallet et Rudéanu (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVII, 966) ont observé que chez le chien et le lapin la morphine agit sur la chronaxie de subordination pour ramener à l'unité le rapport de 1 à 2 qui existe normalement entre deux muscles antagonistes; comme pour d'autres poisons, cette égalisation entraîne la disparition de la coordination des mouvements.

Leulier et Drevon (*Acad. des Sc.*, 4 mai 1931) démontrent que le sang humain ou animal transforme rapidement *in vitro* la morphine en oxydimorphine. L'agent de transformation est ici l'oxyhémoglobine qui agit comme un peroxyde minéral ajouté au sérum. La transformation de l'oxyhémoglobine en carboxyhémoglobine entrave complètement la réaction. Ces faits peuvent éclairer le problème des destinées de la morphine injectée dans l'organisme animal.

Mlle J. Lévy et Gaudin (*Bull. des Sc. Pharm.*, 1930, XXXVII 407) étudient l'action comparative des principaux alcaloïdes et dérivés de l'opium sur l'intestin isolé de cobaye et donnent une méthode de dosage biologique de la narcotine dans les mélanges morphine-narcotine et dans les préparations à base de poudre d'opium.

Targowla (*Presse méd.*, 1930, n° 64, 1077) montre qu'une épreuve de la glycémie morphinique négative (hyperglycémie nulle ou faible) constitue un signe d'insuffisance surrénale lorsqu'il n'y a pas d'insuffisance thyroïdienne importante. Dans certains cas rares toutefois, l'absence de réaction peut être due surtout à l'inexcitabilité neuro-végétative. L'inversion du phénomène réactionnel (chute de la glycémie) ne semble pas relever d'un facteur capsulaire. Quant à l'exagération de l'hyperglycémie, elle ne peut être appliquée valablement au diagnostic clinique d'un hyperfonctionnement surrénal dans l'état actuel du problème.

Bonnefon (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVII, 624) constate que les injections sous-conjonctivales de NaCl et de dionine (solutions hypertoniques dioninées) déclenchent par osmose et dialyse un véritable drainage du corps vitré.

Pavel, Milcou et Radvan (*Paris méd.*, 1930, XX, 125) étudient l'action toxique de la morphine sur la cellule hépatique.

Massaut (*Soc. de Psychiâtrie*, 18 décembre 1930) attire l'attention sur un cas d'onirisme et de délire postonirique à la suite d'une intoxication par l'eucodal et le gardénal associés.

Chompret et Dechaume (*Assoc. stomatolog. internat. Venise*, 15-21 septembre 1930 et *Rev. de Stomatol.*, XXXII, n° 11, novembre 1930) étudient les caries et altérations dentaires chez les morphinomanes.

Les toxicomanies morphinique et opiacée ont suscité cette année plusieurs travaux, nous citerons à ce sujet les publications de Leulier, Delaye et Pommé (*Soc. méd. Hôp. de Lyon*, 20 janvier 1931), de Fleury (*Acad. Méd.*, 16 décembre 1930), Ballarin (*Thèse Méd. Paris*, 30 janvier 1931 étude sur le parégorisme), Gaide (*Bull. Soc. med. chir. Indo-Chine*, 1930, VIII, 964), Neuberger (*J. des Praticiens*, 1930, XLIV, 834) et Koukol (*Thèse Méd. Paris*, 1930. Schiff et Pichard (*Soc. de Psychiâtrie*, 23 octobre 1930) rapportent des cas de pratiques toxicomaniaques inhabituelles, héroïnomanie intra-veineuse, morphinomanie intradermique.

Loubier et Pommé (*Acad. Méd.*, 22 juillet 1930) montrent que l'oxydimorphine possède les propriétés anesthésiques et euphoriques de la morphine, elle semble devoir provoquer, comme la morphine, une certaine accoutumance, qui malgré sa faible toxicité méritera sans doute son inscription au tableau B.

Les frères Mercier (*Bull. med.*, 1930, XLIV, 593) étudient l'action de la papavérine en pathologie digestive et montrent que cet alcaloïde de l'opium n'amène la sédation des douleurs et la disparition des troubles fonctionnels que dans les affections d'origine spasmodique. Dans tous les autres cas, la papavérine est inefficace. Les doses ordinairement employées (0 gr. 05 à 0 gr. 15 par jour par voie digestive) ne procurent aucun soulagement. Il faut atteindre des doses de 0 gr. 25 à 0 gr. 30 de chl. de papavérine *per os* en deux prises quotidiennes pour obtenir des résultats positifs. Ces doses, même employées pendant plusieurs jours consécutifs ne provoquent aucun symptôme d'intolérance.

Modificateurs du système nerveux périphérique

EXCITANTS DU SYMPATHIQUE.

Paget (*Bull. Sc. Pharm.*, 1930, XXXVII, 537 et 1931, XXXVIII, 77), donne une nouvelle réaction colorée de l'adrénaline et de l'adrénalone basée sur l'emploi du molybdate d'ammoniaque.

Paget, Péchon et Hecquet (1931, LIX, 433) étudient la recherche de l'adrénaline dans l'urine.

Paget et Leblond (*J. des Sc. méd. de Lille*, 1931, LIX, 7 et 15) montrent la réalité de l'existence de l'adrénaline virtuelle des surrénales. Très sensible à la cadavérisation, cette adrénaline résiste mieux à l'autolyse *in vitro*. Sa libération n'est pas l'œuvre d'une action diastasique. Elle est particulièrement mise en évidence dans la portion médullaire, tandis qu'elle est très rarement décelée dans la zone corticale qui ne peut plus être considérée comme une portion adrénalinogène. Les auteurs confirment les travaux de Leulier et infirment ceux d'Abelous.

Renaud et Miget (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CV, 201) montrent que les effets d'une injection d'une même dose d'adrénaline sont très différents suivant que la solution est concentrée ou diluée. Telle dose qui détermine la mort brutale à une certaine concentration, ne détermine plus la mort si on la dilue de moitié et ne produit que des accidents bénins si elle est diluée 5 fois. L'adrénaline entraîne la mort par une excitation brutale des centres nerveux et ne produit celle-ci que si sa concentration dans les humeurs dépasse une certaine limite. En raison de la diffusion et de l'élimination rapide de l'alcaloïde, cette concentration ne peut être atteinte que d'une façon très passagère et grâce à une résorption très rapide. C'est une question de minutes et même de secondes qui décide ici de la vie ou de la mort.

Tournade (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVI, 442) montre que l'action directe de l'adrénaline sur le centre vaso-constricteur reste encore à démontrer.

Tournade, Hermann et Jourdan (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVI, 341) constatent que le curare ne modifie pas l'adrénalino-sécrétion, qui manifeste ses effets normaux chez le chien récepteur. Chez le chien curarisé, toutes les agressions nerveuses

ou pharmacodynamiques qui suscitent d'ordinaire une abondante émission d'adrénaline ne déterminent plus que des réactions cardio-vasculaires affaiblies ou nulles, l'hormone est bien encore intensément sécrétée, mais elle trouve un organisme indifférent à son action.

BOUCKAERT et HEYMANS (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CV, 878) montrent que la section des nerfs sinocarotidiens et des troncs vagosympathiques dépresseurs empêche la production de la syncope adrénalino-chloroformique.

HERMANN et JOURDAN (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVI, 1153) constatent que la cocaïne protège dans une certaine mesure le chien contre la syncope adrénalino-chloroformique en atténuant la susceptibilité du cœur vis-à-vis des causes provocatrices de la fibrillation.

PETZETAKIS (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVI, 885) étudie électrocardiographiquement la fibrillation cardiaque déterminée par les doses toxiques d'adrénaline chez le lapin.

BENHAMOU et NOUCHY (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVII, 827) constatent une augmentation des hématies granulo-filamenteuses après injection d'adrénaline, vraisemblablement par exode d'éléments préformés et déjà prêts à sortir.

GAUTRELET, BENNATI, HERZFELD et VALLAGNOSC (*Bull. Soc. Chim. Biol.*, 1930, XII, 1100) étudient le rôle de l'apnée dans l'élévation de la réserve alcaline déterminée par l'adrénaline.

DANIÉLOPOLU, MARCU, PROCA et BRAUNER (*Acad. méd.*, 10 mars 1931), montrent que le foie normal retient plus que les tissus périphériques ou le rein l'adrénaline et l'acétylcholine injectées dans la veine porte ou une artère périphérique et qu'il perd en partie cette propriété quand il est préalablement altéré par la toluylène diamine ou l'huile phosphorée ou après blocage du système réticulo-endothélial. A l'état normal, le foie possède une fonction de mise en réserve des substances à action végétative, grâce à laquelle la teneur des humeurs en ces substances normalement sécrétées par l'organisme est constante. La modification du tonus végétatif chez les hépatiques, comme par exemple la bradycardie ictérique, sont dues à une altération de cette fonction régulatrice du tonus végétatif que possède le foie.

NEUMARK (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CIV, 1126) a constaté une hypercholestérinémie adrénalinique et ergotaminique.

BENHAMOU et GILLE (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVII, 173) montrent que l'aminoacidémie adrénalinique est due à la splénocontraction adrénalinique, elle est en effet, supprimée par la splénectomie.

CHAMPY (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CIV, 961) étudie microscopiquement l'effet de l'adrénaline sur les vaisseaux du mésentère de grenouille : striction vive des artères pouvant aller jusqu'à l'oblitération momentanée presque complète, effacement des capillaires et dilatation intense des veines.

POLEFF (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVI, 431) montre que l'adrénaline renforce l'immunité locale créée par l'injection d'antivirus staphylococcique dans la conjonctive du lapin.

RATHERY et GÉRARD (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CV, 378) montrent que les Ephedra de provenance française contiennent un produit hypertensif, qui est vraisemblablement de l'éphédrine gauche. Il paraît possible d'obtenir même à partir des Ephedra des extraits à pouvoir hypertenseur supérieur à celui de l'alcaloïde isolé de la plante.

Mlle J. LÉVY (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVI, 548 et 552) étudie chez le chien la noréphédrine racémique : effets hypertenseurs comparables comme intensité à ceux de l'éphédrine racémique. Action cardiaque stimulante à faibles doses et déprimante aux doses fortes, propriétés vaso-constrictrices inconstantes. Les effets hypertenseurs de la noréphédrine racémique, quoique très diminués, ne sont pas inversés par la yohimbine comme ceux de l'adrénaline. Cet alcaloïde ne rentre donc pas dans le groupe des vrais sympathomimétiques. Ses différents effets sur le cœur et les vaisseaux, sur le péristaltisme intestinal et sur les bronches le rapprochent de l'éphédrine et permettent de lui attribuer à la fois une action musculaire et une action sur le système nerveux sympathique, celle-ci étant probablement prédominante.

Mlle J. LÉVY et Mme SERGENT-MONSARRAT (*Paris méd.*, 1931, XXI, 148) étudient l'action pharmacodynamique de 8 amino-alcools préparés synthétiquement, appartenant à trois séries différentes : 1° première série, substances dérivées de l'aminoacétophénone : le chl. de phényl-2-propanol-2-amine est la seule parmi les substances étudiées qui agit sur la pression artérielle du chien en donnant de l'hypertension, action comparable à celle de l'éphédrine racémique, mais faible action vagale et faible action vasomotrice. Son homologue supérieur, le chl. de phényl-3-butanol-2-amine a peu d'action sur la pression artérielle à petites doses et est hypotenseur aux fortes doses ; 2° substances dérivées de l'éphédrone. Le chl. de phényl-3-méthylamino-2-butanol et son homologue supérieur sont hypotenseurs, hypotension d'autant plus importante que le poids moléculaire est plus élevé : action nettement distincte de celle de l'éphédrone dont ils dérivent ; 3° substances dérivées de l'éthanolamine : *a*) dérivés du glycocolle : la diéthyléthanolamine, peu toxique, très vasoconstrictrice, ses homologues sont d'autant plus toxiques que le poids moléculaire est plus élevé ; *b*) dérivés de l'alanine : le chl. d'éthyl-3-pentanol-3-amine-2 agit sur la pression artérielle en l'abaissant, action vasodilatatrice sur les vaisseaux du cobaye.

LAUNOY et NICOLLE (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVII, 798) ont observé qu'à doses égales, la noréphédrine racémique présente un pouvoir hypertenseur plus marqué que celui de l'éphédrine racémique ; de même, l'activité de la noréphédrine lévogyre est égale à trois fois celle de l'éphédrine lévogyre, égalité d'action de la noréphédrine racémique et de l'éphédrine lévogyre naturelle. Toutes ces noréphédrines conservent leur activité quand elles sont administrées par voie entérale. La cocaïnisation ne réduit pas de plus de 7 % l'action pressive de la noréphédrine gauche et une dose d'ergotamine capable d'annuler l'action pressive de l'adrénaline réduit celle de la noréphédrine seulement de 58 %.

CORDIER et VERRIÈRE (*Soc. méd. Hôp. de Lyon*, 2 décembre 1930) recherchant si, par un test préalable, on peut prévoir à l'avance le produit (éphédrine, adrénaline, atropine) qui présente l'action la plus favorable chez les asthmatiques, n'ont pu mettre en évidence aucune relation entre l'action de ces corps utilisés comme test et comme médicaments curatifs.

GUINAT (*Sem. dentaire*, 3 août 1930) étudie l'utilisation de l'éphédrine en stomatologie.

Etude de RISCHARD (*Strasbourg méd.*, 1930, XC, 521) des poisons et des lois du sympathique.

TOURNADE, MALMÉJAC et MORALI (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, 532 et CVII, 165 ; *Algérie méd.*, 1931, XXXV, 85) montrent que l'hordénine, comme la nicotine et la lobéline, détermine (mais pas d'une façon constante), la mort brusque du chien par fibrillation ventriculaire quand on l'injecte dans les veines d'un animal chloroformé, probablement par le même mécanisme que la syncope adrénalino-chloroformique. L'action respiratoire et circulatoire de l'hordénine est assez analogue à celle de la nicotine, elle relève d'une excitation, puis d'une paralysie relative du système végétatif. L'hordénine détermine une hyperglycémie qui doit être attribuée pour une bonne part à une hypersécrétion adrénalinique intense, mais aussi à une stimulation peut-être centrale, à coup sûr périphérique, du système nerveux glycorégulateur proprement dit, car l'hordénine donne les mêmes effets, au degré près, sur le chien décapsulé, à splanchniques coupés.

F. MERCIER (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVII, 38) a observé avec la triméthylamine, aux doses de 10 à 20 mgr. par kgr. par la voie veineuse chez le chien, une forte action hypertensive, renforcée par l'atropinisation préalable de l'animal, inversée par la yohimbine et supprimée par la spartéine.

HERMANN et MORALI (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVII, 829) montrent l'identité entre les accidents cardiaques foudroyants entraînés par l'adrénaline et l'extrait de genêt (préparé selon la méthode de Busquet et Vischniac) chez le chien légèrement chloroformé.

RAYMOND-HAMET (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVII, 817) constate que la cocaïnisation augmente nettement l'action hypertensive de l'extrait de genêt comme celle de l'adrénaline et contrairement à celle de la tyramine, de l'éphédrine et de l'hordénine.

RAYMOND-HAMET (*Acad. des Sc.*, 18 mai 1931), poursuivant l'étude du mécanisme de l'action des amines sympathomimétiques, montre que l'adrénaline agit exclusivement sur le sympathique, tandis que les substances qui s'en rapprochent chimiquement excitent non seulement le sympathique, mais aussi les ganglions du système nerveux végétatif. L'adrénaline, substance naturelle élaborée par les capsules surrénales, est l'excitant le plus puissant et le plus pur du système nerveux sympathique, on ne peut sans inconvénients substituer à cette substance l'un ou l'autre de ses succédanés.

RAYMOND-HAMET (*Acad. de Méd.*, 13 janvier 1931) étudie la mezcaline, principe actif du Peyotl ; cet alcaloïde voisin chimiquement de l'adrénaline, paralyse le vague, abaisse la pression artérielle, excite les contractions intestinales et provoque des phénomènes psychiques et physiologiques spéciaux (visions lumineuses en particulier).

NICOTINE et TABAC.

RAYMOND-HAMET (*Arch. Internat. Pharm. et Thér.*, 1930, XXXVIII, 382) montre que l'action intestinale de la nicotine est purement périphérique et peut se produire non seulement en l'absence de surrénales, mais même après extirpation des gros ganglions du plexus solaire.

BINET et ZAMFIR (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 12 juin 1931) soumettent des poissons d'eau douce à l'action de macération de

tabac et de la nicotine ; existence indiscutable d'une accoutumance à ces agents, mais surtout preuve que la nicotine peut supprimer momentanément des réflexes associatifs ou conditionnels sous la dépendance des centres nerveux supérieurs.

Tournade (*Soc. méd. Hôp. de Lyon*, 12 mai 1931) montre que la nicotine par la voie veineuse et l'inhalation de fumée de tabac ont l a même action chez le chien sur les appareils cardio-modérateurs, vaso-constricteurs, adrénalino-sécréteurs et respiratoire, sur le muscle irien, intestinal, vésical, la sécrétion salivaire, l'équilibre glycémique et les muscles du squelette. Le poison contenu dans la fumée d'une cigarette s'identifie donc avec la nicotine ou certains des dérivés de celle-ci doués des mêmes propriétés pharmacodynamiques. Pas d'accoutumance expérimentalement décelable aux effets de l'intoxication tabagique. La pratique de l'inhalation de fumée de tabac est pour l'auteur incontestablement dangereuse surtout si le sujet est un hypertendu, un angineux, un diabétique, un déséquilibré du système nerveux végétatif.

Pouey (*Thèse Méd. Paris*, 1931), étudiant le tabagisme chronique, montre que les tabacs dits dénicotinisés sont à peu près aussi nocifs que les autres et qu'il est très difficile de diminuer d'une façon appréciable la toxicité de la fumée. L'opinion publique est persuadée de l'inocuité absolue du tabac, qui est pourtant la cause de nombreux troubles fonctionnels. L'opinion médicale est très divisée, les médecins fumeurs ne voyant pas la question sous le même angle que les non fumeurs.

Pour Prosper Veil (*J. des Praticiens*, 1931, XLV, 375), l'amblyopie toxique alcoolonicotinique est assez fréquente et caractérisée par une diminution de l'acuité visuelle centrale, avec un scotome central bilatéral pour les couleurs vert et rouge en particulier, témoignant d'une atteinte élective des faisceaux maculaires de chaque nerf optique. La cécité n'est jamais complète et la guérison complète possible par suppression des toxiques alcool et tabac.

Portier (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CV, 367) étudie l'empoisonnement des Lépidoptères par la nicotine. Cet alcaloïde déposé sur les téguments des Papillons pénètre en suivant surtout les nervures et probablement les trachées qui y sont contenues et exerce une action convulsivante qui semble localisée sur le système nerveux central (ganglions). Dans l'intoxication par les antennes, les ganglions cérébroïdes sont les premiers atteints (d'où trémulation des antennes). Les ganglions de la chaîne ventrale ne sont touchés qu'ensuite (contractions des muscles moteurs des ailes, déroulement de la trompe).

Labat (*J. de méd. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 1930, CVII, 603) dans une conférence historique rappelle un empoisonnement célèbre et l'isolement toxicologique de la nicotine fait la première fois sur les viscères par Stas.

PARALYSANTS DU SYMPATHIQUE.

YOHIMBINE

Raymond-Hamet (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVII, 711) renverse par l'yohimbine les effets hypertenseurs de l'excitation électrique du grand splanchnique chez le chien.

Hazard (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVII, 195) montre que la paralysie du sympathique provoquée par la yohimbine est indépendante du taux de la calcémie et qu'elle doit donc s'effectuer par un autre mécanisme que celui de l'immobilisation du calcium.

Cheymol et Quinquaud (*Arch. Int. Pharm. et Thér.*, 1930, XXXVIII, 431) montrent également que les paralysants du sympathique (yohimbine, ergotamine, bleu de méthylène), ne font pas varier le taux du calcium total du sang.

Cheymol, Hazard et Quinquaud (*Arch. Int. Pharm. et Thér.*, 1930, XXXVIII, 434) constatent qu'après une injection d'yohimbine, chez le lapin, l'apnée adrénalinique est supprimée, mais non inversée.

Villaret, Justin-Besançon et de Sèze (*C. R. Soc. Biol.* 1930, CVI, 1210 et 1211) montrent que la yohimbine inverse l'hypertension déclenchée par l'embolie cérébrale expérimentale, d'où preuve de l'importance de l'adrénalinosécrétion dans cette hypertension. L'ergotamine par contre la supprime seulement.

MITRAGYNA

Perrot, Raymond-Hamet et Larrieu (*Bull. Sc. Pharm.*, 1930, XXXVII, 401) ont extrait des Mitragyna africains (Rubiacées) 2 alcaloïdes qui déterminent chez le chien, une chute de la pression artérielle avec diminution passive du volume du rein, et qui inversent les effets hypertenseurs de l'adrénaline, comme la yohimbine, en paralysant le sympathique.

EXCITANTS DU PARASYMPATHIQUE.

PILOCARPINE

Augenstreich (*Thèse Méd. Paris*, 1931) montre qu'à dose quotidienne de 6 à 12 mgr. en injection sous-cutanée, la pilocarpine détermine une baisse de la tension artérielle chez les hypertendus et une amélioration importante dans l'encéphalite parkinsonienne.

Desruelles et Mlle Chiarli (*Soc. méd. psychol.*, 29 mars 1931) étudient l'emploi de la pilocarpine contre la constipation opiniâtre des aliénés.

ESERINE

Garrelon, Pascalis et Thuillant (*Presse médicale*, 8 octobre 1930, n° 81, 1365) montrent que les sujets à réflexe oculo-cardiaque nul ou inversé sont, en général, réfractaires à l'anesthésie générale et présentent une agitation intense et prolongée pouvant aller jusqu'à l'absence à peu près complète de sommeil quelque soit l'anesthésique employé. Chez ces sujets, l'injection de 1/2 mgr. par la voie sous-cutanée d'ésérine fait céder presque immédiatement la résistance à l'anesthésique et fait place à un état de sommeil très spécial qui permet toute intervention, d'où facilité de l'anesthésie, économie de l'anesthésique toxique et réveil plus rapide.

Borri (*Thèse vét. Paris*, 1931) étudie l'emploi de l'ésérine dans le traitement de l'obstruction œsophagienne chez les bovidés.

CHOLINE ET ACETYLCHOLINE

Villaret, Justin-Bezançon et Cachera (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CIV, 1229) montrent que l'introduction intra-jéjunale chez le chien de 5 cgr. par kgr. d'alpha-méthyl-choline détermine les mêmes effets cardio-inhibiteurs distincts signalés par Raymond-Hamet avec les doses moyennes d'acétylcholine par la voie veineuse.

Loeper, Villaret, Justin-Besançon, Lemaire et Cachera (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CIV, 1203) constatent que, chez le chien décapsulé, l'administration d'yohimbine n'augmente pas les effets hypotenseurs des dérivés choliniques alors que (Loeper et Lemaire (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CV, 259) l'injection d'acétylcholine dans les veines et sous la peau du chien yohimbinisé détermine un abaissement de la pression carotidienne plus durable que chez le chien normal.

Villaret, Justin-Besançon et de Sèze (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVII, 598) constatent qu'une injection sous-cutanée d'acétylcholine exerce une action modératrice sur l'hypertension consécutive à l'embolie cérébrale expérimentale et exagère la bradycardie et l'augmentation des oscillations systolo-diastoliques. Chez l'animal préparé par une injection d'acétylcholine, l'embolie cérébrale ne détermine plus, comme chez l'animal normal, de vasoconstriction de l'artère rétinienne.

Villaret, Mme Schiff-Wertheimer, Justin-Besançon et Cachera (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CIV, 1244) montrent que la dilatation de l'artère rétinienne provoquée par l'injection souscutanée de certains éthers de la choline ne présente aucun parallélisme avec la chute tensionnelle. En effet, après injection d'alpha-méthylacétylcholine, la dilatation rétinienne disparaît vite malgré la persistance de l'hypotension .

Villaret, Justin-Besançon et Gallois (44e *Congrès de la Soc. fr. d'Ophtalmol. Paris*, 7-12 avril 1931) étudient, chez l'animal, le myosis déterminé par l'alphamethylacétylcholine ; celuici est supprimé par l'atropine, mais le dérivé cholinique supprime la mydriase de l'éphédrine et détermine de plus une diminution considérable du tonus du globe oculaire.

Raymond-Hamet (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVII, 36) montre par la méthode de l'anastomose surréno-jugulaire de Tournade que, comme celle provoquée par les substances nicotiniques, l'hypertension produite par l'acétylcholine chez le chien atropinisé relève à la fois d'un mécanisme nerveux et humoral (adrénalinosécrétion).

Bennati, Gautrelet et Halpern (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CIV, 948) montrent que, comme l'acétylcholine, l'injection dans la saphène du chien d'aldéhyde formique produit, en même temps qu'une chute de la pression carotidienne, une hausse légère de la pression dans l'artère pulmonaire et une augmentation marquée du volume de l'oreillette gauche.

Loeper, Patel et Lemaire (*Presse méd.*, 15 avril 1931, n° 30, 537), étudiant le traitement des hypotensions du liquide céphalorachidien, montrent que l'acétylcholine après une phase d'hypotension nette, détermine une phase d'hypertension du liquide céphalorachidien.

Villaret (*Presse méd.*, 25 avril 1931, n° 33, 601) donne une étude critique basée sur son expérience de plusieurs années sur l'emploi des éthers sels de la choline en clinique.

Audier (*Thèse Méd. Marseille*, 1931) étudie l'emploi de l'acétylcholine dans le traitement des syndromes vaso-moteurs des extrémités.

Villard, Dejean, Duponnois et Bertrand (*Soc. Opht. Paris*, 21 février 1931) rapportent un cas d'embolie de l'artère

centrale de la rétine avec spasme surajouté amélioré par l'acétylcholine.

Bonnefon (*Prat. méd. fr.*, 1931, XII, 65), insiste sur la valeur adjuvante précieuse de l'acétylcholine dans le traitement des amblyopies toxiques éthyliques, cet alcaloïde accélère et facilite la cure de désintoxication.

de Saint-Martin (*Soc. d'Opht. de Paris*, 24 janvier 1931 et *Ann. d'Oculistique*, 1931, CLXVIII, 102) rapporte un nouveau cas d'angiospasme rétinien diagnostiqué et guéri per l'acétylcholipe.

Carrère (*Soc. Sc. méd, ei biol. de Montpellier*, mars 1931) insiste lui aussi sur les bons effets de l'acétylcholine dans le traitement hypotensif du glaucome.

Quirin et Bénech (*Bull. méd.*, 1930, XLIV, 949) montrent que l'acétylcholine a la valeur d'un test otologique précieux, elle permet de rechercher l'origine vasculaire de certains bourdonnements, de certaines surdités (bourdonnements d'hypertension, et d'otospongiose, notamment surdités évoluant sous forme d'otite catarrhale par poussées congestives successives), certains cas de vertiges et dans ces cas de les améliorer et même de les guérir.

Etienne, Louyot et Simonin (*Soc. de Med. de Nancy*, 14 janvier 1931) ont obtenu la suppression complète des crises d'épilepsie subintrantes dans un cas par l'acétylcholine, impliquant dans ce cas l'idée d'un spasme artériel cortical auteur de l'état épileptique.

Pour Perrin et Mlle Kuntz (*Paris méd.*, 1931, XXI, 494) le bromure d'acétylcholine est le meilleur remède contre les sueurs des tuberculeux, aucun inconvénient, aucune diminution des autres sécrétions, la sécrétion rénale reste intacte, parfois même augmentée après le tarissement des sueurs.

Breton (*Soc. de Méd. du Nord*, décembre 1930) a observé à la huitième insufflation faite sous pression négative d'un pneumothorax artificiel droit l'apparition d'accidents nerveux caractérisés par une hémiplégie droite flasque avec Babinski, aphasie et accompagnée de mouvements convulsifs des membres supérieur et inférieur gauches et d'amaurose. Immédiatement après le début de ces accidents, il a injecté par voie intra-veineuse une très faible dose d'acétylcholine (seringue rincée) puis peu après 40 cgr. par voie intramusculaire et 1 cgr. de morphine et a continué ce traitement pendant trois jours. Action rapide de l'acétylcholine sur les éléments convulsifs et guérison parfaite en trois semaines. L'auteur admet le rôle du spasme des vaisseaux dans ces accidents.

PARALYSANTS DU PARASYMPATHIQUE

ATROPINE

Jullien et Morin (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CVI, 187) étudient l'action comparée de l'atropine et de l'acétylcholine sur le ventricule isolé de l'escargot et du murex. Au sujet de l'action de l'atropine, sur le ventricule de l'escargot, ils confirment les résultats de Boyer et Hazard. L'atropine accélère d'abord, puis ralentit et enfin altère le rythme du ventricule isolé d'Hélix et du Murex d'une façon durable, mais non définitive aux faibles doses, elle déclenche rapidement l'automatisme du cœur du murex porteur de cellules nerveuses et arrêté au départ. L'acétylcholine aux doses plus faibles que pour 1 p. 500.000 manifeste des effets chronotropes et inotropes négatifs. A partir de 1/500.000, elle arrête le cœur en diastole. Son effet est durable, mais n'altèrerait pas le myocarde, le ventricule récupérant son rythme normal si on enlève l'alcaloïde. L'action de l'acétylcholine n'est en rien modifiée par la présence de l'atropine. Il n'y a pas chez les deux mollusques étudiés par les auteurs d'antagonisme entre atropine et acétylcholine.

Villard (*La Médecine*, 1931, XII, 8) étudie les accidents oculaires consécutifs à l'usage trop prolongé des collyres (argyrol, atropine, ésérine, cocaïne), fréquence de conjonctivite folliculaire.

SCOPOLAMINE

Le Lorier et Touvet (*Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 3 novembre 1930) et Touvet (*Thèse méd. Paris*, 1930) ont essayé de prduire au cours de l'accouchement le sommeil crépusculaire avec l'oxyaminoscopolamine jointe à la morphine. A l'inverse de la scopolamine jointe à la morphine, ce produit n'est pas dangereux pour le fœtus et ne prédispose pas à l'inertie utérine. Il renforce au contraire et régularise la contraction utérine. Dans les observations recueillies par les auteurs ceux-ci ont constaté dans un certain nombre de cas une atténuation manifeste des douleurs, dans d'autres cas une disparition complète, ils n'ont eu que quelques insuccès.

TROPINE

Hazard (*Arch. Int. Pharm. et Thér.*, 1930, XXXVIII, 271), étudiant les relations entre la constitution chimique du tropanol (base tropine) et l'action de ce corps sur la vague cardiaque, montre que les deux groupemets caractéristiques du tropanol, alcool secondaire et amine tertiaire, jouent, tous les deux, un rôle important du point de vue de l'action de la molécule sur l'excitabilité électrique du vague. Si l'on excepte le cas du chlorotropane, on peut dire cue la disparition de l'OH alcoolique, malgré le maintien de la fonction amine tertiaire, comme la disparition de la fonction amine tertiaire, malgré le maintien de l'OH alcoolique, atténuent ou annihilent l'action de la molécule. La position de l'OH n'exerce pas d'influence : sa transformation en fonction cétone rend l'action irrégulière. Il semblerait que la présence d'oxygène près du carbone-3 soit importante puisque la semicarbazone et l'oxime sont inactives. Cependant l'oxygène peut avantageusement être remplacée par le chlore. Le passage de la fonction amine tertiaire à la fonction amine secondaire atténue l'action paralysante : le passage à la fonction amino-oxyde annihile l'action paralysante et parfois inverse l'action sur le vague. L'isomérie, qui joue un rôle si important du point de vue de l'action cardiovasculaire du tropanol, du pseudotropanol et de leurs dérivés, voit son influence s'effacer complètement en ce qui concerne les effets sur le vague.

Raymond-Hamet (*Acad. des Sc.*, 12 janvier 1931) a réussi à démontrer par l'étude de l'antagonisme de la tropine et de la pilocarpine que la tropine agit, non comme l'atropine, mais comme la nicotine et qu'il suffit de l'éthérifier par certains acides pour transformer radicalement ses propriétés.

BLEU DE MÉTHYLÈNE

Garrelon et Lecœur (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVII, 571) mettent en évidence l'action amphotrope du bleu de méthylène sur le système nerveux végétatif. Aux doses fortes injectées au chien par la voie veineuse, inhibition vagale de courte durée, suivie d'une action vagotonisante très longue (exagération du réflexe oculo-cardiaque). Aux doses thérapeutiques, l'inhibition dure longtemps et l'exagération du réflexe oculo-cardiaque est plus courte.

HISTAMINE

Lumière et Mme Malespine (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CIV, 1010) montrent que le choc histaminique et le choc barytique exercent vis-à-vis l'un de l'autre une action protectrice : les phénomènes de protection réciproque d'un choc par un autre choc préalable, qui ne s'observent que dans l'anaphylaxie, s'étendent donc également aux accidents histaminiques, ce qui tendrait à faire penser qu'une certaine analogie doit exister dans les mécanismes de ces différents chocs.

Médicaments cardio-vasculaires

DIGITALIQUES.

Perrot, Bourcet et Raymond-Hamet. (*Bull. Sc. Pharm.*, 1931, XXXVIII, 7) montrent que *Digitalis lanata* renferme, parmi les glucosides qu'on peut en extraire, un glucoside cristallisé à action digitalique, appelé la dilanine par les auteurs, dont la toxicité est nettement supérieure à celle de la digitaline cristallisée de *Digitalis purpurea* et qui est plus abondant dans la plante que la digitaline dans *D. purpurea*.

Mlle J. Lévy et Cahen (*Bull. Sc. Pharm.*, 1931, XXXVIII, 23) présentent une méthode d'étalonnage des glucosides digitaliques (digitaline, ouabaïne, scillarène, cymarine) basée sur la méthode d'Hatcher-Magnus appliquée au chien.

Lian (*Hôpital*, 1931, XIX, 131, 163 et 272) publie ses leçons de son cours de perfectionnement de l'hôpital Tenon, portant cette année sur l'indication et les contre indications de la digitaline et de l'ouabaïne, conférences qui seront lues avec fruit par les praticiens.

Géraudel et Gomez (*Paris méd.*, 1931, XXI, 256) rapportent un cas où l'ouabaïne a révélé la lésion latente en exagérant des anomalies transitoires du rythme cardiaque (allongement considérable et très variable de l'espace P-R, bloc sino-ventriculaire, arythmie ventriculaire et auriculaire) chez une fillette de 10 ans au cours d'une crise d'insuffisance cardiaque.

Bleicher (*Gaz. des Hôp.*, 1931, CIV, 206) étudie les propriétés cardiotoniques des glucosides de la scille (scillarène). Le scillarène est un cardiotonique d'activité réelle, mais fugace. Il régularise le rythme du cœur et tend à ramener le pouls à sa fréquence normale, par action marquée sur l'excitabilité et la conductibilité cardiaque. Il augmente l'indice oscillométrique, accroît l'intensité du pouls, augmente l'amplitude du complexe

Q. R. S. tout en réduisant et régularisant la durée de R. Il paraît agir sur la contractilité cardiaque en la renforçant. La pression différentielle tend à se rapprocher de la normale presque exclusivement aux dépens de la maxima. La capacité fonctionnelle du myocarde s'accroît dès les premiers jours du traitement par action élective des glucosides scillitiques sur la tonicité myocardique. Le scillarène est pratiquement non toxique et sans effets cumulatifs. Il est indiqué dans le traitement des insuffisances cardiaques légères, chroniques, qui demandent un traitement prolongé et avec reprises fréquentes. C'est le médicament de choix du cœur sénile, agent indispensable aux cures d'entretien tonicardiaque. Dans l'insuffisance cardiaque aiguë, dans les cas graves et brusques de défaillance myocardique, il faut avoir recours à la digitaline ou à l'ouabaïne qui, plus énergiques, constituent un meilleur traitement d'attaque. On passera ensuite à la cure scillitique.

Stroe et Klinger (*Paris médical*, 1931, XXI, 357) ont obtenu de bons résultats avec les glucosides scillitiques dans le traitement des néphrites scarlatineuses. Ces glucosides augmentent la diurèse, diminuent les œdèmes et l'azotémie, augmentent l'azote urinaire sans irriter les éléments sécréteurs du rein. L'action diurétique des glucosides scillitiques est probablement extra-rénale, tissulaire et interstitielle.

SPARTÉINE.

F. et L.-J. Mercier (*Soc. Thér.*, 10 juin 1931 et *Acad. Sc.*, 15 juin 1931) présentent un nouveau sel de spartéine, l'isovalérianate de spartéine, chez lequel les propriétés neurosédatives de la spartéine sont notablement augmentées par l'introduction de la molécule isovalérianique. Ils publient un certain nombre d'observations montrant l'action favorable de ce corps dans le traitement des algies cardiaques, pseudoangors, angors, palpitations douloureuses, dans les troubles fonctionnels des affections cardiaques et cardiovasculaires, tachycardie, arythmies, extrasystolie, ainsi que dans plusieurs cas d'hypertension spasmodique compliqués de réactions douloureuses et d'insomnie.

F. Mercier (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVII, 678) met en évidence une action anesthésique de la spartéine comparable qualitativement à celle de la cocaïne, en injection rachidienne chez le chien.

CAMPHRE et DÉRIVÉS.

F. Mercier (*Acad. Sc.*, 28 juillet 1930) montre que le camphosulfonate de spartéine, sel très soluble dans l'eau, est par ses propriétés cardio-vasculaires et diurétiques expérimentales susceptible d'utilisation thérapeutique.

Busquet (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CIV, 869 et *Progrès médical*, 20 décembre 1930, n° 52, 2268) étudie l'action d'arrêt très énergique exercée par le camphre naturel sur le rythme de l'intestin isolé, action qui contraste avec les effets excitants exercés par les dérivés hydrosolubles du camphre (augmentation d'amplitude des contractions), le campho sulfonate et le campho-carbonate de soude.

Busquet et Vischniac (*Paris médical*, 1930, XX, 473) et Gignoux (*Thèse Méd. Paris*, 1930) étudient les accidents locaux provoqués par les injections de camphre et de ses dérivés.

Jaurou (*Thèse méd. Paris*, 1931) montre que le camphre par son action d'arrêt sur l'intestin agit très favorablement sur les diarrhées et les coliques ; l'auteur administre, dans ces cas, le camphre sous forme d'eau camphrée additionnée d'un correctif du goût.

CAFÉINE.

Mme Lapicque et Vahl (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVII, 481) mettent en évidence une double action de la caféine sur l'excitabilité musculaire et l'imbibition. Dans une première phase, la caféine diminue la chronaxie musculaire et augmente l'imbibition et dans une deuxième phase d'action, phénomènes inverses.

Binet et Arnaudet (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 19 décembre 1930), utilisant la technique de la tête isolée du chien perfusée par un autre chien de grosse taille, montrent les effets heureux de la caféine sur le centre respiratoire en état d'inhibition.

UZARA.

Rothlin et Raymond-Hamet (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVII, 199) continuent leur étude de l'uzara (cardiotonique et médicament intestinal) : aux doses qui paralysent les terminaisons sympathiques de l'intestin, l'ergotamine, non seulement n'abolit pas l'action motrice exercée par l'uzara sur l'intesti grêle isolé du lapin, mais encore elle l'augmente plus ou moins nettement. L'action intestinale périphérique de l'uzara n'est donc pas de nature sympathique.

Barthélemy (*Thèse de Méd. Paris*, 1931) préconise l'emploi de l'uzara dans les diarrhées et comme antidysménorrhéique, sous forme d'extrait hydroalcoolique par voie buccale à la dose de 0 gr. 20 à 0 gr. 30 par jour.

TODDALIA.

Lobstein et Hesse (*Bull. Sc. Pharm.*, 1931, XXXVIII, 157) étudient l'action pharmacologique de la toddaline, résine extraite du *Toddalia aculeata* (Xantoxyllées). Cette substance ralentit et diminue l'amplitude du cœur isolé de tortue et abaisse les chronaxies du nerf et du muscle de grenouille.

TRINITRINE.

Robin (*Soc. Psychiatrie*, 18 décembre 1930) rapporte l'obser-voion d'un émotif avec anxiété et accès dépressifs très amélioré par la trinitrine.

AIL.

Guillon (*Thèse Méd. Paris*, 1931) étudie les propriétés hypotensives de l'*Allium sativum*. L'action hypotensive de l'ail est plus constante, plus intense et plus durable par la voie sous-cutanée ou intra-musculaire que *per os*. Effet favorable indiscutable dans les hypertensions solitaires, dans les hypertensions d'origine aortique ou artérielle, accompagnées de sclérose rénale. Excellent médicament, par suite de ses propriétés antiseptiques, de la gangrène pulmonaire, des bronchites fétides, des bronchectasies, des catarrhes bronchiques tenaces et récidivants.

Moriondi (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVI, 351) montre que le jus d'*Allium cepa* n'exerce aucun pouvoir hémolytique, ni hémo-agglutinant vis-à-vis des globules rouges de l'homme, du pigeon, du mouton et du lapin, ni aucune action antitoxique sur les toxines diphtérique et tétanique.

Duprat (*J. de Méd. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 1930, CVII, n° 19, 551) étudie les effets des injections d'ail sur les verrues juvéniles.

BARYUM.

Loeper, Mougeot et Lemaire (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVI, 430 et *Progrès médical*, 14 mars 1931, n° 11, 481) montrent que le baryum ne présente pas d'action constrictrice directe sur les vaisseaux isolés, mais renforce les effets contracturants de l'adrénaline et de l'histamine. L'action vasculaire du $BaCl^2$ *in vivo* doit également tenir non à un effet direct, mais à une sensibilisation du système vasculaire aux hormones que charrie le courant sanguin, hormones vasotoniques normales.

LOBELIE.

Mascré et Caron (*Bull. Sc. Pharm.*, 1930, XXXVII, 657) étudient le titrage alcaloïdique des préparations galéniques de *Lobelia inflata*.

Diurétiques

Loeper (*Progrès médical*, 15 novembre 1930, n° 47, 2025) donne une étude d'ensemble de la médication diurétique.

Pour Muller (*Thèse Méd. Paris*, 1930), les diurétiques agissent tous d'une manière complexe sur les deux facteurs qui déterminent la diurèse, le facteur rénal et le facteur tissulaire.

Modificateurs de la nutrition

IODE.

Loeper, Lemaire et Tonnet (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CIV, 1201) montrent que le traitement iodé et boré chez les hyperthyroïdiens élève l'albumine totale et la globuline abaissées et rapproche le quotient protéinique de la normale.

Gilbert-Dreyfus (*Gaz. méd. de France*, 15 août 1930), Hubner (*Gaz. des Hôp.*, 1931, CIV, 5), Boudreau (*J. de Méd. de Bordeaux*, 1931, CVIII, 9) et Worms (*XXIe Congrès franç. de Méd.*, Liège, 23-27 septembre 1930) préconisent toujours le traitement iodé dans la maladie de Basedow et les hyperthyroïdies.

Souilhé (*Thèse Méd. Paris*, 1931) montre que le traitement iodé détermine un retour vers un aspect histologique normal dans la maladie de Basedow et dans l'adénome toxique.

Esbach (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 11 juillet 1930) rapporte deux cas d'abcès gangréneux du poumon guéris par injections intratrachéales de lipiodol.

Mme Vergoz (*Thèse Méd. Paris*, 1930) a obtenu de bons résultats dans le traitement des manifestations articulaires chroniques par une association d'iode et de salicylate de phénol.

Rocher, Dupérier et Malaplate (*Soc. méd. chir. de Bordeaux*, 7 décembre 1930) rapportent un cas de guérison d'un

abcès mycosique de la joue par injections intramusculaires d'icdéol.

PAUTRIER et WORINGER (*Réun. derm. de Strasbourg*, 6 janvier 1931) signalent un cas de lésions syphiloïdes et épithéliomatoïdes développées sur une brûlure du 3e degré par la teinture d'iode.

JAUSION, NOYER et SOHIER (*Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, 10 juillet 1930) et BEHDET (*Ann. Mal. vén.*, 1930, XXV, 581) rapportent de nouveaux cas d'iodides.

THYROXINE.

LE GRAND et RAMOS (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CIV, 1302) montrent que la chronaxie d'une préparation « sciatique-gastrocnémien » de grenouille subit presque toujours un abaissement notable et assez prolongé après injection dans le sac lymphatique dorsal de l'animal de 1 mgr. de thyroxine synthétique.

FONTÈS et THIVOLLE (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CV, 558 et 559) montrent que la thyroxine augmente très nettement la carbonurie et l'azoturie du chien normal, mais ne ramène pas celles-ci à la normale quand elles ont été modifiées par la thyroïdectomie.

FLORENTIN et WATRIN (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVII, 372) mettent en évidence sous l'influence de la thyroxine un accroissement de volume des îlots de Langerhans chez le cobaye aux dépens de cellules de caractère endocrine déjà manifeste (hyperplasie *in situ*) et aux dépens de cellules exocrines qui modifient brusquement leurs potentialités (néoformation ou substitution).

MAX LÉVY (*Acad. Méd.*, 21 avril 1931) constate que les injections intraveineuses de thyroxine abaissent d'une façon rapide et importante le taux de la cholestérine du sang dans les cas d'hypercholestérinémie. Pas de résultats constants des extraits thyroïdiens et de la thyroxine par voie buccale.

FLUOR.

GOLDEMBERG (*J. de Physiol. et Path. gén.*, 1930, XXVIII, 556, *Presse médicale*, 20 décembre 1930, n° 102, 1731 et *J. des Praticiens*, 1930, XLIV, 817) poursuit son étude sur l'action du fluor dans les hyperthyroïdies et confirme les bons résultats qu'il a antérieurement rapportés.

CHOLAGOGUES et CHOLÉRÉTIQUES.

CHABROL, CHARONNAT, MAXIMIN et WAITZ (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CV, 439 et 641 ; 1931, CVI, 15 et 17 ; *Presse méd.*, 24 juin 1931, n° 50, 929) continuent leurs si intéressantes recherches sur les cholérétiques et les cholagogues. Etudiant le rôle des fonctions alcool dans l'action cholérétique des acides biliaires chez le chien, ils ont expérimenté plusieurs substances offrant le trait commun de réunir un carboxyle et une ou plusieurs fonctions alcool. Les acides gluconique et phénylglycolique ne modifient en rien la sécrétion biliaire. Il en est de même des acides quinique et cyclohexane-oxycarbonique qui diffèrent des précédents en ce sens que leur fonction alcool est directement fixée sur un noyau carbone. Seuls l'acide nopinique et l'hélénine en combinaison sodique sont cholérétiques. En conséquence seuls les acides alcools à action cholérétique ont été des corps pourvus de deux noyaux ; on retrouve, en effet, dans la formule de l'hélénine le double noyau naphtalinique qui se montre si actif quand on a recours au naphtoate et à l'oxynaphtoate de sodium. Le carboxyle n'est pas une condition suffisante de la cholérèse, ainsi que la fonction alcool ; il semble, entre tous les facteurs susceptibles de modifier la sécrétion de la bile, que le nombre des noyaux intervienne au tout premier plan. Action cholérétique très marquée du chloralose due entièrement au chloral, par suite de la présence du groupement trichloré, l'aldéhyde non chloré ne modifiant en rien la cholérèse, pas plus que l'alcool ordinaire. Dans la série grasse émergent trois substances cholérétiques, l'oléate de sodium, le chloralose et le monochloracétate de sodium, mais si la série grasse est pauvre en cholérétiques, elle est riche en cholagogues, elle possède en effet l'huile d'olive qui, si, injectée dans les veines, ne modifie pas la sécrétion de la bile, par voie digestive facilite l'évacuation des voies biliaires extrahépatiques.

CHIRAY (*Presse médicale*, 1er novembre 1930, n° 88, 1481) étudie les effets thérapeutiques de l'ingestion d'huile d'olive dans la lithiase biliaire et dans les affections gastroduodénales et, en particulier, dans la dyspepsie hyperchlorhydrique avec ou sans ulcère.

VERGELY (*J. de Méd. de Bordeaux*, 1931, CVIII, 192 et 518) rapporte un cas de congestion du foie d'origine alcoolique avec mauvais état général traité favorablement par l'extrait hydro-alcoolique de feuille d'artichaut.

MILHAUD (*J. de Méd. de Lyon*, 1930, XI, 477) présente une étude des cholagogues.

AMERS APÉRITIFS.

LOEPER et LEMAIRE (*Presse médicale*, 1931, n° 24, 433) classent les amers en amers purs (gentiane, colombo, quassia) ; amers aromatiques (orange amère, camomille romaine, houblon) qui contiennent en plus d'un principe amer une essence odorante ; amers astringents (quinquina riche en tanin, condurango, simarouba, fénugrec) ; amers pugatifs contenant outre le principe amer une émodine (aloès, rhubarbe) ; amers nervins (dont le type est la strychnine). Ces amers ont une action digestive directe, déposés sur la muqueuse gastrique, ils excitent la sécrétion et la motilité. La plupart excitent le muscle intestinal (gentiane, quassia, fénugrec), le condurango l'inhibe par contre ; action sur le foie à doses fortes, les amers exagèrent l'amylolyse hépatique et entraînent une déglycogénisation marquée. Ils abaissent la pression carotidienne en injection intraveineuse et sont sans action circulatoire par voie buccale (gentiane, colombo et surtout fénugrec et quassia). Certains amers sont diurétiques et facilitent l'élimination rénale du salicylate de soude, augmentent la leucocytose et excitent le système nerveux (strychnine). Ils ont une action générale marquée, l'absinthe, le ményanthe, la camomille, la gentiane sont emménagogues ; action sur la nutrition générale pariticulièrement nette pour le fénugrec (qui contient des lécithines, du phosphore) qui augmente le taux des graisses, économise l'azote et abaisse la glycémie. L'amer n'est pas seulement un médicament d'action gastrique, il est de plus un médicament d'action générale qui porte ses effets sur plusieurs appareils et sur la nutrition générale, son rôle digestif, pour capital qu'il soit, ne suffit pas à le caractériser.

FILLOUX (*Thèse Méd. Paris*, 1931) étudie le fénugrec, amer très important en raison de ses actions multiples. Expérimentalement le fénugrec excite la motilité intestinale, par voie jéjunale ou intraveineuse. Par voie intraveineuse, il est hypotenseur, mais non par voie entérale. Il excite la vésicule biliaire et la nutrition générale. L'auteur préconise les préparations hydro-alcooliques et mieux l'ingestion de farine de fénugrec, selon la formule de Leclerc.

ERGOSTÉRINE.

LESNÉ et CLÉMENT (*IIe Congrès internat. de Pédiatrie, Stockolm*, 18-21 août 1930) sont d'avis que seuls le dosage biologique et l'étalonnage sur l'animal sont capables de préciser la valeur antirachitique des préparations d'ergostérine irradiée et d'effectuer le titrage en unités antirachitiques. Il serait souhaitable qu'une commission internationale fixe un mode de dosage unique et pratique du pouvoir antirachitique des substances activées par les rayons ultraviolets. Les auteurs préconisent donc un titrage uniforme afin que l'on connaisse pour chaque produit irradié ce qu'il contient d'unités biologiques de facteur antirachitique et sa durée d'efficacité.

DUBOSCQ (*Thèse Méd. Paris*, 1931) préconise la méthode de Lesné et Clément pour le dosage biologique des préparations antirachitiques, l'unité biologique étant définie par le poids ou le volume de la substance qu'il faut donner chaque jour à l'animal mis à un régime de carence pour prévenir chez lui tout accident dû à cette carence.

ROHMER et DUBOIS (*Rev. fr. de Méd.*, 1930, VI, n° 5) étudient eux aussi le dosage de l'ergostérine irradiée.

SIMONNET et TANRET (*Presse médicale*, 24 juin 1931, n° 50, 932) montrent que la toxicité de l'ergostérine irradiée n'apparaît qu'à des doses extrêmement élevées, 500 à 1.000 fois supérieures aux doses thérapeutiques. L'irradiation modérée amène le pouvoir antirachitique à son maximum, une irradiation poussée plus loin augmente peu celui-ci, mais élève le pouvoir toxique. Les auteurs présentent également une étude histologique des calcifications artérielles et rénales déterminées chez l'animal par les doses toxiques d'ergostérine irradiée ; la mort est due à la calcification des vaisseaux du rein et de l'estomac qui les bloque et déclenche des phénomènes morbides qui aboutissent à la cachexie et à la mort. Existence d'une ergostérino-résistance, chez certains lapins, se rapprochant de l'insulino-résistance et de l'arséno-résistance. L'ergostérine augmente le taux du calcium pulmonaire du lapin normal ou tuberculeux, cependant cette calcification pulmonaire ne peut jouer le rôle d'un moyen curatif dans la tuberculose animale.

DEVAUX (*Thèse Méd. Bordeaux*, 1930) étudie l'action de l'ergostérine irradiée chez les lapines gestantes.

ROHMER et DUBOIS (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CIV 1344, 1345 et *Rev. fr. de Péd.*, 1930, VI, n° 5) montrent qu'il faut atteindre des doses de 600 unités-rat d'ergostérine irradiée par jour pour obtenir la guérison du rachitisme de l'enfant. L'action curative

antirachitique de l'ergostérine irradiée n'est influencée, chez l'enfant rachitique, dans aucun sens par l'addition d'une dose moyenne du facteur liposoluble A.

LEREBOULLET (*IIe Congr. internat. de Pédiatrie, Stockholm*, 18-21 août 1930) confirme les bons effets de l'ergostérine irradiée dans le rachitisme et son action sur le taux du calcium et surtout du phosphore sanguin. Il insiste lui aussi sur la nécessité d'une posologie précise, basée sur un titrage biologique. Les doses minimes sont aussi actives que les doses élevées, celles-ci ont parfois l'inconvénient de provoquer des accidents toxiques, brusques ou progressifs, qu'il y a tout intérêt à éviter car ils peuvent être sévères. On doit donc rejeter l'emploi des doses massives ou trop prolongées et se contenter de doses minimes, associées ou non à d'autres vitamines.

RIBADEAU-DUMAS, BOURGUIGNON et MAX LÉVY (*Soc. de Pédiatrie*, 20 janvier 1931) ont obtenu une amélioration considérable par les doses élevées de stérogyl dans un cas d'atonie congénitale avec hypocalcémie.

LESNÉ, DUBOIS et SIMONNET (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVII, 441 et *Soc. Path. comparée*, 9 juin 1931) montrent que l'ergostérine irradiée (1 cgr. par jour *per os*) n'empêche pas l'hypocalcémie chez le lapin parathyréoprive d'apparaître, celle-ci reste aussi marquée que chez les témoins non ergostérinés, mais elle ne s'accompagne pas de signes de tétanie et la durée de la survie est notablement allongée, les convulsions n'apparaissent que quelques heures avant la mort.

HARVIER et LAFITTE (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 19 juin 1931) ont constaté une amélioration surprenante dans un cas d'ostéomalacie à la suite du traitement par l'ergostérine irradiée : reprise de la marche, suppression des douleurs, relèvement du taux du calcium et du phosphore sanguins, début de recalcification des os à la radio et consolidation osseuse des fractures.

LEVADITI et LI YUAN PO (*Presse médicale*, 17 décembre 1930, n° 101, 1720 ; *C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVI, 169 et CVII, 122) montrent que l'ergostérine irradiée, *per os*, chez le lapin porteur de lésions tuberculeuses à évolution lente et offrant une certaine tendance vers la guérison spontanée, augmente, dans des proportions considérables, la calcification de ces lésions. La calcification des tubercules est le résultat d'un changement dans le métabolisme calcique ayant pour siège le cytoplasma des éléments cellulaires bacillifères entrant dans la constitution de ces tubercules évolutifs : monocytes, cellules épithélioïdes et cellules géantes. Les dépôts calciques dans les foyers tuberculeux nécrosés et caséifiés résultent de la confluence de ces concrétions calciques intracellulaires. Il en résulte la formation de véritables coques minérales renfermant un tissu nécrobiosé et des bacilles de Koch généralement déformés et mal colorés. Il est vraisemblable que la formation de telles coques calciques met une entrave à la propagation de l'infection bacillaire aux tissus environnants. L'ergostérine irradiée, administrée *per os* à des doses non toxiques, détermine une intensification manifeste de la calcification spontanée des tubercules testiculaires provoqués, chez le lapin, par des bacilles tuberculeux tués. La vitalité du microbe n'est donc pas un facteur indispensable à la réalisation du processus de calcification des lésions tuberculeuses. Elle facilite la précipitation du calcium, mais n'est pas la cause première de cette précipitation. L'ergostérine irradiée, administrée *per os* au lapin, provoque également la calcification des altérations déterminées par des bacilles tuberculeux rendus totalement avirulents tels que le B. C. G. L'intensité de la calcification paraît en rapport avec la virulence de la souche de bacille prise en considération. Plus un bacille est toxigène et caséifiant, plus les altérations qu'il provoque sont aptes à être calcifiées sous l'influence de l'ergostérine irradiée.

LEVADITI et LÉPINE. (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVII, 504) montrent que l'association thérapeutique de l'ergostérine irradiée administrée *per os* et de l'antigène méthylique de Nègre et Boquet, injecté par voie sous-cutanée, paraît exercer une influence favorable sur l'évolution de la tuberculose expérimentale du lapin (souche bovine). Cette association n'entrave pas l'action calcifiante intense exercée par la vitamine D sur les altérations bacillères du testicule et du poumon.

DELORE (*Soc. méd. Hôp. de Lyon*, 19 mai 1931) confirme l'action calcifiante intense de l'ergostérine irradiée chez les tuberculeux, mais cette action ne donne pas de résultats concluants au point de vue thérapeutique, car il ne faut pas confondre sclérose et calcification.

MEERSSEMAN et TRICAULT (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CV, 398) ont traité 11 cas de tuberculose pleurale, péritonéale ou ganglionnaire, à l'exclusion de la tuberculose pulmonaire, par l'ergostérine irradiée avec des résultats très favorables : reprise plus ou moins rapide de l'état général et régression des symptômes fonctionnels et physiques, reprise du poids, de l'appétit et amélioration nette de l'état général. Chez les cobayes tuberculisés expérimentalement, ralentissement de l'évolution bacillaire, survie plus longue et type anatomique différent des lésions : chez les témoins injectés dans le péritoine avec des cultures de B. K., lésions de péritonite et d'épiploïte aiguës à marche rapide, ne laissant guère à l'infection le temps de se généraliser ; chez les traités, lésions plus extensives, mais de type chronique avec importante réaction scléreuse de l'organisme.

SIMMONET et TANRET (*Bull. Soc. Chim. biol.*, 1931, XIII, 282) constatent par contre que la calcification par l'ergostérine n'amène ni la guérison, ni la survie du lapin tuberculeux, bien qu'elle puisse faire monter le taux du calcium pulmonaire de 1 à 80.

HUILE DE FOIE DE MORUE

MOURIQUAND, ROLLET et Mme CHAÏX (*Soc. méd. Hôp. de Lyon*, 2 juin 1931) ont guéri des rats atteints d'énormes lésions de xérophtalmie avec kératomalacie par carence en facteur A par des injections sous-cutanées d'huile de foie de morue mise en ampoules stérilisées à 120° pendant 1/4 d'heure et conservées un an.

CALCIUM.

MOURIQUAND, LEULIER, BERNHEIM et Mlle WEILL (*Presse méd.*, 27 mai 1931, n° 42, 769) montrent, chez les rats soumis au régime rachitigène 85, le rôle antifixateur du calcium, expérimentalement tout au moins, exercé par l'adrénaline, l'iode sous forme de sirop iodotannique et du strontium. Rôle fixateur du sirop iodotannique phosphaté chez l'enfant rachitique.

FAROY (*Progrès médical*, 4 octobre 1930, n° 44, 1843) étudie l'action antihémorragique du calcium (hémorragies par rupture de varices œsophagiennes, gastrorragies des gastrites ulcéreuses ou cancéreuses, états hémorragipares (hépatiques et rénaux), hémorragies intestinales (ulcère du duodénum, duodénites, colites, hémorroïdes, fièvre typhoïde, dysenterie), l'action du calcium sur la coagulation du lait, son action antidiarrhéique, antivomitive (vomissement des tuberculeux), diurétique (ascite cirrhotique), anticlasique (anaphylaxie, urticaire), sédative, antispasmodique (tétanie), recalcifiante (colites, entérites tuberculeuses s'accompagnant de déperdition abondante de sels de chaux, lithiase intestinale).

LEVENT (*Gaz. des Hôp.*, 1931, CIV, 809) présente une revue générale sur le calcium, antihémorragique, antispasmodique (chorée, accidents consécutifs à la ponction lombaire), médicament digestif (vomissements gravidiques ou autres, diarrhées), antichoc, anti-infectieux (lèpre).

STRONTIUM.

MOURIQUAND, LEULIER, BERNHEIM et Mlle WEILL (*Soc. méd. Hôp. de Lyon*, 13 janvier 1931) étudient le rôle antifixateur et rachitigène du strontium expérimentalement.

MAGNÉSIUM.

HAZARD et Mlle WURMSER (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVII, 453) montrent l'action curarisante vraie du $MgCl^2$ chez la grenouille, ce sel élève la chronaxie du gastrocnémien sans modifier celle du sciatique.

DESPRÉS (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVII, 602) aboutit aux mêmes résultats que les auteurs précédents.

GUILLAUMIN (*Progrès medical*, 17 janvier 1931, n° 3, 97) étudie le rôle du magnésium en biologie, son métabolisme, son excrétion, le taux du Mg dans le sang et les tissus et ses variations pathologiques.

LUMIÈRE (*Progrès médical*, 17 janvier 1931, n° 3, 110) montre que l'hyposulfite de Mg, par des propriétés disitinctes, supprime ou atténue les effets des précipitations plasmatiques ou interstitielles dans les chocs et les troubles qui relèvent de la floculation. L'hyposulfite intervient en modifiant la forme des précipités et en les rendant inoffensifs, il confère, en outre, aux corps qui le renferment, un certain pouvoir dissolvant vis-à-vis des floculats sériques. L'ion Mg entre en jeu, d'autre part, pour diminuer l'excitabilité nerveuse, en particulier celle du système sympathique et pour empêcher son dérèglement, cause immédiate du choc et de certains accidents anaphylactiques et anaphylactoïdes. Quand la substance est administrée par voie gastrique, l'ion Mg exerce encore son influence sur la fonction hépatique et, de ce fait, contribue au rétablissement de l'équilibre et de la stabilité humorales.

MOURIQUAND, LEULIER et ROCHE (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVII, 676 et *Soc. med. Hôp. de Lyon*, 16 juin 1931) montrent le rôle antifixateur calcique du Mg chez les rats soumis au régime rachitigène de Pappenheimer, arrêt de croissance et décalcification juxta-épiphysaire intense et rapide sous son action.

BAUMANN (*Progrès méd.*, 17 janvier 1931, n° 3, 105) montre que le $MgCl^2$ stimule les fonctions de sécrétion du tube diges-


la seconde maman
pour les enfants en bas âge
premier aliment après le lait
Blédine
JACQUEMAIRE
prépare et facilite le sevrage
Après le lait maternel
ou à défaut du lait maternel
mais toujours avec du lait,
sauf quand il n'est pas toléré,
veuillez penser à
la Blédine
JACQUEMAIRE
aliment biologiquement complet
d'une digestibilité parfaite
pour compléter le lait de vache,
pour le rendre plus digestible,
pour favoriser la croissance
et préparer le sevrage progressif
Dans les cas les plus difficiles
c'est aussi votre aliment de secours
car son emploi facultatif
au lait frais, au lait condensé,
au lait sec, au bouillon maigre
de légumes, ou même à l'eau,
vous donne toutes les facilités
pour suspendre l'allaitement
et y revenir progressivement.
Demandez une boîte-échantillon gratuite
aux Établissements JACQUEMAIRE
VILLEFRANCHE (Rhône)

tif, accélère le métabolisme et la nutrition, exerce une action purgative et augmente le tonus de la fibre lisse intestinale.

DELBET et PALIOS (*Acad. de Méd.*, 1er juillet 1930 et 24 mars 1931) constatent que les injections magnésiennes augmentent la résistance des animaux de laboratoire à diverses intoxications (chloroforme, plomb), infections et carences : la survie des animaux magnésiés est généralement double de celle des témoins. De juillet à décembre 1929, les auteurs ont goudronné les oreilles de 12 lapins dont la moitié a reçu du Mg. Des 5 qui survivent actuellement, les 3 magnésiés n'ont pas fait de cancer, les 2 autres en sont atteints. Action protectrice également du Mg. contre le choc anaphylactique déclenché chez le cobaye par l'injection déchaînante de sérum de cheval. Cette propriété anti-anaphylactique des sels halogénés de Mg explique leur action dans les prurits, l'eczéma, le coryza spasmodique.

DELBET et FRANCEVIC (*Acad. de Méd.*, 16 décembre 1930) ont observé chez les sujets normaux, traités par les sels halogénés de Mg, une augmentation de l'acidité urinaire et chez les cancéreux un abaissement de l'alcalinité, puis l'acidification des urines.

DELBET et BRETEAU (*Acad. de Méd.*, 2 juin 1931) montrent que le Mg ne s'accumule pas dans l'organisme, mais s'élimine en partie dans la bile.

VIGNES (*Progrès médical*, 17 janvier 1931, n° 3, 123) signale les bons effets du sulfate de magnésie en injections intra-musculaires dans l'éclampsie puerpérale.

DUFOUR (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 16 décembre 1930) étudie le traitement du cancer par le chlorure de magnésium et la pyoformine.

CODET et MONTASSUT (*Progrès médical*, 17 janvier 1931, n° 3, 119) montrent que le Mg apaise l'émotivité et combat l'asthénie des déprimés et des anxieux en psychiâtrie.

FODÉRÉ (*Acad. de Méd.*, 23 décembre 1930) rapporte deux observations de néphritiques ayant fait des accidents urémiques à la suite d'ingestion de $MgCl^2$ qui a déclenché des manifestations chlorurémiques.

PURGATIFS.

MAURIN (*Soc. Méd. Chir. et Pharm. de Toulouse*, janvier 1931) signale que *Rhamnus pumila* ou nerprun nain qui croît sur les hautes montagnes est assez riche en dérivés anthracéniques atteignant dans les feuilles jusqu'à 0 gr. 75 %.

PEYRUS (*Courrier méd.*, 6 juillet 1930) étudie l'isacène, laxatif synthétique.

FER.

BOGGINO (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVI, 604) montre que l'organe d'élimination des sels de fer au niveau du tractus intestinal semble être la cellule à mucus, ce qui explique la prédominance de cette élimination au niveau du côlon. Ces sels y sont d'abord fixés par le système réticulo-endothélial. Le foie et le rein participent au processus éliminatoire dans une mesure qui dépend de la quantité de fer introduit dans l'organisme et du degré de solubilité du sel de fer.

INSULINE et DIABÈTE.

RATHERY, Mlles GIBERT et LAURENT (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CIV, 1924) constatent que l'insuline, chez les chiens dépancréatés, injectée à dose de 30 unités chaque jour, pendant 5 jours, n'amène pas un relèvement notable du glycogène hépatique des animaux examinés tardivement, 17 à 19 heures après la dernière injection d'insuline, celui-ci reste bas. Le glycogène musculaire apparaît sensiblement normal, plutôt inférieur à la normale. Le taux du glycogène hépatique et musculaire paraît sensiblement identique à celui des animaux dépancréatés, non traités par l'insuline, tout au plus pourrait-on noter une certaine élévation du glycogène du foie, mais celle-ci n'est pas intense et même discutable, étant donnée la fréquence des variations individuelles.

BARRAL et MORELAN (*XXIe Congr. fr. de Méd. Liège*, 23-27 septembre 1930) étudient l'épreuve d'hyperglycémie provoquée chez les sujets non glycosuriques traités par l'insuline.

CADE, BARRAL et ROUX (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVI, 292, *Acad. de Méd.*, 31 mars 1931, *Bull. gén. de Thér.*, 1931, CLXXXII, 113 et *Soc. Thér.*, 10 juin 1931) décrivent des réactions locales érythémateuses, noueuses ou pseudophlegmoneuses, des réactions générales (urticaire, prurit, érythèmes, œdème, état de choc) après insuline. L'expérimentation sur l'animal montre que l'insuline paraît se comporter comme un antigène spécifique susceptible de créer la sensibilisation, les insulines incomplètement purifiées donnant lieu bien plus souvent aux accidents de cet ordre.

MIGLIAVACCA (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CIV 1266) a observé un arrêt de l'ovulation dû à la présence d'un nombre considérable de corps lutéiniques dans l'ovaire après insuline chez l'animal.

GRAVELINE (*J. des Praticiens*, 1931, XLV, 391) rapporte un cas d'action anaphrodisiaque manifeste chez une femme soumise à l'insuline.

DORÉ (*Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 20 février 1931) montre que l'hydrémie insulinique ne dépendrait pas de l'élimination rénale.

COLLAZO et RUBINO (*Strasbourg méd.*, 1930, XC, 471) signalent une accumulation du glycogène dans le foie comme effet initial de l'administration d'insuline *per os*.

Marcel LABBÉ (*Presse médicale*, 10 septembre 1930, n° 73, 1217) condamne absolument l'insuline par voie buccale et est d'avis que l'insuline en solution huileuse ne présente pas d'avantages sur l'insuline en solution aqueuse.

DE FOURMESTREAUX (*Soc. de Chir.*, 4 février 1931) étudie l'insulinothérapie et l'insulinorésistance chez les diabétiques au point de vue chirurgical.

CHABANIER, LOBO-O'NELL et LELU (*Acad. Méd.*, 29 juillet 1930, *XXIe Congr. de Méd. Liège*, 23-27 septembre 1930 et *Presse médicale*, 1931, n° 13, 219) précisent les indications de l'insuline en solution huileuse dans le traitement du diabète et signalent les différentes précautions à prendre dans l'application de cette méthode thérapeutique.

CRISTESCO (*Thèse Méd. Paris*, 1930), étudiant les résultats obtenus dans les cures insuliniques prolongées dans le traitement du diabète consomptif, répartit ceux-ci en plusieurs groupes. Dans certains cas, l'effet de l'insuline est immédiat, en tous points remarquable, mais la continuation de la cure, même prolongée pendant 3 à 5 ans, n'amène aucune modification ni en bien, ni en mal de ces résultats, c'est la stabilisation de la maladie, si on cesse l'insuline, les accidents reparaissent. Dans d'autres cas, les effets sont beaucoup moins nets, le malade est réfractaire à l'action de l'insuline, insulinorésistance absolue ou relative. Dans d'autres cas enfin, l'insuline est un véritable médicament curateur, les signes du diabète disparaissent malgré la cessation de l'insuline.

M. LABBÉ (*Presse médicale*, 2 août 1930, n° 62, 1041 et *Arch. Méd. des Enfants*, 1931, XXXIV, 95), MOURIQUAND et CHARLEUX (*J. de Méd. de Lyon*, 1931, XII, 103) et MOURIQUAND, SÉDALLIAN et LYONNET (*Soc. méd. Hôp. de Lyon*, 30 juin 1931) montrent l'heureuse influence de l'insuline dans le diabète infantile, auparavant de pronostic si grave.

M. LABBÉ, BOULIN et JUSTIN-BESANÇON (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 28 novembre 1930) montrent avec observations à l'appui l'heureuse influence de l'insuline et du pneumothorax chez certains tuberculeux diabétiques.

RATHERY et SIGWALD (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 11 juillet 1930) et LABBÉ et BOULIN (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 22 mai 1931) rapportent des cas de coma diabétique insulino-résistants et, par conséquent à terminaison fatale.

LABBÉ (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 22 mai 1931) insiste sur le fait que la gravité des accidents d'hyperinsulinémie qui peuvent aller jusqu'au coma avec convulsions épileptiformes et mort n'est pas toujours en rapport avec le taux de l'hypoglycémie. Il est probable que ce n'est point par l'intermédiaire de l'hypoglycémie que se produisent les accidents d'hyperinsulinémie observés en clinique, mais que hypoglycémie et accidents cliniques sont tous deux la conséquence de l'hyperinsulinémie.

Signalons également trois études de l'insuline dans le diabète de DE JONG (*Presse méd.*, 24 septembre 1930, n° 77, 1292), d'AUBERTIN (*Gaz. Sc. méd. Bordeaux*, 1930, LI, 770) et de MASSIAS (*Gaz. Sc. méd. Bordeaux*, 1930, LI, 450).

SANTENOISE, LOUYET et VIDACOVITCH (*Acad. Méd.*, 24 février 1931) continuent leurs si intéressantes études sur la vagotonine, hormone pancréatique différente de l'insuline et apportent leurs premiers résultats dans le traitement du diabète par cette substance. La vagotonine augmente l'efficacité et la durée du pouvoir hypoglycémiant de l'insuline et son action sur la glycosurie. Elle permet chez certains malades de diminuer le nombre des injections quotidiennes d'insuline et d'augmenter la ration hydrocarbonée.

MARIQUE (*Pédiatrie*, décembre 1930, XIX) signale les bons effets de l'insuline dans les vomissements acétonémiques avec symptômes graves.

PIGEAUD et PIZZERA (*Soc. Nat. de Méd. et des Sc. méd. de Lyon*, 11 mars 1931 et *Lyon méd.*, 1931, CXLVII, 821) signalent un cas de guérison de vomissements graves de la grossesse par l'insuline. Néanmoins pour AMIKOFF, KROUPENIN et ABBEGOLF (*Gyn. et Obst.*, 1930, XII, 328), malgré d'heureux résultats dans quelques cas, l'insuline n'est pas le médicament spécifique des vomissements gravidiques incoercibles.

JOLTRAIN (*XXIe Congr. fr. de Méd. Liège*, 23-27 septembre 1930) a essayé les injections d'insuline dans un certain nombre

d'états vagotoniques et de manifestations colloïdoclasiques, en particulier dans l'urticaire et l'asthme. Les résultats ont été très rarement satisfaisants, si bien qu'on peut en condamner l'emploi. Il en est de même chez les cancéreux chez lesquels l'insuline n'amène pas de régression et ne modifie pas les troubles du métabolisme hydrocarboné. Résultats favorables, au contraire, dans l'acidose post-opératoire, dans deux cas de plaies atones consécutives à une myélite.

LABBÉ et AZERAD (*XXIe Congr. fr. de Méd. Liège*, 23-27 septembre 1930) faisant remarquer combien il est souvent difficile d'apprécier l'action de l'insulino-thérapie dans les affections hépatiques, pensent que cette action efficace peut être réelle dans les petites insuffisances sur lesquelles d'ailleurs agissent aussi bien le repos et le seul régime hydrocarboné avec réduction des protéines et des graisses. Sur les insuffisances hépatiques plus accentuées, action plus douteuse et sur les formes graves (coma hépatique de M. Labbé) action franchement nulle.

GORNSTEIN et SCHWARZMANN (*Arch. des Mal. de l'App. dig. et des Mal. de la Nutr.*, 1930, XX, 1070) sont d'avis que l'insulinoglycosothérapie, grâce à laquelle on parvient effectivement à enrichir le foie en glycogène, présente un traitement rationnel des hépatites parenchymateuses, l'augmentation du taux de l'index glycosique étant jusqu'à un certain point la traduction de l'amélioration de la fonction du foie. Cette augmentation dans les ictères parenchymateux traités par l'insulinoglycosothérapie va de pair avec l'amélioration de l'état général des malades.

La diminution de l'ictère et l'apparition de l'urobiline dans les urines marchent de pair avec l'augmentation de l'index glycosique.

CADE et BARRAL (*XXIe Congr. fr. de Méd. Liège*, 23-27 septembre 1930) rapportent quelques observations d'heureuse action de l'insuline dans le traitement des ulcères gastroduodénaux, les bons effets de cette médication doivent être expliqués jusqu'à nouvel ordre par l'action de l'insuline sur le métabolisme des glucides.

GATÉ et BARRAL (*XXIe Congr. fr. de méd. Liège*, 23-27 septembre 1930 et *Ann. Derm. et Syph.*, 1931, 7e S., II, 665) ont obtenu d'heureux résultats et même des guérisons par le traitement par l'insuline dans les ulcères de jambe quand aucune étiologie précise (syphilis) n'est relevée.

PETGES, AUBERTIN et LAPORTE (*XXIe Congr. fr. de Méd. Liège*, 23-27 sepembre 1930) ont obtenu eux aussi d'heureux résultats dans le traitement insulinien des ulcères de jambe alors qu'ils n'ont eu que des échecs avec les extraits pancréatiques désinsulinisés (angioxyl). L'effet trophique de l'insuline sur la cicatrisation des plaies est donc bien dû à l'hormone hypoglycémiante et est fonction de son action sur le métabolisme des sucres.

LOEPER, LEMAIRE et DEGOS (*XXIe Congr. fr. de Med. Liège*, 23-27 septembre 1930, *Presse méd.*, 8 octobre 1930, n° 81, 1361), MATHIEU, COLLESSON et SIMONIN (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVII, 365) et GIROUX et KISTHINIOS (*Soc. de Méd. de Paris*, 14 novembre 1930) signalent les bons effets de l'association insuline-glucose chez les cardiaques, cette association par elle seule est déjà un médicament de l'insuffisance cardiaque, associée aux toni-cardiaques, elle renforce leur action.

AUBERTIN (*XXIe Congr. fr. de Méd. Liège*, 23-27 septembre 1930) précise les indications de l'insuline en dehors du diabète (vomissements périodiques, avec acétonémie, états de dénutrition, psychoses, anorexies mentales, Basedow, affections organiques du tube digestif avec dénutrition, amaigrissement sénile, émaciation liée aux affections chroniques de divers organes, infections lentes non tuberculeuses). Par son action sur le métabolisme hydrocarboné qui explique son rôle trophique, l'insuline peut rendre des services importants en dehors du diabète, bien qu'ici son action ne soit pas aussi constante.

BERTOYE (*Soc. méd. Hôp. de Lyon*, 13 janvier 1931 et *J. de Méd. de Lyon*, 1931, XII, 215) montre que l'insuline, si elle ne donne pas de résultats dans l'athrepsie vraie, est souvent par contre remarquablement efficace dans les hypothrepsies et surtout dans l'hypotrophie, le poids augmente, la taille s'accroît, les réserves graisseuses réapparaissent aux points d'élection.

GERNEZ (*Prat. méd. fr.*, 1931, XII, 43) est d'avis qu'employée avec discernement dans la tuberculose pulmonaire, l'insuline exerce sur la nutrition des malades une action eutrophique indéniable. Elle détermine dans 78 % des cas un engraissement réel, durable, qui coïncide avec une amélioration des fonctions digestives et de l'état général et qui souvent se poursuit après la cessation de la cure. L'insulinothérapie est contre-indiquée chez les tuberculeux mal stabilisés, subfébriles et hypotendus.

COMPAGNON et ORTICONI (*XXIe Congr. fr. de Méd. Liège*, 23-27 septembre 1930) et NEUMARK (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CIV, 1123) signalent que l'insuline abaisse le taux de la cholestérinémie quand celui-ci est au-dessus de la normale.

LOEPER, SOULIÉ et TONNET (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVII, 589) ont observé également un abaissement du taux de l'oxalémie par l'insuline qui peut être ainsi considérée comme une thérapeutique de ce syndrome.

FROMENT et CHAMBON (*J. de Méd. de Lyon*, 1930, XI, 411) insistent sur les bons effets de l'insuline comme médication adjuvante de l'encéphalite épidémique et de ses séquelles parkinsonniennes.

AUBERTIN (*Soc. méd. chir. de Bordeaux*, 7 décembre 1930) est persuadé que l'insuline bien employée est sans danger, par contre RATHERY et SIGWALD (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 21 novembre 1930) rapportent un cas, jeune fille tuberculeuse, non diabétique, atteinte de vomissements incoercibles depuis plusieurs jours, chez laquelle l'insuline a déclenché un coma mortel. Il ne faut se servir de l'insuline qu'avec prudence surtout chez les vomisseurs inanitiés et non diabétiques.

BARRAL et PONTHUS (*XXIe Congr. fr. de Méd. Liège*, 23-27 septembre 1930) rapportent le cas d'une basedowienne chez laquelle dès la 5e injection d'insuline sont apparus des accidents graves d'hyperthyroïdisme avec du subictère aggravant considérablement l'état de la malade.

(*A suivre*).

Essai sur les indications opératoires dans l'infection post-abortum

Par

M. **CHIFOLIAU**
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

et

MM. **BÉCHET** et **FOLLIASSON**
INTERNES DES HÔPITAUX DE PARIS

Les aspects cliniques de l'infection post-abortum sont extrêmement variés, les uns entraînant des sanctions thérapeutiques que personne ne discute, d'autres, au contraire, parmi lesquels se place au premier rang la *septicémie post-abortive*, sont le sujet de nombreuses controverses quant aux décisions à prendre.

Mais avant tout, il convient de bien s'entendre sur les termes désignant les nombreuses modalités de cette infection post-abortive, certains auteurs étiquetant septicémie grave des infections localisées péri-utérines, ce qui fausse entièrement les statistiques qu'ils apportent en faveur de l'abstention opératoire ou de l'intervention.

En outre, avant de discuter et de poser une indication thérapeutique quelconque, il est absolument indispensable de pratiquer un examen approfondi de la malade, tant au point de vue pelvien qu'au point de vue général.

Si cette remarque semble un truisme, les exemples abondent cependant des cas où l'indication opératoire fut proposée hâtivement, ou, au contraire, inconsidérément retardée.

1° Les circonstances étiologiques en particulier devront être bien précisées ; la notion d'un curettage insuffisant, d'asepsie douteuse, l'aveu de manœuvres brutales, (injection de liquides caustiques, intromission de corps étrangers, etc.), acquièrent une importance capitale en faveur de l'indication opératoire.

2° L'examen clinique devra fixer de façon très précise sur le volume, la consistance de l'utérus ; sur le degré de déchirure et d'ouverture du col, sur l'état des culs-de-sacs, sur les réactions annexielles. Il va sans dire qu'aux données fournies par le toucher vaginal, on ajoutera celles d'un examen soigneux de l'abdomen : contracture, météorisme, etc. De l'appréciation de l'état général, (température, pouls, frissons, vomissements, subictère, pâleur, faciès) on pourra tirer des indications thérapeutiques et pronostiques très utiles.

3° Si les circonstances le permettent, il ne sera pas superflu de faire pratiquer une hémoculture et un examen de la formule sanguine.

4° On est cependant bien forcé de reconnaître que ce n'est qu'à la laparotomie qu'il est possible d'établir le bilan exact des lésions utérines et péri-utérines (plaques de sphacèle, perforation, thrombo-phlébite, etc.).

5° Enfin dans l'établissement des indications opératoires, il faut tenir compte, — outre les nombreux cas d'espèce observés — du tempérament plus ou moins chirurgical de chacun. Deux doctrines s'opposent : l'*abstention systématique* et l'*intervention à outrance* ; la vérité est vraisemblablement dans un juste milieu.

Il est indispensable, pour se faire une idée aussi nette que possible de la question, d'envisager successivement les principaux aspects cliniques de l'infection post-abortum.

C'est ainsi que nous distinguerons :

1) L'infection post-abortum d'allure septicémique ;
2) Les suppurations péri-utérines ;
3) Les péritonites diffuses ;
4) Les thrombo-phlébites.

I) L'infection d'allure septicémique

Ces infections aiguës post-abortives, d'allure septicémique grave, ont soulevé et soulèvent encore, à cause de leur diagnostic difficile, de nombreuses discussions sur le traitement à leur opposer.

Bien souvent, une telle malade n'entre à l'hôpital que plusieurs jours après le début des accidents consécutifs à un avortement presque toujours provoqué. On a bien l'impression d'une infection grave, comme chez cette femme que nous avons eu l'occasion de soigner tout récemment dans notre service : un curettage et un drainage utérin avaient été pratiqués, après lesquels la température avait continué à monter jusqu'à près de 40°. Le pouls était très rapide, le faciès, celui d'une grande infectée ; les frissons se succédaient. Enfin, il continuait à s'écouler de l'utérus des pertes glaireuses séro-sanguinolentes, très fétides.

Devant la constatation d'un utérus qui semblait plus gros que de raison, une nouvelle révision fut faite qui permit de ramener quelques débris placentaires oubliés, d'odeur infecte, et la température descendit dès le lendemain à 37° pendant que l'état général se transformait. Il ne s'agissait donc pas d'une vraie septicémie, comme on aurait pu s'y attendre tout d'abord.

C'est dans de semblables occasions que le diagnostic peut être très embarrassant entre la septicémie généralisée et la rétention placentaire infectée.

Certes, le curettage, ou plutôt, la révision prudente de la cavité utérine, faite au doigt, sans grattage, et en utilisant au besoin une pince à faux-germe, permettrait d'extraire tous les débris cotylédonnaires restants.

Quant au curettage proprement dit, fait dans de telles conditions, il serait un geste dangereux, car il risquerait de disséminer à tout l'organisme une infection grave : c'est d'ailleurs l'avis qu'émettait Cotte au Congrès des gynécologues de langue française (1921) en disant qu'il considérait comme funeste le curettage pratiqué trop tard.

Il faudrait donc s'attacher à chercher d'autres critères moins agressifs que cette manœuvre.

Peut-on s'appuyer sur les tests de laboratoire ? L'examen des sécrétions utérines ne peut donner que des résultats faussés. L'hémoculture demande de trop longs délais et ne laisserait pas le temps à une action chirurgicale d'être efficace. Peut-être seraient plus intéressants l'augmentation de l'azote et de l'urée sanguine (Paisseau, Achard, Couinaud), l'abaissement du taux de l'hémoglobine, l'absence de l'hyperleucocytose.

Mais, non seulement ces examens sont d'interprétation délicate, mais encore ils demandent, chose souvent difficile, une collaboration étroite entre chirurgiens et gens de laboratoire. Bref, ils n'ont pas une signification suffisante pour être la base d'un diagnostic (Pottevin, 1921).

Nous croyons bien plutôt que c'est dans l'examen clinique approfondi qu'il faut chercher les seuls critères entre la rétention placentaire infectée et la septicémie post-abortive.

Dans la rétention placentaire infectée, l'hémorragie est abondante parfois. Le toucher montre presque obligatoirement — puisqu'il y a rétention — un utérus volumineux, à col ouvert, d'où l'on tire quelques débris placentaires en voie de sphacèle.

Au contraire, sont en faveur de la septicémie :

a) La notion, dans l'anamnèse, de manœuvres intra-utérines éminemment septiques ;

b) Une évolution plus rapide des signes généraux ;

c) Localement, la constatation d'un utérus souvent mou, mais surtout petit (vide), mobile, à col fermé, le toucher ne ramenant rien ou très peu de chose.

d) Enfin l'absence d'hémorragie utérine importante ;

e) Il est à peine besoin d'ajouter que l'existence d'un subictère, d'érythèmes scarlatiniformes imposent l'idée d'une septicémie grave.

Et quand est fait le diagnostic certain de septicémie, il reste encore le problème, le plus délicat : *la décision thérapeutique.*

L'idée d'enlever l'utérus, réservoir présumé de l'infection septicémique, est déjà ancienne : Schulze, le premier, en 1886, l'avait préconisée, puis Wittemberg, Bouilly. Depuis elle a été défendue à plusieurs reprises par bien des auteurs (Tuffier, à la Société de Chirurgie en 1901 ; puis Terrier, Guérin, J.-L. Faure). D'autres, au contraire, l'ont rejetée formellement (Ricard, Pinard au Congrès de Madrid en 1903). Cette diversité d'opinions montre bien que les cas observés, très polymorphes, ne peuvent tous ressortir à une même sorte de traitement ; et, bien entendu, dans ces cas douteux, discutables, c'est le tempérament plus ou moins interventionniste du chirurgien qui guidera la conduite thérapeutique.

Si les signes généraux ont pris une allure inquiétante si l'infection dure depuis plusieurs jours et a résisté au curettage utérin (Toubol, Dupin, Thèses de Bordeaux, 1922) ; si les divers traitements médicaux ont échoué : irrigations continues à l'eau iodée (Douay), vaccinothérapie, médication de choc, la plupart des auteurs sont d'avis (J.-L. Faure, Cadenat, Cotte, Pottevin) (Auvray : Précis de gynécologie et *Gazette des Hôpitaux*, 30 septembre 1924), comme

nous-même, d'intervenir chirurgicalement au plus tôt, avant que la résistance de l'organisme ne soit épuisée.

Mais à notre sens, *intervention* ne signifie pas toujours : *hystérectomie*. A l'ouverture du ventre, on peut trouver, par exemple, un utérus nettement malade dans toute l'épaisseur de ses parois ; il est augmenté de volume, de consistance molle ; il se déchire par suite de son extrême friabilité ; parfois, il est le siège d'une plaque de sphacèle. Il n'est pas exagéré de penser qu'une telle lésion entretient la pullulation de germes extrêmement septiques intoxiquant l'organisme, et une hystérectomie si elle est faite à temps a des chances de faire cesser les accidents (Auvray : 9 opérés, 3 guérisons). Dans un cas un peu semblable, quoique beaucoup moins typique, qu'il nous a été donné d'observer, l'utérus semblait peu atteint à première vue, mais dans une des cornes se trouvait, enchatonné, un cotylédon en voie de sphacèle avec streptocoques hémolytiques à l'ensemencement : la malade a d'ailleurs succombé à la septicémie après une amélioration passagère.

D'autres fois, l'utérus apparaît presque indemne, mais les trompes sont gorgées de pus, et leur ablation rapide suivie d'un large drainage constituent le traitement rationnel.

Mais il nous est arrivé de ne découvrir aucune lésion pelvienne : l'utérus était petit, dur ; les trompes avaient leur aspect normal ; les vaisseaux ne paraissaient pas thrombosés. De même que l'amputation d'un doigt ne guérit pas une septicémie consécutive à une piqûre anatomique, de même, nous croyons inutile d'enlever un utérus qui n'a fait que servir de porte d'entrée et de lien de passage à l'infection maintenant généralisée.

Il faut alors, à notre avis, refermer et continuer un traitement médical énergique : sérothérapie, chimiothérapie, arsénobenzol (Bouffe de Saint-Blaise, Congrès de Strasbourg, 1923).

Dans les jours suivants, l'abcès de fixation sera un des meilleurs éléments de pronostic : s'il n'a pas réagi, la plupart des auteurs s'accordent à déclarer la partie perdue.

Par contre, l'apparition de foyers métastatiques est une preuve de la résistance de l'organisme. Dans un cas que nous avons observé, la malade est morte à la suite de suppurations multiples ; une autre a guéri après évacuation des différentes localisations successives aux membres.

Nous ne nous étendrons pas sur les procédés d'hystérectomie. L'hystérectomie vaginale a ses défenseurs : Cunéo, Lenormant, J.-L. Faure (Société de Chirurgie, 2 juillet 1924), Cadenat. C'est une opération théoriquement logique, rapide par ses pinces à demeure, l'absence de péritonisation. En fait l'abaissement se fait mal, l'utérus se déchirant à la moindre traction, mais surtout ces manœuvres tiraillant des pédicules infectés, infiltrés, très souvent phlébitiques, ne peuvent qu'augmenter la généralisation de l'infection.

Aussi accordons-nous notre préférence à la voie haute, abdominale, qui permet un inventaire complet et rapide des lésions. Et si besoin est, l'opération peut être rendue presque aussi rapide qu'une hystérectomie vaginale, avec des risques moindres.

II) **Suppurations péri-utérines**

Précoces ou retardées dans leur apparition, d'allure très aiguë, subaiguë ou chronique, elles affectent des formes multiples et fournissent au chirurgien de nombreuses occasions d'intervenir avec succès.

Précoces, elles peuvent être contemporaines de l'avortement septique qu'elles suivent à courte échéance. Le plus souvent, un intervalle libre sépare l'infection péri-utérine de sa propagation au péritoine pelvien, au paramètre et aux annexes de l'utérus.

Accompagnée de symptômes physiques et fonctionnels plus ou moins bruyants, telles que douleurs abdomino-pelviennes spontanées, douleurs provoquées et défense de la paroi abdominale au-dessus des arcades crurales et du pubis, fièvre élevée, nausées, parésie intestinale, accélération du pouls et atteinte de l'état général, la péri-métro-salpingite se caractérise surtout par les signes fournis au toucher vaginal : utérus fixé et douloureux ; culs-de-sacs douloureux, empâtés et même saillants.

Le traitement des infections pelviennes localisées a beaucoup varié depuis 40 ans suivant les conceptions du moment et suivant les tendances personnelles des chirurgiens.

Dans les cas de pelvi-péritonite avec abcès bombant dans le Douglas, grosses suppurations annexielles, Bouilly et Segond en 1895 préconisaient l'*hystérectomie vaginale*.

Plus près de nous, Baillis dans sa thèse de 1929 a rappelé les indications et les avantages de l'hystérectomie vaginale dans l'infection puerpérale. Il est certain que rien ne draine mieux le petit bassin que la suppression de l'utérus. Mais il est le plus souvent impossible, par l'hystérectomie vaginale, d'enlever complètement les annexes, trompes et ovaires. Ces organes friables, gorgés de pus viennent en lambeaux. Il faut se contenter d'ouvrir les poches purulentes pelviennes et de les drainer. L'opération reste donc le plus souvent incomplète.

D'exécution technique difficile dans le cas particulier, elle expose en outre, aux blessures d'anses intestinales prolabées et adhérentes. Elle est mutilatrice : pour drainer une suppuration pelvienne, elle supprime l'utérus d'emblée ; n'est-il pas possible par des moyens plus économiques d'ouvrir les collections péri-utérines et de respecter les organes génitaux ? Aussi l'hystérectomie vaginale est-elle de plus en plus abandonnée dans les suppurations pelviennes post-abortives.

L'hystérectomie abdominale donne un jour plus large, plus clair sur les lésions ; elle permet d'enlever en bloc l'utérus le tissu cellulaire du ligament large avec les plexus veineux thrombosés, les trompes et les ovaires infectés, abcédés. Mais elle est considérée par la plupart des chirurgiens comme une opération difficile très choquante et très grave, chez des malades débilitées, atteintes de suppurations virulentes.

Elle a pourtant des partisans convaincus. Dans ces derniers temps (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, février 1930) Baldwin a rapporté une statistique de 90 cas avec 23 morts, soit une mortalité de 25,5 %, dans des cas désespérés. Ses observations concernent des femmes atteintes d'infection pelvienne grave étendue à l'utérus et à ses annexes.

Il nous a semblé comme à de nombreux chirurgiens français que les infections pelviennes localisées peuvent guérir souvent par le traitement médical et les vaccins. Quand elles ne guérissent pas complètement, elles s'améliorent ; après une longue période de refroidissement, les patientes peuvent être opérées dans de meilleures conditions et à moins de risques.

Dans les cas où existe un syndrome de péri-métro-salpingite et où, malgré le traitement médical bien appliqué apparaissent des poussées de température avec frissons et aggravation de l'état général, il y aura lieu de suspecter une thrombo-phlébite des veines utérines et du petit bassin et on devra envisager la nécessité d'intervenir par laparotomie. C'est le traitement des thrombo-phlébites que nous étudions plus loin.

Revenons, à la péri-métro-salpingite qui marque l'arrêt

de l'infection au voisinage de l'utérus. L'infection est localisée mais elle n'est pas supprimée. Si, dans beaucoup de cas, elle s'apaise progressivement et lentement, assez souvent elle évolue sur place et il faut surveiller cette évolution avec beaucoup d'attention, car elle peut être très rapide.

Des collections purulentes se produisent en avant, et surtout en arrière de l'utérus, dans la cavité péritonéale, dans le ligament large, dans les trompes et les ovaires. Il faut ouvrir ces collections purulentes où elles se présentent, où elles sont accessibles le plus aisément.

La colpotomie postérieure est l'opération la plus fréquemment pratiquée et le plus efficace. Elle a été proposée dès le début de l'infection puerpérale comme un moyen de prévenir la péritonite diffuse. Elle convient surtout à l'abcès du Douglas, à la périmétrite, à la péri-salpingite postérieure. Faite à temps, elle préserve la grande cavité péritonéale. Quant après colpotomie postérieure, la température et les signes généraux ne s'améliorent pas, c'est qu'il y a du pus en avant de l'utérus. Il peut être indiqué dans des cas rares (bombement de la cloison vésico-vaginale), de faire la colpotomie antérieure : mais celle-ci draine mal. Il vaut mieux faire la laparotomie latérale ou médiane basse et drainer le cul-de-sac péritonéal antérieur distendu et le plus souvent exclu de la grande cavité.

Les phlegmons du ligament large évoluent souvent vers la résolution lente. Cependant quand la plaque de blindage abdominale sus-inguinale qui les caractérise se ramollit, devient fluctuante en même temps que la température fait de grandes oscillations, le moment est venu de faire une incision parallèle et sus-jacente à l'arcade crurale pour donner issue au pus.

Ces interventions limitées, dans les infections pelviennes ne suffisent pas toujours à guérir les malades.

Rien de plus facile que de compléter la cure en enlevant par laparotomie une annexite persistante.

Chez une malade atteinte de grosse suppuration post-abortive paraissant intéresser l'utérus et ses deux annexes, compliquée de phlébite double des membres inférieurs, une simple colpotomie postérieure a suffi pour amener la régression presque complète des lésions. Au bout de trois mois, nous avons enlevé une annexite gauche. L'utérus et les annexes droites étaient remarquablement sains et ont pu être conservés.

Nous avons vu aussi plusieurs fois des gros phlegmons du ligament large se résorber complètement sous le traitement médical et les patientes revenir enceintes ultérieurement.

Il faut donc autant que possible être conservateur dans le traitement des suppurations pelviennes post-abortives et éviter de faire, dès le début des accidents, l'ablation des organes génitaux chez des femmes jeunes.

III) Péritonites diffuses

Les péritonites diffuses sont extrêmement graves : abandonnées à elles mêmes, elles entraînent la mort à brève échéance, aussi est-il superflu de dire qu'il faut les opérer le plus tôt possible, sans attendre les signes d'une péritonite confirmée avec ballonnement du ventre, facies péritonéal, vomissements porracés, pouls filiforme. Cependant, même dans ces conditions lamentables, des malades mourantes ont pu être sauvées par une simple laparotomie.

Il faut donc chercher des succès plus nombreux par une intervention précoce. Ceci est la théorie. Malheureusement, en pratique, le diagnostic de ces péritonites est difficile, car à leur base, il y a des lésions anatomiques multiples, qui ne vont pas sans influer quelque peu sur leur allure clinique :

Lésions qui peuvent être :

— soit la propagation par diffusion de l'infection intra-utérine : *véritable lymphangite térébrante de la paroi utérine* ;

— soit la *perforation de l'utérus* par manœuvres criminelles ;

— soit enfin, la *rupture d'un pyosalpynx* ;

— Suivant de près en général le début de la fausse-couche, dans le cas de perforation par manœuvres criminelles, la péritonite a des symptômes bruyants : douleurs vives, contracture abdominale, fièvre élevée, facies péritonéal, accélération du pouls, vomissements, arrêt des matières et des gaz.

A ces symptômes, s'ajoute l'aveu plus ou moins formel de la patiente. Il ne faut guère compter sur la constatation de la perforation au cours d'un curettage, encore moins sur la pénétration d'une anse intestinale à travers la perforation.

— Au contraire, dans la péritonite par rupture de pyosalpynx ou d'abcès de l'ovaire, les accidents apparaissent au bout d'un certain temps après la fausse-couche. Il y a une aggravation brutale de l'état de la malade et des symptômes de péritonite.

— Beaucoup plus difficile à reconnaître est la péritonite par propagation.

C'est dans cette forme à signes atténués ou masqués au début que l'on perd du temps en employant de « petits moyens » comme dit le Prof. Gosset (Rapport sur deux observations de péritonites diffuses par Lœwy. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 28 mars 1930)-.

Après le vidage ou le curettage de l'utérus, s'il n'y a pas sédation de la fièvre et amélioration de l'état général, si le pouls reste rapide, si la patiente se plaint de douleurs pelviennes spontanées, il faudra rechercher la légère contraction abdominale au dessus des arcades crurales ou dans les flancs, la douleur péri-utérine, tenir compte des petits vomissements, et si au toucher vaginal on ne constate pas de réaction pelvienne autour de l'utérus, il faut redouter la péritonite et surveiller attentivement la malade. Si, malgré la glace sur le ventre, les injections de sérum intraveineuses et sous-cutanées, la réaction péritonéale se précise, on doit opérer. Dans un cas récent, nous avons regretté d'être intervenu tardivement au quatrième jour d'une réaction péritonéale qui semblait légère au début. Il y avait une péritonite purulente très étendue et la patiente a succombé quelques heures après l'opération.

Quelle intervention faut-il pratiquer ?

L'opération doit viser essentiellement à :

1° Arrêter la diffusion de l'inflammation péritonéale, évacuer les liquides ou fausses membranes septiques, contenus dans la courbe péritonéale ;

2° Se rendre compte des lésions et à traiter s'il y a lieu la perforation de l'utérus ou la salpingite perforée.

L'ouverture et le drainage de la cavité péritonéale sont les temps principaux.

Le Mickulicz placé dans le cul-de-sac postérieur, bien garni de mèches avec, au milieu d'elles, un gros drain, assure un bon drainage et isole mieux les organes génitaux de la cavité abdominale supérieure et des anses intestinales.

Le simple drainage amène la guérison dans les cas d'Andérodias et Maugé. (Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux, 27 mai 1930) et dans le cas de Trillat, Belly et Mlle Grangette (Soc. de gynéc. de Lyon, novembre 1930).

Dans la deuxième observation de Lœwy, l'opérateur a fait dans un premier temps un drainage de la cavité péritonéale avec 3 drains, et ultérieurement, l'hystérectomie dans un 2e temps.

Comment se comporter vis-à-vis de la perforation utérine ?

Tout dépend des conditions anatomiques.

Si elle a des bords sphacéliques, si l'utérus lui-même est gros et rouge, il vaut mieux faire l'hystérectomie, que l'on fera subtotale, et le cas échéant entre pinces ou clamp à demeure si la malade est trop faible pour faire les frais d'une opération relativement longue.

Si ces lésions n'existent pas, le plus simple est le mieux : il ne faut pas s'occuper de la perforation et placer un Mickulicz (cf. *Bulletin et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, n° 26 du 24 octobre 1931).

Dans sa première observation de péritonite par perforation, Lœwy a fait l'hystérectomie; dans la deuxième, il a établi un simple drainage alors qu'il existait vraisemblablement une perforation qui fut d'ailleurs retrouvée à la deuxième opération d'hystérectomie complémentaire.

De même, quand on opère une péritonite due à une rupture de salpingite ou d'abcès de l'ovaire, il vaut mieux enlever la trompe ou l'ovaire malade. Mais il faut surtout faire vite : l'anesthésie, à l'éther, doit être aussi courte que possible. A cette condition, la gravité de l'acte opératoire n'entre pas en ligne de compte.

IV) Thrombo-phlébites

Il s'agit là d'une complication trop spéciale sur laquelle l'attention a été attirée particulièrement depuis le Congrès de la Société obstétricale de France, de 1912. Bie n que plus fréquemment observée dans l'infection post-partum, les chirurgiens ont à compter avec elle dans l'infection post-abortum. Trés souvent associée à une autre infection pelvienne, elle se camoufle sous un aspect pyohémique : les crochets à 40° au cours desquels l'hémoculture devient positive, succèdent à une apyrexie relative et sont accompagnés de frissons. En réalité, le diagnostic de thrombo-phlébite, extrêmement délicat n'est soupçonné que tardivement devant les répétitions de ces phénomènes.

La constatation au toucher d'un cordon latéral dur, douloureux, ne suffit pas à discriminer la thrombo-phlébite d'une simple salpingite (Shickelé et Alfierri), si bien que souvent l'intervention seule donnera la clé du problème.

La ligature des veines thrombosées, est théoriquement le meilleur moyen d'enrayer la pyohémie (Lequeux et Chomé, Congrès de Strasbourg, 1923, Auvray, *Loc. cit.*), mais elle n'est pas toujours chose possible.

Plus facile sur la veine iliaque primitive que sur la veine hypogastrique (Maurer, Congrès de Chirurgie, 1923, Soc. Chir., mars 1924) elle peut être d'une efficacité nulle puisqu'on a vu des cas où la veine cave était thrombosée très haut et les veines utéro-ovariennes oblitérées jusqu'à leur portion rétro-duodénale.

Cependant quand elles ont pu être pratiquées, ces ligatures auxquelles certains auteurs (J.-L. Faure), ont proposé d'ajouter l'hystérectomie et l'extirpation veineuse, semblent avoir donné des guérisons certaines (Maurer, 2 succès, Birnbaum, 2 guérisons sur 5 cas).

CONCLUSIONS

De ce rapide essai sur les indications opératoires dans l'infection post-abortum on peut tirer quelques conclusions :

1° La multiplicité des cas observés, la difficulté de leur interprétation, l'infection souvent sévère dont ils s'accompagnent font de cette chirurgie, une des plus ingrates, *demandant de la part de l'opérateur le maximum de sagacité clinique et de qualités techniques* ;

2° Pour résumer les indications opératoires, nous dirons que :

a) A la *rétention placentaire infectée* convient la *révision utérine* sous forme de curage digital ou de curettage ;

b) Dans le cas de *suppurations localisées péri-utérines*, nous rejetons formellement l'*hystérectomie vaginale* . Dans l'esprit de Péan, l'ablation de l'utérus n'était pas un but, mais un moyen ; grâce à elle, on établissait une voie de drainage, on enlevait « la bonde » évidemment, mais n'était-ce pas faire trop ? Nous pourrions en dire autant de l'*hystérectomie abdominale* systématique à la Baldwin.

Nous préférons de beaucoup suivre pas à pas, le développement, l'accroissement de ces suppurations périutiérines apprécier le sens dans lequel elles vont évoluer, en un mot faire de la chirurgie « *à la demande des lésions.* »

— *colpotomie* dans le cas de collection postérieure

— *ouverture au ras de l'arcade crurale* pour des collections haut situées ;

— *drainage sus-pubien* des collections anté-utérines de préférence à la colpotomie antérieure presque toujours insuffisante :

c) Pour les péritonites diffuses, la laparotomie aussi précoce que possible est formellement indiquée ; elle est suivie d'un simple drainage à la Mickulicz ou bien d'une ablation de trompe ou d'ovaire abcédés et rompus, ou encore d'hystérectomie dans le cas de perforation ou de lésions utérines importantes ;

d) Si ces trois indications :

révision utérine ;

traitement « opportuniste » des lésions suppurées péri-utérines ;

laparotomie exploratrice dans le cas de péritonite diffuse,

sont admises sans discussion par la plupart des chirurgiens, il n'en va pas de même pour ce qui est :

De la septicémie ;

De la septico-pyohémie ;

De la thrombo-phlébite.

Outre que l'indication opératoire est souvent des plus difficiles à poser, il intervient aussi une question de *tempérament chirurgical* ; les uns intervenant systématiquement, d'autres se confiant entièrement à l'efficacité du traitement strictement médical.

Ce que nous rejetons formellement, c'est l'emploi en pareil cas «de ces petits moyens — Gosset », auxquels nous faisions allusion plus haut. Dilatoires autant qu'insuffisants, ils font perdre un temps précieux et laissent s'épuiser la résistance de la malade. Il faut ou opérer ou s'abstenir, mais intervenir ne veut pas dire faire fi du traitement médical, que nous croyons très utile sous forme d'injections de sérum, de colloïdothérapie, d'abcès de fixation, l'intérêt de ce dernier étant surtout d'ordre pronostique ;

3° Sans être taxé d'optimisme excessif, il est vraisemblable que la chirurgie, en pareil cas, connaîtra des jours meilleurs, car il en sera de l'infection post-abortum comme des grands syndromes chirurgicaux de l'abdomen.

Au fur et à mesure que nos moyens de discrimination et nos indications opératoires se perfectionneront, la mortalité ne fera que baisser ;

4° Il importe aussi que le praticien sache que l'acte opératoire doit venir à son heure et ne pas résulter « de la conviction que la malade est perdue et qu'elle a épuisé toutes les ressources de la thérapeutique » (Tuffier).


hépatrol
TOUTES ANÉMIES ET
INSUFFISANCES HÉPATIQUES
Hépatrol
EXTRAIT DE FOIE DE VEAU
31 rue des Francs-Bourgeois
MÉTHODE DE WHIPPLE
ADULTES ET ENFANTS
SANS CONTRE-INDICATIONS

Sérum de convalescent et scarlatine

Par Robert DEBRÉ

Le sérum de convalescent de scarlatine est très peu employé en France. Or, il peut rendre service en différentes circonstances : nous voudrions les rappeler ici et plaider en faveur de son usage prophylactique et thérapeutique.

M. Roger, parmi les premiers, a employé le sérum de convalescent de scarlatine dans un cas de scarlatine toxique (1896) et a obtenu une amélioration très prompte et comme miraculeuse. Le malade, tombé dans un état subcomateux, la face cyanosée, le pouls imperceptible, la température très élevée, reprend rapidement connaissance après l'injection de sérum de convalescent, en même temps que le pouls se relève, que la température s'abaisse et que la sécrétion urinaire se rétablit. A la même époque, en Allemagne, Weisbecker a utilisé le sérum des convalescents de scarlatine d'une façon systématique. A la Clinique de V. Leyden, cette méthode a été appliquée par Huber et Blumenthal (1897) puis par Rumpel et Scholtz. Tous ces médecins, à l'exemple de Weisbecker, n'ont injecté que de faibles quantités de sérum, l'injection sous-cutanée étant souvent unique ; les résultats furent variables et dans l'ensemble assez peu démonstratifs. Aussi ce traitement fut-il délaissé jusqu'en 1912 ; à ce moment, Jungmann et Reiss reprirent l'étude de la sérothérapie de la scarlatine, en la modifiant selon les règles nouvellement admises ; ils injectèrent le plus souvent par voie veineuse des quantités relativement considérables de sérum de convalescent (50 à 60 centimètres cubes) et répétèrent trois ou quatre fois ces injections. Leurs résultats furent très favorables ; ils furent confirmés par les travaux d'une série d'autres auteurs : R. Koch, Reiss et Herz, A. Zingher, Schulz, Griesbach. En 1918, Kling et Wildfeld employèrent avec succès la sérothérapie dans 237 cas de scarlatine maligne en Suède. En 1921, aux Etats-Unis, Weaver traita 50 scarlatineux graves. Enfin, Mironesco et Sager, en Roumanie, et surtout Ciuca et ses collaborateurs, appliquèrent en 1924 et les années suivantes, le sérum de convalescent à de nombreux cas de scarlatine toxique.

En France, il nous faut citer l'important travail de M. A. Netter qui, à propos de ses recherches personnelles sur le sérum de convalescent dans la poliomyélite, résuma nos connaissances sur l'emploi thérapeutique et prophylactique des sérums de convalescents et d'anciens malades.

A l'occasion d'un succès personnel très frappant, obtenu grâce au sérum de convalescent dans un cas de scarlatine maligne qui paraissait désespéré (1922) nous publiâmes avec M. Paraf une étude sur ce sujet dont nous rappellerons ici les conclusions, enfin M. Weissenbach traita avec succès par le sérum de convalescent une scarlatine sérieuse chez un sujet atteint de néphrite chronique et en publia l'observation (1924).

Trois études épidémiologiques méritent, par leur valeur et leur étendue, d'être retenues en faveur de l'emploi du sérum de convalescent de scarlatine comme agent de lutte dans la scarlatine grave. Ce sont l'expérience suédoise (Kling et Wildfeld, puis Lichtenstein), l'expérience de Chicago (Weaver) et l'expérience roumaine (Mironesco et surtout Ciuca et ses collaborateurs. Nous donnerons plus loin les résultats de ces essais.

Enfin, l'action prophylactique du sérum de convalescents de scarlatine a été peu étudiée et cependant, elle paraît fort intéressante à retenir (Degkwitz, M. Friedemann en Allemagne, nous-même en France). Nous y insisterons dans un second paragraphe de cet article.

Le sérum de convalescent dans la scarlatine maligne

Puisque nous voulons surtout insister ici sur l'efficacité du sérum de convalescent de scarlatine, nous sommencerons par indiquer les effets qu'on en peut attendre.

Dans l'ensemble, les résultats ont été satisfaisants, surtout depuis qu'à la suite de Reiss et Jungmann, le sérum a été employé à des doses suffisantes. A juste titre, la plupart des auteurs n'ont traité que des formes malignes de scarlatine, négligeant les cas moyens ou légers et ce fait donne une valeur bien plus considérable aux statistiques publiées.

Sur 18 malades particulièrement graves, traités par Reiss et ses collaborateurs, six moururent, dont trois dans les vingt-quatre heures qui suivirent la première injection, et deux furent emportés par des complications secondaires (mastoïdite, septicémie à streptocoques). Richard Koch a traité 22 malades atteints de scarlatine maligne, un seul mourut, il était agonisant au moment de l'injection de sérum.

L'importante statistique de Kling et Wildfeld est encore plus démonstrative. En effet, comme le dit très justement M. Netter, pour bien établir l'utilité d'une médication de ce genre, il convient de se reporter à des statistiques portant sur un grand nombre de formes graves traitées par le même médecin et que l'on peut mettre en parallèle avec un nombre suffisant d'autres cas contemporains qui, dans le même milieu, n'ont pas été soumis à cette médication. Toutes ces conditions se trouvaient réalisées à Stockholm, de septembre 1916 à août 1917. Pendant ce laps de temps, l'hôpital des contagieux a hébergé 2.165 scarlatines, alors que la moyenne des seize années précédentes avait été de 812 avec un pourcentage de décès oscillant entre 1,45 et 6,43 tandis qu'en septembre et novembre celui-ci s'élevait à 14,5 et 11,5.

Les 237 cas graves traités par le sérum ont donné aux médecins suédois 42 décès, soit 17,79 p. 100 alors que sur 91 cas de gravité égale qui n'ont pas reçu de sérum, il y a eu 64 décès, soit 70,3 p. 100. Parmi les 195 cas guéris après l'emploi du sérum, 101 se sont rétablis très rapidement ; l'abaissement de la température a été définitif. Chez les autres, au contraire, celle-ci s'est relevée, traduisant l'apparition de complications. Nous devons noter tout de suite que les complications ne sont pas beaucoup plus rares chez les sujets traités par le sérum.

A Chicago, au cours d'une épidémie qui atteignit plus de 1.200 malades en 1919-1920, Weaver a traité 44 scarlatineux, les plus gravement atteints, par des injections intramusculaires de 60 à 90 centimètres cubes de sérum de convalescent. Sur ces 44 scarlatines, 38 appartenaient à la « forme toxique pure ». Chez 6 sujets, les complications infectieuses étaient prédominantes ; chez 10 individus, Weaver note une association de symptômes toxiques et infectieux. Deux malades seulement moururent (une forme toxique et une forme septique).

Enfin, en Roumanie, comme nous l'avons observé nous-même au cours d'une mission où le Prof. Slatinéanu et le Prof. Ciuca nous montrèrent les méfaits de la scarlatine à Jassy, le sérum de convalescent a été largement employé. Dans ce pays, les épidémies de scarlatine présentent un caractère particulier, étudié notamment par le Prof. Cantacuzène. La scarlatine y sévit d'une façon constante atteignant chaque année un très grand nombre d'individus et elle présente tous les 6 ou 7 ans une recrudescence manifeste. Or, comme le dit le Prof. Ciuca, qui base son opinion sur plusieurs milliers de cas observés depuis 1922 « il n'y a pas toujours parallélisme entre la morbidité et la léthalité dans la scarlatine. Des épidémies à caractère général très bénin peuvent présenter une léthalité relativement élevée, plus élevée que d'autres épidémies à caractère également bénin. Cette discordance s'explique, au moins pour la Roumanie, par l'existence d'un nombre plus ou moins grand de « foyers de maison » où la léthalité atteint souvent 100 p. 100 ; ces foyers se présentent sous forme d'îlots à haute virulence, isolés au milieu d'une épidémie qui en est presque totalement dépourvue ».

C'est en étudiant le rôle du sérum de scarlatineux dans ces « foyers de maison » où la diphtérie hypermaligne abandonnée à elle-même peut tuer tous les malades, que M. Ciuca a montré sa précieuse efficacité contre les formes toxiques. Voici le résumé de ses constatations :

« Les cas hypertoxiques, qui n'ont pas été soumis à « la sérothérapie par le sérum de convalescents, ont fourni « en 1922 une léthalité de 100 p. 100 et une léthalité de « 96 p. 100 en 1926-1927.

« Au contraire, les cas toxiques ou hypertoxiques soi- « gnés par cette méthode ont donné une léthalité de 25 « p. 100 en 1923 et de 40 p. 100 en 1926-1927. Notons que « les 40 p. 100 de 1924 se décomposent en 26 p. 100 de cas « de scarlatine sans complications streptococciques et 14 « p. 100 de cas où le traitement a amené rapidement une « désintoxication totale, mais qui ont succombé à des « streptococcies tardives. De même, les 33,3 p. 100 de 1925 « résultent, eux aussi, de 16,7 p. 100 de scarlatines hyper- « toxiques et de 16,7 p. 100 de scarlatines compliquées de « streptococcie tardive. Par contre, le pourcentage des cas « hypertoxiques guéris par l'emploi du sérum a été de 75 p. « 100 en 1923, de 60 p. 100, en 1924, de 66,6 p. 100 en 1925 « et enfin de 81 p. 100 en 1926-1927.

« Nous voyons par là que, si nous adoptons 90 p. 100 « comme limite inférieure de la léthalité pour la scarlatine « toxique non traitée, nous pouvons admettre (au bas mot) « comme nombre exprimant les succès thérapeutiques les « chiffres de :

« 65 p. 100 pour 1923 ;
« 50 p. 100 pour 1924 ;
« 56,7 p. 100 pour 1925 ;
« 71 p. 100 pour 1926-1927. »

***

A quels effets peut-on juger et apprécier l'action du sérum ? A son efficacité contre les manifestations toxiques et contre elles seules. Quand il agit, le sérum montre son utilité très rapidement : dès la troisième ou la quatrième heure qui suit l'injection, la température, qui était aux environs de 40° descend de deux ou parfois trois degrés et se maintient autour de 38° ; quelquefois après vingt-quatre ou trente-six heures, elle remonte, mais alors une nouvelle injection sérique produit une chute définitive de température. Quelquefois, sans modification aussi nette de la courbe thermique, les symptômes s'amendent, le pouls devient plus lent et mieux frappé, le délire, les symptômes ataxo-adynamiques et la dyspnée s'atténuent, les vomissements cessent, la tension artérielle remonte, les urines redeviennent abondantes, le facies change, l'éruption pâlit et la teinte rouge violette, véritablement cyanique des scarlatines malignes fait place à une teinte rouge brique, celle-ci à son tour s'atténue dans son intensité.

Le sérum, si actif sur les manifestations toxiques, possède beaucoup moins d'action sur les complications septiques. Cependant, il semble qu'en diminuant la gravité de la maladie, il empêche dans une certaine mesure l'éclosion des complications. Chez ses 21 malades, R. Koch n'observa pas un seul cas de néphrite mais le rhumatisme fut aussi fréquent que chez les sujets qui n'avaient pas reçu de sérum. Kling et Wildfeld, Weaver notèrent également une faible proportion de néphrites, mais les complications rhino-pharyngées ou otitiques restèrent assez nombreuses. Chez la fillette que nous avons observée avec J. Paraf et que le sérum sauva d'un syndrome malin initial, les complications infectieuses secondaires furent particulièrement nombreuses et redoutables : otite suppurée bilatérale, broncho-pneumonie à rechutes, pleurésie, ostéomyélite du maxillaire supérieur et du radius droit, vaste abcès sous-cutané.

***

Il est nécessaire d'employer le sérum anti-scarlatineux à doses suffisantes et parfois de répéter les injections.

Reiss et Jungmann, Reiss et Herz injectent 50 à 100 centimètres cubes et font deux ou trois injections à deux jours d'intervalle. Kling et Wildfeld emploient, selon les cas, de 18 à 40 centimètres cubes ; ils pratiquent deux trois, quatre, cinq et même six injections espacées de deux ou trois jours, R. Koch injecte 40 à 60 centimètres cubes de sérum ; il a répété, 7 fois sur 12, les injections trois et quatre fois. Weaver emploie 60 à 90 centimètres cubes de sérum et une deuxième injection est faite vingt quatre heures après la première. Au bout de deux jours, une troisième injection est faite, si la température persiste. Mironesco et Sager ont injecté des quantités moindres (25 à 30 centimètres cubes). MM. Ciuca avec V. Cracinescu et J. Bahor, injecte de 40 à 50 cc. souvent à plusieurs reprises.

Un des éléments essentiels du succès est la précocité de l'injection, il faut en pareil cas, agir vite et considérer cette thérapeutique comme une thérapeutique d'urgence.

La voie d'injection a varié suivant les auteurs. A la suite de Weisbecker, l'injection sous-cutanée a été la seule employée au début. C'est celle qui fut utilisée par Mironesco et Sager. C'est à elle également que nous avons eu recours. D'autres auteurs préfèrent l'injection intra-musculaire ; l'absorption est plus rapide et l'on évite ainsi les douleurs vives, que provoque parfois l'injection de grosses quantités de sang citraté. Le sérum ou le sang peuvent être injectés d'ailleurs en deux ou plusieurs points du corps, pour éviter ces réactions désagréables

Reiss et Jungmann ont préconisé l'injection de grandes quantités de sérum par voie veineuse. En Allemagne, un certain nombre de médecins continuent à préférer cette technique (Herz, Schultz, Griesbach, Cohn) bien qu'on ait signalé des accidents graves. Ces accidents sont aisés à expliquer aujourd'hui que nous connaissons les incompatibilités sanguines et nous comprenons que Cohn ait rapporté un cas de mort après l'injection intraveineuse de 0 centimètres cubes de sérum de convalescent à une jeune femme de 24 ans, que Friezbach ait publié un fait analogue en 1917, que Schultz, Reiss et Jungmann aient observé des accidents graves quoique non mortels, que Ciuca ait signalé des symptômes de choc fort impressionnants. Nous


CHLORO-CALCION
SOLUTION STABILISÉE, RIGOUREUSEMENT DOSÉE, DE CHLORURE DE CALCIUM CHIMIQUEMENT PUR
80 gouttes ou ½ cuiller à café = 1gr. $CaCl^2$
Recalcifiant
Hémostatique
Déchlorurant
DIRECTEMENT
ASSIMILABLE
Littér. Echant. LABORATOIRE MICHELS
9, Rue Castex – PARIS (IVe)


La Société
GALLOIS & Cie
54, Rue Villon
LYON
est à la disposition de MM. les Docteurs pour leur fournir tous renseignements bibliographiques médicaux ou scientifiques concernant
ULTRA-VIOLET
LUMIERE DE WOOD
INFRA ROUGE
LAMPES en quartz à mercure GALLOIS
avec brûleur à haut rayonnement ultra-violet. (Brevet Gallois et H. George)
Filtre de Wood
très sélectif fourni avec son spectrogramme.
PROJECTEUR PHOTOTHERMIQUE
Nouvelles Electrodes
toutes formes - tous modèles en quartz pur transparent pour applications combinées des courants à Haute Fréquence et des Rayons U.-V.
Agence à PARIS :
14, Rue de Bretagne

sommes donc d'avis de ne pas employer la voie intraveineuse.

En résumé, il nous paraît que le meilleur procédé consiste à pratiquer d'urgence une première injection intra-musculaire de 40 *à* 50 *centimètres cubes de sérum et à faire les jours suivants, selon l'état du malade, des injections sous-cutanées de* 30 *à* 40 *centimètres cubes.*

On pourrait penser que si nous conseillons ainsi l'usage du sérum de convalescent, c'est que nous cessons d'employer le sérum de cheval antitoxique fabriqué suivant les principes de Dick et de Dochez et qui, avec notre collaboration, a été préparé à l'Institut Pasteur de Paris par MM. Martin, Ramon et Loiseau. Il n'en est rien, et nous devons nous expliquer sur ce point : à l'heure actuelle d'une façon générale, nous conseillons l'emploi de sérum anti-scarlatineux de l'Institut Pasteur d'emblée et à haute dose dans le cas de scarlatine maligne. Mais il est des cas où le sérum antitoxique ne paraît pas actif et certains auteurs, qui ont une grande expérience de ces traitements comme Ciuca, ont obtenu de très bons résultats, comme il vient d'être dit, avec le sérum de convalescent, et n'ont pas été satisfait des sérums antitoxiques. D'autre part, il est des pays et des circonstances où il est plus aisé de se procurer du sérum de convalescent que du sérum de cheval anti-scarlatineux.

* * *

L'action prophylactique du sérum de convalescent. — Le choix du donneur

Pour l'action prophylactique, nous conseillons de la façon la plus formelle le sérum de convalescent ; entre les mains de Degkwitz, de U. Friedemann, de Lichtenstein, et les nôtres, cette pratique n'a jamais eu d'inconvénients et a toujours donné d'excellents résultats. Sans doute, il n'est pas aisé d'affirmer l'efficacité absolue d'un sérum préventif contre la scarlatine sans une très large expérience, car on ne sait jamais à l'avance dans un milieu déterminé si la scarlatine se propagera et quels sujets elle atteindra, mais nous croyons que dans l'avenir, le sérum de convalescent de scarlatine, employé à titre préventif, donnera des preuves décisives de son efficacité.

Les doses que l'on doit employer *à titre préventif sont celles de* 20 *centimètres cubes chez l'enfant et* 30 *centimètres cubes chez l'adulte.*

* * *

Il reste encore un point très important à examiner. A cette question : quel convalescent choisir pour prélever le sérum ? Il faut répondre : un adulte vigoureux, indemne de syphilis et de paludisme, ayant eu une scarlatine moyenne non compliquée et qui se trouve à la cinquième semaine de sa maladie. La clinique indique en effet qu'à cette période, l'infection est entièrement terminée et les recherches de Schultz et Charlton ont montré que, dès la troisième semaine, le pouvoir extincteur apparaissait dans le sang des scarlatineux. Avec MM. M. Lamy et H. Bonnet, nous avons noté que la réaction de Dick devenait négative chez les scarlatineux vers le 15e jour et constaté l'apparition de l' « antitoxine » dans le sérum à cette date. Nous avons donc, dès ce moment, conseillé de ne faire le prélèvement qu'à la troisième semaine. D'autres auteurs (Kling et Wildfeld) ont parfois prélevé le sang à une période plus tardive (deuxième et troisième mois) et n'en ont pas moins observé de bons résultats.

On vérifiera que le sérum recueilli est stérile, et la réaction de Bordet-Wassermann négative ; on répartira le sérum en ampoules et on le conservera à la glacière. Certains auteurs (A. Zingher, Kling et Wildfeld) ajoutent une faible dose d'antiseptique (crésol ou acide phénique), ou bien inactivent le sérum par un chauffage d'une demi-heure à 56°. Pour avoir un sérum d'une activité plus constante, A. Zingher, R. Koch conseillent de mélanger le sang de plusieurs convalescents. Telle est aussi notre pratique personnelle.

Au sérum, A. Zingher préfère le sang citraté, dont l'emploi est plus commode et qui donne des résultats analogues. Il suffit alors d'avoir une seringue de 20 centimètres cubes et une solution stérilisée de soude à 10 p. 100 dont on prend 5 centimètres cubes pour 15 de sang ; le sang citraté est injecté, immédiatement après avoir été recueilli, dans les muscles du malade. Il est possible, d'ailleurs de conserver le sang citraté, en flacon stérile, et A. Zingher l'a employé avec succès, après plusieurs mois de séjour à la glacière.

A vrai dire, le choix d'un convalescent sans aucune épreuve préalable n'est qu'une technique assez imparfaite : en effet, l'immunité vis-à-vis de la scarlatine est bien loin de s'établir au cours de la convalescence avec la régularité qu'on observe pour la rougeole. La preuve en est la fréquence des récidives de scarlatine et même des récidives précoces. D'autre part, on sait que bon nombre d'individus sont immunisés vis-à-vis de la scarlatine sans avoir jamais eu cette maladie. Ce fait explique l'action heureuse vis-à-vis des scarlatines toxiques, qu'a eu entre les mains de certains auteurs, l'injection de sérum humain normal.

Avec MM. Lamy et Bonnet, nous avons essayé de doser l'immunité d'adultes normaux et de convalescents de scarlatine en introduisant dans le derme des doses croissantes de toxine de Dick, et nous avons vu qu'il existait une relation certaine entre la résistance de la peau vis-à-vis de l'injection de toxine de Dick et la teneur en antitoxine du sérum. Ainsi, un sujet qui ne réagit pas à l'introduction d'une dose-étalon de toxine de Dick a, au moins, 20 unités antitoxiques au centimètre cube (1). Un sujet, qui présente une réaction négative avec 4 doses étalon de toxine de Dick et commence à réagir avec 5 doses, possède environ 50 unités par centimètre cube de sérum. Le parallélisme entre les réactions cutanées et humorales n'a rien qui doive surprendre, mais on ne l'avait pas déterminé avec précision avant notre travail ; or, l'on voit que, par cette méthode, on pourra choisir de bons donneurs de sérum de convalescent ou même trouver des adultes sains dont le sérum sera très riche en antitoxine scarlatineuse. Nous savons que la valeur de la réaction de Dick a été assez discutée et aussi que pour l'appréciation de la sensibilité de la peau vis-à-vis de la toxine, les fausses réactions sont très gênantes. Néanmoins, nous gardons d'une façon générale notre confiance dans la réaction de Dick et nous croyons que cette réaction employée comme nous venons de l'indiquer devrait servir au choix des donneurs de sérum.

Conclusions

Il serait utile d'organiser pour la scarlatine comme pour la rougeole des laboratoires de préparation de sérum de convalescent. La teneur en antitoxine du sang chez les donneurs serait, dans la mesure du possible, mesurée suivant les indications que nous venons de donner. On y mettrait en ampoules le sérum de plusieurs convalescents avec les précautions d'usage. Ce sérum serait destiné, d'une part, à protéger les sujets susceptibles qu'on voudrait dans telle ou telle circonstance mettre à l'abri de la scarlatine qui les me-

(1) — Nous appelons unité antitoxique la quantité suffisante de sérum pour neutraliser une dose-étalon de toxine de Dick.

nace ; dans ce cas, on injecterait, suivant l'âge, 20 à 30 centimètres cubes, la protection étant efficace pour quinze à vingt jours. D'autre part, ce sérum servirait à remplacer le sérum antiscarlatineux (sérum de cheval antitoxique) dans les cas où ce sérum manquerait et dans le cas où il seraitin efficace, sérum de convalescent et sérum antitoxique étant formellement indiqués comme thérapeutique d'urgence vis-à-vis de la scarlatine maligne d'emblée.

A l'heure actuelle, nous conseillons d'employer à titre prophylactique et thérapeutique suivant les indications que nous avons données et les doses que nous avons indiquées, le sérum ou le sang recueilli avec les précautions voulues chez des convalescents vingt jours au moins après le début de la maladie.

La vaccination par la porte d'entrée

Par S. DE SÈZE

Beaucoup moins ancienne que la méthode de vaccination préventive, la vaccinothérapie curative est encore très loin de donner des résultats aussi brillants. Qu'on emploie des germes à pouvoir vaccinant certain, comme le bacille typhique, ou des germes dont le pouvoir vaccinant est très faible, comme le gonocoque ou le staphylocoque, la proportion des échecs reste considérable, malgré la diversité des voies par lesquelles on a imaginé de faire pénétrer l'antigène. Qu'on utilise la vaccinothérapie générale, par la voie sous-cutanée ou par la voie veineuse, ou qu'on s'adresse aux diverses méthodes de vaccinothérapie locale, en employant alors la voie d'introduction appliquée à chaque cas particulier, les résultats ne sont pas toujours parfaits, et le pourcentage des résultats médiocres ou nuls est toujours important. Une des conséquences de cette imperfection des procédés actuels de vaccinothérapie curative est la faveur avec laquelle est accueillie, étudiée et expérimentée toute méthode nouvelle, surtout lorsque partant d'un principe théorique apparemment juste, elle se recommande de résultats pratiques particulièrement encourageants. Tel fut le cas pour la méthode de « vaccination régionale par la porte d'entrée ». Récemment introduite dans l'arsenal thérapeutique par P. Poincloux, ce nouveau procédé de vaccination a déjà fait l'objet d'un nombre assez considérable de travaux en France et à l'étranger. Nous nous sommes proposé, dans cette simple mise au point, de passer en revue les indications de cette séduisante méthode, après en avoir brièvement rappelé le principe et la technique d'application ; puis, de chercher à porter une appréciation sur les résultats obtenus, d'après l'ensemble des cas actuellement publiés auxquels nous ajouterons la modeste contribution de trois observations personnelles.

***

Principe de la vaccination par la porte d'entrée

La vaccination régionale par la porte d'entrée consiste selon la définition donnée par P. Poincloux, à injecter le vaccin spécifique d'une infection dans le tissu qui lui a servi de porte d'entrée, autrement dit dans l'endroit même du corps que le microbe pathogène a utilisé pour pénétrer dans l'organisme du malade. Elle est donc également éloignée de la vaccination générale, qui se contente d'introduire le vaccin dans les humeurs, et de la vaccination locale de Besredka, qui se propose de l'appliquer sur la région malade. Prenons quelques exemples. Soit une otite moyenne. La vaccination *générale* consistera à injecter le vaccin sous la peau, la vaccination *locale*, à l'instiller dans l'oreille. La vaccination *régionale* se proposera d'introduire le vaccin dans la muqueuse du cavum, à l'orifice de la trompe d'Eustache. S'agit-il d'une infection vésicale à colibacilles ? La vaccination *générale* empruntera la voie sous-cutanée, la vaccination *locale* s'adressera à la vessie, la vaccination régionale cherchera à passer par la porte d'entrée, c'est-à-dire par la muqueuse du côlon. Inutile de multiplier ces exemples. Remarquons seulement que, pour beaucoup de microbes, il est souvent très difficile de déterminer avec certitude la voie par laquelle le microbe a effectué sa péntration : tel est le cas par exemple, pour le staphylocoque, ou pour le streptocoque. Pour d'autres microbes, la porte d'entrée est difficilement accessible : ira-t-on, dans une fièvre typhoïde, injecter le bacille typhique dans la muqueuse de l'intestin grêle ? *Il est toujours facile*, au contraire, *de déterminer la porte d'entrée du gonocoque*, et cette porte est d'un accès facile, puisqu'il s'agit constamment des muqueuses génitales. Voilà pourquoi les infections blennorragiques constituent, pour la vaccination régionale, un terrain de choix : c'est, en effet, dans le traitement des affections gonococciques que cette méthode a donné ses plus beaux succès.

***

Application de la méthode au traitement des affections gonococciques

Qu'il s'agisse de manifestations *locales* de la blennorragie (métrites, salpingites ou bartholinites) ou de localisations *extra-génitales* (arthrites gonococciques) la technique d'application de la méthode sera — par définition — exactement la même.

Indications. — *Il faut s'assurer d'abord que le gonocoque est réellement la cause de la maladie* qu'on se propose de traiter. S'agit-il d'une infection génitale — métrite ou salpingite — il faut éliminer les infections génitales du post-partum et les infections pelviennes d'origine colibacillaire. S'agit-il d'une arthrite, on doit acquérir la certitude qu'il s'agit d'une arthrite blennorragique, en éliminant la tuberculose et la maladie de Bouillaud.

Pour conduire cette enquête étiologique, les arguments tirés d'un interrogatoire précis fourniront les premières données ; tantôt le passé génital ne laissera aucun doute sur la réalité de l'infestation gonococcique ; d'autres fois, au contraire, la notion d'un avortement antérieur, d'un fonctionnement intestinal défectueux, orienteront les recherches d'un autre côté. On ne négligera pas les secours du laboratoire. Le microscope permet de ne conserver aucun doute lorsqu'il amène la découverte du gonocoque dans le frottis d'un suintement urétral, ou dans une parcelle glaireuse

prélevée sur les muqueuses génitales ; toutefois, l'absence de gonocoques dans les sécrétions pathologiques est trop fréquente dans les affections blennorragiques les plus authentiques, pour qu'on puisse en tirer un argument négatif sérieux. Cette carence partielle des données bactériologiques, le résultat parfois peu explicite de l'enquête et de l'examen cliniques, expliquent la fréquence relative des cas où le diagnostic étiologique reste douteux. Il serait alors possible, selon P. Poincloux, de tirer argument des effets d'une première injection « d'épreuve », consistant à introduire un quart de centimètre cube de vaccin antigonococcique dans l'épaisseur des muqueuses génitales, selon la technique qui sera précisée plus loin. Une réaction fébrile intense à 40°. survenant à la suite de cette injection minime, serait le signe auquel, on pourrait reconnaître qu'il s'agit vraiment d'une infection gonococcique. Cette réaction fébrile serait, en quelques manière spécifique, ; de sorte qu'une malade atteinte par exemple, de salpingite colibacillaire, ne répondrait par une grosse poussée de fièvre qu'à la seule injection, dans la muqueuse rectale, de vaccin colibacillaire. Nous signalons en passant cette curieuse application *diagnostique* de la vaccination régionale. Dans le cas particulier des arthrites gonococciques, il serait légitime, à notre avis, de pratiquer, ne serait-ce qu'à titre de contre-épreuve, le test de l'intra-dermo-réaction, dont le Professeur M. Loeper, avec Degos, a récemment montré l'utilité dans le diagnostic étiologique des arthrites infectieuses. Ces renseignements pourront être confrontés, en outre, avec les résultats de la gono-réaction.

Technique. — La responsabilité du gonocoque ayant été établie avec certitude, il ne reste plus qu'à appliquer le principe de la méthode : introduire le vaccin gonococcique par là même où le gonocoque s'est frayé passage. Chez l'homme, il s'agit toujours de la muqueuse uréthrale. Chez la femme, théoriquement, les voies d'entrée sont très nombreuses : urètre, vulve, glande de Bartholin, muqueuse vaginale, col utérin... En pratique, l'expérience montre que, dans presque tous les cas, c'est l'*urètre*, chez la femme aussi bien que chez l'homme, qui représente le tissu électivement sensible dont le gonocoque surmonte d'abord la résistance : c'est donc aussi dans la muqueuse urétrale qu'on ira d'abord déposer le vaccin.

Chez l'homme, après nettoyage de l'urètre terminal, on anesthésie la muqueuse en laissant en place un tampon imbibé de novocaïne au 1/20e pendant quatre à cinq minutes. Avec une seringue graduée en dixièmes de centimètre cube et munie d'une aiguille très fine, on injecte un quart de centimètre cube de vaccin (stock-vaccin antigonococcique de l'Institut Pasteur) dans les parois du méat uréthral, en répartissant bien la dose, par moitié, dans les deux versants du méat de l'urètre. Chez la femme, l'injection se fait au-dessous du méat dans le plancher même de l'urètre, en piquant exactement dans cette petite saillie nettement visible, que forment au-dessous du méat, les glandes de Skène.

Il n'y a pas de réaction locale. Par contre, l'injection « régionale » du vaccin, lorsqu'elle est réussie, entraîne une réaction générale franche, nette, intense, qui ne manque pour ainsi dire jamais. Elle commence en moyenne, trente à quarante-cinq minutes après l'injection ; nous l'avons vu survenir dès le premier quart d'heure, et d'autrefois plus d'une heure après la piqûre. La température monte à 40°, parfois davantage ; nous avons noté, dans un cas, un clocher fébrile à 41°8°. Cet accès s'accompagne d'une sensation de malaise intense. Après quelques heures, la fièvre tombe. Cette réaction violente est suivie très rapidement, en moins de vingt-quatre heures, d'une amélioration qui se poursuit pendant un, deux ou trois jours. A ce moment, on répète l'injection, à la dose d'un demi-centimètre cube. On fait ainsi, tous les deux ou trois jours, quatre à six injections, en augmentant chaque fois la dose d'un quart de centimètre cube, sans jamais dépasser la dose de un centimètre cube et demi. Selon P. Poincloux, dès la troisième injection , les réactions deviennent moins vives, jusqu'à devenir nulles après la cinquième injection. Il considère même cette « annulation des réactions vaccinales » comme une sorte de test de guérison.

Personnellement, cette décroissance des réactions fébriles ne nous a pas paru constante. Très souvent, nous avons vu les malades réagir avec la même violence, par un clocher thermique atteignant ou dépassant 40°, à quatre ou cinq injections consécutives, et cela même dans des cas où l'influence de la vaccination fut très favorable. Inversement, l'absence de toute réaction fébrile post-vaccinale peut être observée.

Si la vaccination par voie urétrale n'est pas suivie d'amélioration, il faut, avant d'accepter l'échec, penser que peut-être le gonocoque s'est introduit par une autre voie. Le plus simple est d'essayer d'abord l'efficacité du vaccin introduit dans les glandes de Bartholin. En cas d'échec, il reste la ressource de porter le vaccin dans la muqueuse du col utérin, sous contrôle du spéculum, en intercalant, entre l'aiguille et la seringue, une prolonge métallique de dix centimètres de long. On réalise ainsi une vaccination cervicale ou intra-cervicale analogue à la pelvi-vaccination de Lévy-Solal et Louvel.

Résultats. — Appliquée par A. Basset et P. Poincloux au traitement des *métrites gonococciques*, la vaccination régionale par la porte d'entrée leur a donné dans de nombreux cas, en quinze jours à trois semaines, la guérison complète avec cicatrisation complète des ulcérations cervicales. Appliquée par les mêmes auteurs et par Weissmann au traitement *des salpingites*, la vaccination par la porte d'entrée a permis dans tous les cas, sauf deux , d'éviter l'hystérectomie, provoquant une rétrocession considérable et parfois une guérison complète de la tuméfaction annexielle. L'évolution de l'*orchi-épididymite* serait également très abrégée. Enfin, la même méthode, entre les mains de Daoulas, a paru exercer sur l'évolution de l'*uréthrite chronique blennorragique* , chez l'homme, une influence très favorable. Lian, avec Poincloux et Copélovici, a appliqué la vaccination régionale à dix-huit cas d'**arthrites blennorragiques** : ayant noté que la vaccination pratiquée selon cette méthode interrompt généralement en une dizaine de jours le processus inflammatoire articulaire ou para-articulaire, il conclut que la vaccination régionale améliore dans une large mesure le pronostic de cette affection. Nous-mêmes, au cours de ces dernières années, avons eu l'occasion de traiter par la vaccination régionale péri-uréthrale un certain nombre de cas d'arthrites blennorragiques, avec des résultats excellents dans l'ensemble. Qu'on nous permette de rapporter ici, à titre d'exemples, les observations résumées des trois premiers cas que nous avons soignés par cette méthode, avec notre maître le professeur M. Loeper, et chez lesquels l'influence favorable de notre action thérapeutique nous parut indiscutable.

Obs. 1. — Le malade J., âgé de 26 ans, chauffeur, entre à la Pitié, salle Soupault, le 10 septembre 1929, dans le service du Prof. Loeper, pour une arthrite du genou. Il y a 6 ou 7 ans, ce malade contracte une première blennorragie, qui guérit en huit jours environ. Vers le 20 août 1929, il présente à nouveau un écoulement uréthral purulent. Le 1er septembre, il ressent une douleur vive dans la cheville et le pied gauche ; au bout de

deux ou trois jours, le genou se tuméfie ; à partir du quatrième jour, la marche devient impossible. Après être resté au lit trois jours, pendant lesquels les douleurs ne font qu'augmenter, il entre à l'hôpital.

On constate l'existence d'un œdème douloureux à la face dorsale du pied et dans la région tibio-tarsienne du côté gauche. En outre, on retrouve tous les signes d'une volumineuse hydarthrose du genou gauche, avec déjà une atrophie musculaire considérable du quadriceps. Pas d'adénopathie inguinale. Tout mouvement du genou est impossible. Le malade garde le membre inférieur à demi fléchi en permanence, reposant sur le plan du lit par sa face externe. La température reste constamment entre 37°5 et 38°5.

Le 12 septembre, on ponctionne le genou ; la ponction retire environ 150 centimètres cubes d'un liquide puriforme, maisqui bientôt se coagule. L'examen au laboratoire montre la présence de très nombreux polynucléaires, avec présence de rares diplocoques intra-cellulaires, Gram négatif. Le jour même de la ponction, le malade est un peu soulagé. Mais l'amélioration est très faible et très transitoire.

Continuant à souffrir et à ne pas dormir, il maintient son membre inférieur en mauvaise position, 1/2 flexion et rotation externe, sans vouloir essayer le moindre mouvement. Une tentative de mobilisation provoque des douleurs intolérables. En outre, dans les jours suivants, l'atrophie musculaire fait de rapides progrès, aboutissant à une fonte complète du quadriceps. La tibio-tarsienne et les articulations du pied restent tuméfiées et douloureuses.

Le 15 septembre, on injecte pour la première fois 1/4 de centimètre cube de vaccin antigonococcique de l'Institut Pasteur dans la muqueuse uréthrale du méat. Dans les heures suivantes, la température monte à 40°, avec frisson intense et sueurs profuses.

Dès le jour même, le malade signale une atténuation considérable de ses douleurs. Pour la première fois, il dort la nuit sans avoir besoin de caler sa jambe avec une alèze roulée.

Dès le lendemain, on constate une diminution très notable de la tuméfaction du pied et de la cheville. Il reste encore un peu d'œdème, mais c'est un œdème mou, non tendu, indolore.

Les douleurs spontanées ont disparu. La mobilisation passive, encore douloureuse, est possible.

Cette amélioration dure trois jours, pendant lesquels la température ne dépasse pas 37°4. Puis les douleurs reparaissent, le malade immobilise de nouveau sa jambe et ne dort plus ; la température remonte à 38°5.

Le 18 septembre, on injecte un centimètre cube de vaccin dans la muqueuse uréthrale du méat. Dans les heures qui suivent, la température remonte à 40°, accompagnée d'un frisson violent. Dès le soir de ce même jour, l'amélioration est manifeste. La tuméfaction du pied et de la cheville disparaît, ainsi que le douleurs articulaires. Le malade commence à mobiliser son genou et parvient pour la première fois à réaliser l'extension complète ; mais il ne peut conserver la position. La mobilisation passive est beaucoup plus aisée : on arrive à réaliser l'extension complète et une flexion satisfaisante. On arrive enfin à obtenir du malade ce qu'on n'avait pu obtenir jusqu'alors, à cause de la douleur : des séances de contractions volontaires du quadriceps, durant 3 à 5 minutes,et répétées matin et soir. La température retombe, dès le lendemain de la piqûre à 37°8.

Comme la première, cette seconde poussée d'amélioration est transitoire. Dès le troisième jour, le malade recommence à souffrir, et interrompt ses exercices.

Le 21 septembre, on pratique une troisième injection de vaccin (1 cc. 1/2). Le clocher fébrile atteint 40°1 ; le soulagement fonctionnel est immédiat, puisque dès le soir, le malade reprend ses exercices de mobilisation et de contractions musculaires volontaires. Cependant, dans les jours qui suivent, l'examen du genou montre que du liquide est apparu de nouveau dans l'articulation ; le 24 septembre, une ponction retire 20 cc. d'un liquide louche, riche en polynucléaires, sans gonocoques, ni à l'examen direct, ni dans les cultures. Le 23 et le 24 septembre, le malade souffre la nuit.

Le 25 septembre, 4e injection de 2 centimètres cubes de vaccin dans la muqueuse uréthrale.

Tout de suite après la réaction thermique qui atteint 40°, l'amélioration est très marquée : le malade reprend ses exercices musculaires et ses exercices de mobilisation active. On recommence la mobilisation passive. On assiste à un début de restitution de l'atrophie du quadriceps, dont on sent maintenant les fibres se contracter sous la peau. Les nuits sont excellentes : le liquide ne se reprduit pas : le genou est moins gonflé. Cette amélioration se poursuit pendant quatre jours, puis la température monte à 38°5, la mobilisation passive devient plus douloureuse.

Le 1er octobre, on pratique une 5e injection, de 2 centimètres cubes de vaccin, après laquelle la température monte encore à 40°5. Cette fois, la régression est plus rapide encore que les autres fois : toute l'après-midi, le malade exerce ses muscles et sa jointure. Le lendemain, on est frappé par la diminution du volume du genou, dont les reliefs sont plus sensibles et la palpation moins douloureuse. La température reste à 37°. La mobilisation passive va de l'extension parfaite. à la flexion à angle droit.

Cette amélioration se poursuit dès lors régulièrement, les épreuves de mobilisation passive deviennent de moins en moins douloureuses ; lorsque le malade quitte l'hôpital, une quinzaine de jours après, le résultat physique et fonctionnel est parfait. Le résultat s'est maintenu.

Obs. n° 2. — La malade S..., fille de salle, âgée de 19 ans, entre à la Pitié,le 17 août 1929, dans le service du Prof. Loeper, au lit n° 6 de la salle Lamy, pour une arthrite douloureuse du genou gauche. Ce début remonte à trois semaines, marqué par une douleur vive, comparable à la douleur d'une entorse, apparue lors de la montée d'un escalier. La malade souffre violemment toute la journée, ne dort pas la nuit, et doit garder le lit.

L'interrogatoire ne laisse aucun doute sur l'existence d'une infection blennorragique récente, remontant à deux mois : dysurie, pertes blanches épaisses et purulentes, douleurs pelviennes, etc.

A l'examen, le genou est très gros, très tendu, très douloureux, avec une incubation collatérale très marquée. Aucun mouvement n'est possible. La température est à 39°. Il n'y a pas d'adénopathie. La ponction retire de l'articulation un liquide louche dans lequel l'examen microscopique décèle la présence du gonocoque. Du 17 août au 6 septembre, sont essayés sans résultat appréciable divers traitements locaux ou généraux : injection sous la peau du liquide intra-articulaire, injection intra-articulaire de sérum non spécifique antiméningococcique, etc... On n'obtient aucune amélioration sensible de l'état articulaire ; pendant toute cette période, les pertes blanches sont épaisses, abondantes et verdâtres.

Le 6 septembre, on pratique la première tentative de vaccination régionale. Après nettoyage au permanganate et anesthésie locale, on injecte 1/4 cc. de vaccin antigonococcique de l'Institut Pasteur dans la saillie de la glande de Skène, du côté gauche, à proximité du méat urinaire. Il n'y a pas de réaction thermique. Cependant dès le lendemain, l'amélioration est indiscutable. On note : 1° la cessation à peu près complète de la douleur ; pour la première fois, la malade accepte sans plaintes, la mobilisation passive. Dans l'après-midi, même, elle mobilise spontanément son genou, sans aucune douleur ; 2° une résorption très rapide de ce qui restait de liquide dans l'articulation : 3° une diminution immédiate des pertes blanches. Pour la première fois depuis des semaines, la malade ne tâche pas son linge.

Le 9 septembre, on injecte à nouveau 1/2 cc. de vaccin antigonococcique dans la muqueuse du méat urinaire. Pas de réaction thermique. Cependant l'amélioration obtenue à la suite de l'injection précédente se confirme : on note la disparition complète de la douleur et de l'épanchement.

Le 13 septembre, la malade se rend à pied à la salle de consultation, où l'on pratique une injection de un centimètre cube. C'est la première fois qu'elle marche depuis un mois et demi. Cependant, elle n'accuse aucune douleur. Les mouvements passifs atteignent l'amplitude normale ; il n'y a presque plus de pertes blanches ; la muqueuse vulvaire, auparavant rouge et luisante, a repris la coloration rosée normale.

Le 19 septembre, on pratique une 5e et dernière injection vaccinale. Le 26 septembre, la malade quitte l'hôpital, paraissant guérie d'une façon complète. Elle peut effectuer sans aucune douleur tous les mouvements du genou ; elle peut même s'accroupir, demandant seulement qu'on la soutienne légèrement et qu'on l'aide à se relever. La température est normale. Il n'y a plus aucune manifestation apparente de blennorragie génitale.

Obs. 3. — Mme G..., âgée de 48 ans, ouvrière, entre à la salle Lamy, le 8 septembe 1929, dans le service du Prof. Loeper, pour arthrite du genou gauche. Depuis le début du mois d'août, elle présente des pertes abondantes, verdâtres, analogues à du pus. En même temps, elle commence à ressentir dans le bas-ventre des douleurs vives. Deux semaines après, elle est atteinte d'une crise de rhumatisme atteignant d'abord les doigts, puis les orteils ; ces troubles sont passagers. Mais bientôt le genou est atteint à son tour, et cette fois, les douleurs ne cèdent pas : elles sont intolérables, empêchant le sommeil, tandis que le genou est de plus en plus volumineux.

A l'examen, on trouve un genou énorme, œdématié, dont la peau est luisante, avec une circulation collatérale : l'aspect est celui d'une arthrite phlegmonneuse. Il ne s'agit, en réalité que d'une arthrite pseudo-phlegmonneuse. Le genou est augmenté

de volume en masse : tissu cellulaire, gaines et tendons périarticulaires, tissu osseux même, semblent praticiper au processus inflammatoire pour donner une tuméfaction dure, non rénitente, sans choc rotulien. Le moindre attouchement réveille une douleur extrême. Impossible de tenter le moindre essai de mobilisation passive. La malade ne dort pas la nuit. La température est de 38° environ. L'examen des pertes ne montre qu'une flore polymicrobienne ; mais une parcelle de glaire prélevé à l'orifice du col montre la présence du gonocoque.

Le 13 septembre, 1/2 centimètre cube de vaccin antigonococcique de l'Institut Pasteur est injecté sous la muqueuse uréthrale. Cette injection est suivie d'une réaction fébrile modérée, à 38°9. Cependant, les douleurs, exacerbées à l'occasion du transport à la salle de consultation, se calment rapidement et la malade dort pendant toute la nuit. Le lendemain, la palpation du genou n'est plus douloureuse ; les essais de mobilisation passive restent, toutefois, horriblement douloureux.

Le 16 septembre, nouvelle injection de un centimètre cube de vaccin. On note que le transport de la malade s'est effectué aisément. Après l'injection, réaction générale modérée, à 38°1. Dans la journée, la malade qui ne ressent plus aucune douleur s'essaye à mobiliser son genou, et constate que ces tentatives sont à peine douloureuses. La nuit est bonne. Le lendemain, on tente pour la première fois des exercices de mobilisation passive. Les mouvements sont possibles, mais très limités. Le genou est moins gros. On sent mieux les contours osseux. La circulation collatérale est moins développée. Les pertes ont cessé.

Le 18 septembre, on injecte encore un centimètre cube de vaccin. La malade est venue à pied à la salle de consultation, seulement soutenue par un bras. L'injection provoque une réaction fébrile à 38°2. A la suite de cette piqûre, qui ne souffre plus, elle commence elle-même des exercices de mobilisation. Ces exercices se heurtent, à un angle de 40 degrés environ, à une contraction musculaire intense, que la malade, malgré sa bonne volonté, ne peut relâcher. Le volume du genou diminue toujours.

Le 24 septembre, 4e séance de vaccination par la porte d'entrée, à la dose de 1 cc. 1/2. Réaction fébrile à 38°5. Le lendemain, lorsqu'on mobilise le genou, on n'est plus arrêté par la contraction musculaire, mais seulement, à 50 degrés environ, par la raideur articulaire elle-même.

On peut alors, en accentuant la pression, rompre les adhérences qui se déchirent avec un craquement, et gagner ainsi quelque supplément de mobilité. A partir de ce moment, la malade continue à exercer régulièrement son genou. On commence un traitement diathermique, qui sera ensuite régulièrement suivi.

Une 5e et dernière injection de deux centimètres cubes est pratiquée le 2 octobre, ne provoquant plus qu'une réaction thermique insignifiante à 37°8. Dès lors, le traitement par la mobilisation, le massage et la diathermie est poursuivi avec régularité. Lorsque, quelques semaines après, la malade quitte l'hôpital, elle ne conserve plus qu'une limitation insignifiante des mouvements de flexion forcée du genou.

Ces observations, très favorables à la méthode de vaccination proposée par P. Poincloux, comportent cependant un enseignement qu'il ne faudrait pas négliger. La vaccination des arthrites gonococciques par la porte d'entrée nous a paru exercer une influence très remarquable sur le processus inflammatoire : douleur, tuméfaction, fièvre. Mais elle est incapable, incontestablement, de triompher seule des raideurs articulaires déjà organisées, des atrophies musculaires souvent si intenses et si rapides qui accompagnent ces arthrites. Il est donc très important, lorsqu'on pratique la vaccination régionale, de ne pas négliger les soins habituels par lesquels peuvent être conjurés les désordres anatomiques irréparables : le *massage*, la *mobilisation* méthodique — sous anesthésie s'il est nécessaire — et la *diathermie*.

***

La place nous manque pour envisager ici les résultats obtenus par différents auteurs en appliquant à diverses affections microbiennes, la méthode de vaccination par la porte d'entrée. De beaux succès ont été enregistrés dans différentes affections colibacillaires, en introduisant le vaccin, sous contrôle rectoscopique, dans la muqueuse de l'ampoule rectale. Certaines tentatives analogues ont porté sur la muqueuse de l'orifice naso-pharyngé de la trompe d'Eustache, pour les otites moyennes. Bien d'autres pourraient être envisagées : pourquoi, dans la scarlatine, dans la méningite cérébro-spinale, ne pas introduire dans la muqueuse rhino-pharyngée, le vaccin antistreptococcique ou le vaccin antiméningococcique ? Mais nous ne voulons pas spéculer sur l'avenir d'une méthode qui n'en est qu'à ses premiers essais — d'autant qu'elle n'a pas encore reçu de l'immunologie expérimentale l'appui scientifique essentiel sans lequel elle ne saurait sortir du rang des méthodes empiriques.

Les lysats vaccins dans les affections chirurgicales

Par L. DUCHON
Chef de laboratoire de bactériologie a la Faculté

Dans les différentes communications (1) sur les lysats vaccins, nous nous sommes attachés à montrer l'étendue de l'activité lytique du B. pyocyanique.

Les germes aérobies, rencontrés communément dans les infections chirurgicales, qui peuvent être digérés par ses ferments sont nombreux, et ceci laisse soupçonner le nombre des affections chirurgicales susceptibles d'être influencées par la méthode de vaccinothérapie qui utilise les lysats ainsi obtenus.

Le B. pyocyanique, dans les plaies où le pus bleu est apparu, se comporte comme un bactériophage puissant, mais pathogène lui-même, cette propriété ne saurait être utilisée *in vivo*. Les techniques de laboratoire ont, par contre, permis de discipliner cette activité bactériophagique, de l'utiliser *in vitro* sur les différents pathogènes rencontrés et de recueillir leurs produits de digestion.

Ces produits de digestion des corps microbiens ou lysats sont dénués de toute toxicité (2). Injectés dans l'organisme, ils sont propres à éveiller une réaction de défense anti-microbienne spécifique, une immunisation, qui n'est, en somme, que l'exagération des phénomènes naturels que tout organisme tend à développer à l'encontre de toute infection qui l'envahit.

L'acuité ou la carence de ces phénomènes naturels expliquent, dans une infection, la résistance spontanée de l'individu qui l'achemine vers la guérison ou, au contraire, sa défaillance et l'évolution grave.

Exciter l'intensité de ces phénomènes naturels, tels sont le but et l'effet de la vaccinothérapie microbienne comme le révèlent les témoins biologiques dont nous avons déjà parlé ailleurs (3).

Ces données laissent entrevoir que dans le système de l'immunité, il faille considérer deux facteurs : le vaccin, sa puissance immunisante et aussi le vacciné, c'est-à-dire ses modes de réaction que la nature a créée.

Toute insistance sur l'importance du premier facteur est

évidemment superflue ; nous dirons seulement que la valeur d'un vaccin microbien nous a paru toujours proportionnelle au degré de lyse obtenu.

Quant à l'importance du second facteur, il est indispensable d'en donner succinctement quelques éclaircissements en raison des conséquences qu'il soulève.

Envisageons l'évolution favorable naturelle de deux infections différentes, par exemple une infection éberthienne et une infection streptococcique.

La guérison *spontanée* de ces deux infections implique une stérilisation de ces infections par les réactions de défense propres de l'organisme. Mais tandis que dans la première, cette réaction défensive est telle qu'elle peut à longue échéance empêcher une réinfection, dans la seconde cette réaction défensive est éphémère et laisse la porte ouverte, à brève échéance, à une nouvelle infection.

Ceci mène à penser que, dans la guérison de ces deux infections, l'organisme a la faculté de développer quelque chose de plus pour la défense de l'une, que pour la défense de l'autre. Comment donc un vaccin pourrait-il développer une faculté à laquelle l'organisme est incapable de répondre ?

La conséquence pratique, largement étayée par de multiples observations, est celle-ci, c'est que dans toute vaccination, où des germes tels que streptocoques sont en cause et dont l'immunité est éphémère, il convient :

1° Pour obtenir la guérison d'une telle infection, de savoir entretenir l'immunité de l'organisme, c'est-à-dire de savoir prolonger sa vaccination jusqu'à la guérison absolue, jusqu'à la stérilisation parfaite du foyer infecté. Les reprises d'infection d'un foyer mal éteint sauront révéler aux expérimentateurs le bien fondé de cette notion.

2° Pour profiter de la prévention effective à immunité éphémère de ce genre d'infections (comme le cas se présente dans la prévention des infections broncho-pulmonaires post-opératoires ou streptocoques, staphylocoques, pneumocoques entrent si fréquemment en jeu), il faut savoir intervenir sans tarder, une fois l'immunité solidement établie et avant qu'elle ne fléchisse.

C'est là du moins les conclusions auxquelles nous sommes parvenus après une expérimentation prolongée et que nous allons maintenant aborder.

Infections broncho-pulmonaires chirurgicales (4)

Prévention. — La fréquence des infections broncho-pulmonaires post-opératoires dans les interventions gastriques ou intestinales nous a paru un domaine expérimental de premier ordre pour étudier, une fois de plus, l'activité des lysats vaccins.

Celui que nous avons utilisé est celui que nous avons mis au point à la suite de recherches bactériologiques complexes dans toutes les variétés d'infections pulmonaires aiguës (5). Il est essentiellement polymicrobien, il contient les lysats de streptocoques, de staphylocoques, de pneumocoques, de B. de Pfeiffer, de M. catarrhalis, de colibacilles, de B. diphtérique.

Conjointement aux données précitées et à la suite de tâtonnements, nous nous sommes arrêtés à une méthode d'utilisation qui comporte deux conditions primordiales :

1° Obtenir une immunité effective en pratiquant une série de 8 injections de un centicube, faites journellement, dans les huit jours qui précèdent l'intervention ;

2° Intervenir dans les 48 heures qui suivent la dernière injection.

(Dans les cas où l'intervention serait retardée, entretenir l'immunité en continuant la vaccination à raison de une injection tous les deux jours).

Depuis deux ans, pendant les périodes hivernales, d'octobre à juillet, avec M. Lapointe nous avons préparé ainsi 114 malades parmi lesquels plus de la moitié sont des gastrectomies ou des gastro-entérostomies.

Nous pouvons affirmer que chez aucun des opérés préparés dans ces conditions, nous n'avons pu relever des signes d'infections broncho-pulmonaires ou de complications phlébitiques. Les suites opératoires se sont constamment montrées des plus bénignes. Parfois poussée thermique modérée le lendemain ou le surlendemain de l'intervention, poussée éphémère sur un état général excellent et ne paraissant pas motivée.

Plus particulièrement, dans le groupe des interventions gastriques on relève deux décès. Une gastro-entérostomie chez un malade cachectique décédé le jour même de l'intervention, une gastrectomie décédée un mois après l'intervention par déhiscence du moignon duodénal.

Par contre, dans les mêmes conditions, chez ce type d'opérés, la réapparition de ces complications a pu être constatée chez ceux qui n'avaient pas été soumis aux conditions pré-soulignées.

De plus, l'endémie grippale signalait par instant sa présence soit dans le service même chez de petits opérés, soit dans le service de clinique du même hôpital où systématiquement l'on se tenait au traitement purement curatif de ces affections.

Traitement curatif des infections broncho-pulmonaires en chirurgie. — Conjointement au traitement préventif utilisé dans le service de M. Lapointe, et même depuis plus longtemps (4 ans) la lyso-vaccinothérapie, seulement curative, était utilisée dans le service du Professeur Lejars.

Nous avons, pendant cette période, recueilli 75 observations. Elles comportent des infections pulmonaires post-opératoires, des infections pulmonaires chez des grands infectés, des infections pulmonaires banales de contamination chez des traumatisés.

La mortalité apparaît très réduite : en tout, 4 décès dont une gangrène pulmonaire traitée par erreur et 3 décès précoces dans les deux premiers jours du traitement.

Il ne faut pas avoir suivi beaucoup de ces malades pour se rendre compte des modifications que l'intervention thérapeutique fait subir à l'évolution générale de ces infections.

Dans les 48 heures qui suivent la première injection, une sédation se dessine, tant dans la courbe thermique que dans les signes fonctionnels. La cyanose et la dyspnée diminuent d'intensité.

Les jours suivants, la courbe fléchit régulièrement, les foyers fixés paraissent moins denses, le souffle s'adoucit et la percussion donne plus de sonorité.

Les râles fins sont devenus de gros râles humides, bronchiques, contemporains d'une expectoration abondante ; le tout, témoin de l'afflux leucocytaire focal, rappelle l'abondance de la purulence qui apparaît dans les suppurations traitées par la même méthode.

Stade d'ailleurs de courte durée. Du 6e au 7e jour, tout paraît rentrer dans l'ordre sans que l'infection soit pourtant complètement éteinte. L'arrêt de la vaccinothérapie à cette époque risquerait la possibilité d'un réveil et c'est une des raisons qui a dicté les règles d'utilisation de la vaccinothérapie curative : pratiquer une injection journalière de 1 cc. de lysat polymicrobien jusqu'à guérison apparente, c'est-à-dire environ vers le 8e jour du traitement, puis continuer à raison de une injection tous les deux jours pendant encore une huitaine de jours environ.

Utilisée à temps, la lyso-vaccinothérapie polymicrobienne des affections broncho-pulmonaires améliore donc sensiblement leur pronostic et évite les complications, en particulier les épanchements pleuraux. Et, quand déjà la plèvre est atteinte, en dehors des épanchements massifs, l'on peut observer l'assèchement progressif des collections à pneumocoques, à streptocoques, sans avoir besoin de recourir à l'empyème.

Infections streptococciques (3)

Le streptocoque se laisse lyser difficilement ; c'est l'un des germes les plus résistants. Cette résistance à la lyse explique vraisemblablement la pauvreté ou l'absence des propriétés antigéniques reconnues jusqu'ici, en général, aux vaccins antistreptococciques.

Les lysats de streptocoques ont été largement expérimentés dans les services de MM. Lejars, Bezançon, Lapointe, (4) après contrôles bactériologiques des infections à traiter, dans quatre types de ces infections : les lymphangites, les foyers circonscrits, les pleurésies purulentes, les septicémies.

Lymphangites et cellulites. — C'est dans ces affections que l'activité de la vaccinothérapie se révèle avec la plus grande netteté. Evoluant sous l'œil, il est, en effet aisé d'en suivre de jour en jour les modifications cliniques.

Nombreuses sont les grandes lymphangites, largement et rapidement envahissantes, que nous avons soumis à ce traitement après examen bactériologique de la sérosité des phlyctènes.

Dans les 48 heures qui suivent le début du traitement, non seulement l'extension est enrayée mais déjà la régression s'ébauche. Les téguments sont moins rouges, moins chauds, moins douloureux, la fièvre fléchit. Vers la 4e ou 5e injection, les téguments ont repris leur coloration normale, l'œdème a disparu, parfois même la peau se plisse finement comme si son élasticité n'avait pu suivre la résorption de l'infiltration dermique ou sous-dermique. Quelquefois, on constate en un point l'apparition d'un petit abcès, petite collection froide, qu'une simple boutonnière suffit à évacuer. Cette tendance à la localisation de l'infection, quelle que soit sa forme, nous paraît être l'un des témoins de la défense éveillée dans l'organisme.

Abcès et adéno-phlegmons à streptocoques. — Dans les abcès et adéno-phlegmons on observe deux modes évolutifs.

1° Lorsque le foyer collecté est peu volumineux, ou mieux lorsqu'il est encore à l'état de crudité, l'on peut observer une résolution totale et l'intervention peut être évitée. C'est l'éventualité la moins fréquente en raison de l'état avancé des malades que nous voyons et son intérêt est surtout d'ordre expérimental en révélant l'activité du traitement.

2° Lorsque le foyer est plus volumineux, que du pus est déjà collecté en abondance, que l'infiltration périfocale est plus considérable, on observe, non seulement la régression de l'infiltration, mais la limitation et le refroidissement de la collection. Celle-ci, parfois volumineuse, s'isole au milieu de tissus peu ou pas inflammatoires, souples, tandis que la réaction thermique est nulle ou très atténuée. Une incision minime, une ponction, sont suffisantes alors pour l'évacuer et souvent on est surpris de la rapidité de la cicatrisation.

Pleurésies purulentes à streptocoques. — Il nous paraît inutile de rappeler la gravité de l'empyème dans les pleurésies purulentes qui compliquent les infections pulmonaires en évolution. A notre sens, quand le facteur mécanique de compression d'un épanchement massif n'impose pas l'urgence, cette méthode intempestive est périmée. Avec les moyens dont dispose actuellement la thérapeutique, il nous semble utile de temporiser et d'attendre l'amélioration, sinon la guérison, du foyer pulmonaire sous-jacent, de l'état infectieux, voire le refroidissement de la collection pleurale. Savoir opérer dans ces conditions améliore considérablement le pronostic de cette affection.

Parfois même dans les épanchements de petite ou moyenne abondance on sera surpris de constater, comme nous l'ont révélé un certain nombre d'observations, en partie publiées (6), une régression progressive de l'épanchement, parvenant à une résorption totale, sous l'influence d'une vaccinothérapie plus ou moins prolongée.

Quant aux modalités du traitement, on concevra aisément que le polymicrobisme de l'infection pulmonaire sous-jacente ait pu imposer, à la vaccinothérapie par le lysat du pathogène pleural, l'association du lysat polyvalent des infections broncho-pulmonaires.

Septicémies à streptocoques hémolytiques. — Les septicémies que nous avons eu l'occasion de traiter dans les services de MM. Lejars, Bezançon, Lapointe, Flandin (7) étaient : une septicémie compliquant un phlegmon diffus du membre supérieur, une septicémie survenue après une angine, les autres, des septicémies puerpérales.

Elles étaient de vraies septicémies, ayant présenté, toutes, des hémocultures positives et pour la plupart des hémocultures, successives, positives.

Au nombre de 12, elles nous ont donné 5 décès, 2 décès précoces dès le premier jour du traitement, 1 décès chez une septicémie *post abortum*, ayant réchauffé une endocardite ancienne végétante ; 1 décès chez une septicémie à streptocoques et anaérobies ; 1 décès tardif survenant 2 mois après le début de la septicémie et consécutif à une localisation, suppurée profonde, périvertébrale de la colonne lombaire.

C'est-à-dire en somme 9 septicémies régulièrement traitées avec 2 décès.

Nous rappellerons comme nous l'avons déjà signalé dans nos communications antérieures, avec MM. Lapointe et Brocq (7). que nous avons été amené à adopter un traitement plus complexe qu'il n'apparait nécessaire à première vue.

Une septicémie à germe déterminé semble, a priori, imposer une thérapeutique spécifique correspondante. Certes, ce n'est pas nous qui contesterions ce principe essentiel d'immunothérapie, mais s'il est fondamental, il nous paraît insuffisant.

En effet, les infections secondes, qui surviennent chez ces malades débilités et qui évoluent avec d'autant plus d'acuité qu'ils sont soumis à des phénomènes de « dysergie » par le traitement *puissamment immunisant* qu'ils subissent, associent leur action nocive à celle de l'infection déclenchante. Sous l'allure d'une surinfection, elles finissent même par prendre le pas sur la septicémie, alors même que celle-ci est en décroissance, et par jouer le rôle de facteur aggravant si l'on n'y prête attention. Et, de cette notion rien ne peut surprendre si l'on réfléchit à la fréquence et à la gravité des infections secondes des grandes maladies *puissamment immunisantes.* (7)

Infections broncho-pulmonaires, infections cutanées, infections urinaires, à germes variés, telles sont ces infections secondes et tel est le cortège d'une septicémie. Cortège qu'il convient d'éviter et qui explique la complexité

plus théorique que pratique du traitement que nous employons chez ces malades, en associant à la lyso-vaccinothérapie spécifique du germe causal de la septicémie, la lyso-vaccinothérapie polymicrobienne des infections broncho-pulmonaires. Celle-ci, non seulement en raison de la fréquence et de la gravité de ces dernières dans le groupe des infections secondes, mais surtout en raison de la polyvalence de ce vaccin où l'on trouve des lysats de streptocoques, de staphylocoques, de pneumocoques, de colibacilles, etc.

Les septicémies que nous avons traitées dans ces conditions, qu'elles fussent streptococciques, éberthiennes ou autres, ont subi une évolution plus régulière et si malgré cela des infections secondes ont pu se montrer, elles ont paru subir, dans l'ensemble, une évolution beaucoup moins sévère.

Infections staphylococciques (3)

La lyse du staphylocoque est plus aisée que celle du streptocoque et demande moins de temps pour se réaliser. Le lysat semble prvoquer dans l'organisme une immunité plus durable que celui du streptocoque.

Il a été largement utilisé dans les services de chirurgie de l'hôpital Saint-Antoine à titre expérimental. Car, dans la pratique, nous lui substituons fréquemment l'association des lysats antistreptococcique et antistaphylococcique, dont nous parlerons plus loin. Cette association est rendue souvent nécessaire par la fréquence, dans les salles d'hôpital tout au moins, de l'envahissement par le streptocoque des plaies d'affection qui, à l'origine, comme dans l'anthrax ou l'abcès du sein, sont purement staphylococciques.

Anthrax et furonculoses. — Nous avons eu à traiter 48 malades atteints d'anthrax et qui présentaient les formes les plus variées de cette affection, (8) en particulier, anthrax chez des dabétiques ou chez des sujets de grand âge (l'un d'eux était un malade âgé de 78 ans, il avait une lésion qui envahissait la nuque d'une oreille à l'autre et s'était compliquée d'infection urinaire à staphylocoques).

Nous avons enregistré un décès à la suite d'un anthrax compliqué de coma diabétique ayant une glycémie de 4 gr.

Les modifications que l'on constate dès les premiers jours du traitement se schématisent assez aisément.

Dans un premier stade, l'infiltration inflammatoire périfocale paraît s'atténuer et se limiter. La lymphangite disparaît, la douleur rapidement devient de moins en moins vive, l'état général s'améliore à vue d'œil. Dès le deuxième jour, une suppuration parfois extrêmement abondante s'établit et expulse rapidement bourbillons et éléments nécrosés.

Dans un deuxième stade, c'est une plaie saine, bourgeonnante, peu suintante à cicatrisation rapide.

Inconstamment on observe des repiquages d'éléments secondaires, ils se sont toujours montrés beaucoup moins importants que la lésion initiale et apparaissent, précocement, alors que l'immunité est encore insuffisamment établie. Parfois même, on les voit suspendre leur évolution sous la forme d'une nodosité dure qui n'arrive pas à maturité, surtout si l'on a soin d'associer à la vaccinothérapie profonde la vaccinothérapie locale.

D'autres fois, ce sont des repiquages très superficiels, sous forme de folliculites, sur lesquels cette forme de lyso-vaccinothérapie locale semble avoir plus d'action.

En passant nous ajouterons que cette même tendance à l'arrêt des repiquages s'observe dans les *furonculoses rebelles* et nombreuses sont les observations de ces formes résistantes, parfois depuis des mois, dont l'évolution fut modifiée et stabilisée en un court délai.

Nous avons suivi 27observations d'*anthrax et de furoncles de la lèvre supérieure*. Parmi ces observations, certaines affectaient un caractère de haute gravité avec des infiltrations énormes, lèvres éversées, joue exagérément tuméfiée, fentes palpébrales obstruées par l'œdème. La guérison est survenue ; toutefois, l'infiltration dure, ligneuse, fut parfois lente à disparaître et survécut momentanément à la cicatrisation de la lésion.

Ici encore on remarque la précocité et l'abondance de l'afflux leucocytaire, en même temps que la régression rapide des éléments inflammatoires, rougeur, douleur, fièvre.

Deux décès ont pourtant été enregistrés dans ce groupe, mais tous deux survenus précocement dans les 24 premières heures du traitement, délai bien court, à une immunothérapie quelle qu'elle soit, pour devenir effective.

Ostéomyélites. — Nous n'avons pas eu l'occasion de soumettre à ce traitement des ostéomyélites aiguës.

Nous avons traité par contre plusieurs ostéomyélites subaiguës ou réchauffées.

L'une de ces ostéomyélites, de l'humérus, était accompagnée d'une volumineuse tuméfaction de la région deltoïdienne, chaude, avec état subfébrile. La radiographie montrait une lésion à l'emporte-pièce de la diaphyse. Le lysat vaccin anti-staphylococcique amena une résolution totale de la lésion.

Dans deux ostéomyélites réchauffées de l'extrémité supérieure du tibia, la même évolution fut observée.

Dans trois ostéites suppurées, l'intervention prolongée de la vaccinothérapie parut coïncider avec l'arrêt de la suppuration.

Les observations de cet ordre sont encore trop peu nombreuses pour que nous puissions donner des indications plus précises sur la lyso-vaccinothérapie de cette affection.

Abcès du sein (7). — Les examens bactériologiques pratiqués sur les pus de toutes les mastites aiguës de la lactation que nous avons eu à examiner, la collection n'étant pas encore ouverte, nous ont imposé de classer cette affection dans le groupe des infections staphylococciques. L'apparition du streptocoque ne s'est révélée à nous que secondairement, à titre d'infection de contamination, alors que la collection était déjà ouverte et pansée.

La lyso-vaccinothérapie appropriée logiquement au traitement de cette affection nous a donc semblé devoir comprendre :

Dans l'abcès fermé, le lysat de staphylocoque ;

Dans l'abcès ouvert le lysat mixte strepto-staphylococcique. Ici encore, pratiquement, rien ne s'oppose à l'utilisation systématique d'emblée de ce second lysat mixte.

Dans des abcès fermés, encore à l'état de crudité, il nous a été donné de voir le foyer disparaître sans autre traitement.

Quand l'abcès est collecté, c'est le même syndrome de refroidissement, déjà signalé dans les autres collections. L'infiltration de la glande va diminuant, devient moins douloureuse, les traînées lymphangitiques disparaissent, les malades sont moins fébriles. La collection se limite en une poche enkystée qu'une courte incision, rapidement cicatrisée, suffit à évacuer.

Ce qui caractérise en outre l'intérêt de ce traitement, c'est que, tout en supprimant les mutilations de l'organe, l'on n'observe plus les reprises, ni l'extension aux lobes voisins, incidents qui aggravent et prolongent si fréquememnt

l'évolution de l'abcès du sein, c'est du moins ce que nous avons observé chez nos 31 malades.

Dans les lymphangites du sein, quelle que soit leur capricieuse évolution, l'activité du traitement se vérifie d'une façon encore plus apparente, l'affection s'étiolant avec une surprenante rapidité.

Pyélonéphrites à staphylocoques. — En dehors des infections urinaires ascendantes à staphylocoques consécutives à des infections de l'urèthre, nous rappellerons nos trois observations de pyélonéphrites primitives graves.

Deux d'entre elles étaient accompagnées d'un état infectieux sévère, hyperthermique, l'autre évoluait depuis trois ans.

Dans ces trois cas, la guérison *bactériologique* fut obtenue dans un délai de trois semaines à un mois.

Septicémies à staphylocoques (8). — Jusqu'ici nous avons eu trois observations de septicémies identifiées.

L'une a été publiée par MM. Bezançon et Weissmann Netter : il s'agissait d'une forme particulièrement sévère, compliquée de méningite septique et d'infection uirinaire. Cette malade a guéri.

La deuxième fut observée avec M. Netter, elle était contemporaine d'un foyer d'ostéite vertébrale qui avait engendré une paraplégie, elle s'accompagnait également d'infection urinaire.

Septicémie et infection urinaire ont cédé.

La paraplégie s'améliora progressivement.

La troisième, enfin, qui était contemporaine d'un phlegmon cervical, fut suivie de décès dans les 48 premières heures du traitement.

Pleurésies purulentes à staphylocoques (6). — Parmi les pleurésies purulentes staphylococciques, deux révélaient des cultures pures de staphylocoques, le 3e était mixte à staphylocoques et à pneumocoques. Ces trois pleurésies ont guéri sans intervention. L'une fit une vomique. Pour toute séquelle, il subsista une symphyse du cul-de-sac costo-diaphymatique.

Infections mixtes strepto-staphylococciques

Ces infections sont de beaucoup les plus nombreuses dans les services de chirurgie et se chiffrent pour nous à plus de 200 cas traités. Le lysat vaccin utilisé est une association de lysat de staphylocoques et de lysat de streptocoques.

Contrairement au lysat pur de staphylocoques et au lysat pur de streptocoques, dont nous venons de parler, et qui ont surtout l'intérêt théorique de démontrer l'activité de cette méthode, le lysat mixte est, pratiquement, celui qui doit être utilisé dans toutes les infections suppurées à aérobies, à de rares exceptions près (foyers fermés ayant fait leur preuve bactériologique), en raison, revenons-y, de la fréquence des surinfections de contamination. Cette restriction n'est d'ailleurs même pas absolue, la valeur antigénique des lysats étant à peu près équivalente, qu'ils soient purs ou associés.

C'est dire la variété d'infections qui ont été traitées, par ce lysat mixte : lymphangites, adénophlegmons, phlegmons, phlegmons des gaines, panaris, fractures ouvertes, anthrax, plaies suppurées, etc.

Nous ne saurions nous arrêter à nouveau sur les modifications observées dans chacune de ces infections, en tout point, elles rappellent celles que nous venons de signaler dans les infections mono-microbiennes. Limitation et régression des lymphangites, fonte des œdèmes, chute thermique, suppuration abondante les premiers jours; en somme, limitation et refroidissement des foyers avec apparition de plaies saines, bourgeonnantes, peu suintantes, à cicatrisation rapide. Tels sont les caractères principaux qui jalonnent l'activité de ce traitement dans les plaies infectées.

Infections gonococciques

Rhumatisme blennorragique (9). — C'est depuis plusieurs années que le traitement du rhumatisme blennorragique par le lysat de gonocoques a fixé notre attention. C'est à la suite de nos très nombreuses observations (dépassant la centaine) et des résultats obtenus que nous pouvons mieux actuellement augurer de l'activité de cette méthode et mieux reconnaître ses points faibles. Par ailleurs, il nous est agréable d'avoir eu l'impression de trouver, dans le récent mémoire de M. Mondor(10), une certaine modification de son opinion sur la vaccinothérapie à la suite des quelques résultats obtenus chez ses malades, traités par les lysats.

Le lysat de gonocoque donne ses résultats les plus remarquables dans ce que l'on pourrait appeler la maladie rhumatismale à gonocoques, celle qui se caractérise par de la douleur ou des phlegmasies, non accompagnées de suppuration et qui groupent les formes de *polyarthrites*, *hydarthrodiales*, *pseudo-phlegmoneuses*, *arthralgiques*, *synoviales*.

Dans ces formes, par ce traitement, aidé de la mise au repos absolu des articulations, et au besoin de ponctions évacuatrices, la régression s'effectue avec régularité et la guérison survient en un laps de temps, variable avec la gravité de l'atteinte, qui peut varier de 15 jours à un mois.

Un élément qui nous a paru toujours d'importance, et conformément à ce que nous rappellions au début de ce travail sur nos vues dans le domaine de l'immunité, c'est qu'il convient d'entretenir sa vaccinothérapie jusqu'au-delà de la guérison clinique.

En outre, parfois, lorsque l'amélioration se dessinera avec trop de lenteur, il sera nécessaire d'augmenter, *de doubler* les doses de vaccin injecté. .

Autre élément d'importance dans le traitement de cette affection, c'est d'éviter l'erreur d'une mobilisation intempestive avant la guérison clinique, avant la disparition complète de la douleur et des phénomènes inflammatoires.

Dans les *arthrites suppurées*, surtout celles où la culture du pus révèle la présence de gonocoques, nous avons pu obtenir la résorbtion de l'épanchement, mais cette résorbtion évolue avec trop de lenteur. Il faut un mois, un mois et demi et les désordres anatomiques, l'ankylose, sont déjà bien avancés pour que la *restitutio ad integrum* ne soulève pas de grosses difficultés. Ici donc, l'intervention chirurgicale dont M. Mondor a signalé les bienfaits, trouve son indication la plus formelle. Mais nous voudrions qu'on nous laisse dire qu'il est logique de penser que ces formes, où toujours la note infectieuse est marquée à un plus ou moins haut degré, sont susceptibles de trouver dans la vaccinothérapie une action anti-infectieuse précieuse et nous croyons que l'association des deux méthodes pourrait réaliser l'idéal que nous cherchons. C'est du moins ce qui nous a paru vrai dans les dernières arthrites suppurées septiques à gonocoques traitées dans ces conditions et qui ont évolué avec une rapidité surprenante.

Dans les formes de rhumatisme blennorragique à évolution prolongée, nous avons été infiniment intéressés par les résultats obtenus par M. Mondor, et, en particulier, par cette hydarthrose où la malade eut la surprise de voir survenir la guérison après *dix* ans d'évolution.

En général, il ne faut pas espérer grand chose d'une vaccinothérapie dans les formes où les lésions anatomiques, les ankyloses sont constituées, son rôle étant plus de les pré-

venir; hormi les cas où une infection subaiguë, douloureuse, subsiste et où, quelquefois, on sera assez heureux de rendre aux malades au moins leur quiétude.

Epidydymite blennorragique. — Dans cette affection si capricieuse dans son évolution, nous ne saurions être trop circonspects quant à l'activité d'une méthode thérapeutique.

Nous ne saurions donc apporter, ici, qu'une impression générale fondée sur l'observation d'une soixantaine de malades.

Divers éléments nous ont paru marquer les bienfaits du traitement.

1° C'est l'atténuation rapide de la douleur dès le 2e ou 3e jour du traitement ;

2° C'est la rapidité de la régression de la tuméfaction qui s'observe avec une certaine constance et qui paraît réalisée vers le 5e ou 6e jour du traitement, tout en laissant à la queue de l'organe un noyau dur, lent à disparaître ;

3° C'est la régression, dans les mêmes conditions, d'épidydymites qui depuis 2 ou 3 semaines semblaient peu sensibles à d'autres actions thérapeutiques ;

4° Enfin, nous ajouterons que ceci est vrai pour les malades que l'on a soin de mettre au repos. Chez les autres, les épidydymites nous ont paru évoluer avec plus de lenteur, comme si la position déclive de l'organe entravait la résorption de l'infiltration qui l'a envahie.

Tels sont les faits observés dans ce qui, à première vue, peut paraître une panacée thérapeutique. Si panacée, accusons-le B. pyocyanique de pouvoir indistinctement digérer un aussi grand nombre de pathogènes, et de pouvoir permettre en conséquence de préparer autant de lysats, dont, chacun, logiquement, et au même titre de spécificité, prend rang dans le formulaire de la vaccinothérapie.

Soulignons, pour terminer, cette notion de spécificité que l'on ne doit pas perdre de vue, en vaccinothérapie. Elle a une importance considérable dans ses effets.

Un lysat-vaccin actif, judicieusement utilisé, sait rendre les services qu'on en attend, il sait aussi être nocif quand on a recours à lui, à tort, en dehors de toute spécificité. Perdons avec lui l'idée d'une action choquante, les lysats vaccins ne choquent pas, leur activité est purement immunisante. Ne confondons pas vaccination et choc : à la régularité d'action de la première méthode s'oppose l'inconstance de l'activité de la seconde. Les phénomènes complexes qui interviennent dans le choc, dit thérapeutique, se résument souvent en une pure action thermique à laquelle certains germes, tels que le gonocoque, sont si sensibles, car remarquons combien est décevante cette méthode dans les infections les plus variées, et en particulier dans celles que nous venons de passer rapidement en revue.

BIBLIOGRAPHIE

(1) DUCHON. — Aperçu sur la bactériologie et la vaccinothérapie des broncho-pneumonies. *Soc. de biol.*, 6 février 1926. — Les broncho-pneumonies et leur traitement par les lysats-vaccins. *Thèse Paris*, 1926. — Les broncho-pneumonies, bactériologie, surinfections, traitement. *Journal médical français*, février 1928. — La lyso-vaccinothérapie des broncho-pneumonies ; précisions sur le rôle du bacille de la diphtérie. *La Presse médicale*, 13 février 1929.

2) DUCHON. — Les toxines microbiennes et le bacille pyocyanique. *Soc. de biol.*, 29 novembre 1926. — Neutralisation des toxines diphtériques hautement toxiques par le bacille pyocyanique. *Soc. de Biol.*, 28 juillet 1926.

(3) LEJARS, BEZANÇON, BROCQ, DUCHON. — De l'influence des lyses microbiennes dans la vaccinothérapie de certaines infections médico-chirurgicales à streptocoques et à staphylocoques. *Académie de médecine*, 17 juin 1930.

(4) LEJARS, BROCQ et DUCHON. — Traitement des infections chirurgicales et en particulier des infections broncho-pulmonaires post-opératoires par les lysats vaccins. — M. LAPOINTE. Au sujet de la prévention des complications pulmonaires post opératoires. *Soc. nationale de chirurgie*, 4 mars 1931.

(5) FLANDIN. — Sur le rôle du bacille diphtérique dans les broncho-pneumonies. Action des lysats-vaccins polymicrobiens de Duchon. *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 11 février 1927. — J. SAMSOEN et Mlle S. DREYFUS. Essais de prophylaxie et de traitement de la broncho-pneumonie par les vaccins polymicrobiens à l'hospice des Enfants-Assistés. *La Presse Medicale*, 16 mars 1927. — GUILLEMOT et GRENET. Sur le traitement des broncho-pneumonies infantiles. *Soc. méd. des hôp.*, 10 juin 1927. — GRENET. *Ve Congrès des pédiatres de langue française*, Lausanne, 1927. — GRENET. Broncho-pneumonie et B. diphtérique. *La Clinique*, avril 1928. — GRENET et GUILLEMOT. Statistique de broncho-pneumonies infantiles (1927-1928). *Société de pédiatrie*, 22 janvier 1929. — FLANDIN et DUCHON. L'action des lysats-vaccins polymicrobiens administrés par injection sous-cutanée ou par voie intranasale sur les manifestations et complications respiratoires de la grippe. *Société médicale des hôpitaux*, 17 mai 1929.

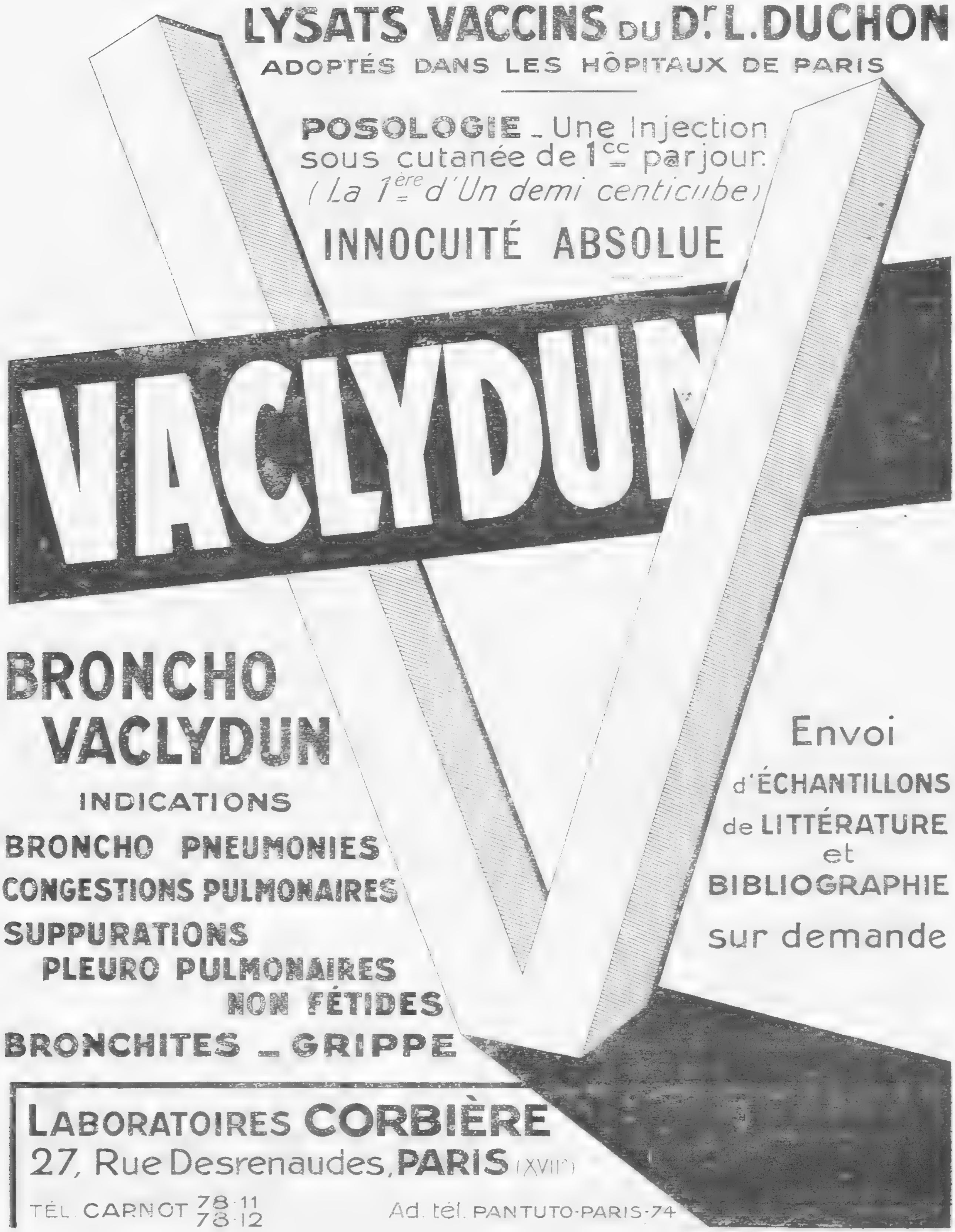
(6) BEZANÇON, DUCHON, CÉLICE, WAHL, RAGU. — De l'influence de la vaccinothérapie sur les épanchements purulents à pyogènes des plèvres. *Société médicale des Hôpitaux*, 14 juin 1929.

(7) LAPOINTE, P. BROQ et DUCHON. — Essais de traitement des infections puerpérales par les lysats vaccins. *Soc. d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, juin 1931. — P. BROCQ et DUCHON. —Essais de traitement par les lysats vaccins et considérations bactériologiques sur les infections puerpérales et les abcès du sein. *Revue française de gynécologie et obstétrique*, septembre 1931.

(8) BROCQ et DUCHON. — Des applications des lysats vaccins dans la thérapeutique des infections chirurgicales. *La Pratique médicale française*, mai 1931.

(9) FLANDIN, DUCHON, BARREAU. — Traitement des manifestations articulaires de la blennorrhagie pour le lysat vaccin à gonocoques. *Soc. méd. hôp.*, 1er juillet 1927. — BEZANÇON COMTE, DUCHON, BUCQUOY. 26 cas de rhumatismes blennorragiques traités par les lysats vaccins. *Soc. méd. hôp.*, 25 janvier 1929.

(10) MONDOR. — Quelques traitement récents des arthrites gonococciques aiguës. *Paris médical*, 11 juillet 1931.


LYSATS VACCINS DU Dr L. DUCHON
ADOPTÉS DANS LES HÔPITAUX DE PARIS
POSOLOGIE _ Une Injection sous cutanée de 1cc par jour.
(La 1ère d'Un demi centicube)
INNOCUITÉ ABSOLUE
VACLYDUN
BRONCHO VACLYDUN
INDICATIONS
BRONCHO PNEUMONIES
CONGESTIONS PULMONAIRES
SUPPURATIONS PLEURO PULMONAIRES NON FÉTIDES
BRONCHITES _ GRIPPE
Envoi d'ÉCHANTILLONS de LITTÉRATURE et BIBLIOGRAPHIE sur demande
LABORATOIRES CORBIÈRE
27, Rue Desrenaudes, PARIS (XVIIe)
TÉL. CARNOT 78-11 78-12
Ad. tél. PANTUTO-PARIS-74

Quels sont les meilleurs antiseptiques dans les maladies à virus neurotrope ?

Par M. le Dr J. HAGUENAU

La fréquence croissante des maladies infectieuses frappant électivement le névraxe, leur gravité immédiate, l'importance de leurs séquelles, ont incité à l'emploi de multiples méthodes thérapeutiques. A côté des méthodes modernes de sérothérapie, de vaccinothérapie, d'abcès de fixation, de shock, etc., on a fait de fréquentes applications de l'ancienne thérapia stérilisans par l'emploi d'antiseptiques.

L'échec total de ces méthodes d'antisepsie *in vivo* dans la plupart des maladies infectieuses, en particulier dans l'infection des centres nerveux était en fait reconnu. Sans parler de la rage, qu'aucune thérapeutique n'est parvenue à guérir quand elle est déclarée, dans la poliomyélite, aiguë dans la chorée par exemple, où l'emploi des divers antiseptiques est habituel, les résultats ne sont pas probants. N'est-ce pas Triboulet qui disait que la chorée guérissait malgré l'arsenic ? Cependant, sans se laisser rebuter par ces échecs, de nouvelles tentatives ont été faites, surtout depuis l'apparition de la névraxite épidémique.

Dans cette affection, comme dans d'autres infections moins déterminées, myélites ou encéphalites infectieuses, dont les cas se sont multipliés dans ces dernières années, dans la sclérose en plaques, on emploie couramment des antiseptiques divers, et en particulier le salicylate de soude en injections intra-veineuses ; ce dernier venu semblant devoir supplanter les autres produits employés jusque-là.

L'emploi de ces produits est-il rationnel. A-t-il donné des résultats pratiques indiscutables ? Voilà les points que nous voulons aborder ici.

* * *

Nous ne discuterons pas de l'utilité et de l'efficacité de la thérapeutique antiseptique en ce qui concerne les infections, ce point devant être étudié dans un autre article de ce numéro. Nous ne faisons que souligner la fragilité très grande du tissu nerveux vis-à-vis des divers produits chimiothérapiques rendant difficile l'attaque d'un virus qui s'est localisé à ce niveau.

Cette attaque par les antiseptiques peut se faire soit par voie entérale (ingestion ou suppositoires), soit par injectionr sous-cutanées, intra-veineuses, sous-arachnoïdiennes ou intra-artérielles.

Les injections intra-artérielles d'antiseptiques seraient certainement le procédé de choix, le produit employé arrivant avec certitude à l'organe atteint, et à une concentration suffisante. Mais nous ne croyons pas que ce procédé ait été employé systématiquement.

Pour les infections à localisation encéphalique, il serait relativement facile de ponctionner à l'aiguille la carotide primitive. Nous avons effectué cette ponction sans incident, plusieurs fois, avec Sicard pour injecter du lipiodol. Notons d'ailleurs que l'injection *d'iodure de sodium*, par cette voie selon la technique de E. Moniz pour l'encéphalographie artérielle, a amené dans certains cas des résultats thérapeutiques heureux et imprévus.

La moelle pourrait être atteinte par des injections intra-aortiques selon la technique de Santos qui semble être sans danger.

Les produits introduits par **ingestion ou par injections sous-cutanées ou intra-veineuses** ont un effet plus discutable, variable d'ailleurs avec chaque antiseptique. La barrière hémo-méningée n'est pas également perméable à tous. Les produits volatifs la traversent facilement ; mais l'emploi de l'*alcool*, de l'*acétone*, par exemple, n'est guère mentionné à titre d'antiseptique. Le *chloroforme* — employé si heureusement en inhalations dans le tétanos à la suite de Dufour — a une action complexe, mais, semble-t-il, plus sédative ou mordançante qu'antiseptique.

Les autres produits franchissent de façon variable la barrière méningée, et beaucoup d'entre eux ne parviennent au tissu nerveux que par voie artérielle, après avoir été brassés et dilués dans la circulation générale.

Voici d'après Flatau qui en a dressé un tableau d'ensemble, la perméabilité à l'état normal de quelques substances pouvant avoir des propriétés antiseptiques :

Iodure de potassium (Cavazzoni)	—
— de sodium (Stern et Gautier)	—
Bromure de sodium (Stern et Gautier)	—
Ferrocyanure de Na (Stern et Gautier)	—
Sulfocyanure de Na (Stern et Gautier)	—
Sulfocyanure d'ammon. (Flatau)	±
Sulfocyanure de K (Flatau)	—
Picrate de soude (Stern et Gautier)	—
Salicylate de soude (Livon et Bernard)	±
Acide picrique (Stern et Gautier)	—
Mercure (Raymond, Sicard)	±
Bismuth (Sézary)	—
Arsenamine (Roger, Salomon)	—
Salvarsan (Hoff)	—
Alcool (Nicloux)	+
Urotropine (Crowe)	+
Santonine (Stern et Gautier)	—
Atropine (Stern et Gautier)	—
Adrénaline (Stern et Gautier)	—
Bleu de méthylène (Sicard)	—
Eosine (Flatau)	—
Rouge neutre (Flatau)	±
Fuchsine acide (Flatau)	±
Trypaflavine (Lenz, Sicard)	±

Cette perméabilité hémo-méningée peut être modifiée au cours des états pathologiques. Nous verrons que souvent, on cherche à la troubler volontairement.

L'injection d'antiseptiques dans le liquide céphalo-rachidien constitue une méthode qui n'a pas fait sa preuve dans les infections neurotropes (nous ne parlons pas ici des méningites).

Ces injections intra-rachidiennes constituent toujours des manœuvres traumatisantes pour les méninges, provoquant des réactions cliniques et humorales très vives, même par l'introduction de quantités minimes de produit actif. Si des actions heureuses ont pu être observées, elles sont le fait du shock local, du branle-bas provoqué par l'injection, et nullement d'une action spécifique du produit.

D'autre part le passage dans le névraxe des substances injectées dans le liquide céphalo-rachidien n'est rien moins que démontré. Si Monakow s'est fait le propagandiste d'une théorie affirmant que c'est le liquide céphalo-rachidien

qui apporte aux cellules nerveuses leurs éléments nutritifs et les décharge de leurs déchets, pour nombre d'auteurs le liquide céphalo-rachidien n'a aucun rapport étroit avec le parenchyme. Les tenants de ces théories opposent expériences à expériences non concluantes.

Elles ne permettent pas en tout cas de conclure au passage dans les centres de ces produits injectés à dose normale dans le liquide céphalo-rachidien, soit par rachicentèse, soit par ponction ventriculaire.

***

Si l'étude physiologique chez l'homme comme chez l'animal est peu favorable à l'emploi des antiseptiques dans les infections neurotropes, les faits cliniques sont-ils concluants ?

Voici tout d'abord les produits les plus fréquemment employés :

Ce sont : **par la bouche** :

L'*urotropine* (1 à 2 gr.) qui met en liberté du formol.

Le *salicylate de soude* (2 à 10 gr.), le *mercure*, l'*arsenic*.

Par voie intra-veineuse: On peut formuler les produits suivants :

1° *Urotropine* .... 1 *gr.* 25
Eau .... 5 *cmc.*

Une injection journalière.

2° *Salicylate de soude* .... 2 *gr.*
Eau .... 20 *cmc.*

Injection journalière (on ajoute souvent 2 gr. de glucose dans le but aléatoire d'empêcher la sclérose veineuse).

3° *Cyanure de merenre* .... 0 *gr.* 01
Eau .... 1 *cmc.*

4° *Iodure de sodium* .... 5 *gr.*
Eau .... 50 *gr.*

Stériliser par tyndallisation ; répéter tous les 3 jours ou même tous les jours par série de cinq injections.

5° Le *novarsenobenzol* à doses progressives et hebdomadaires de 0 gr. 15 cgr. à 0 gr. 90.

6° La *tryparsamide* à doses hebdomadaires de 2 à 3 gr.

7° La *trypaflavine* en solution à 1/100 par doses de 5 à 20 cmc. journalières.

Par voie intra-rachidienne :

Cyanure de mercure .... *un dixième de milligramme*
Novocaïne .... 0 *gr.* 015
Eau .... 2 *cmc.*

Cette formule de Sicard ne prétend pas avoir une action antiseptique et ne doit être injectée qu'une fois.

Le *novarsenobenzol* sera injecté à la dose de 0 gr. 002, dilué dans le liquide céphalo-rachidien.

Par voie sous-cutanée : L'*acide phénique* (méthode de Bacelli) à la dose de 0,50 à 1 gr. 50 en solution aqueuse ou glycérinée. On répète l'injection pendant 4 ou 5 jours. Ces doses frisent les doses toxiques.

***

Dans les résultats que donne cette thérapeutique antiseptique, nous n'envisagerons pas ce qui a trait à la *maladie du sommeil*, où la tryparsamide rend les plus grands services, ni à la *syphilis nerveuse*, affections provoquées par des germes figurés connus. Signalons cependant que si la chimiothérapie (mercure, arsenic, bismuth) est toute puissante dans les formes vasculaires de la syphilis, elle est très peu active dans les formes parenchymateuses (paralysie générale, tabes). Dans ces formes, ce sont les arsenicaux pentavalents (tryparsamide, stovarsol) dont le neurotropisme est très marqué, qui donnent les meilleurs résultats. L'injection dans le liquide céphalo-rachidien de mercure tentée par Sicard, puis Barthelémy et Lévy-Bing, Claude et Lhermitte n'est pas à retenir, non plus que l'injection par cette voie des novarsenicaux.

Dans les infections neurotropes à virus inconnus, invisibles, l'action de ces diverses substances est discutable.

Dans la *névraxite épidémique*, il faut distinguer les formes aiguës et les séquelles.

a) Dans les formes aiguës, les produits les plus couramment employés sont le salicylate de soude (Carnot et Blamoutier) ; l'iodure de sodium (Economo), l'uroformine (Netter) ; on a employé aussi le mercure (Billigheimer), le tartre stibié (Silvestre).

Ils revendiquent tous des succès, mais on sait combien variables spontanément sont les symptômes de l'encéphalite épidémique, combien fréquemment la guérison est spontanée. Il est donc difficile de savoir si l'antiseptique a agi. Tous ces produits chimiques, d'ailleurs peu antiseptiques, semblent avoir une efficacité semblable, ce qui est peu admissible s'il s'agit d'une action de cette nature.

Malgré ces réserves, la médication est inoffensive, et il faut l'employer. Pour juger de son utilité vraie, il faudrait démontrer que les séquelles sont plus rares chez les encéphalitiques ainsi traités que chez les autres. M. André-Thomas en a l'impression comme il l'a dit à la Société de Neurologie. Des statistiques très fournies et très précises seraient nécessaires.

b) Dans les formes chroniques de l'encéphalite, dans le parkinsonisme, l'injection de salicylate de soude, comme celle des autres produits, est totalement inefficace. Les résultats favorables que l'on peut observer sont tous transitoires, et pourraient être obtenus par injection de substances quelconques non antiseptiques (sérum physiologique). Il s'agit d'effets non spécifiques, de shock, ou de psychothérapie, tels qu'on les observe pendant quelques jours chez les malades chroniques par l'emploi d'une thérapeutique nouvelle.

Dans *la sclérose en plaques*, maladie infectieuse, comme l'a soutenue depuis longtemps Pierre-Marie, de nombreux essais ont été tentés : mercure, arsenic, etc., toutes les substances antiseptiques ont été employées.

Le salicylate de soude est le plus à la mode, mode qu'explique son innocuité plus que son efficacité. Préconisé d'abord par Foix, qui ne s'était pas leurré sur les résultats définitifs chez sa malade, il a été essayé d'enthousiasme par beaucoup d'auteurs, trop heureux d'avoir une médication nouvelle dans cette désespérante affection vis-à-vis de laquelle nous sommes désarmés. Mais après les premiers résultats favorables annoncés, il faut en revenir sur son efficacité. Comme toute médication employée dans les premiers mois de la maladie, elle peut sembler donner des résultats. Mais après une rémission (si souvent spontanée), la sclérose reprend sa marche envahissante et le salicylate de soude comme ses dérivés est impuissant à l'enrayer.

Dans la chorée, c'est surtout l'arsenic qui est préconisé, soit sous forme de liqueur de Boudin (doses progressives de 3 à 15 milligrammes par jour), soit sous forme d'injections d'arsenobenzol (Pierre-Marie). On emploie aussi l'antipyrine (1 à 4 gr. selon l'âge), le salicylate de soude, l'iodure de sodium (Economo), l'urotropine.

Là encore l'action des antiseptiques est aléatoire et d'aucuns préconisent une abstention médicamenteuse complète, se contentant de mettre ces malades au lit et de leur prescrire des sédatifs généraux du système nerveux.

Dans *la poliomyélite antérieure aiguë*, dans *le zona*, infec-

tions neurotropes au premier chef, l'usage des antiseptiques ne modifie pas la marche de la maladie, et est complètement abandonné.

***

Malgré ces résultats souvent décevants, l'emploi des substances que nous avons signalées ne doit pas être rejeté systématiquement. Il ne faut pas trop en attendre, mais maniées avec prudence, elles n'ont pas d'inconvénients et elles peuvent être utiles.

Sont à retenir surtout l'uroformine, le salicylate de soude et particulièrement le mercure (surtout sous forme de cyanure) dont l'action résolutive au moins autant que l'action antiseptique peut être des plus utiles.

Il faut surtout leur associer dans les neurotroposes aiguës d'autres méthodes de traitement, en particulier les méthodes pyrétothérapiques.

C'est ainsi que l'injection intra-veineuse d'un vaccin pyrétogène, associée à l'injection d'iodure de sodium constitue pour Economo la plus utile des thérapeutiques de la névraxite épidémique. Il en est de même pour les autres affections de cette série. Les deux méthodes de traitement loin de s'exclure, s'associent utilement. Peut-être l'accès de fièvre favorise-t-il l'action du médicament par le trouble qu'il apporte dans la perméabilité de cette barrière hémo-méningée dont nous avons dit toute l'importance.

Le bactériophage dans le traitement du syndrome entéro-rénal

Par le Docteur **Paul HAUDUROY**

Le nom de syndrome entéro-rénal, donné par Heitz-Boyer à l' « ensemble d'accidents traduisant le retentissement sur l'arbre urinaire de troubles siégeant dans l'intestin » a eu une heureuse fortune. Il la méritait, car il concrétisait d'une façon parfaite des phénomènes pathologiques divers, et il établissait surtout une liaison entre des faits, classés jusqu'alors dans des chapitres différents.

Par un phénomène psychologique assez curieux, la naissance d'une expression médicale bien conçue a amené brusquement nombre de médecins à faire un diagnostic qui leur avait échappé jusqu'alors et, si l'on peut dire, une véritable épidémie de syndromes entéro-rénaux s'est révélée depuis les travaux d'Heitz-Boyer.

***

Je traiterai ici de la valeur de la thérapeutique par le bactériophage des infections urinaires d'origine intestinale. Il s'agit d'une méthode relativement neuve, puisqu'elle ne date guère que de dix ans, méthode sur laquelle on avait fondé de grands espoirs, et pour laquelle le temps et la multiplication des observations ont exercé leurs critiques. Mais auparavant, je désirerais exposer quelques points concernant la partie bactériologique du diagnostic.

Le médecin soupçonnant chez un malade, une infection semblable doit toujours, à mon avis, appuyer son opinion clinique par un examen de laboratoire sérieusement fait. En voici les raisons, qu'illustreront quelques observations.

Le malade, tout d'abord, peut ne rien avoir, et les symptômes généraux qu'il accuse être dus à tout autre chose qu'à une infection d'origine intestinale. J'ai vu personnellement plusieurs malades dans ce cas. La plupart du temps, il s'agit de patients habitant la province pour lesquels un laboratoire mal outillé avait fait un examen bactériologique sur des urines recueillies sans précautions spéciales. On avait trouvé du colibacille, et le malade venu à Paris pour consulter, fait refaire une analyse. Les urines prélevées alors avec toutes les précautions nécessaires se montrent stériles tant à l'examen direct qu'à la culture. Deux ou trois analyses successives, à plusieurs jours d'intervalle, donnent le même résultat. Le diagnostic de syndrome entéro-rénal est donc à abandonner ici et c'est ailleurs qu'il faut chercher l'origine des troubles observés.

Dans d'autres cas, l'infection urinaire existe bien, les urines contiennent du colibacille en quantité abondante, du pus. Mais en poussant un peu plus loin les recherches, on découvre du bacille de Koch. Témoin l'observation d'une jeune fille, d'apparence physique parfaite, qui était traitée depuis plusieurs années pour une colibacillurie : on avait tout tenté chez elle, et rien n'avait réussi. Elle m'est envoyée afin de voir si le traitement par le bactériophage ne peut pas la guérir, du moins la soulager. L'examen des urines montre des colibacilles en quantité considérable, et des bacilles tuberculeux dont personne jusqu'alors n'avait soupçonné l'existence.

Il y a bien dans ces cas — beaucoup plus fréquents qu'on ne le croit habituellement — un syndrome entéro-rénal, mais qui n'est que d'importance tout à fait secondaire, la tuberculose dominant tout. La conclusion qu'on peut tirer des faits de ce genre, est qu'il faut *toujours* faire un examen complet des urines, chercher le bacille tuberculeux, et abandonner cette idée un peu simpliste qu'une urine contenant des colibacilles ou des entérocoques, par exemple, ne contient pas de bacilles de Koch.

Enfin, si l'on est en présence d'un cas vrai de syndrome entéro-rénal, sans infection tuberculeuse surajoutée, le laboratoire donnera au médecin des indications précieuses. Il pourra dire l'abondance des germes, leur variété, et si l'on veut essayer la thérapeutique par le bactériophage si elle est possible ou non.

Cette analyse bactériologique doit d'ailleurs être faite, suivant certaines règles dont il est dangereux de s'écarter. S'il s'agit d'une femme (cas le plus fréquent), le prélèvement des urines doit être fait par sondage directement dans la vessie. Ce sondage doit être précédé d'une toilette locale soigneuse et l'urine recueillie dans un récipient stérile. On prélèvera de préférence les urines avant la première émission du matin. Elles sont, en général, les plus chargées en germe et les plus purulentes.

Si la malade se refuse au sondage, on exigera d'elle une toilette locale extrêmement minutieuse, faite avec de l'eau, du savon et du coton stérile, et on la fera uriner directement dans un récipient stérile qu'elle n'ouvrira qu'au moment de l'emploi et qu'elle refermera aussitôt.

Chez l'homme, nous ne pratiquons pas habituellement le sondage, mais nous faisons faire une toilette du gland et du méat urinaire, le malade urinant ensuite dans un bocal stérile.

L'urine étant recueillie, l'ensemencement sur les milieux appropriés doit se faire le plus tôt possible. Il sera pratiqué sur la gélose ordinaire en tube incliné, sur la gélose ascite (recherche du gonocoque dont la présence est toujours possible), en strie sur de la gélose lactosée tournesolée coulée en boîte de Pétri, afin d'obtenir des colonies isolées. L'examen direct de l'urine sera pratiqué seulement ensuite. On la centrifugera, on étalera le culot obtenu et on cherchera la présence des germes par les méthodes de coloration classique (bleu simple, méthode de Gram, méthode de Ziehl). La cytologie sera étudiée sur une goutte du culot de centrifugation mise entre lame et lamelle sans coloration.

Au cas où l'on aura dépisté des bacilles acido-alcoolo-résistants, il sera toujours nécessaire de pratiquer une inoculation au cobaye, toute la conduite du chirurgien étant liée à la réponse du laboratoire.

Une analyse bactériologique ainsi conduite, donne des résultats dans lesquels, on peut avoir la plus grande confiance.

Les microbes les plus souvent rencontrés dans les infections urinaires d'origine intestinale, sont par ordre de fréquence, le colibacille, l'entérocoque et le staphylocoque. Viennent ensuite à titre exceptionnel, le pneumobacille de Friedlander (2 cas personnels), le pneumocoque, le pyocyanique, les bacilles typhiques ou paratyphiques (très longtemps après une fièvre typhoïde) (3 cas personnels), le bacille de Shiga (obs. de Caublot).

Le colibacille se voit dans 80 % des cas, l'entérocoque et le staphylocoque dans 10 % environ chacun. Les infections urinaires à staphylocoques ne ressortent peut-être pas d'ailleurs du syndrome entéro-rénal vrai, car elles sont presque toujours consécutives à des manifestations cutanées.

Le diagnostic médical ayant été étayé par le laboratoire, le médecin sachant à quel germe il a à faire, voyons maintenant s'il est possible de traiter et de guérir le syndrome entéro-rénal par le bactériophage.

***

Je ne rappellerai pas, ici, ce qu'est le phénomène de d'Hérelle, ni la technique de préparation du bactériophage. Nous verrons simplement tout à l'heure, les précautions à prendre et le mode d'application. Les premiers essais de traitement ont été faits par Beckerich et par moi-même sur des cas de pyélite infantile. Courcoux, Philibert et Cordey, Arloing et Dufourt ont publié depuis d'autres observations de guérison.

Toutes ces observations étaient favorables, et les guérisons obtenues semblaient l'être d'une façon définitive.

Il semblait qu'on possédait enfin un médicament parfait, d'une application facile et élégante, et qui donnerait de très beaux résultats. L'enthousiasme premier se calma assez rapidement au fur et à mesure que s'accumulaient les observations. J'avoue que, moi-même, après avoir pu suivre personnellement plusieurs centaines de malades, je suis revenu sur mon opinion primitive, et que je ne crois plus au bactériophage, médicament spécifique, remède universel de *toutes* les infections urinaires d'origine intestinale (1).

Le bactériophage est un médicament utile à connaître, donnant souvent des résultats extraordinaires, des guérisons définitives, mais dont l'emploi *seul* est assez limité.

***

Les limites à l'emploi du bactériophage.

Voyons les raisons de ces restrictions. Elles sont assez complexes et je les étudierai les unes après les autres.

La première raison réside dans l'existence des multiples variétés de colibacilles capables de produire les accidents urinaires du syndrome entéro-rénal, et dans le fait que le bactériophage ne les détruit pas toutes.

a) Races de B. coli résistantes au bactériophage.

On sait que si l'on met en présence des souches de bactériophage anti-colibacille que l'on possède à l'heure actuelle, une dizaine de coli-bacilles, on verra, suivant les séries 5 à 7 d'entre elles lysées par le principe lytique ; 5 à 3 d'entre elles ne pas l'être. Il existe, en effet, des races de microbes résistantes à l'action du bactériophage. Chose curieuse, les microbes résistants sont presque toujours isolés d'infections chroniques (1).

Il est parfaitement inutile d'essayer de traiter ces malades avec le bactériophage : l'échec est assuré, prévu d'avance. Jamais je n'ai vu une guérison survenir après l'application d'un bactériophage chez un patient dont le germe s'était révélé résistant. La loi est absolue : pas de lyse *in vitro*, pas de lyse *in vivo*.

Voilà qui limite déjà singulièrement l'emploi de ce médicament.

b) Nécessité d'un examen bactériologique préalable.

Le corollaire obligatoire de ce que je viens d'exposer est la nécessité de pratiquer avant tout essai de traitement un examen bactériologique et de savoir si oui ou non le germe infectant est lysable. Ceci à vrai dire, ne souffre que de difficultés d'ordre pratique. Nous verrons tout à l'heure comment il est possible d'y remédier.

c) Il faut utiliser autant que cela se peut, un bactériophage préparé avec le microbe même du malade. L'idéal serait d'utiliser ce que j'ai appelé un « auto-bactériophage ».

Il est facile de comprendre qu'en opérant de la sorte, on multipliera les chances de succès. Mais, ici encore, un tel produit peut être difficile à se procurer.

La seconde raison des restrictions à l'emploi du bactériophage vient de la nature même du syndrome entéro-rénal, du mécanisme de l'infection de l'arbre urinaire, des complications qui peuvent exister.

L'origine la plus habituelle de l'infection, on pourrait presque dire la seule, est l'intestin. Le colibacille est son hôte normal. Il y vit en quantité considérable, et ne semble pas le quitter — chez l'homme du moins — si la muqueuse reste saine (2).

Si la muqueuse est altérée pour une cause quelconque, les germes intestinaux commencent leur cycle et se mettent à parcourir l'étage intermédiaire qui les conduira au rein. La voie habituelle suivie est la voie sanguine. Ce cycle pourra présenter tous les degrés de gravité, rester cliniquement silencieux ou affecter l'allure d'une septicémie.

Voici enfin la dernière étape atteinte, le rein, et à partir de ce moment, le syndrome entéro-rénal est installé.

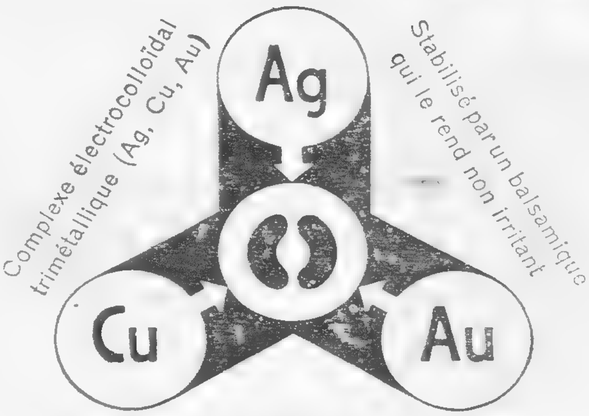
Ce mécanisme d'infection a été parfaitement élucidé par tous les savants qui se sont occupés des colibacilluries.

Bien connu à l'heure actuelle, il va nous permettre de comprendre pourquoi, dans bien des cas, le bactériophage seul est incapable d'amener une guérison.

(1) Je pense, par contre, que, dans les staphylococcies, le bactériophage bien fait et bien appliqué, est la thérapeutique d'élection.

(1) Ceci est vrai aussi pour la fièvre typhoïde. Tous les porteurs de germes que j'ai pu examiner étaient porteurs de bacilles typhiques résistants à l'action du bactériophage.

(2) J'écris volontairement « ne semble pas le quitter si la muqueuse est saine », car il existe des animaux, chez lesquels les germes intestinaux se retrouvent *normalement* dans la circulation au cours de la période digestive.


Complexe électrocolloïdal trimétallique (Ag, Cu, Au)
Stabilisé par un balsamique qui le rend non irritant
Ag
Cu
Au


Produits Zyma
Tablettes HOVA
HOublon VAlériane
3 à 4 tablettes 3 fois par jour
DES AFFECTIONS NERVEUSES
Zyma
VISCUM ZYMA
DIALYSÉ GOLAZ DE GUI BLANC
20 à 30 GOUTTES 2 à 3 FOIS PAR JOUR
HYPOTENSEUR, TONIQUE & RÉGULATEUR CARDIAQUE
Zyma 4, Rue Bellart
GRIPPES . PHLEGMONS . ANNEXITES
THEMSALINE
INFECTIONS AIGUES
TOUS LES JOURS
6/10cc CHEZ L'ADULTE
3/10cc CHEZ L'ENFANT
EN INJECTIONS INTRAVEINEUSES
Gouttes PILKA
AFFECTIONS DES BRONCHES
Zyma 4, Rue Bellart PARIS
INFECTIONS GRAVES CHRONIQUES
LIPODÉTERPÉNOL
(AMPOULES ET POMMADE)
AMPOULES
TOUS LES 2 JOURS
EN INJECTIONS SOUS CUTANÉES
POMMADE
EN FRICTIONS ALTERNÉES
UTÉRAMINE
AMPOULES & GOUTTES
EN INJECTIONS HYPODERMIQUES 1 à 5 AMPOULES DE 1cc
POUR L'USAGE INTERNE 20 à 30 GOUTTES 3 FOIS PAR JOUR
ACTION CONSTANTE DANS TOUTES LES
HÉMORRAGIES
HÉMOPHYLIE . HÉMOPTYSIE . EPISTAXIS . ETC.
Zyma 4, Rue Bellart PARIS 15e
Zyma 4 Rue Bellart PARIS XVe




UVÉSTÉROL
VITAMINE D
ASSOCIATION
TUBERCULOSE LYMPHATISME RACHITISME DÉCALCIFICATIONS
LES PREMIERS PRODUITS FRANÇAIS IRRADIÉS PAR RAYONS ULTRA-VIOLETS
SANS CONTESTATION POSSIBLE
C R SOC BIOL NOVEMBRE 1924
GOUTTES
UVÉ
NI ARSENIC, NI STRYCHNINE
TOUTES LES ANOREXIES
POUR VOS ESSAIS
ÉCHANTILLONS
A VOLONTÉ
Laboratoires des Produits UVÉ _ 18 Rue St Amand _ PARIS (XVe)


FOLLICULINE OVARIENNE
CRINEX
ACTIVE "PER OS"
"FIXE UN JOUR FIXE"
ÉCHANTILLONS
A
VOLONTÉ
LABORATOIRES DES PRODUITS "CRINEX" 18, Rue St Amand. PARIS 15e

Le bactériophage introduit dans les voies urinaires peut y détruire les colibacilles, hôtes anormaux. Introduit dans l'intestin, il ne peut pas détruire les germes qui y pullulent. Il peut réaliser la stérilisation de l'arbre urinaire ; il ne peut pas assurer celle du tube digestif pas plus qu'il n'est en son pouvoir de réparer une muqueuse anatomiquement altérée par des phénomènes de stase, d'entéro-colite aiguë ou subaiguë.

On comprendra dès lors facilement que l'application du bactériophage à un malade atteint d'un syndrome entéro-rénal et *dont on ne soigne pas l'intestin*, peut amener des rémissions passagères de l'infection urinaire, mais ne peut pas amener de guérison complète. La source microbienne existe toujours, les colibacilles continueront à accomplir leur cycle et viendront constamment réinfecter le rein. Tenter une cure dans ces conditions, c'est vouloir accomplir un véritable travail de Pénélope. Le résultat acquis un jour sera détruit le lendemain par une nouvelle décharge microbienne.

Il sera donc nécessaire d'associer à la thérapeutique par le bactériophage, une thérapeutique médicale des accidents intestinaux : sans elle, pas de succès possible, et l'infection continuera comme avant ou récidivera.

Mais tous les obstacles ne sont pas encore levés sur notre route. Supposons que la lésion intestinale n'ait été qu'un incident, disparu sans laisser de traces. Le colibacille s'est installé au niveau du rein. Il a, par voie descendante, infecté tout l'arbre urinaire. Allons-nous pouvoir le faire disparaître en employant le bactériophage ?

Oui, à condition qu'il n'y ait aucun obstacle mécanique sur le trajet parcouru par le microbe.

Si le rein est ptosé, s'il existe un calcul rénal, urétéral, s'il y a une coudure ou une malformation anatomique de l'uretère, si, en un mot, il existe un syndrome *compliqué* (Heitz-Boyer), la guérison par le bactériophage seul est impossible.

Tant qu'existera « l'épine » (la lésion de l'arbre urinaire) la suppuration continuera. Celle-ci traitée et guérie, si la colibacillurie persiste, le bactériophage pourra exercer son action.

***

L'application du bactériophage.

Nous avons vu jusqu'à présent, quels pouvaient être les obstacles à l'emploi du bactériophage. Ils sont nombreux, et les causes d'échecs peuvent être multiples.

Voyons maintenant ce qu'il est possible d'obtenir en présence d'un cas de syndrome entéro-rénal non compliqué par des lésions de l'arbre urinaire, et pour lequel on peut établir, en même temps que le traitement par le bactériophage, un traitement des lésions intestinales.

Comment faut-il employer le bactériophage ?

Par quelle voie peut-on l'introduire dans l'organisme ? Quels résultats peut-on en attendre ?

J'ai dit précédemment les conditions que devait remplir le principe lytique lui-même pour que son action soit efficace. Il faut tout d'abord qu'il soit bien préparé, par un technicien compétent. C'est là un point essentiel dont j'ai déjà exposé ailleurs (1) les raisons.

Il faut que le bactériophage lyse *in vitro* le microbe cause de l'infection. Le succès n'est possible qu'à cette seule condition. Il est facile de comprendre qu'il y a là, pour des raisons d'ordre pratique, une terrible restriction à l'emploi de ce produit. J'exposerai tout à l'heure comment il est possible d'y remédier.

(1) Hauduroy. — *Presse médicale*, 4 février 1931.

Si nous avons le bactériophage spécifique du microbe de notre malade, voici, à mon avis, comment il faut le lui appliquer.

On en injectera sous la peau, à trois ou quatre reprises différentes, 1 cc. 1/2 à 2 cc. chaque fois. Ces injections seront espacées de 24 heures. Elles ne donnent lieu à aucune réaction locale ou générale. C'est à peine si, dans certains cas, on voit apparaître, au niveau du point d'injection, une légère rougeur, un peu de gonflement, qui disparaîtront dans les vingt-quatre heures. Quant à la réaction générale, je n'en ai jamais vu, bien que j'ai pratiqué ou fait pratiquer autour de moi plusieurs milliers d'injections.

On introduira aussi le bactériophage directement dans la vessie. Le malade videra sa vessie à fond, on y fera pénétrer 20 cc. environ de principe lytique que le malade conservera le plus longtemps possible . Cette opération pourra être répétée quatre ou cinq fois à 24 ou 48 heures d'intervalle. Ici encore, les patients n'accusent aucune réaction d'aucune sorte.

Enfin, il sera utile de faire prendre trois ou quatre fois, 20 cc. de bactériophage par la voie buccale. On pourra, par exemple, alterner les instillations intra-vésicales et les prises par la bouche.

Le but de l'utilisation de ces voies d'introduction multiples, est « d'attaquer » le plus rapidement et le plus fortement possible le microbe infectant : colibacille, entérocoque ou staphylocoque. La voie sous-cutanée répand le principe lytique dans l'organisme tout entier, la voie intra-vésicale permet de lutter contre le parasite microbien dans l'arbre urinaire. Quant au bactériophage introduit par la voie buccale, il aura une double action. Il suivra à travers la muqueuse intestinale, la voie suivie par le germe infectant lui-même, et l'expérience m'a montré par ailleurs, qu'il avait une action nette — mais que je m'explique mal — sur les phénomènes de colite ou d'entéro-colite aiguës ou subaiguës. Il contribue, par conséquent, à la guérison des phénomènes intestinaux. Tout autre voie d'introduction est inutile. Par exemple, l'instillation du bactériophage dans le bassinet, ne donne pas des résultats supérieurs à l'instillation dans la vessie. Quant à l'injection intra-veineuse, elle est à condamner d'une façon absolue.

Les résultats obtenus.

Quels seront les résultats du traitement ainsi conduit ?

Ils seront excellents, à condition — encore une fois — qu'on ait éliminé à l'avance toutes les causes d'échecs énumérées précédemment.

Témoin l'observation suivante que je résume.

Mlle S., 20 ans, avait présenté, un an environ avant que je ne la vois, des phénomènes intestinaux de colite qui avaient disparu assez rapidement et qui n'avaient laissé aucune trace. Cependant, la malade avait presque chaque jour, des petites poussées de fièvre (37°7-38°), une lassitude générale et de l'amaigrissement. Son médecin pense à une coli-bacillurie. L'examen des urines montre la présence de pus en petite quantité et de très nombreux colibacilles. Ce germe, isolé, se montre lysable par le bactériophage. On institue le traitement. Quinze jours environ après l'application de la dernière dose de bactériophage, on recommence une analyse d'urine. Elle se montre stérile. La fièvre a disparu complètement et l'état général s'est déjà considérablement amélioré. Revue plusieurs mois plus tard, la malade est considérée comme guérie.

La multiplication des observations est inutile : elles sont toutes calquées les unes sur les autres. La guérison bactériologique s'obtient d'une façon absolue. Son caractère principal est d'être très rapide. En quelques jours, pendant même la durée du traitement, on voit les urines s'éclaircir,

la malade accuse la disparition des phénomènes de cystite qu'elle pouvait avoir — la fatigue générale s'atténue et la température — quand il y en avait — revient peu à peu à la normale.

Dans certains cas, où persiste dans l'arbre urinaire une « épine » impossible à faire disparaître, l'application du bactériophage amène la disparition complète des symptômes cliniques sans guérison bactériologique. Les malades peuvent mener une vie normale et tout en conservant cependant des urines infectées.

* * *

Arrivé au terme de cette étude complexe, il me semble utile de résumer les principales conditions d'applications du bactériophage dans le syndrome entéro-rénal.

L'existence de lésions intestinales en évolution sont un obstacle à l'emploi du principe lytique car les reins seront constamment réinfectés par les germes qui franchiront la muqueuse intestinale altérée.

L'existence de lésions anatomiques de l'arbre urinaire, de calculs sur son trajet sont un obstacle à l'emploi du bactériophage, car ils constituent des foyers de suppuration que le principe lytique est incapable de faire disparaître.

Dans les cas où l'on est en présence d'un syndrome entéro-rénal non compliqué, où les lésions intestinales sont guéries ou en voie de guérison, le bactériophage donne des résultats excellents et fait disparaître d'une façon absolue l'infection urinaire. Dans ces cas, peu de thérapeutiques peuvent lui être comparées, quant à la rapidité de l'action.

Enfin, j'ai fait allusion plusieurs fois, au cours de cet article, aux difficultés pratiques que présentait l'emploi du principe lytique. Il n'est malheureusement pas possible dans bien des cas (éloignement d'un laboratoire, urgence de l'action, etc...), de faire un essai de lyse préalable, de voir si le microbe infectant est détruit *in vitro* par le principe lytique. Cet essai est cependant de première utilité, puisque cinq à sept colibacilles sur dix environ sont lysés, et que nous savons que les seuls malades porteurs de ces germes sont justiciables de cette thérapeutique.

Il en résulte que trois à cinq malades sur dix placés dans ces mauvaises conditions ne retireront aucun bénéfice de la cure entreprise.

Mais si l'on associe ensemble deux thérapeutiques : le bactériophage d'une part, la vaccinothérapie d'autre part, on peut alors soigner des malades pour lesquels le traitement par le bactériophage seul serait impossible du fait de l'éloignement d'un laboratoire. Trois ou quatre injections de bactériophage formeront une première « vague d'assaut » qui, si le microbe infectant est sensible à son action, le détruiront. Le vaccin intervenant ensuite consolidera la guérison obtenue.

Si le microbe du malade est résistant à l'action du bactériophage, l'application de la vaccinothérapie dont les bons résultats ont été mis en valeur par Heitz-Boyer, Mauté et nombre d'auteurs, conduira ou à une guérison ou à une amélioration.

De telle sorte que les dix malades que nous prenions comme exemple tout à l'heure, bnéficieront tous du traitement, les uns du bactériophage qui leur était applicable et qui très rapidement stérilisera leur infection, les autres de la vaccinothérapie, méthode classique et dont les heureux résultats ne se comptent plus.

La chrysothérapie des affections non tuberculeuses

Par André LEMAIRE

Les destinées thérapeutiques de l'or et de l'arsenic sont curieusement analogues. Ces deux corps figurent dans la pharmacopée ancienne, mais pendant longtemps leur emploi pourtant divers reste peu étendu. Ils n'acquièrent leur pleine notoriété que lorsque les chimistes réussissent à en fabriquer des composés organiques : à quelque trente ans de distance, l'un sous l'impulsion d'Ehrlich semble devoir réaliser la *thérapia stérilisans magna* de la syphilis, l'autre à la suite des travaux de Mollgaard, le remède curateur de la tuberculose. Tous deux connaissent bientôt la critique des vertus spécifiques que leurs créateurs leur avaient trop généreusement octroyées. Ils restent néanmoins des médicaments dont l'efficacité est unanimement reconnue et s'ils gardent respectivement dans la syphilis et dans la tuberculose leurs indications majeures, ils trouvent pourtant dans les diverses branches de la pathologie des applications thérapeutiques dont le nombre s'accroît chaque jour.

C'est à dégager les indications actuelles de l'aurothérapie en dehors de la tuberculose, à définir son mode d'action, à essayer de préciser son avenir que sera consacré cet article.

* * *

Employé déjà par Paracelse, l'or semble appliqué pour la première fois au traitement de la phtisie par Chrétien et Niel de Montpellier au XIXe siècle. Koch en 1890 en commence l'étude scientifique et lui attribue un pouvoir stérilisant considérable visà vis du bacille tuberculeux. Quelques années plus tard Behring fabrique un cyanure double d'or et de potassium dont Bruck et Gluck, Junker, Pekanowith, Mayer, Hauck, en 1911 font un usage thérapeutique. Feldt en 1914 lance l'Aurocantan qui est un cyanure double d'or et de cantharidine. Feldt et Spiess remplacent le radical cyanure par un noyau benzénique et obtiennent le Krysolgan ou Supragol, et Schröder le Triphal dont la formule est voisine. Ces divers composés sont relativement toxiques et leur emploi ne se généralise pas. La découverte par Mollgaard en 1924 de la Sanocrysine c'est à dire de l'hyposulfite double d'or et de sodium riche de 38 % d'or métal, inaugure l'avènement réel de l'aurothérapie, et suscite la recherche de nouveaux composés auriques, dans le double but d'augmenter leur teneur en or et de diminuer leur toxicité : ainsi naissent l'Allochrysine de Lumière, le Solganal et l'Aurokrysolgan de Feldt, l'Aurophos, le Lopion, le Néocrysol qui associe l'or au novarsénobenzol, et la Néosanocrysine où sont combinées à une molécule de sanocrysine deux molécules d'hyposulfite de soude (1). Parmi les nouveaux venus, le Crysiodal (2) méthylène amine chargée d'iode et d'or, ne contient pas de soufre, le Lipaurol de Lecoq (3) dérivé de

(1) LAFONT (J.). — Le *Progrès Médical*, n° 14, 5 avril 1930 ; p. 585-593.
(2) REYNIER (P.). — Soc. de Thérapeutique, Séance du 9 avril 1930.
(3) LECOQ (L.) — Académie des Sciences. Séance du 16 mars 1931.

l'acide campho-dithio-carbonique et comprenant 35 % d'or et 12 % de soufre, soluble dans l'huile, permet une administration thérapeutique lente et continue déjà préconisée par Fournier et Mollaret, Levaditi, et que Lebeuf et Mollard (1) définissent sous le nom d'oléochrysothérapie.

Aucune de ces péparations dont la liste est d'ailleurs incomplète ne s'est révélée capable de guérir la tuberculose au sens où Mollgaard avait cru pouvoir l'annoncer : c'est une des raisons pour lesquelles les médecins furent amenés à étendre leurs indications. Une idée générale d'ailleurs fort judicieuse semble avoir guidé leurs essais : l'aurothérapie fut d'abord appliquée aux affections nosologiquement voisines de la tuberculose, ensuite aux maladies parasitaires chroniques, comme elle non immunisantes mais allergisantes et comme elle justiciables de la chimiothérapie, enfin aux infections non spécifiques aiguës ou chroniques.

* * *

Les affections dermatologiques désignées sous le nom générique de tuberculides constituent une des indications les plus étudiées de la chrysothérapie. Elles groupent des maladies dont l'étiologie n'est pas déterminée, mais à l'origine desquelles certains auteurs invoquent l'intervention de toxines tuberculeuses ou des formes filtrables du bacille de Koch.

Le fait qu'on n'y décèle jamais de lésions folliculaires les distingue nettement des tuberculoses cutanées véritables. L'action des sels d'or ne peut que renforcer cette distinction: peu efficaces ou nocifs dans le lupus tuberculeux, ils représentent selon l'opinion unanime un des meilleurs traitements des tuberculides et particulièrement du *lupus érythémateux*. Martenstein, à la clinique de Jadassohn, semble le premier avoir appliqué l'or sous forme de krysolgan au traitement de cette affection. Hufschmitt de Mulhouse publie en 1926 quatre résultats satisfaisants qu'il doit au krysolgan et au tryphal. M. Pinard et ses collaborateurs (2) à l'aide de l'aurothiobenzimidazol ou tryphal, améliorent considérablement un lupus érythémateux évoluant depuis 4 ans: sous l'influence de ce traitement ils notent la disparition du prurit, l'affaissement ou la cicatrisation des lésions. Jeanselme et Burnier (3) sur 32 cas traités enregistrent 20 guérisons et 7 améliorations, Pautrier et Georges Lévy (4) avec la thiocrysine et la crisalbine, 8 guérisons et 6 améliorations. La statistique de Schaumann et Heden (5) est encore plus probante : sur 56 cas ces auteurs grâce, au krysolgan obtiennent : 26 guérisons complètes dont 18 persistent après 16 mois, 21 disparitions presque complètes, 7 améliorations et 2 échecs. L'âge du lupus ne semble pas intervenir, comme facteur de curabilité, non plus le fait que l'affection ait récidivé déjà. L'aurothérapie représente donc une médication puissante, elle transforme le pronostic du lupus érythémateux, elle agit avec une rapidité impressionnante, (Pautrier et Georges Lévy), elle est bien supérieure à la thérapeutique arsenicale (Cl. Simon). Pourtant son efficacité est parfois incomplète, mais il est vrai qu'elle rend plus active la finsenthérapie et la cryothérapie (Schaumann et Heden) Elle ne met pas à l'abri des récidives : la reprise du traitement aurique est alors indiquée et plus spécialement sous la forme de suspensions huileuses, d'après Cl. Simon (6).

(1) Lebeuf (F) et Mollard (H). *Paris Médical*, 29 août 1931, pp. 167-170.
(2) Pinard (M.), Vernier (P.), et (Mlle) Versini. — Soc. française de dermat. et syphiligraphie, 14 juin 1928, pp. 443-448.
(3) Jeanselme et Burnier. — *Ibid.*
(4) Pautrier et Lévy (G). — *Ibid.* 8 juillet 1928, pp. 858-862.
(5) Schaumann (J) et Heden (K). — *Ibid.* 1927.
(6) Clément Simon. — *Ibid.* 14 novembre 1929, pp. 1058-1064.

Toutefois *la forme exanthématique du lupus érythémateux* (type Pernet) semble consitituer une contre indication à la chrysothérapie. Hudelo-Rabut et Guex (1) ont rapporté un cas de cette affection où les sels d'or déterminèrent une poussée évolutive fébrile avec accentuation de l'éruption et apparition de phénomènes hémorragiques.

Plusieurs autres affections dermatologiques ont pu bénéficier du traitement aurique. Cl. Simon (2) a vu disparaître en 3 injections de crisalbine, *un érythème induré de Bazin*, Jeanselme et Burnier (3) ont guéri 2 *psoriasis*. Mais ces tentatives sont encore trop peu nombreuses pour permettre une opinion.

La *lèpre* dont l'agent figuré est morphologiquement voisin de celui de la tuberculose, paraît à *priori* représenter une indication formelle de l'aurothérapie : mais les essais jusqu'à présent tentés sont loin d'être concluants ; Paldrock et Rangel (4) en 1927 dans 3 lèpres tubéreuses ont provoqué avec la sanocrysine des amaigrissements de 5, 10 et 13 kgr. et l'effet sur les lépromes fut nul. Mais Paldrock (5) en 1929 semble admettre que le solganal peut donner de bons résultats : la cure augmente le nombre des lymphocytes et le taux de la lipase du sang, et diminue la vitesse de sédimentation des globules rouges. Amies (6) rapporte 7 améliorations sur 8 cas traités. Hoffmann, Schnaudigel, Kupfer, Feldt, Jaja, Embanas et de Vera considèrent l'aurothérapie sinon comme efficace, du moins comme sans danger. Tel n'est pas l'avis des auteurs français : Sezary et ses élèves (7) ont vu la crisalbine provoquer une poussée évolutive, Jausion une cachexie rapide et la mort ; aux mains de Jeanselme et Burnier l'or chez les lépreux s'est montré inactif.

* * *

L'extension qu'a prise durant ces dernière années la chimiothérapie de *la syphilis* devait logiquement conduire à appliquer l'or au traitement de cette affection et à celui des spirochétoses voisines Déjà Chrétien puis Gailleton avaient employé chez les syphilitiques le chlorure d'or, Bruck et Gluck le cyanure d'or ; Truffi, Kolle avaient reconnu à ces sels minéraux une certaine efficacité contre la syphilis expérimentale des animaux ; mais il faut les recherches de Levaditi, Girard et Nicolau (8) pour démontrer l'action curative des sels complexes dans la syphilis et dans la spirochétose vénérienne spontanée du lapin : la sanocrysine est incomparablement plus active que le chlorure et que l'or métallique. Dès lors l'application clinique devient possible : elle est tentée pour la première fois en 1925 par Fournier et Mollaret (9) qui reconnaissent à la sanocrysine une efficacité incontestable sur la syphilis humaine ; Jeanselme et Burnier (10) en 1927 publient une note confirmative : chez 3 syphilitiques primaires ou secondaires dont les lésions avaient résisté à la cure arsenicale et mieux encore aux cures arsenicale, bismuthiques et mercurielle successives, ils obtiennent grâce à la crisalbine, la disparition rapide de l'éruption et la cicatristion du chancre. Ils remarquent toutefois que l'or est moins actif que l'arsenic ou le bismuth car il ne négative

(1) Hudelo, Rabut et Guex. — *Ibid.* 14 fév. 1929, p. 123.
(2) Clément-Simon. — *Ibid.* 13 décembre 1928, p. 905.
(3) Jeanselme et Burnier. — *Loc. cit.*
(4) Paldrock (A) et Rangel (A). — *Ibid.* VII, juillet 1927, p. 241.
(5) Paldrock (A). — *Am. Journ. of Hôp. Med.* IX nov. 1929, p. 445.
(6) Amies (C. R.). — *Trans. Royal. Soc. Trop. méd. a. hyg.* XXIII, novembre 1929, p. 309.
(7) Sézary (A), Dérot (M) et Guédé (M). — Soc. française dermatolog. et syphiligraphie, 14 nov. 1929 pp. 1071-1075, discussion Jausion-Burnier.
(8) Levaditi (C), Gérard (A) et Nicolau (S). — *C. R. Acad. Sciences* CLXXXI, 1925, p. 163.
(9) Fournier (L.) et Mollaret (P.) — *Ibid.* p. 943.
(10) Jeanselme et Burnier. — *Bull. de la Soc. française de dermatologie et syphiligraphie.* 10 décembre 1927, p. 895.

pas aussi régulièrement la réaction de Bordet-Wassermann, et concluent que l'aurothérapie ne prend son réel intérêt que dans les syphilis polyrésistantes.

La question marque un net progrès quand Fournier et Mollaret (1) utilisent non plus les injections intraveineuses de sels solubles, mais les injections intramusculaires de sels solubles ou de suspensions huileuses : les résultats cliniques et sérologiques sont franchement meilleurs, la réaction de Bordet-Wassermann est négativée, les éruptions secondaires n'apparaissent pas, comme si la résorption lente et continue que lui imposent son véhicule huileux et son injection dans le muscle, en prolongeant l'action du médicament, augmentait son efficacité. Levaditi (2) dans son expérimentation constate les mêmes effets. «A la dose de 0,05 par kgr. le thiosulfate double d'or et de sodium en suspension huileuse exerce une action curative des plus manifestes dans la tréponémose expérimentale du lapin ». Il exerce aussi une action prophylactique puisqu'il empêche l'éclosion de la syphilis si on l'injecte quelques jours avant l'inoculation du tréponème.

Howard (3) par ailleurs découvre à l'allochrysine, administrée par voie intramusculaire, des propriétés tréponémicides très marquées : elle assure sans récidive la guérison de la spirochétose spontanée du lapin, elle est plus active encore sur l'infection expérimentale de cet animal par le virus Truffi. Tout récemment enfin Lebeuf et Mollard (4) insistent sur la valeur des sels d'or dans le traitement de la syphilis humaine, et particulièrement sur celle du solganal B en suspension huileuse.

Ces notions sont entièrement confirmées par les recherches expérimentales de Feldt, et les observations cliniques de Luttenberger poursuivies les unes et les autres depuis 1925 : une cure de Solganal de 5 à 6 gr. c'est-à-dire dix à douze injections , négative toujours la réaction de Wassermann. A la 3e piqûre, c'est-à-dire au 9e ou 12e jour, les tréponèmes ne sont plus décelables, à la 6e c'est-à-dire au 25e ou 30e jour les lésions primaires ou secondaires ont disparu, mais les réactions d'Herxheimer sont souvent très vives. Si bien que Luttenberger, d'après l'étude de 65 cas, estime que le Solganal a sur la syphilis une action égale à celle du novarsénobenzol. Les bienfaits de ce médicament ne se manifestent pas seulement dans les syphilis jeunes : l'auteur a vu le solganal rendre négatives dans le liquide céphalo-rachidien d'un paralytique général les réactions de Wassermann et de l'or colloïdal. Oravecz signale le même résultat chez un syphilitique dont la réaction de Bordet-Wassermann était irréductible. A notre connaissance, la chrysothérapie des syphilis anciennes ou des syphilis nerveuses n'a jusqu'à présent inspiré aucun travail français : il y a cependant tout lieu de penser qu'elle doit être efficace, d'autant plus que le solganal s'accumule avec une certaine élection dans le tissu nerveux.

L'étude des qualités thérapeutiques de l'or dans *les spirochétoses non syphilitiques* est beaucoup moins avancée. Elle n'a guère donné lieu qu'à des recherches expérimentales destinées à préciser l'activité respective des diverses préparations auriques. Feldt, puis Steiner et Fischl (5) ont observé que seul parmi les autres sels d'or, le solganal injecté préventivement peut protéger la souris contre l'inoculation du spirochète de la récurrente africaine : il atténue ou empêche l'infection. Il assure aussi la destruction des spirochètes qui durant la période immune de la maladie, continuent, comme on le sait, à pulluler dans le système nerveux central ; par là il se montre nettement supérieur aux composés arsenicaux. Selon Feldt, Grabow et Krey, Lewy, il représente la plus active des médications de la récurrente humaine. Après 4 semaines de traitement par de petites doses de Solganal, Steiner et Fischl n'ont pas trouvé de spirochètes dans le liquide céphalo-rachidien ni dans le sang d'un paralytique général traité par inoculation thérapeutique de la fièvre récurrente : mais il est vrai que 19 jours après la fin du traitement le sang était à nouveau parasité.

En ce qui concerne le Sodoku, les résultats ne sont guère probants : le solganal est efficace dans l'infection expérimentale d'après Schiemann et Feldt, dans le sodoku des paralytiques généraux inoculés d'après Kihn (1), mais selon Fischl (2), il est inactif chez les animaux expérimentalement contaminés.

* * *

Un nouveau débouché fut acquis à la chrysothérapie, quand Feldt , puis Walbum eurent montré que les sels d'or pouvaient atténuer ou guérir *les infections streptococciques expérimentales*. Dès 1926, Lewy et Freund (3) l'appliquaient au traitement des 25 cas de streptococcies humaines, bactériologiquement constatées. Ils n'eurent aucun succès dans les septicémies aiguës, mais ils obtinrent des résultats étonnamment favorables dans les «streptomycoses chroniques»: la cure qui nécessite l'emploi de hautes doses s'accompagne souvent de réactions fébriles, provoque une monocytose suivie de lymphocytose, entraîne la disparition des streptocoques.

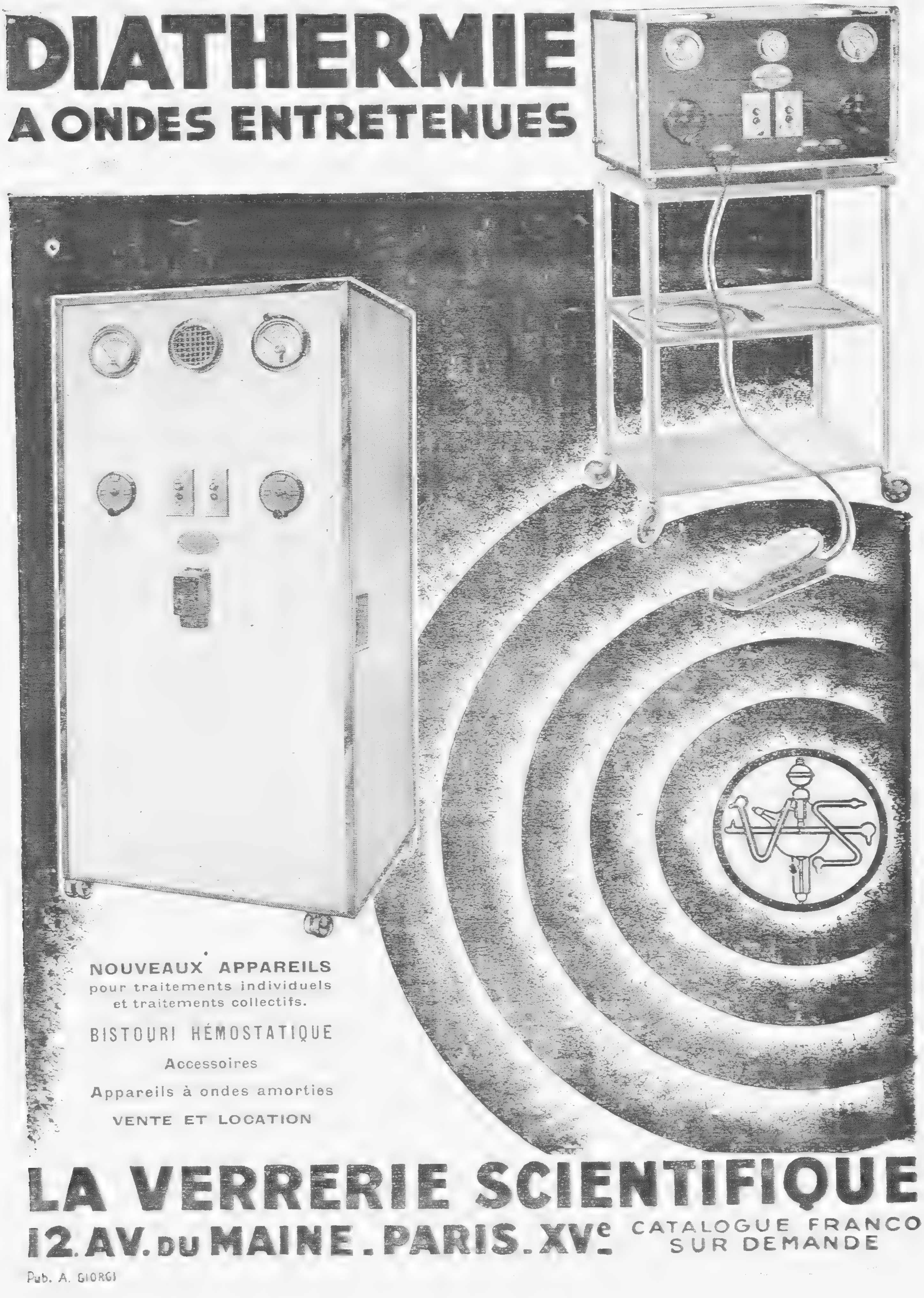
Bientôt après, J. Forestier en France, Umber, Fehlow, Zimmer, Freund, en Allemagne eurent presque simultanément l'idée de soigner par l'or *le rhumatisme chronique* : il n'est pas exagéré de dire qu'ils ont doté la thérapeutique de cette affection de son arme la plus puissante.

J. Forestier (4) l'applique exclusivement au traitement de ces formes de rhumatisme à prédominance synoviale qu'il dénomme polyarthrite progressive, et dont la nature infectieuse (sans doute streptococcique) est démontrée par l'existence d'une fièvre légère, d'une hyperleucocytose fréquente et d'une sédimentation globulaire élevée. Il emploie l'allochrysine, qui injectable par voie intramusculaire, permet de réaliser une cure prolongée et procure la saturation médicamenteuse dont Thiroloix avait déjà, pour l'iode, montré la nécessité.

L'amélioration se manifeste vers le 3e mois et va s'accentuant : les douleurs spontanées ou provoquées par la mobilisation s'atténuent, le gonflement articulaire régresse, l'amplitude des mouvements augmente. La température redevient normale, la paleur, l'insomnie disparaissent. La leucocytose sanguine de 15 à 20.000 tombe à 10.000. Si l'affection est récente la *restitutio ad integrum* est possible : dans les formes anciennes on ne peut espérer qu'un arrêt évolutif. La dernière statistique de Forestier est la suivante : sur 48 malades qui tous avaient épusé sans succès la gamme des traitements habituels, cet auteur note 33 résultats bons ou très bons, 10 médiocres, 5 nuls, aucune aggravation ; nulle autre thérapeutique ne semble capable de fournir un pourcentage aussi favorable. Les incidents qui peuvent survenir sont ceux de toute cure aurique :

(1) Fournier (L.) et Mollaret (P.) — *C. R. de la Soc. de Biologie*, 1926, p. 576.
(2) Levaditi (C.) — *Bull. de l'Acad. de Médecine*. — 1928, p. 180.
(3) Howard (A.) — *C. R. de la Soc. de Biologie*. C I. 1929., p. 795.
(4) Lebeuf (F.) et Mollard (H.) — *Annales des maladies vénériennes*, n° 2, février 1931, pp. 81-88 ; *Paris Médical*, 29 août 1931, p. 167.
(5) Steiner (G) et Fischl (V). — *Klin. Wochenschr*, n° 13. 26 mars 1929 pp. 582-585.

(1) Cf. Steiner et Fischl. — *Loc. cit.*
(2) Fischl (V). — *Zeits. für Hyg.* CX, 1929, p. 499.
(3) Lewy (F. H.) et Freund (R.) — *Deut. Mediz. Wochenschr.* n° 44, 29 octobre 1926, p. 1857.
(4) Forestier (J.) — *Bull. et Mém. de la Soc. méd des hôpitaux de Paris*, n° 8, 1er mars 1929, pp. 323-327. n° 6. 14 février 1930, pp. 273-280. *Presse Médicale*, n° 40, 20 mai 1931, pp. 735-739.


DIATHERMIE
A ONDES ENTRETENUES
NOUVEAUX APPAREILS
pour traitements individuels
et traitements collectifs.
BISTOURI HÉMOSTATIQUE
Accessoires
Appareils à ondes amorties
VENTE ET LOCATION
LA VERRERIE SCIENTIFIQUE
12. AV. DU MAINE . PARIS . XVe
CATALOGUE FRANCO
SUR DEMANDE
Pub. A. GIORGI

seules les réactions focales articulaires à la suite des premières injections peuvent être considérées comme spécifiques : elles sont rares.

Fehlow (1) utilise le solganal par voie veineuse ou musculaire dans les polyarthrites infectieuses chroniques. Ce composé pro uresans réactions locales, ni générales graves, des amélior a ons remarquables.

Enfin Freund (2) recommande, dans les mêmes cas, l'administration du solganal par voie buccale, dont Feldt a montré sur l'animal qu'elle est active. Par prises journalières donnant un total de 6 à 8 gr. en 6 à 8 semaines, on obtient souvent des améliorations notables, au prix de réactions focales, ou d'une discrète albuminurie. Au dire de son auteur, la médication est efficace et inoffensive. Mais Israelski (3) dans une note toute récente ne signale que 4 améliorations sur douze et décèle chez 6 de ses malades de l'albuminurie avec cylindrurie.

***

C'est pour être complet que nous signalons enfin l'emploi qu'on a pu faire des sels d'or dans certaines psychopathies : Robin prescrivait parfois le bromure d'or à la place des bromures alcalins. Klemperer (4) tout récemment utilisait le thiosulfate dans le traitement des états anxieux.

***

Malgré les nombreuses recherches qu'il a suscitées principalement en Allemagne, le mode d'action des composés auriques est encore imparfaitement connu. Un fait est certain, c'est que l'or pas plus que les métaux réputés antiseptiques n'agit directement sur les microbes : la notion du parasitotropisme direct, sur quoi Erhlich fondait la chimiothérapie, est fausse ; pour qu'un métal manifeste ses propriétés bactéricides, il faut nécessairement entre lui et le microbe un intermédiaire représenté par l'organisme et ses tissus : la chimiothérapie devient *nosotrope* (Feldt) ou mieux *histiotrope* (Lebeuf et Mollard). Et le tissu auquel est spécialement dévolu ce rôle d'intermédiaire est le mésenchyme ou système réticulo-endothélial.

En ce qui concerne l'or, il est prouvé malgré les affirmations de Koch, puis de Mollgaard, que le chlorure et la sanocrysine, n'ont aucune action antiseptique *in vitro* sur le bacille tuberculeux. Et pourtant ce métal est incontestablement bactéricide *in vivo*. Ce fait ne peut s'expliquer que par l'intervention des phénomènes de défense propres à l'organisme vivant : les recherches de Levaditi, de Kolle et Evers, de Schlossberger, de Feldt, en ont donné la preuve.

Schlossberger, Jancso, Feldt et Heise ont constaté que l'or injecté à l'animal ou à l'homme se fixe avec élection sur le mésenchyme, aux points nodaux des mailles du tissu réticulé. Jungeblut (5) Feldt et Schott (6) ont montré que le mésenchyme intervient dans l'action curative de l'or (et aussi de l'arsenic, de la trypaflavine, du 205 Bayer) car la splénectomie ou le blocage du système réticulo-endothélial supprime cette action curative. Il est logique d'admettre que l'or exalte les fonctions de ce tissu : sans entrer lui-même en réaction, il s'y comporte comme un catalyseur, comme un ferment anorganique (Bredig).

Cette activation a comme conséquence locale l'exaltation de la leucogénèse : par leurs protéases et leurs lipases les leucocytes néoformés assurent la désintégration puis la destruction des parasites. Elle a aussi des conséquences générales : les processus d'oxydation augmentent de 20 à 60 % d'après Warburg, de 20 % chez le cobaye d'après Sostberg, Steuber. Freund a montré que l'or, diminue de 70 % la teneur en sucre du liquide de vésicatoire. « Cela indique pour le moins une intervention dans l'état des fonctions du mésenchyme. »

Les constatations faites chez l'homme confirment celles qu'a permises l'expérimentation. Sous l'influence de la cure aurique, Lewy et Freund notent une monocytose puis une lymphocytose sanguine, Paldrock une lymphocytose avec augmentation de la lipase sanguine, Forestier une diminution de la sédimentation des hématies. Loeper, Vahram et Berthomieu (1) avec le soufre colloïdal, Conterno (2) avec l'or colloïdal avaient déjà obtenu une mononuclose sanguine.

Mais il est malaisé de dire à quoi, de l'or ou du soufre, les préparations complexes actuellement employées doivent leur activité, et par conséquent quelle est la formule théoriquement la meilleure. Xalabarder pense que la sanocrysine agit par son radical S^2O^3 et non par l'ion Au, tandis que selon Etcheverry et Ducco, Au est à la fois bactéricide et toxique, S^2O^3 antithermique : c'est pourquoi ces auteurs utilisent la néosanocrysine plus riche en hyposulfite que la sanocrysine. L'opinion la plus courante est celle qui admet que le soufre et l'or agissent synergiquement. On en trouve une confirmation indirecte dans les travaux de Levaditi et Howard (3) : ces auteurs ont démontré que sous l'influence d'un extrait tissulaire riche en glutathion réduit et en soufre, le bismuth devient tréponémicide à des doses infinitésimales. Or, le processus de la bactériolyse en général n'est pas essentiellement différent de celui de la tréponémolyse. Il n'est donc pas illogique de penser que ce qui est vrai pour le bismuth l'est aussi pour l'or : inactif quand il est isolé, ce métal voit son pouvoir catalytique augmenté quand il est associé au soufre. C'est aussi pourquoi Forestier utilise l'allochrysine, dont la formule contient un groupe S H très labile et une liaison directe S - Au.

***

Pour si précieuses qu'elles soient, ces notions permettent difficilement de dégager l'avenir de l'aurothérapie : une inconnue demeure, celle du métabolisme de l'or dans l'organisme. Pourtant il est certain que les composés auriques garderont leur place dans le traitement du lupus érythémateux, ils en conquerront une non moins enviable dans celui de la syphilis et sans doute aussi dans celui des rhumatismes chroniques infectieux. Mais leur emploi thérapeutique ne doit pas se borner à ces seules maladies, l'essai devrait en être tenté non seulement dans les gangrènes pulmonaires, dans les processus spirillo-anaérobies et dans la bronchospirochétose, mais aussi dans les septicémies chroniques non immunisantes dont le type est fourni par la maladie d'Osler, par les endartérites infectieuses, et sans doute aussi par le rhumatisme cardiaque qui en est biologiquement voisin. Nous avons nous-même, dans le service du Prof. Loeper, traité avec succès par la crisalbine, un cas de maladie de Bouillaud compliquée de péricardite sèche : malgré l'administration quotidienne de 10 gr. de salicylate pendant plus d'un mois, et malgré la cure salicylée intra-

(1) Fehlow (W.) — *Münchn. Mediz. Wochenschr.* LXXXII. p. 52, 26 décembre 1930.
(2) Freund (R.) — *Mediz. Klinik.* 3 juillet 1931. *p.* 988.
(3) Israelski (E). — *Deuts. Mediz. Wochenschr.* 21 juillet 1931, p. 1280.
(4) Klemperer. — *Wiener. Klin. Wochenschr.* XLIII, 1931. p. 812.
(5) Claus. W. Jungeblut. — *Zeitschr. für Hyg.* CVII. 1926. p. 353.
(6) Feldt (A.) et Schott (C.). — *Zeitschr. für Hyg.* CVIII. 1927, p. 457.

(1) Loeper (M.), Vahram et Berthomieu. — *Bull. et mém. de la Soc. médicale des hôpitaux de Paris.* 23 juillet 1915. p. 651.
(2) Conterno (V.). — *C. R. de la Soc. de Biologie.* XCII. 31 janvier 1925, p. 228.
(3) Levaditi (C.) et Howard (A.). — *C. R. de la Soc, de Biologie,* C. 16 février 1929, p. 469.

veineuse, la fièvre et quelques douleurs articulaires persistaient. Dès les premières injections auriques la fièvre tombait, les arthralgies disparaissaient, le frottement n'était plus audible. La guérison de cette poussée rhumatismale fut complète, sans incident. Nous dirons dans un prochain travail en collaboration avec le Prof. Loeper quels résultats l'aurothérapie nous a donnés dans un groupe de maladies fort différentes.

***

La conduite de la cure et le choix du médicament ne sauraient être actuellement codifiés. Le médecin doit s'inspirer du cas à traiter, de la tolérance du sujet, des réactions qu'auront provoquées les premières injections. D'après Dumarest, Mollard et Pavie (1) l'examen du sang peut apporter d'utiles renseignements de contrôle : une éosinophilie importante indique l'imminence d'accidents d'intolérance, une polynucléose neutrophile progressivement croissante fait prévoir des accidents d'intoxication. D'une manière générale aux processus chroniques conviennent les cures prolongées par injections intramusculaires et répétées en série ; aux processus aigus l'administration intraveineuse. Toutefois la tendance actuelle consiste à employer dans la plupart des cas les suspensions huileuses (2) qui, en injections intramusculaires procurent une résorption lente et continue et diminuent la fréquence des accidents toxiques. Les Allemands vantent le solganal B ou aurothioglucose découvert par Feldt : il renferme 50 % d'or métal, son index thérapeutique est de 1 /75, il est 10 fois moins toxique que la sanocrysine. Lebeuf et Mollard (1) recommandent la formule suivante :

Solganal B..................	1 gr.
Huile de noyaux	10 cc.

Cure de 4 gr. en moyenne.

Le prix de revient en est malheureusement très élevé

Les accidents de la chrysothérapie, lorsqu'on l'applique aux différentes affections que nous venons de passer en revue, n'ont rien de spécial : cutanés ou muqueux, éruptifs ou viscéraux, biotropiques ou toxiques, ils sont identiques à ceux qu'un emploi déjà long en phtisiologie a permis de bien connaître. Il convient seulement de rappeler la sensibilité extrême de certains terrains aux sels d'or (2) et la relative fréquence du lichen plan buccal au cours du traitement du lupus érythémateux (3).

D'ailleurs tous ces accidents deviennent exceptionnels avec l'oléochrysothérapie, mais il est prudent pour empêcher leur survenue éventuelle de faire absorber au malade pendant la durée de la cure, 50 à 100 gr. de glucose par jour. Heuck et Vonkennel ont montré que cette pratique augmente la tolérance de l'organisme,.

Après sept années d'un emploi quasi mondial, la thérapeutique par l'or laisse entrevoir l'étendue de ses possibilités : loin d'être spécifique d'une maladie, elle se montre active dans plusieurs qui n'ont entre elles de commun que la longue tolérance de l'organisme à l'égard de leurs germes « Les empiriques du moyen âge avaient ils donc tort d'appliquer le fabuleux métal aux branches les plus diverses de la pathologie ? Leur idée quelque fut son point de départ était probablement exacte ..... Leurs procédés étaient inefficaces »

La chimiothérapie en perfectionnant ceux-ci justifie l'alchimique prescience de nos lointains devanciers.

Le traitement médical combiné des artérites chroniques des membres inférieurs (*)

Par le Professeur Maurice LOEPER

Cette question intéresse à la fois le médecin et le chirurgien. Je n'en envisagerai pourtant ici que le côté médical, et nullement le traitement opératoire, artériectomie et sympathectomie périartérielle, qui n'est pas de mon ressort. J'étudierai les moyens médicaux qu'on peut opposer à la lésion et à la cause des artérites chroniques, artérites chroniques et non artérites aiguës ou subaiguës, c'est dire que la fièvre typhoïde, la syphilis et le rhumatisme ne seront envisagés qu'incidemment.

Chacun sait ce qu'est une artérite, et quels en sont les symptômes. D'abord des douleurs très anciennes, très antérieures, si l'on peut dire, au diagnostic : des crampes qui se produisent au moment de la marche (claudication intermittente) et qui obligent le sujet à s'arrêter : et qui peuvent apparaitre aussi mais plus exceptionnellement au lit (crampe de décubitus) ; un abaissement de la température du membre ; une modification dans la coloration des téguments qui sont souvent rouges, érythémateux, quelquefois, au contraire, violacés, quelquefois encore pâles et comme exsangues. Enfin, l'apparition de la gangrène, plus ou moins profonde, plus ou moins étendues, en général sèche, sauf chez les sujets diabétiques.

Quand on palpe les artères de ces sujets, à la jambe ou à la région pédieuse, on trouve peu ou pas de battements. Quand on prend la tension elle est nulle.

Evidemment, le premier objectif du thérapeute comme le premier désir du malade est qu'on calme sa douleur, Mais ce point de la thérapeutique est assez banal et comporte l'emploi de médications sédatives usuelles. La douleur est d'ailleurs en rapport avec l'oblitération artérielle ou la tendance à l'oblitération, parfois avec l'inflammation de la paroi elle-même ; pour être efficace et durable le traitement en doit donc être étiologique et pathogénique.

(1) Dumarest, Mollard et Pavie. — Soc. de Biologie. Séance du 20 juin 1931.

(2) Il est curieux de remarquer avec Fournier et Mollaret, Lebeuf et Mollard, la similitude d'évolution de la chrysothérapie et de la bismuthothérapie : l'une et l'autre appliquées d'abord sous forme d'injections intraveineuses de sels solubles, utilisent maintenant les suspensions huileuses. Le lipaurol de Lecoq a une constitution chimique identique à celle du campho-carbonate de Bismuth, c'est-à-dire du solmuth et du bissol).

(*) Leçon recueillie par P. Soulié interne des hôpitaux de Paris.

(1) Lebeuf (F.) et Mollard (M.). — *Paris Médical*, 29 août 1931, pp. 167-171.

(2) Gougerot et Carteaud (A.). — *Bull. de la Soc. française de dermatologie et syphiligraphie*, 1930, p. 1171.

(3) Lortat-Jacob et Legrain (P.). — *Ibid.* 1931. p. 1786.

A ce sujet je crois utile de rappeler quels sont exactement les caractéristiques de la lésion artérielle. C'est une lésion complexe, qui emprunte aux différents processus mêmes qui la constituent, inflammatoire, précipitant, oblitérant, la plupart de ses indications thérapeutiques.

Tout d'abord, l'*inflammation* de la paroi : elle est souvent banale mais elle peut être syphilitique. En général le processus est localisé à l'endartère au-dessus de la limitante interne qu'il épaissit et, refoule vers l'intérieur, jusqu'à combler la lumière du vaisseau.

Il gagne ensuite la tunique moyenne : les plasmazellen, qui sont, comme chacun sait, des éléments lympho-conjonctifs, s'y répandent et pénètrent même le périartère. La panartérite ainsi constituée est, dans une proportion assez considérable, de nature syphilitique.

Mais elle ne l'est pas toujours. Le rôle de la syphilis dans l'étiologie de l'artérite a été très exagéré ; quand on étudie les différentes observations publiées, on se rend compte qu'il ne dépasse guère 25 % des artérites des membres, ce qui n'est pas considérable et n'autorise certes pas l'application systématique du traitement spécifique à une artérite dès qu'elle est reconnue.

D'ailleurs, quelle que soit sa nature, cette inflammation s'accompagne toujours au bout d'un certain temps de *précipitations*. Les précipitations se font d'abord dans la tunique interne , à la limite de la zone limitante interne : ainsi que c'est le cas fréquent pour les grosses artères. Mais elles sont souvent très marquées dans la tunique moyenne, lorsqu'il s'agit de vaisseaux de moyen calibre. La tunique prend un aspect moucheté sur lequel a insisté Monckbeerg, sur lequel j'ai insisté moi-même dès 1904 (1). La constitution chimique de ces précipitations varie avec leur localisation : dans la tunique moyenne elle est en général calcaire, dans la tunique interne elle est plus cholestérinique.

L'abondance de la chaux et de la cholestérine est d'importance capitale au point de vue thérapeutique. Il ne faut pas considérer seulement la cause, syphilitique ou non, d'une artérite, mais aussi le mode d'altération de la paroi vasculaire, et la précipitation dont elle est le siège.

Je ne veux pas dire que toute artérite soit précipitante. Elle l'est rarement chez les jeunes. Elle l'est plus tôt chez les vieillards que chez les adultes, un peu plus tôt chez les hommes que chez les femmes, un peu plus tôt aussi chez les hypertendus que chez les autres.

La tendance à la précipitation s'explique par la constitution chimique même de l'artère. Dans tout notre organisme certes, il y a de la chaux et de la cholestérine. Mais nulle part il n'y en a autant que dans les os, les cartilages et les artères. D'après les dosages publiés par les auteurs et par moi-même, avec Boveri et Gouraud, il y a quelque vingt ans (2), les vaisseaux donnent plus d'un gramme pour cent de chaux, ce qui est considérable, puisque le muscle donne 20 centigrammes et le sang 10 centigrammes seulement. Seuls, les os et les cartilages dépassent les artères.

Le tissu artériel est donc en *imminence de précipitation calcaire*, surtout le tissu artériel des gens âgés.

Expérimentalement, le jeune lapin calcifie très difficilement ses artères avec l'adrénaline ; le vieux lapin les calcifie très vite et de façon très étendue : une légère irritation change en un bloc solide cette richesse virtuelle.

Le tissu artériel est en imminence d'une autre précipitation : la *précipitation cholestérinique*.

La cholestérine est en effet assez abondante aussi dans les artères. Lemoine l'avait déjà affirmé ; Chauffard, Letulle, Labbé et Heitz ont apporté de nouveaux dosages. La cholestérine atteint dans les artères normales 1 gr. 80 ou 2 gr. C'est un peu plus que n'en contient le sang normal, peut-être plus que n'en contient le muscle, mais dans les artères pathologiques elle s'élève jusqu'à 4 et 8 grammes, ce qui est énorme.

Voici des chiffres que j'emprunte à Marcel Labbé :

Splénique	3 gr. 8
Tibiale	8 gr. 50
Fémorale	5 gr. 50 ou 6

Et cette précipitation cholestérinique, comme la précipitation calcaire est plus marquée, elle aussi, chez les vieillards que chez les jeunes, chez les hypertendus que chez les non hypertendus, chez les hommes que chez les femmes. Elle est un peu moindre chez la femme enceinte que chez celle qui ne l'est pas, et beaucoup plus accentuée chez le diabétique.

J'ai envisagé successivement le substratum étiologique : syphilis possible ; et anatomique : précipitation calcaire et cholestérinique. Il me reste à parler du substratum mécanique : l'*oblitération*.

La thrombo-angéite oblitérante ou maladie de Burger n'est pas de mon sujet. Elle est, comme son nom l'indique, étendue à tout le paquet vasculo-nerveux et représente une artérite spéciale dont la nature est mal connue. L'artérite banale seule m'intéresse. L'épaississement de la tunique interne y tend vers l'oblitération, la prolifération de la tunique interne, la formation de petits condylomes en quelque sorte intraartériels, le dépôt et la coagulation du sang, l'organisation du caillot, ne peuvent avoir pour conséquence qu'une occlusion de plus en plus complète. Le caillot est d'abord mou et relativement soluble, mais il devient fibreux et ne peut guère se résoudre, tout au plus peut-il se creuser de lacunes qui en rétablissent la perméabilité partielle. Et l'oblitération commande bien entendu une thérapeutique mécanique.

Le traitement d'une artérite comprend donc trois éléments principaux : le traitement de la cause, si nous pouvons la trouver ; le traitement de la précipitation, si nous pouvons la caractériser ; le traitement de l'oblitération si nous pouvons en préciser le siège et l'étendue.

Et il y a quelque analogie entre cette thérapeutique combinée, cette auxothérapie de l'artérite (1), et celle que j'ai esquissée l'an passé pour le rhumatisme chronique avec cette seule différence que les articulations s'ankylosent tandis que l'artère s'oblitère, mais l'une et l'autre souffrent, s'enflamment, s'épaississent et précipitent.

Et il n'y a guère de différence avec la thérapeutique des autres organes.

Partout les éléments thérapeutiques se rejoignent, se combinent, se complètent, suivant la nature de la maladie, les modifications chimiques du tissu, l'importance des réactions douloureuses, suivant encore l'organe atteint, dont la spécificité cellulaire ou fonctionnelle est indiscutable (2).

Le traitement découle donc de ce préambule. Peut-être n'apportera-t-il pas toutes les consolations qu'on peut désirer ; mais il apparait ordonné, légitime, logique, et c'est déjà beaucoup.

* * *

La cause : je le répète, peut-être la syphilis, mais pas dans beaucoup plus de 25 % des cas. C'est assez peu.

(1) M. Loeper. — Le processus anatomique de l'athérome et de l'artériosclérose. *Presse Médicale*, 1904.

(2) Loeper, Boveri et Gouraud. — La chaux et les artères. *La Presse Médicale, et Congrès de médecine française de Genève* 1908.

(1) M. Loeper et R. Degos. — Comment il faut orienter le traitement des rhumatismes chroniques. *Le Progrès Médical*, novembre 1930.

(2) M. Loeper, Lemaire et Soulié. — L'auxothérapie. *Presse Médicale*, novembre 1931.

Pourtant en présence d'une artérite, on souhaite toujours qu'elle soit syphilitique, car le traitement peut être radical.

Et l'on utilise l'arsenic, ou mieux le mercure par la voie veineuse et le bismuth par la voie intramusculaire, on les associe ou on les imbrique. Quand la syphilis au contraire ne peut être mise en cause, on recherche dans le passé quelle infection silencieuse, prolongée, pérennisée, peut être incriminée et dont la nature peut justifier au moins l'essai des vaccins. Ces vaccins, pour atteindre une maladie, certainement infectieuse, mais mal caractérisée et seulement suspectée, seront polyvalents. On en cite quelques améliorations, même dans la maladie de Burger.

Là se borne le traitement étiologique, et il faut bien avouer qu'il est assez aveugle, et même parfois sans objet. C'est alors qu'on pense à la lésion artérielle, à la résolution du bloc déjà constitué, à la dissolution de cette précipitation. Mais on n'y parvient qu'en évoquant la **nature chimique** même des produits précipités.

Certes ce que je vais dire maintenant est un peu schématique et idéal, utopique si l'on veut, mais le schéma n'est pas inutile ici et il contient une part de vérité et des directives intéressantes.

Je ne nie pas que les précipitations soient en général mixtes, mais certaines sont surtout calcaires, d'autres surtout cholestériniques ; et la prédominance importe. Or, cette prédominance ne pouvant être attestée par la biopsie qui seule donnerait la certitude, on est bien obligé d'en chercher la preuve ou la probabilité ailleurs.

C'est là qu'intervient la radiographie qui est en l'espèce indispensable : une artère cholestérinique est perméable aux rayons X, elle est invisible ; une artère calcaire est imperméable aux rayons, elle est opaque.

L'examen ainsi pratiqué permet non seulement de déterminer les substances utiles qui peuvent avoir sur la cholestérine ou sur la chaux une action dissolvante élective. Il met en garde contre certains traitements physiques, qui s'ils facilitent la dissolution de la cholestérine, peuvent exagérer les précipitations calcaires : j'ai nommé l'ultra-violet et j'y reviendrai.

Ainsi que l'a très bien remarqué Marcel Labbé, c'est chez le diabétique que la visibilité des artères est le plus fréquente, dans 20 cas sur 26 environ. Cela prouve qu'à côté de la cholestérine, 20 fois sur 26 elles contiennent une proportion élevée de calcaire. Mais, dans 6 cas sur 20, déjà chez le diabétique, l'artère est invisible et la proportion est plus grande chez les autres sujets dont les artères ont paru pourtant dures au palper. Souvent donc l'artère ne contient pas de chaux, ou en contient très peu. Je vais tâcher d'indiquer les médicaments qui peuvent dissoudre ces produits ; au moins tenter de les dissoudre dans une certaine mesure ? Mais auparavant je vais répondre à une question que beaucoup se posent : cette dissolution est-elle opportune ?

On a dit qu'elle avait des inconvénients et même des dangers, mais j'avoue qu'une pareille crainte me paraît eu fondée. A peine justifiée déjà pour les anévrysmes dont i faut certes respecter la paroi et la maçonnerie, elle ne l'est pas pour les artérites des membres. Je ne crois pas que la dissolution puisse être si complète et si rapide qu'une rupture soit à craindre, et il est à supposer que le tissu fibreux remplacera la précipitation, au fur et à mesure qu'elle se dissoudra, si elle se dissout.

Une médication dissolvante est donc parfaitement autorisée et il serait à désirer qu'elle fût possible et efficace.

J'étudierai successivement les médicaments et médications qui agissent sur la cholestérine et sur la chaux.

* * *

La *cholestérine* d'abord : On a prétendu qu'elle pouvait être influencée heureusement par l'insuline. Dans des travaux de Chauffard, Labbé et Tamalet, la cholestérine du milieu sanguin diminue en effet sous l'influence de l'insuline. L'abaissement peut atteindre 1 gr. et plus. C'est quelque chose. Cela ne veut pas dire certes que dans les tissus on obtienne les mêmes résultats, car on sait fort bien qu'un diabétique peut avoir des artères cholestériniques, et un sang normal.

Peu de résultats ont été donnés, aucune vérification n'a été faite.

C'est une hypothèse vraisemblable mais qui n'est pas démontrée. On fait bien mieux avec les rayons violets. Je l'ai indiqué avec mon interne M. Degos, et mon assistant M. Lemaire, l'an dernier ; mais la méthode est de celles dont il faut se méfier. Elle exige la garantie préalable de la radiographie. Les rayons violets sont parfaits pour la cholestérine mais ils augmentent la calcification artérielle. Il faut les réserver pour les cas d'invisibilité artérielle. Dès que l'artère est tant soit peu visible, il faut les prohiber. En prenant ces précautions, avec les rayons violets, nous avons amélioré nettement deux sur cinq de nos malades, c'est déjà quelque chose. L'irradiation était de 5, 6, 7 à 9 minutes, sur tout le corps et répétée tous les deux jours dans des séries de dix applications. Les rayons ont une action indéniable et très explicable. Ils accroissent le pouvoir stérolytique du milieu sanguin, et aussi l'élimination de la cholestérine par la bile (1). On a le droit de supposer que les tissus s'en trouvent ainsi déchargés. L'actinothérapie est une méthode excellente, elle ne peut être une panacée puisqu'elle est interdite aux artères visibles aux rayons X, par conséquent calcaires ou surtout calcaires.

Dissoudre la cholestérine est déjà difficile, dissoudre *la chaux* est peut-être encore plus malaisée. M. Blum, le regretté professeur de Strasbourg, pensait qu'en augmentant l'acidité du milieu sanguin, on diminuait la précipitation. Un auteur lyonnais a ensuite vanté l'administration de quantités formidables de lactose, 400 grammes par jour, pour produire de l'acide lactique et faciliter ainsi la dissolution de la chaux. Il est vrai que les hautes doses de lactose diminuent souvent chez le lapin la chaux du milieu sanguin de 25 %, mais il n'est pas certain qu'elles diminuent celle des tissus. Dans quelques expériences que j'ai faites jadis, elles m'ont paru surtout mobiliser la chaux osseuse, ce qui est bien différent. En tout cas, cette action doit être bien passagère puisque l'acide lactique se transforme rapidement dans le sang et les tissus en CO^2 (2).

L'acide phosphorique serait plus stable ; il ne subit aucune transformation dans l'économie. Aussi la limonade phosphorique, suivant la formule connue de Joulie est-elle d'un emploi très recommandable. C'est ou ce peut être une solution de 4 grammes d'acide phosphorique, de 8 de phosphate de soude et de 200 d'eau ; on l'ingère à la dose de deux cuillerées à dessert ou à soupe par jour. Mais je crois l'acide phosphorique passible des objections faites à l'acide lactique dans la décalcification des os.

On a parfois considéré le silicate de soude comme un admirable dissolvant de la chaux. Mais comme toujours en thérapeutique et même en physiologie, il y a des contradictions.

Les uns disent oui, les autres non.

Il me paraît douteux que le silicate de soude déplace l'acide carbonique du carbonate de chaux et puisse libérer du calcium soluble et l'éliminer. Ce qu'on peut affirmer c'est

(1) M. Loeper, R. Degos et A. Lemaire. — Action des Rayons ultra-violets sur la cholestérine. *Société de Biologie*, 1930.

(2) M. Loeper. — La déminéralisation des entéritiques. Leçons de pathologie digestive. IIIe série. Masson. 1914.

que le silicate de soude n'est pas dangereux. La solution du commerce a une consistance sirupeuse ; on l'introduit dans la proportion de 6 ou 8 % dans du sirop et on en donne une à deux cuillers à dessert. Le goût est assez désagréable, mais supportable.

On a même proposé d'introduire le silicate de soude dans les veines des athéromateux comme des sujets atteints de prurit et aux mêmes doses très faibles : 1 ou 2 centigrammes dans 1 ou 2 centimètres cubes d'eau. Ces injections sont capables d'assouplir la paroi artérielle si elles ne dissolvent pas les précipitations calcaires.

J'en arrive à un médicament dont le rôle a été pendant longtemps considéré comme capital tant dans la résolution des inflammations et des réactions fibreuses, que dans celle des précipitations. Je veux parler de l'iode et de ses dérivés.

L'iodure de sodium en est le plus marquant. Il a été considéré par beaucoup comme le médicament essentiel des vieillards. Je me rappelle un éminent secrétaire perpétuel de l'Institut à qui Potain prescrivait l'iodure comme « pain quotidien ». D'autres préparations, la teinture d'iode, la peptone iodée, le lipiodol, c'est-à-dire d'iode en solution huileuse, par voie buccale et mieux hypodermique ont été successivement préconisés. J'accepte que l'iodure de sodium en dilatant les capillaires puisse accroitre l'irrigation de l'artère et modifier, dans une assez large mesure, les parois artérielles, mais il n'a pas sur les substances calcaires l'action directe que d'aucuns espèrent.

Les expériences que j'ai faites jadis avec Boveri ne permettent guère d'y compter.

Nous avons pris huit cobayes, nous en avons laissé quatre comme témoins et nous avons donné aux quatre autres de l'iodure de sodium à 5, 10 et 20 centigrammes par jour. C'est beaucoup pour un cobaye, étant donné que l'homme ne prendra pas, certainement, cent fois cette dose. Après un mois, nous avons sacrifié les huit animaux et dosé dans les deux groupes, d'un côté le tissu osseux, de l'autre les parties molles, après calcination (1). Or, nous avons trouvé 160 grammes de chaux dans les os et 52 centigrammes dans l'ensemble des tissus pour les animaux non traités ; par contre, 125 à 150 gr. dans les os, et 1 gr. 54 à 2 grammes dans les tissus mous pour les animaux traités. Ce qui veut dire que la chaux des tissus durs avait baissé chez les derniers tandis que celle des tissus mous avait triplé.

Or, les tissus mous, ce sont des muscles, des cartilages, des ligaments et aussi des artères. J'ai donc la conviction qeu nous avons mobilisé la chaux osseuse et augmenté la richesse calcaire des tissus mous, par suite leur tendance à la calcification.

Nous avons d'ailleurs remarqué que l'adrénaline calcifie bien plus vite les artères du lapin qui a pris de l'iodure que celles de l'animal qui n'en a pas absorbé.

Conclusion : l'iodure est peut-être bon pour dilater les petits vaisseaux, pour activer la circulation dans l'intérieur d'une artère et sa nutrition, pour diminuer aussi la tension artérielle et la viscosité sanguine, mais ce n'est pas un décalcifiant vrai des artères. Il déplace la chaux et c'est tout.

J'ai dit qu'il ne faut à ces malades jamais donner d'adrénaline. J'ajoute que l'ergostérine est aussi contre-indiquée, car nous savons qu'à doses fortes ou répétées elle calcifie très bien les artères.

De ces considérations qui portent sur la chimie de l'artère, découlent encore un certain nombre de conclusions diététiques.

Il est d'usage de conseiller le lait aux athéromateux et aux gens qui ont des artères malades, et ce n'est certes pas justifié en tous points. Le lait est un aliment peu toxique certes et diurétique, mais il est aussi un aliment très calcaire, par cela même son usage exclusif peut faciliter la calcification des tissus.

Alors même que le lactose qu'il contient acidifierait le sang, alors que son action diurétique faciliterait l'élimination de la chaux, il reste un produit dont il ne faut pas abuser.

On conseille aussi à ces malades les légumes. Or, la plupart des légumes alcalinisent le milieu organique et l'« alcalinisation » est plutôt favorable à la précipitation qu'à la dissolution : les légumes verts ne sont donc pas tellement recommandables à qui présente des lésions athéromateuses.

Peut-être doit-on isoler dans les végétaux la pomme de terre, les prunes et les pruneaux parce qu'ils contiennent de la silice, et que la silice est un médicament de l'artère.

Mais les pâtes qui donnent des acides, les sucres, les farineux qui acidifient le sang sont avant tout recommandables. Il est à peine besoin d'insister sur la suppression des graisses, des cervelles, des grandes quantités de beurre qui sont riches en vitastérine et en cholestérine ; sur l'avantage des diurétiques, des laxatifs qui diminuent la chaux, des cholagogues qui éliminent la cholestérine.

Quant à la viande, aux champignons, au poivre, aux épices, surtout au gibier, au poisson avancé ou suspect, ce sont, les uns de véritables poisons, les autres des irritants indiscutables de l'artère chez l'homme comme chez l'animal. Ils font le lit des précipitations futures. (1)

En résumé : un peu de lait, de pommes de terre, des pâtes, des fruits, du sucre, peu de viande et du poisson frais constituent les éléments essentiels du régime.

***

Tels sont les points que je désirais préciser, en ce qui concerne la thérapeutique et de la lésion artérielle et le régime des artéritiques. J'aborde maintenant le **traitement mécanique de l'oblitération**.

Avant de l'appliquer il est bon par certains procédés d'exploration de vérifier l'existence de l'oblitération ou du rétrécissement artériel.

C'est Cavadias (il le rappelait à Londres dans une conférence récente sur le traitement des artérites des membres) qui appliqua le premier, dès 1912, la méthode oscillométrique à l'exploration des artères oblitérées. Non seulement, en effet, les battements s'y affaiblissent progressivement, la tension maxima et la minima s'abaissent, mais de très bonne heure l'amplitude des oscillations diminue. On peut donc avoir par l'oscillomètre des indications capitales sur l'oblitération artérielle.

Pour préciser le point oblitéré, je rappelle qu'on fait des injections dans les artères. On les a faites avec le lipiodol, avec d'autres composés iodés (Egaz Moniz et les Bordelais). (2) On met le malade sous l'écran, et l'on voit à quel niveau s'arrête le corps opaque. C'est un moyen précieux pour le chirurgien qui peut préciser ainsi le siège d'une action directe, mais il n'est point d'un grand secours pour nous, médecins, qui envisageons un traitement moins localisé et purement médicamenteux.

La thérapeutique mécanique vise d'une part la désoblistération si je puis dire du vaisseau et la dilatation devoies adjacentes.

On a vanté, comme moyen préventif de la coagulation artérielle et même comme dissolvant du caillot, le citrate de

(1) Loeper et Boveri. — La chaux et les artères. *Loc. cit.*

(1) M. Loeper. — Les poisons des artères. *Archives des maladies du cœur*, 1910.

(2) Des recherches sur ce point encore inédites de M. Ravina semblent fort intéressantes.

soude. Il me paraît douteux que le citrate ait une action si élective. Il est certain qu'il est utile cependant car il agit sur la viscosité sanguine et la réduit. Or, la plupart des gens dont les artères s'oblitèrent ont une viscosité accrue.

La dose de citrate doit être élevée : 6 à 8 grammes par jour. Et dans les résultats heureux obtenus il y a plus que des coïncidences. Je me souviens d'une malade de Tenon que nous avons suivie il y a huit ans avec M. Schulmann. Elle fut améliorée dans des proportions considérables par le citrate de soude. Il est vrai que bien d'autres cas suivis depuis ont été négatifs.

On peut également, et cela découle de quelques recherches récentes, associer le borate de soude au citrate.

On fait ainsi un *citrate borico-sodique* assez stable très voisin du tartrate borico-potassique, avec cette différence que l'acide tartrique y est remplacé par l'acide citrique, et la potasse par la soude. Le citrate borico-sodique est à coup sûr un médicament plus efficace de la viscosité que le citrate de soude et je ne saurais trop le recommander (1).

Toute cette thérapeutique désoblitérante est en fait peu efficace. Il faut recourir à la thérapeutique *dilatatrice*. J'ai déjà nommé l'iode, mais son action est toujours lente et il faut aller vite.

Plus actifs, plus rapidement actifs, sont *l'acétylcholine* et *l'ail*.

Le premier dont on doit une belle étude à Villaret, est un médicament remarquable. Composé acétylé, éther-sel de la choline, il est contrairement à la choline, dont il dérive, et grâce à l'adjonction de l'élément acétyl, un produit hypotenseur et dilatateur. La dilatation qu'il produit ne porte pas d'ailleurs autant sur les capillaires que sur les artérioles, ainsi que l'a vu M. Villaret, puisqu'à l'ophtalmoscope le fond de l'œil montre une dilatation des artérioles tout à fait spécifique.

Bien qu'on puisse faire quelques réserves sur la valeur pratique de cette constatation assez malaisée dans l'œil, où l'on confond fort bien veines et artères, l'hypothèse et l'interprétation de Villaret sont séduisantes et vraisemblables.

On injecte l'acétylcholine à la dose de 10 à 20 centigrammes, quelquefois même de 40. Villaret dit qu'il a été jusqu'à 1 gramme sans déterminer, semble-t-il, autre chose qu'une vasodilatation plus forte des artérioles elles-mêmes.

Certes on ne dilate pas l'artère malade, mais on ouvre les voies collatérales et on permet ainsi le rétablissement de la circulation. C'est donc une méthode préventive de la gangrène et curative de l'anémie du membre.

L'acétylcholine est un produit excellent, mais elle ne peut être utilisée que sous la peau. Aussi s'est on ingénié à trouver d'autres médicaments dérivés, eux aussi de la choline, et qui peuvent être absorbés par la voie buccale, tel le bromure de bromocholine, qui ne paraît pas d'une activité encore très éprouvée, telle l'alphamétylacétylcholine qui a été utilisée pour la première fois en Amérique par Redhorn, expérimentée en France par Villaret avec un réel succès. Ce médicament se prend en comprimés de 0,05 cgr. répétés 4 et 6 fois. Il détermine des hypotensions artérielles marquées, et aussi une vasodilatation artérielle assez considérable.

Nous avons fait, avec mon élève André Lemaire, des recherches sur le renforcement de l'acétylcholine par la yohimbine. La yohimbine est l'alcaloïde du Yohimbé : elle dilate à elle seule les vaisseaux. Mais, le chlorhydrate de yohimbine combiné à l'acétylcholine en ampoules de 1/2 milligramme du premier pour 0, 10 cgr. du second, augmente l'action de l'acétylcholine seule (2)

(1) M. Loeper et R. Turpin. — Le bore en thérapeutique. *Journal de médecine et chirurgie pratiques*, 1927.

(2) M. Loeper, Villaret, Bezançon et Lemaire. — *Société de Biologie*, 1930.

Ce fait que nous avons constaté expérimentalement et publié en collaboration avec Villaret et Justin Bezançon, a été confirmé récemment par Villaret (1) pour l'alphamétylacétylcholine, même introduite *per os*. L'association est incontestablement intéressante.

J'arrive au dernier médicament, qui est l'*ail*. De son emploi je suis quelque peu responsable. Autrefois avec Pouillard, Chailley-Bert et Debray, récemment avec mon interne M. de Sèze et avec M. Guillon qui a consacré sa thèse à l'ail (2), j'ai étudié l'action de l'ail sur la tension artérielle. Elle est souvent très marquée. L'ail détermine des hypotensions à trois conditions : que la préparation soit fraîche, que la dose soit moyenne et qu'elle ne soit pas trop longtemps répétée. La teinture d'ail donnée pendant trois jours par semaine à un malade peut faire baisser la tension artérielle, alors que des doses supérieures à 20 gouttes plus longtemps prolongées sont quelquefois capables de l'augmenter. L'ail a cela de commun avec d'autres médicaments qu'il agit différemment à dose faible et forte.

J'ai utilisé l'ail d'abord par la bouche, en teinture prise aussi fraîche que possible, et en général préparée avec des gousses qui n'ont pas baigné dans un alcool trop fort pour ne pas détruire le disulfure de diallyle qui est la substance utile. Le résultat au point de vue des vaisseaux est déjà appréciable. J'ai alors eu l'idée de le mettre sous la peau, ou dans le muscle et demandé à mon collègue et ami Busquet de me faire une préparation huileuse et injectable. Cette préparation contient par centimètre cube, 2 cgr. de disulfure de diallyle et n'est que très peu douloureuse.

Les résultats obtenus ont été très encourageants, non pas tant à l'hôpital où les malades sont très avancés, qu'en ville. Dernièrement encore j'ai eu des nouvelles de deux étrangers à qui j'ai fait faire des injections d'ail et qui déclarent en avoir tiré plus de bénéfice que de tous les autres médicaments.

L'ail donne malheureusement à l'haleine une odeur désagréable, mais cette odeur plus forte et plus massive par voie sous-cutanée que buccale est fort peu durable. Les Méridionaux et les Américains du Sud ne s'en montrent d'ailleurs guère incommodés, car ils consomment beaucoup d'ail et sont très habitués à son parfum.

Un mot en terminant des médicaments dérivés des *extraits pancréatiques*.

Il semble que dans le pancréas, à côté de l'insuline existe un produit hypotenseur, et que les produits pancréatiques même désinsulinés puissent être hypotensifs. MM. Pierre Gley, Giroux, Vaquez, Kristinios, en sont fort partisans. D'autres, au contraire, leur dénient toute efficacité (Marcel Labbé) ou attribuent l'efficacité apparente à des produits protéiques ou aminés, incapables d'agir par voie buccale et à peine efficaces (Villaret) par voie sous-cutanée. Je ne souscrirai ni à l'enthousiasme des uns ni à l'ostracisme des autres, mais je dois avouer, sans m'expliquer le résultat, que plusieurs malades, à qui j'ai laissé prendre ce médicament, non pas seulement en piqûres, mais en sirop, en ont été améliorés. Est-ce pure coïncidence ?

Je ne me crois pas le droit, en tout cas, de dire que les produits désinsulinés ne donnent rien dans les artérites oblitérantes et dans l'hypertension. Ils ont peut être une action trophique.

En dernier lieu je citerai encore les piqûres de pepsine que j'ai vu, avec Mougeot (3), agir au moins momentané-

(1) M. Villaret. — *La Presse Médicale* 1931.

(2) Loeper, Debray, Pouillard, Chailley-Bert. *Presse Médicale*, 1922 ; thèse de Pouillard, 1922. — Loeper, de Sèze et Guillon. Les injections d'ail. *Journal de méd. et chirurg. pratiques*, 1929. — Et Guillon, thèse de Paris, 1931.

(3) M. Loeper et A. Mougeot. — L'action sur la pepsine de la tension artérielle. Société méd. des hôpitaux, mai 1926.


anémies
convalescences
tuberculose
goût
agréable
PANCRINOL
DU Dr DEBAT
SIROP
Prix : 18 francs
POSOLOGIE
ADULTES : 2 à 4 cuillerées à bouche
ENFANTS : 2 à 4 cuillerées à café
pour les
enfants
pour les
malades
délicats
Laboratoires du Dr DEBAT - 60, Rue de Prony, PARIS (17e)

ment et de façon marquée sur la tension. Mais l'emploi buccal est inefficace.

* * *

Je crois avoir à peu près épuisé le sujet au point de vue médical. La parole en cas d'inefficacité reconnue, surtout si la gangrène se développe ou s'affirme, est au chirurgien. Je n'ai pas l'intention de traiter ici cette dernière thérapeutique. Je dirai seulement qu'elle ne doit pas être trop tardive, qu'elle doit être précédée d'une radiographie après injection dans l'artère de substance opaque et qui fixe le siège de l'oblitération et par conséquent celui de l'amputation.

Et voici mes conclusions :

La première d'abord, d'ordre général, est que, dans toute maladie, il faut envisager la nature de l'organe, la constitution même de la lésion et son origine, et associer toujours trois thérapeutiques : étiologique, anatomique et pathogénique.

La deuxième, plus spéciale, est que le traitement étiologique d'une artérite pourra être spécifique ; que son traitement pathogénique s'efforcera d'être dissolvant, et que son traitement mécanique sera surtout vaso-dilatateur.

Si le traitement antisyphilitique ou vaccinal répond au premier point, parce qu'il atteint directement la cause, si l'acide phosphorique et l'insuline répondent au second parce qu'ils aident à la dissolution de la chaux et de la cholestérine, l'acétylcholine, renforcée ou non par la yohimbine, et l'ail, employé en injection plutôt qu'en teinture, restent les deux meilleurs médicaments pour rétablir la circulation artérielle : celui-là dilatant les petites artères, celui-ci élargissant plutôt le réseau capillaire.

Les grandes lignes du traitement des endocardites infectieuses à évolution lente

Par Georges MARCHAL

MÉDECIN DES HÔPITAUX

I. Préambule

Ecrire sur un tel sujet, c'est résumer un grand nombre de désillusions, et en définitive avouer la faillite de tous les procédés mis en œuvre jusqu'à présent.

Depuis les premières descriptions de Jaccoud et d'Osler, l'on s'est attaqué de toutes façons, au syndrome des endocardites infectieuses à évolution lente, et jamais la guérison authentique n'a pu en être observée en France.

Certes les améliorations, les rémissions, les périodes d'apyrexie prolongée n'ont pas manqué à la suite de certains de ces traitements ; mais, par contre, ceux qui ont parfois retardé de quelques semaines la marche inexorable de l'affection, en ont précipité les accidents, dans des cas au moins aussi nombreux. Les plus actives médications ont abouti jusqu'alors à des lamentables carences, et ne sont pas dépourvues de dangers immédiats, en raison même de leur énergie d'action sur des organismes cachectiques, minés par une septicémie intarissable.

En Angleterre, et surtout aux Etats-Unis, des statistiques impressionnantes ont vu le jour, où abondaient les cas de guérisons, soit spontanée, soit après divers traitements.

Libmann (1) a présenté de ces cas à l'Académie de médecine et à la Société Médicale des hôpitaux, en 1924 ; et déjà l'on s'est aperçu que les auteurs français et américains ne parlaient pas des mêmes faits. Sous le nom d'endocardites infectieuses, les Américains ont englobé des cas de rhumatisme cardiaque évolutif.

En France, l'esprit critique nous rend plus difficiles sur l'authenticité d'une endocardite infectieuse secondaire à marche lente ; nous exigeons de la minutie dans la connaissance des antécédents, dans la nomenclature des symptômes, dans les caractères évolutifs, et dans les données si précieuses des hémocultures. Aux Etats-Unis, Thayer (2), l'auteur qui a publié les études les plus remarquables sur les endocardites infectieuses, exige les mêmes garanties, en fait justice des observations incomplètes dont semblaient résulter des proportions surprenantes de guérison.

Cette question de la curabilité des endocardites du type Jaccoud-Osler a été maintes fois agitée à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, et toujours les cardiologues ont dû y répondre par la négative. La loi de Vaquez, qui exprime le pronostic implacable des endocardites infectieuses secondaires, n'a donc reçu aucun démenti valable.

Est-ce une raison pour se croiser les bras, et désespérer absolument des guérisons futures ? Nullement. Les essais curatifs, qui se heurtent à de nombreux obstacles, peuvent se perfectionner ; et, en attendant leurs succès indubitables, nous devons nous engager dans la voie plus facile des essais préventifs, dont mon maître Laubry a montré récemment l'importance pratique.

II. Les médications de choc

La thérapeutique a, semble-t-il, passé par trois étapes principales : la médication de choc, la chimiothérapie, et la mise en œuvre de divers procédés biologiques.

Le choc thérapeutique, aveugle et brutal, se montre, par surcroît, inutile dans les endocardites secondaires à streptocoques ; il a même pu déterminer des morts subites. C'est d'ailleurs le danger du choc qui limite l'emploi de tous les traitements énergiques par voie intraveineuse, biologiques aussi bien que chimiques.

L'*électrargol*, l'*or colloïdal*, le *rhodium colloïdal* n'ont nullement justifié les espoirs des auteurs qui les ont préconisés.

III. La chimiothérapie

Le cacodylate de soude, qui a été injecté à doses progressives et élevées, par voie intraveineuse, n'a donné lieu à aucune guérison.

L'emploi des arsénobenzènes n'a pas davantage justifié le principe d'une médication arsénicale intensive.

(1) LIBMANN. — « Observations sur l'endocardite microbienne subaiguë, au point de vue spécial de la guérison spontanée ». *Bull. de l'Acad. de méd.*, séance du 7 octobre 1924.

(2) THAYER. — Etude des endocardites infectieuses. *The Johns Hopkins Hospital Reports*, vol. XXII, fasc. I, Baltimore, 1926.

Le sulfate de cuivre ammoniacal, préconisé par Mauté dans les grandes infections streptococciques, a été utilisé par Carnot sous forme d'injections intraveineuses, et a donné une rémission de quelques mois.

Le salicylate de soude, en solution glucosée, est demeuré inactif sur l'évolution des endocardites streptococciques alors qu'il jugule souvent une poussée de rhumatisme cardiaque évolutif.

Et même Laubry a observé un cas de mort subite, consécutif à une injection intraveineuse de salicylate de soude.

Personnellement, j'ai voulu appliquer à un cas d'endocardite infectieuse secondaire à marche lente, *le traitement salicylo-soufré* dont j'ai obtenu les meilleurs effets à l'égard du rhumatisme cardiaque (1) ; j'ai precrit les injections intraveineuses de soufre colloïdal, et de salicylate de soude en solution glucosée (1 gramme de salicylate de soude et 1 gramme de glucose pour 10 grammes d'eau distillée), étroitement combinées dans la même journée ; mais l'évolution lente et inexorable n'en fut nullement influencée.

La septicémine (diformine iodo-benzo-méthylée), en injections intraveineuses, ne donne que très rarement des réactions de choc, mais elle n'influence guère une endocardite infectieuse dûment authentifiée.

Chez une femme âgée d'une soixantaine d'années, j'ai eu l'occasion de noter, avec Liège, la guérison d'une bactériémie à streptocoques, après 15 injections intraveineuses de septicémine. Cette femme, atteinte d'une fièvre continue, présentait un souffle systolique rude, en écharpe, du type « mitro-aortique » ; une hémoculture décela du streptocoque, en pleine évolution fébrile.

Il s'agissait, à n'en pas douter, de simples décharges bactériémiques, laissant intactes des lésions scléreuses de cœur sénile. Toutefois, ce résultat me parut intéressant ; après avoir contrôlé la négativité de l'hémoculture, je convoquai l'ex-malade, deux mois plus tard, et elle consentit à donner du sang, pour traiter une endocardite streptococcique à évolution lente. Comme je l'indiquerai plus loin, le résultat thérapeutique demeura nul.

Le sulfate de magnésie semble avoir donné, entre les mains de Thayer (2), le seul cas de guérison maintenue au-delà de deux ans : l'endocardite, dont la nature streptococcique fut confirmée par six hémocultures positives, céda finalement à la suite de traitements combinés, injections intraveineuses de sulfate de magnésie à 3 % (de 100 à 250 cmc.), puis auto-vaccin et injections de sérum antistreptococcique polyvalent. Toutes ces thérapeutiques avaient été suivies immédiatement de violentes réactions.

Le mercurochrome a été utilisé, par voie intraveineuse, en Amérique, puis en France. R. Clément (3) en a rappelé la posologie, dans un excellent mouvement thérapeutique. Très discutée par divers auteurs, et en particulier par Thayer, cette médication n'a été suivie que d'améliorations rares et éphémères (cas de Caussade et Lafont).

La themsaline, mélange rectifié d'essences et de résines, vantée en Suisse à la suite des travaux de Jentzer, doit être poussée en injections intraveineuses, très lentement (10 minutes environ), et avec une « seringue à tuberculine ». Aucune guérison probante d'endocardite infectieuse secondaire n'a été obtenue en France par cette méthode.

Le violet de gentiane, parmi les colorants d'aniline, a été très utilisé aux Etats-Unis. Ralph Major (1) recommande le violet de gentiane, en solution à 2 pour 1.000, sous forme d'injections intraveineuses ; les essais pratiqués en France n'ont en aucune sorte confirmé l'optimisme thérapeutique de cet auteur.

Les dérivés de l'acridine, d'abord préconisés en Allemagne, ont été utilisés dans tous les pays du monde, et ont semblé autoriser l'espoir de guérison dans la thérapeutique si décevante des endocardites infectieuses.

Ce sont la *trypaflavine* (chlorhydrate du chlorure de 3-4-diamino-10-méthylacridinine), et les composés voisins spécialisés en Allemagne, *rivanol* et *argo-flavine*. En France, l'on se sert plus volontiers du produit spécialisé sous le nom de *gonacrine* (chlorure de 3-6 diamino-10-méthyl-acridinium).

Les injections intraveineuses en ont d'abord été pratiquées à fortes doses (40 ou 50 centigrammes, avec une concentration de 2 pour 100) ; puis l'on a diminué la concentration, et les doses. De trop vastes espoirs avaient été fondés sur l'emploi de ces dérivés de l'acridine, aux propriétés bactéricides extrêmement puissantes, mais l'expérience de quelques années les a ruinés entièrement.

En 1925, une longue discussion s'est engagée à la Société Médicale des Hôpitaux sur le traitement des endocardites malignes à évolution lente, à propos d'un cas que je venais de communiquer avec Jaubert.

Laubry, Abrami, Lemierre et Debré, et tous les auteurs qui prirent part aux débats, se déclarèrent plus ou moins partisans de la méthode, mais ne purent citer un seul cas de guérison durable.

Dans le service de mon maître Laubry, j'eus plusieurs fois à manier les injections de trypaflavine dans des endocardites malignes à streptocoques ; je constatais seulement des périodes d'apyrexie transitoire, sans aucune mélioration de l'état général ; et j'abandonnais la méthode à la suite d'une conversation avec le Professeur Citron (de Berlin), qui n'avait observé que des échecs de la trypaflavine dans les cas d'endocardites malignes, et même parfois des alertes d'une extrême gravité.

Les recherches ultérieures ont précisé les dangers de la médication acridinique. Ch. Richet fils (2) a insisté sur la tendance à l'azotémie qui explique l'apyrexie obtenue trop facilement ; et l'atteinte des fonctions hépatiques peut aller jusqu'à l'ictère grave comme dans le cas de René Bénard et Tassin (3) avec ictère grave rapidement mortel, à la suite d'une seule injection de jaune d'acridine chez un malade atteint d'endocardite streptococcique à forme prolongée.

La trypaflavine, véritable traitement d'attaque, a donné des résultats inespérés dans des cas de grandes septicémies à germes variés, et en particulier dans des streptococcémies, de si détestable réputation. Personnellement (4)

---

(1) G. Marchal et Pierre Thiolat. — Forme maligne de rhumatisme cardiaque guérie par l'association thérapeutique : salicylate de soude et soufre. *Monde médical*, 15 juin 1929.
G. Marchal. — L'emploi conjuguée du soufre et du salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu et ses manifestations cardiaques. *Revue médicale française*, octobre 1929, n° 7.
G. Marchal. — Le traitement salicylo-soufré du rhumatisme articulaire aigu et de ses manifestations cardiaques. *Pratique médicale française* janvier 1930.

(2) Thayer. — *Loco citato.*

(3) R. Clément. — Le mercurochrome intraveineux. *Presse médicale* 1925, n° 12, p. 188.

(1) Ralph Major. — Guérison d'une endocardite infectieuse subaiguë à la suite d'un traitement par le violet de gentiane. *Journ. Amer. med. Ass.*, 24 janvier 1924.

(2) Ch. Richet fils et Raymond Couder. — Deux cas d'azotémie trypaflavinique. Etude clinique et expérimentale. *Soc. méd. hôp. Paris*, 21 novembre 1930, n° 32, p. 1690.

(3) René Bénard et M. Tassin. — Un cas mort de par ictère grave après injection de dérivé acridinique. Les accidents graves et mortels consécutifs à l'empli de la trypa..avine. *Soc. méd. hôp. Paris*, 12 décembre 1930, n° 35, p. 1804.

(4) G. Marchal. — Deux cas de septicémie streptococcique guéris à la suite de l'acridinothérapie associée à la vaccinothérapie. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 décembre 1930.

j'ai publié deux cas de septicémie streptococcique guéris à la suite d'injections intraveineuses de gonacrine.

Mais si les dérivés d'acridine détruisent un grand nombre de germes, dans le sang et dans les organes, ils ne peuvent atteindre certains repaires infectieux : comme tous les autres traitements, ils échouent vis-à-vis des endocardites secondaires, streptococciques, à évolution lente. En ce cas, l'usage de la trypaflavine ne peut que se prolonger inutilement et dangereusement, d'autant plus que l'altération rénale est déjà presque de règle.

IV. Les procédés biologiques

Nous mentionnons, à titre de médication accessoire, l'ingestion de foie de veau et d'extraits hépatiques, au prorata de l'anémie observée. La *méthode de Whipple* n'a d'ailleurs pu restaurer que très passagèrement les globules rouges détruits.

Les essais biologiques se ramènent aux deux principes d'immunisation active et d'immunisation passive. Le premier d'entre eux paraît aléatoire, puisqu'on sollicite les défenses d'un organisme, épuisé par l'infection depuis plusieurs mois. .

Les vaccins ordinaires, stock-vaccins antistreptococciques, ou *auto-vaccins*, chauffés, iodés, ou à la soude, ont toujours échoué, jusqu'à présent.

Les vaccins, préparés par Jaubert et Gory avec l'*anatoxine* de divers streptocoques endocarditiques, et du streptocoque en cause isolé par hémoculture, ne m'ont donné aucun résultat appréciable dans deux cas.

L'*auto-lysat vaccin*, préparé par Duchon, a complètement échoué dans un cas que j'ai soigné avec Flandin.

Une variante de la vaccinothérapie a été proposée par Besredka sous la forme des filtrats microbiens.

Les filtrats microbiens ont permis à Mlle Bass, MM. Gay-Bonnet et Lévy-Weissmann de guérir une septico-pyolémie à streptocoques, avec une endocardite dont le caractère « secondaire à évolution lente » n'était nullement certain(1). Personnellement, en collaboration avec Jaubert (2), j'ai essayé ce traitement par auto-filtrat streptococcique sans aucun succès.

On injecte d'abord de 2 à 5 cmc. d'un filtrat jeune, pauvre en bactériolysines, puis on augmente progressivement les doses jusqu'à 20 cmc., en choisissant des filtrats de plus en plus âgés. Malgré ces précautions, et malgré les dilutions en sérum physiologique, nous avons noté des réactions de choc très alarmantes à la suite des injections intraveineuses. Aussi est-il préférable d'emprunter la voie intramusculaire, au moins pour les injections de début.

Les essais d'immunisation passive, préférables en théorie, n'ont pourtant encore réalisé aucune de leurs promesses. Ce sont : la sérothérapie, l'hémothérapie, et l'immuno-transfusion sanguine

Hémothérapie. — L'*auto-hémothérapie*, pratiquée par Debré, est restée inopérante.

L'*injection de sang*, fourni par des donneurs à qui l'on prête un certain degré *d'immunité*, ne peut être assez abondante par la voie intramusculaire : et ses échecs ne doivent pas nous surprendre.

(1) Mlle Bass, MM. Gay-Bonnet et Lévy-Weissmann. — Septico-pyohémie à streptocoques avec endocardite maligne : filtrat streptococcique intraveineux : immuno-transfusions ; guérison. *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 6 mars 1925, p. 359.

(2) G. Marchal et A. Jaubert. — Endocardite mlaligne à évolution lente. Echec de la thérapeutique par injections intraveineusesde filtrat streptococcique. *Soc. méd. hôp. Paris*, 27 mars 1925, p. 495.

Personnellement, j'ai pratiqué l'essai suivant : Un ami du malade avait contracté une scarlatine l'année précédente, et voulait bien fournir du sang, 20 cmc. tous les deux jours ; les quinze injections intramusculaires de ce sang n'eurent aucune influence sur la marche fatale de l'endocardite streptococcique en cause.

Sérothérapie. — Le *sérum antistreptococcique*, fourni par les chevaux, n'a donné aucun résultat durable. La sérothérapie a paru se perfectionner, grâce aux recherches de Laubry et Jaubert. Sur les conseils de Vallée, ils ont immunisé la *chèvre*, animal réfractaire à l'infection streptococcique. Le sérum s'est montré actif *in vitro* ; et les essais curatifs, limités par les faibles quantités disponibles de ce sréum, ont paru donner quelques rémissions encourageantes .

Jai eu l'occasion d'utiliser ce sérum en injections intramusculaires chez un malade déjà très cachectisé, sans résultats appréciables.

L'injection intraveineuse de ce sérum, dilué dans du sérum physiologique, aboutira peut-être à des succès durables. Mais j'éprouve quelque crainte de ces injections intraveineuses, de sérum capables de déclancher les plus dramatiques réactions de choc.

J'ai soigné, avec Routier, un malade atteint d'endocardite streptococcique à marche lente, par des injections, intramusculaires, puis intraveineuse, de *sérum prélevé chez une malade vaccinée durant des semaines avec le streptocoque de l'hémoculture* : l'injection intraveineuse fut suivie, une demi-heure plus tard, d'un choc impressionnant, accompagné d'œdème pulmonaire aigu.

Avec Flandin, j'ai injecté par voie intramusculaire et intraveineuse du *sérum* et du *sang citraté* , fournis par la *malade guérie*, dont j'ai résumé ci-dessus l'observation (bactériémie streptococcique guérie après traitement à la septicémine) : le malade supportait bien toutes les injections intraveineuses de sérum dilué, mais l'évolution n'en fut nullement améliorée.

Immuno-transfusion. — Le procédé préconisé dès 1919 par Wright, sous une forme assez simpliste, vis-à-vis des septicémies, a été recommandé en 1923 par Jaubert (1) dans les endocardites infectieuses, avec davantage de garanties biologiques

Wright inoculait au donneur une culture atténuée d'un germe non spécifique, quelques heures seulement avant la transfusion ; et celle-ci d'ailleurs ne méritait pas ce nom, puisqu'elle ne s'opérait pas dans les veines.

Actuellement, on prépare les donneurs bénévoles durant des semaines, ou des mois, par des injections répétées de vaccin streptococcique, lesquelles se sont avérées inoffensives ; la préparation du vaccin diffère dans ses détails, selon la technique de chaque auteur. Laubry et Jaubert préparent un vaccin polyvalent, dont les diverses souches de streptocoques proviennent d'hémocultures positives au cours d'endocardites malignes ; ils lui ajoutent des lysats et des anatoxines, dont l'ensemble forme l'antigène streptococcique.

Après la longue préparation des donneurs, on peut leur injecter aussi, suivant la conception de Wright, une dose d'antigène quelques heures avant la transfusion : le but théorique est de renforcer d'une façon éphémère le pouvoir phagocytaire des leucocytes, mécanisme qui s'ajoute à l'action des anticorps, lentement élaborés.

(1) Jaubert. — Bactériologie et immunothérapie des endocardites infectieuses. *Journal de médecine de Paris*, n° 35, p. 776, 22 septembre 1923.

Tzanck, Jaubert, puis Séjourné, ont préparé des donneurs, selon ces principes ; et ainsi dans les grandes villes l'on peut disposer de donneurs « immunisés » contre le streptocoque.

Les immuno-transfusions doivent être répétées à brefs intervalles, et doivent comporter une abondante quantité de sang (de 300 à 500 grammes).

Les résultats de la méthode sont controversés. Tzanck a annoncé quelques cas de guérison, et Jaubert a pu observer d'assez longues rémissions. Avec mon maître Laubry, je suis moins enthousiaste des immuno-transfusions : en 1926, je plaçais le maximum d'espoir dans cette nouvelle voie biologique, mais plusieurs essais ne m'ont apporté que des déceptions. Et même, les transfusions pratiquées chez les malades porteurs d'endocardites malignes (nous trouvons d'ailleurs des exemples analogues chez les leucémiques) exposent à des accidents, alors que toutes les précautions ont été prises sur l'accord des groupes sanguins.

D'autre part, j'ai eu connaissance d'un changement de groupe chez une donneuse, au cours de ses injections vaccinales. J'avais conseillé une immuno-transfusion pour une endocardite streptococcique à évolution lente et peu fébrile ; le transfuseur, se fiant au groupe 4 de la donneuse ne l'avait pas revérifié dans les heures précédentes ; il dut interrompre la transfusion au bout de 100 cmc., en raison d'accidents extrêmement graves (douleurs lombaires, état lipothymique, puis fièvre à 41°), ; la température emprunta dès lors une allure intermittente de fièvre quarte pseudo-palustre, et l'évolution de la maladie parut plutôt accélérée. J'ai appris que le groupe sanguin de la donneuse, catalogué n° 4, s'était mué en groupe n° 2.

Récemment, Chiray, Liégeois, Benda et Albot (1) ont rapporté un cas similaire, où à la troisième immuno-transfusion se déclancha un choc violent, suivi d'une recrudescence de fièvre à type pseudo-palustre.

Benda a signalé des accidents redoutables au cours de transfusions répétées avec le même donneur, en dehors de toute faute de technique.

Laubry a observé un cas de mort subite, immédiatement après une immuno-transfusion, alors que l'endocardite streptococcique semblait fortement améliorée à la suite des immuno-transfusions précédentes.

En somme, l'immuno-transfusion n'est pas inoffensive au cours des endocardites malignes : et elle n'a pas encore donné ses preuves d'efficacité thérapeutique.

V. Les essais chirurgicaux

Bier a conseillé une intervention, qui a été appliquée en France chez des malades d'Abrami, et de Laubry, sans le moindre succès durable : un choc violent et une brève période d'apyrexie ont constitué les seuls résultats tangibles d'une méthode vantée à la légère. Celle-ci se résume en une révulsion directe sur la masse péricardique , à l'aide du galvanocautère, après avoir pratiqué un volet thoracique.

VI. Considérations sur les essais curatifs

Tous les traitements ont échoué dans les endocardites streptococciques, secondaires, à évolution lente, et celles-ci ne méritent que trop leur épithète de malignes. Les causes de ces échecs innombrables sont assez mal élucidées ; pourtant l'on doit se rappeler qu'il s'agit d'une cardiopathie, ou plutôt d'une « valvulite infectante », dont les germes prolifèrent à l'abri d'épais bourgeons fibrineux, qui essaime des embolies septiques dans la rate, les reins ou le cerveau, et dont l'infection se répand, s'accroche dans tout l'arbre circulatoire (artériolo-capillarites, et endothéliites parfaitement mises en évidence par Merklen et Wolf).

L'on a suscité également des raisons d'ordre biologique : le streptococcus viridans de Schottmüller, que l'on trouve dans la majorité des cas, n'est doué que d'un faible pouvoir virulent et développe insuffisamment les moyens de défense de l'organisme. L'hypothèse paraît fragile, puisque toutes les variétés de streptocoques ont été captées par les hémocultures, et que dans certains cas d'autres germes étaient responsables du syndrome d'endocardite maligne : pneumocoques (Vaquez), entérocoques (Marchal et Jaubert ; Arloing, Dufourt et Langeron), cocco- bacilles de Pfeiffer (Thayer), staphylocoques (Lemierre, Laporte et Boltanski).

En conclusion de son admirable étude sur les endocardites infectieuses, Thayer en arrivait presque à conseiller l'abstention absolue. Pourquoi mettre en œuvre des traitements inutiles, qui souvent provoquent des chocs violents et semblent accélérer l'évolution inexorable de l'endocardite infectieuse ? Ne vaut-il pas mieux laisser mourir les malades en paix que de les cribler d'injections intraveineuses ?

Avec mon maître Laubry, je réponds qu'une telle attitude d'abandon ne peut se justifier. Il faut avoir soigné un grand nombre de ces malades, pour comprendre que les médications font simplement partie d'une atmosphère morale.

Les malades se rendent compte de leur profonde déchéance physique ; ils veulent espérer, en dépit de leur cachexie et de leurs souffrances ; tout traitement ranime leur confiance, d'autant plus que, si l'on évite les chocs, il est suivi d'une amélioration passagère.

L'entourage, dont l'anxiété s'exaspère nécessairement durant cette lente agonie, n'accepterait pas l'abstention thérapeutique ; nous-mêmes, médecins, ne pourrions nous y résigner, puisque nous conservons l'espoir de trouver des traitements efficaces.

Dans la partie lamentable qui s'engage au chevet du malade, nous ne pouvons nous rendre utiles qu'en maniant des médications inoffensives, et en créant la bienfaisante illusion. La tâche est ardue, de maintenir la confiance pendant des mois et souvent plus d'une année ; presque toujours cette confiance subit quelques crises, mais un traitement nouveau suffit à la ranimer. Malgré l'échec trop prévu, le médecin lui-même ne doit pas se décourager, et souvent il arrive à s'illusionner momentanément, phénomène qui rend compte des cas de pseudo-guérisons publiées hâtivement.

En définitive, l'on peut s'adresser à la chimiothérapie, ou aux procédés biologiques, et l'on peut combiner les méthodes ; mais il faut en changer une ou plusieurs fois dans chaque cas particulier, pour maintenir à tout prix le moral du malade ; et il faut utiliser avec de singulières précautions tout traitement de choc.

VII. Les essais préventifs

1° **Procédés hygiéniques**. — La surveillance méthodique des malades atteints de cardiopathies valvulaires, l'interdiction de tout refroidissement et de tout surmenage, peuvent éviter la catastrophe de l'endocardite infectieuse secondaire.

L'amygdalectomie, et les soins dentaires minutieux sont également recommandables : l'importance de ces procédés est probablement exagérée par les auteurs américains, mais

(1) M. Chiray, M. Liégeois, R. Benda et G. Albot. — A propos du traitement des endocardites malignes, subaiguë et lente. *Annales de médecine*, juillet 1931, n° 2, p. 163.

il parait logique de détruire les foyers d'infection, susceptibles d'ouvrir la voie à une septicémie streptococcique.

2° **Procédés chimiques** — Nous disposons des cures classiques de *salicylate de soude, et d'iode*, répétées à petites doses systématiquement chaque mois. C'est en quelque sorte, un moyen curatif atténué, et mis en œuvre aveuglément, à brefs intervalles, pour stabiliser les lésions caridiaques du rhumatisme, lesquelles préparent les valvules à la greffes streptococcique dans la très grande majorité des cas.

Cette série de « barrages », dont le pricipe est renouvelé de l'emploi préventif de la quinine contre le paludisme, ne suffit pas toujours à empêcher l'évolution du rhumatisme cardiaque, ni une endocardite infectieuse.

Mais, pour imparfaite qu'elle soit, la méthode n'en constitue pas moins un effort intéressant, et il vaut mieux, à mon sens, la perfectionner que de l'abandonner sans autre forme de procès. D'abord, il faut veiller à ce que les malades, en période de santé apparente, l'appliquent rigoureusement, sans une défaillance pendant plusieurs années : trop souvent, dégoûtés du salicylate, ou croyant à des précautions inutiles, ils « sautent » la cure plusieurs mois de suite.

Enfin, j'ai observé un renforcement de toutes les cures salicylées que j'ai entreprises par l'emploi simultané du soufre. Et, depuis deux ans, je préconise la *cure salicylo-soufrée, à titre préventif*, dans les cardiopathies rhumatismales (1) : 3 grammes de salicylate de soude par la bouche, 10 ou 12 jours par mois, et au surplus 2 ou 3 séries d'injections de soufre (colloïdal ou en solution isotonique) chaque année, soit à intervalles de plusieurs mois, soit au moment d'une petite menace évolutive, avec un peu de fièvre, quelques arthralgies, ou quelques troubles cardiaques.

3° **Procédés biologiques**. Laubry et Jaubert (1) ont proposé récemment une méthode logique et riche d'espoirs.

Ils ont vacciné un certain nombre de malades atteints de cardiopathies rhumatismales avec leur antigène streptococcique, pour les prémunir contre les reprises évolutives, et contre les endocardites malignes.

Ils proposent de vacciner, deux ou trois fois par an, les cas où se dessinent de faibles poussées, qui font craindre une évolution plus sévère.

« Nous n'ignorons pas, écrivent-ils, combien l'immunité streptococcique est difficile à obtenir et à fixer ».

C'est justement la principale objection qui a été adressée à ces essais extrêmement intéressants : l'immunité vis-à-vis des streptocoques n'est pas un phénomènes certain, classé comme pour le bacille de Löffler, ou le bacille d'Eberth par exemple. Il n'en reste pas moins que l'effort de prémunition antistreptococcique mérite d'être appliqué largement dans les cas de cardiopathies à tendances évolutives.

L'on ne pourra conclure sur la valeur des essais préventifs que dans une dizaine d'années ; mais l'impuissance actuelle de la thérapeutique doit nous stimuler dans toutes les voies de la prévention.

(1) G. Marchal. — *Loco citato.*

(1) Ch. Laubry et A. Jaubert. — Sur l'intérêt et la technique des prémunitions antimicrobiennes au cours des cardiopathies rhumatismales. *Soc. méd. hôp. de Paris*, séance du 5 juin 1931, p. 1020.

La valeur de l'hexaméthylènetétramine et de ses dérivés dans les maladies aiguës

Par MM.

Jean MINET
Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Lille

et

Albert DUTHOIT
Médecin des Hôpitaux de Lille

Malgré les progrès que marquent les méthodes purement biologiques dans le traitement de diverses maladies, la chimiothérapie est toujours en honneur. Elle a du reste à son actif quelques triomphes : celui de l'arsenic, du bismuth et du mercure dans la syphilis par exemple, ou encore ceux de la quinine dans le paludisme, du salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu.

Cependant si certains composés ont une action spécifique sur des maladies bien déterminées, leur nombre est encore fort restreint. C'est pourquoi on accueille toujours avec joie tout nouveau produit chimique dont on espère une action bien caractérisée dans les affections d'ordre infectieux. Mais les espoirs qu'on a fondés sur beaucoup ont souvent dépassé ce que, en réalité, ils pouvaient donner ; et tel produit se trouve aujourd'hui décrié, sinon oublié, tandis qu'on avait cru jadis tenir en lui une arme thérapeutique de la plus grande valeur.

C'est un peu le cas de l'hexaméthylènetétramine (urotropine allemande, uroformine française), et les vertus thérapeutiques de ce composé ont donné naissance à beaucoup de controverses qui ne sont pas encore éteintes.

Cependant l'uroformine possède toutes les qualités requises d'une substance chimique pour permettre son utilisation en thérapeutique :

Elle est très soluble, non toxique aux doses thérapeutiques. Nous n'avons jamais observé d'hématuries après son administration, et c'est également l'opinion de Chalier et Grandmaison, qui ont traité plusieurs centaines de fièvres typhoïdes par la méthode des injections intraveineuses d'uroformine. Elle pénètre facilement dans la circulation et y séjourne suffisamment longtemps pour que son pouvoir antiseptique puisse s'exercer. Nicolaier étudiant son élimination la retrouve, en effet, dans les urines, vingt sept heures encore après l'ingestion d'un gramme.

C'est de plus un corps extrêmement diffusible, que les différents auteurs ont pu mettre en évidence dans toutes les humeurs de l'organisme et dans tous les produits de sécrétion ou d'excrétion. Elle diffuse même au travers des plexus choroïdes et nous avons pu, nous-mêmes, déceler sa présence dans le liquide céphalo-rachidien chez l'homme et chez le chien. En sorte qu'on peut dire de l'uroformine qu'elle a un libre accès aux foyers d'infection et que sa présence y est suffisamment prolongée pour que son action ait le temps de s'effectuer.

Ici cependant se pose une question préliminaire qui domine tout le problème de la thérapeutique par l'héxaméthylènetétramine. L'héxaméthylènetétramine tient-elle son

pouvoir antiseptique et anti-infectieux de sa molécule même ou du formol qu'elle est susceptible de dégager dans certaines conditions nettement déterminées ?

Il est évident que si le pouvoir bactéricide de l'hexaméthylènetétramine ne relevait que de son pouvoir de dégager du formol en milieu acide (la décomposition de l'uroformine se montrant d'autant plus intense que le pH du milieu est plus faible, autrement dit que sa concentration en ions H, ou acidité vraie est plus forte) les indications thérapeutiques en seraient singulièrement restreintes et devraient se limiter à une action désinfectante des urines à réaction acide. Toutes les autres humeurs ou produits de sécrétion ou d'excrétion de l'organisme présentent en effet une réaction alcaline favorable à la stabilité de l'hexaméthylènetétramine.

Or, après Trendelenburg, et à la suite d'une série de recherches effectuées pendant les années 1922 à 1924, nous avons établi que l'hexaméthylènetétramine dans les milieux alcalins de l'organisme,en particulier dans la bile et le liquide céphalorachidien, n'était pas décomposée ; le formol ne peut y être décelé ni par la réaction de Jorissen qui s'y montre constamment négative malgré son extrême sensibilité, ni par d'autres procédés plus complexes, tel que le dosage de l'ammoniaque qui résulterait d'une décomposition de l'hexaméthylènetétramine.

Mais nous avons établi d'autre part, à l'aide de multiples expériences *in vitro et in vivo*, que l'hexaméthylènetétramine possède un pouvoir antiseptique et bactéricide qu'elle tient de sa molécule même : l'action empêchante ou bactéricide de l'hexaméthylènetétramine s'exerce également en milieu neutre et même en milieu alcalin dans des conditions telles qu'aucun dégagement de formol ne se produit. Ces recherches ont fait l'objet de diverses communications à la Société de Biologie et si nous insistons sur elles au début de cet article, c'est que nous estimons qu'elles constituent la base indispensable prouvant la valeur thérapeutique de ce produit.

Là donc où pénètre l'hexaméthylènetétramine, et on peut la déceler partout en raison de son extrême diffusibilité, elle peut exercer son action antiseptique et bactéricide. L'essentiel est qu'elle atteigne un taux de concentration pour lequel puisse être démontré son pouvoir empêchant ou microbicide. Cependant en ce qui concerne l'action de l'hexaméthylènetétramine dans la thérapeutique de certaines infections du système nerveux central, telles que myélites, poliomyélites, encéphalites, un autre facteur intervient peut-être. Nous l'envisagerons plus loin ; il a été mis en relief par Muttermilch et par Le Fèvre de Arric et Millet.

Les premières applications thérapeutiques de l'hexaméthylènetétramine furent faites en 1898 par Nicolaier, dans les infections urinaires : cystites, pyélites, pyélo-néphrites, etc ... Cette méthode thérapeutique a donné depuis les meilleurs résultats, et son action n'est plus contestée dans ces cas. Il est aisé du reste de concevoir qu'il en puisse être ainsi. Le rein constitue la principale voie d'élimination de l'héxaméthylènetétramine, que l'on trouve dans l'urine à des taux de concentration très importants. De plus, l'urine étant presque toujours un milieu acide, il se produit une décomposition de ce corps en ammoniaque et formol, directement proportionnelle au taux d'acidité de cette urine, c'est-à-dire à sa richesse de concentration en ions H.

Or, le formol a une action antiseptique beaucoup plus accentuée encore que l'hexaméthylènetétramine, et il est facile dès lors, de concevoir que la désinfection urinaire est réalisée ainsi dans les meilleures conditions. Les incidents que peut causer l'administration de l'hexaméthylènetétramine (tels que la dysurie) n'entrent pas en ligne de compte. Quant aux accidents, ils sont rarissimes. Nous n'avons jamais vu, pour notre part, d'hématuries aux doses que nous employons. Et nous avons démontré expérimentalement chez le chien que les injections massives d'hexaméthylènetétramine, répétées plusieurs jours de suite (par exemple 10 à 15 grammes *pro die*, chez un chien de 5 à 6 kilog.) provoquent des lésions de congestion rénale, mais non pas des lésions de néphrite à proprement parler.

Peu de temps après les travaux de Nicolaier, Richardson remarquant que 25 % de typhiques éliminent par les urines le bacille d'Eberth en masse, et cela pendant des semaines et parfois des années, eut l'idée d'administrer l'hexaméthylènetétramine à des typhiques dans le but de supprimer les porteurs de germes qui peuvent être, dans la suite, la source de nouvelles épidémies. Smith, Gwyn confirmèrent l'efficacité de la méthode.

Ces travaux incitèrent à traiter systématiquement la dothienentérie par l'uroformine. A l'administration *per os* succéda l'administration par voie endoveineuse.

Ayerza, de Buenos-Ayres préconise l'injection intraveineuse dans sa thèse, en 1916. Il emploie même des doses très fortes : 5 à 8 grammes. Cette méthode est reprise systématiquement par Chalier, Grandmaison et Lour de Lyon ; leurs résultats sont consignés dans des publications s'échelonnant de 1924 à 1926. Les doses que ces auteurs utilisent sont cependant beaucoup moins fortes et de l'ordre de 2 gr. 50 par jour. Mais elles furent parfois très prolongées. Certains malades reçurent jusque cinquante et même soixante injections. En trois ans d'observation, 250 malades furent ainsi traités. Jamais les auteurs n'observèrent de complications urinaires et en particulier il n'y eut jamais d'hématurie.

Le traitement doit être institué aussi tôt que possible. C'est à la période septicémique, avant toute localisation des germes infectieux au niveau des viscères, que l'hexaméthylènetétramine peut exercer une action importante. Cependant si la phase septicémique est passée, l'hexaméthylènetétramine peut aller porter son action microbicide au niveau des foyers de localisation du bacille d'Eberth : rein et voies biliaires en particulier. Elle est donc susceptible de préserver des complications biliaires : hépatites, angiocholites aiguës ou subaiguës, cholécystites et lithiase post-typhique. En outre, elle joue un rôle prophylactique par la stérilisation des urines des porteurs de germes.

Les résultats les plus remarquables qui relèvent de ce traitement et que met en relief la statistique de Chalier et Grandmaison portent sur les signes généraux et sur les complications. Il y a rapidement une heureuse sédation de la stupeur et de la prostation et le malade éprouve une sensation de mieux être.

Il ne semble pas, cependant, que la durée de la typhoïde soit modifiée, mais les rechutes sont moins nombreuses si le traitement est suffisamment prolongé.

Ce sont surtout les complications telles que les hémorragies intestinales et l'infection des voies biliaires qui se trouvent heureusement influencées. La conclusion de Chalier et Grandmaison est que : « La méthode est douée d'une efficacité certaine ; « elle diminue considérablement la fréquence « de certaines complications, notamment les hémorragies « intestinales, et les perturbations hépato-biliaires : appli- « quée de façon très précoce elle diminue la durée de la ma- « ladie et la fréquence des rechutes. »

Il faut de plus savoir qu'elle retient, pour l'avenir le risque de la lithiase biliaire post-typhique et qu'elle doit être considérée comme un agent de prophylaxie sociale au point de vue de la stérilisation des porteurs de germes.

Cette constatation de l'action de l'hexaméthylènetétramine sur la bile de typhiques incita, dès 1909, Crowe en Amérique et Chauffard en France à l'employer dans le traitement des infections biliaires aiguës. Les résultats obtenus furent des plus satisfaisants.

Nous avons, pour notre part, publié plusieurs séries d'observations où nous avons montré l'action de l'hexaméthylènetétramine dans les angiocholites, les hépatites avec ictère catarrhal, les cholécystites chroniques. Si la méthode de l'administration *per os* donne déjà des résultats très appréciables, les injections intra-veineuses, à doses progressivement croissantes allant jusqu'à deux grammes, exceptionnellement deux grammes cinquante, selon la méthode des séries de cinq injections quotidiennes alternant avec des périodes de repos de même durée, donnent des résultats tout-à-fait remarquables. La température tombe rapidement ; la fatigue accusée s'atténue et disparait bientôt, l'appétit revient et l'ictère est très favorablement influencé.

En dehors de la typhoïde et des paratyphoïdes, l'hexaméthylènetétramine est susceptible de donner encore d'excellents résultats dans les syndromes septicémiques d'origines diverses.

Dans les septicémies puerpérales, par exemple, l'administration de l'hexaméthylènetétramine ou de ses dérivés agit sur le syndrome infectieux général et procure au malade une sensation de bien-être. Dans les cas heureux, elle agit sur la température et amène l'amélioration des symptômes infectieux. Pour ce genre de malades, l'administration du médicament par voie endoveineuse est seule à recommander, en raison des taux de concentration plus élevés atteints dans les humeurs et de l'action plus massive de la médication.

Mais les indications de cette thérapeutique s'étendent à toutes les autres septicémies dont l'agent causal : streptocoque, staphylocoque, tétragène, bacille de Friedlander, etc ... a pu être reconnu par les procédés de laboratoire, ainsi qu'à celles dont le germe infectieux n'a pu être isolé. Nous avons ainsi eu l'occasion de traiter plusieurs cas de cette espèce avec des résultats tout-à-fait satisfaisants.

Nous rappellerons, en particulier, l'observation XVII de la thèse de l'un de nous. Il s'agissait d'un malade présentant un syndrome infectieux grave, avec hémorragies rebelles et multiples. Les divers traitements mis en œuvre restaient incapables de juguler l'infection, et la température oscillait toujours entre 38° et 38° 5, six semaines encore après le début de la maladie. Le traitement par l'uroformine fut institué. Dès la seconde série d'injections les oscillations thermiques devinrent moins accentuées et ne dépassèrent plus 38°. L'apyrexie complète fut obtenue au bout de vingt injections et le malade guérit complètement.

Par ailleurs, l'action de l'hexaméthylènetétramine dans les infections les plus diverses a été largement étudiée et les travaux de nombreux auteurs en apportent les résultats.

Barton l'emploie dans le traitement des otites moyennes, et à la suite des statistiques de Holmgrem, il l'indique comme moyen prophylactique dans le cas de scarlatine pour éviter les complications otitiques si fréquentes et si sérieuses dans cette maladie. Miller s'en sert dans le coryza, les rhinites et les sinusites. Crowe en préconise l'emploi dans les amygdalites et les bronchites. En 1912, Renon et Ch. Richet fils signalent les bons résultats qu'ils en ont obtenus dans le traitement des phlébites consécutives à une grippe, une typhoïde, une congestion pulmonaire ou une infection puerpérale. Desesquelle et Bourges confirment ces résultats. En 1918, Loeper et Grosdidier l'utilisent dans les états typhoïdes, dans la grippe et les pneumonies et broncho-pneumonies post-grippales ; Pissavy et Robine et plus récemment Biskin obtiennent les mêmes améliorations dans le traitement de la grippe par cette méthode. En collaboration avec Wagner, Loeper montre même son action antipyrétique chez les bacillaires. Glatard l'emploie avec succès contre le typhus exanthématique.

Une indication capitale de l'hexaméthylènetétramine, au point de vue thérapeutique, réside dans le traitement des affections aiguës des méninges et surtout du système nerveux central.

Déjà en 1909, Crowe avait montré par des expériences sur le chien, que celui-ci meurt moins vite lorsqu'on lui injecte du streptocoque sous la dure-mère, s'il a pris auparavant, et si on continue à lui administrer de l'hexaméthylènetétramine. Il en conclut que ce corps doit avoir une influence sur l'évolution de la méningite et sur le développement des microbes qui la provoquent. Il l'administre donc dans les cas de méningite à streptocoque, à pneumocoque, etc... et constate une survie plus longue chez les malades. Stockmeyer, Brem, Ibrahim, Rowell adoptent cette même thérapeutique. Crowe utilise également l'urotropine à titre prophylactique dans les fractures du crâne, dans les interventions chirurgicales pour tumeurs hypophysaires, dans les fistules céphalo-spinales, et les statistiques qu'il apporte sont des plus encourageantes.

Vers la même époque, Flexner et Lewis ont montré que lorsqu'on transmet expérimentalement au singe le virus poliomyélitique, il y a dans les premiers stades de la maladie une lepto-méningite qui précède la prise du système nerveux central ; et plus tard Flexner et Clark ont également constaté que des singes recevant de l'hexaméthylènetétramine avant et après l'inoculation intra-cérébrale de ce virus, ont une période d'incubation prolongée (de six à huit jours, elle peut atteindre vingt quatre jours) ; d'autre part la paralysie est toujours empêchée. Skoog et Arnold Josephson reprenant la question ont obtenu des résultats analogues. Crowe s'est rangé à leur avis et Netter, en France, a préconisé cette médication dans la poliomyélite. Etendant les indications de ce produit, Netter s'en sert également dans l'encéphalite épidémique comme antiseptique précieux pour le système central.

Nous avons, à la suite de ces travaux, appliqué d'une façon systématique, à l'encéphalite épidémique, le traitement par l'hexaméthylènetétramine. Nous avons pu ainsi recueillir, durant l'épidémie de 1919-1922 un nombre assez important d'observations qui s'est encore accru depuis des quelques cas sporadiques qu'on observe de temps à autre. Les résultats que donne l'injection intra-veineuse d'hexaméthylènetétramine dans de tels cas sont des plus encourageants. Sous l'influence de ce traitement, la plupart des malades les plus graves voient en quelques jours leur situation se transformer : l'hyperthermie cède après quelques injections, la prostration disparait et la léthargie s'amende ; les signes oculaires (strabisme, diplopie) finissent eux-mêmes par disparaître. Et si l'on suit les modifications du liquide céphalo-rachidien sous l'influence du traitement, l'hyperalbuminose et la lymphocytose diminuent progressivement pour disparaître enfin.

Le fait le plus remarquable dans ces cas, ce n'est pas que la maladie soit jugulée dans sa phase aiguë, mais bien que les séquelles redoutables de l'affection semblent devenir l'exception après un pareil traitement, poursuivi durant un temps suffisamment long. Notons que, une fois la phase aiguë terminée et l'apyrexie solidement établie, il n'est pas nécessaire de continuer l'administration de la médication par voie endoveineuse. La voie buccale suffit et des cures périodiques prolongées d'hexaméthylènetétramine permettent le plus souvent, d'éviter les syndromes excito-moteurs et

les syndromes parkinsonniens devant lesquels nos moyens thérapeutiques actuels se montrent presque toujours impuissants.

Les publications de Freed et de Brower ont confirmé ces résultats.

Nous avons eu l'occasion de soigner également quelques cas de poliomyélite aiguë par les injections d'uroformine, et nous nous rappelons notamment, l'observation d'un jeune homme de 24 ans, qui se présenta à l'hôpital avec une paraplégie flasque des membres inférieurs et une paralysie presque complète des membres supérieurs ; le nerf facial gauche était également touché. Il n'y avait pas de troubles de la sensibilité ni des sphincters ; le liquide céphalo-rachidien se montrait sub-normal. La température n'était pas très élevée. Mis au traitement par l'hexaméthylènetétramine et l'électricité, ce malade récupéra rapidement un peu de motilité ; au bout de quelques mois, il avait recouvré un usage satisfaisant de ses membres.

Nous avons rapporté également une observation de myélite grippale, avec paraplégie flasque , température élevée et escarres, hyperalbuminose et lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, où le traitement par l'uroformine avait donné des résultats inespérés. Le malade, au bout d'un mois vit disparaître les troubles sensitifs, moteurs, trophiques et sphinctériens.

Dans un autre cas de myélite grippale avec névrite optique, le même succès thérapeutique fut enregistré. La vision de l'œil gauche qui était presque abolie devenait meilleure après chaque injection. Aprsè dix jours de traitement le malade avait recouvré la vue et les signes notés à l'examen du fond d'œil avaient disparu.

Si l'on parcourt la littérature médicale en ce qui concerne le traitement des affections du système nerveux d'ordre infectieux , on trouve au cours de ces dernières années un certain nombre de publications qui permettent de se rendre compte de l'efficacité de l'action de l'hexaméthylènetétramine.

C'est ainsi que Obarrio et Pestaña, Schagan, de Capua traitent avec succès la chorée de Sydenham par les injections intra-veineuses d'hexaméthylènetétramine. Stark rapporte des cas de guérison de paralysie aiguë ascendante (syndrome de Landry) particulièrement graves. Darnet a traité des zonas par ces mêmes injections. Schagan soigne également par cette méthode l'encéphalite aiguë des enfants ; enfin, Rostock préconise son emploi dans les méningites aiguës.

De l'ensemble de ces publications, il ressort nettement que l'hexaméthylènetétramine administrée *per os* et surtout par voie veineuse constitue une arme thérapeutique qu'il ne faut pas négliger dans les affections aiguës touchant le système nerveux central.

Cette action relève certainement des facteurs suivants :

1° L'hexaméthylènetétramine étant un corps extrêmement diffusible, puisqu'on a pu la mettre en évidence dans toutes les humeurs de l'organisme, va porter son action antiseptique et microbicide jusqu'au sein du tissu nerveux et y joue un rôle empêchant, que nos expériences ont démontré.

En effet, si Specht estime qu'il ne suffit pas, pour juger de l'action microbicide d'un antiseptique, de rechercher *in vivo* la présence de cet antiseptique, puis *in vitro* son action bactéricide sur les germes microbiens et de conclure ensuite à sa valeur thérapeutique, nous ferons remarquer que nous avons recherché, chez le chien et dans différentes humeurs, telles que la bile, le suc pancréatique et le liquide céphalo-rachidien la présence de l'hexaméthylènetétramine après son injection intraveineuse ; que nous avons étudié, d'autre part l'action de ces mêmes humeurs sur différents germes microbiens, en particulier le bactérium coli, les bacilles typhique et para-typhique, le staphylocoque, le bacille de Friedlander et nous avons constaté, notamment dans la bile, que la concentration de l'hexaméthylènetétramine après injection de 2 gr. 50, pour un chien de 10 kilogr. était jusqu'à cinq fois supérieure au taux de concentration nécessaire pour empêcher le développement des microbes *in vitro*. Mais, bien plus, dans cette même bile infectée expérimentalement on voyait disparaitre rapidement les germes qu'on y avait introduits, tandis que les témoins ne subissaient pas la même stérilisation. Les résultats furent moins probants avec le suc pancréatique ; quant au liquide céphalo-rachidien, bien qu'il ne contînt que de faibles doses d'hexaméthylènetétramine, on voyait son pouvoir empêchant notablement accru.

2° Par ailleurs, la présence d'hexaméthylènetétramine dans le liquide céphalo-rachidien après injection intra-veineuse de ce produit (la ponction lombaire étant faite chez l'homme une heure et demie après l'injection de 2 gr. 50 d'hexaméthylènetétramine) montre que ce produit franchit les plexus choroïdes. On sait quelle sélection sévère ceux-ci opèrent sur les composés qu'on peut introduire dans l'organisme. C'est à ce fait que sont incontestablement dus, en partie, les résultats thérapeutiques obtenus par cette médication.

3° Mais il est une autre action de l'hexaméthylènetétramine qu'il faut peut-être également envisager pour expliquer les résultats obtenus. En octobre 1926, Muttermilch signalait le passage des hémolysines du sang dans le liquide céphalo-rachidien sous l'influence des injections d'urotropine , chez des chiens vaccinés activement ou passivement. Et, en 1927, à la Société de biologie également, Le Fèvre de Arric et Millet ont mis en évidence une perméabilisation vasculo-méningée aux anticorps sous l'influence de l'urotropine. Le passage des anticorps dans le liquide céphalo-rachidien, dans les conditions citées par ces auteurs est faible, sans doute, mais possible. On ne saurait se désintéresser de l'étude de cette question, puisque des traces de certains anticorps au sein du système nerveux central peuvent suffire parfois à exercer une action préventive.

Il y a là une notion tout-à-fait intéressante. A l'action antiseptique de l'uroformine en soi viendrait s'ajouter une action beaucoup plus complexe, d'ordre biologique, une modification de la barrière vasculo-méningée, permettant le passage, au sein même du liquide céphalo-rachidien, d'anticorps qui ne pourraient y pénétrer sans l'action préalable de l'uroformine.

Quelles conclusions succinctes tirer de l'exposé que nous venons de faire concernant la valeur de l'urotropine dans les maladies aiguës ?

Tout d'abord, l'hexaméthylènetétramine possède une valeur antiseptique et microbicide qu'elle tient de sa molécule même et non du formol qu'elle ne dégage qu'en milieu acide.

Ensuite, l'hexaméthylènetétramine pénétrant dans toutes les humeurs de l'organisme est susceptible de conférer à celles où elle atteint un taux de concentration suffisant, des propriétés empêchantes.

Enfin, c'est surtout dans les infections urinaires et biliaires, dans les septicémies et dans les infections du système nerveux central, type encéphalite, myélite, chorée, etc ... que les meilleurs résultats peuvent être obtenus.

En ce qui concerne le mode d'administration de l'hexaméthylènetétramine, la voie buccale peut suffire dans les

cas bénins ou lorsqu'on veut consolider un résultat déjà obtenu par les injections intra-veineuses. Mais dans les cas graves, dans les septicémies et dans les phases aiguës des affections du système nerveux central, la préférence doit être accordée à la voie veineuse.

Nous recommandons, pour celles-ci, la méthode des injections progressivement croissantes, par séries répétées ; mais nous insistons encore sur ce fait que ces injections peuvent même être quotidiennes et longtemps prolongées, sans donner lieu aux accidents redoutés à tort par un certain nombre d'auteurs.

BIBLIOGRAPHIE.

Pour la bibliographie avant 1923 cf. DUTHOIT : L'hexaméthylènetétramine au point de vue chimique, physiologique, bactériologique et thérapeutique. (Thèse de Lille 1923.)

M. J. BISKIN. — Intraveinous injections of 40 p. 100 methenamine in influenza. (*Vrach. dielo X*, p. p 363-364, 15 mars 1927.)

R. BROGLIO. — Il valore terapeutico delle iniezioni endovenose d'urotropina in urologia. (*Arch. Ital. di Urol.* Bologne 1924, 1 pp. 289-310.)

B. BROWER. — Encéphalite épidémique guérie par les injections intraveineuses d'urotropine. (*Nederl. tijdschr. v. geneesk*, 74, p. 685, 8 février 1930.)

T. BRUNNER. — Collargol-trypaflavine, urotropine-injections in pyogenic infections. (*Fortschr. der Therapie*, III. pp. 349-353, 25 mai 1927.)

F. DE CAPUA. — Injections endoveineuses d'urotropine dans la chorée de Sydenham. (*Pediatria*, XXXVII, pp. 623-634, 15 juin 1929.)

J. CHALIER et GRANDMAISON. — Traitement de la fièvre typhoïde par les injections intraveineuses d'hexaméthylènetétramine associées à la balnéothérapie. (*Progrès Médical*, 24 juillet 1926, p. 1138.)

J. CHALIER et LOUR. — (*Lyon Médical*, 21 décembre 1924.)

M. CHIRAY et Ch. RIBADEAU-DUMAS. — La désinfection biliaire. (*Nutrition*, 1931, I. n° 4, pp. 375-384.)

W. H. CROHN. — Zur Frage der Wirkung von Hexamethylenetetramin (besonders bei meningitis) und des Nachweises von Formaldehyd (im Urin, Blut und Liquor). (*Mediz. Klin.*, Berlin, 1923, XIX, pp. 654-657).

J. J. DARNET. — Zona. Injections d'urotropine et de cinchophène (*Semana med.* I, 535-537, 28 février 1929.)

F. DE EDS. — Fate of Hexamethylenetetramin in the body and its bearing on systemic antisepsis. (*Arch. of Int. Med. Chicago*, 1924, XXXIV, pp. 511-528.)

A. FREED. — Encéphalite épidémique. Essais d'injections d'urotropine dans le liquide céphalo-rachidien ; (*Vrach. dielo* X, pp. 1541-1544, 15 novembre 1927.)

B. FRIEDLANDER. — Study of the effect of the intraveinous injections of hexamethylenetetramin based on 142 cases. (*Internat. J. Surg. Burlington Vt.*, 1922 XXXV, pp. 239-243.)

GARROFFEANU et IVAN. — Sur l'action bactéricide de l'urotropine. (Soc. Biol. 1930, T. 104, pp. 222-223.)

J. GAZAREK. — Pleurésie avec épanchement. Cas traités par injections intraveineuses d'urotropine. (*Bratisl. lekar. listy.* VIII pp. 560-566, octobre 1928.)

V. HINSBERG et R. WEISE. — Urotropin in purulent meningitis. (*Therapie der Gegenwart*, 71, pp. 196-202, mai 1930.)

V. I. KHLAMOFF. — Urotropine et variole. (*Vrach. Gaz.*, 33, pp. 2741-2743, 15 décembre 1929.)

A. KOPTER. — Traitement de l'abcès pulmonaire par injections intra-veineuses d'urotropine. (*Vrach. Gaz.* XXXI, pp-767 770, 31 mai 1927.)

Le FEVRE DE ARRIC et MILLET. — A propos de la perméabilitation vasculo-méningée aux anticorps sous l'influence de l'urotropine. (Soc. Biol, 1927, t. 96, pp. 727-729.)

V. A. LÉONOFF. — Treatment of epidemic cerebrospinal meningitis with meningitic vaccine, and urotropin and meningococcic vaccine. (*Klin. Med*, n° 22, VII, pp. 1406-1411, année 1929.)

M. LOEPER. — Les injections intraveineuses d'uroformine. (*Progrès Médical*, 1926, XLI, p. 1216.)

LOUR. — Traitement de la fièvre typhoïde par les injections intraveineuses d'hexaméthylènetétramine. (Thèse de Lyon, 1924.)

MAC INTYRE et C. E. SMITH. — Traitement de la fièvre typhoïde par l'urotropine. (*Malayan Med. J*, III, p. 174, décembre 1928.)

A. MUTTERMILCH. — L'immunisation active de la cavité méningée. (Soc. Biol., 1926, pp. 945-947.)

J. M. OBARRIO et M. G. PESTAÑA. — Acute hemichorea at 72 years of age : Urotropin (methenamine) ; cure (*Rev. de especialid.* V. p. 522, avril 1930.)

H. V. RITSCHEL. — Ueber die Wirking der intravenosen Injektion 40 % iger Urotropinlosung. (*Deutsche med. Wochenschrift ; Leipz. u Berlin*, 1925, LI, p. 776.)

P. ROSTOCK. — Méningites aiguës et urotropine. (*Deutsche Zeitschrift. f. Chir.* 217, p.p 264-269. 1929.)

B. F. SCHAGAN. — Use of strong solutions of urotropin in treatment of diplostreptococcus infections, encephalitis an chorea minor in children. (*Jahrb. f. Kinderh.* C. XIX. pp. 210-221, mars 1928.)

B. F. SCHAGAN. — Traitement de la chorée et de l'encéphalite aiguë par injections intraveineuses d'urotropine chez les enfants. (*Vrach. Gaz.* XXXIII, pp. 2723-2727. 15 déc. 1929.)

SPECHT : Elimination des divers médicaments antiseptiques par la bile et leur action antimicrobienne dans la bile, la paroi vésiculaire et le foie. (*Munch. med. Woch*, n° 20, 14 mai 1926.)

H. STARK. — Traitement de la paralysie aiguë ascendante par le tetrophane. (*Klin. Wochenschr.* IX, pp. 1628-1629, 30 août 1930.)

A. SZURZEC. — Urotropine dans le traitement des affections gynécologiques. Injections intraveineuses. (*Polska Gaz. lek.* VI. pp. 679-683, 25 septembre 1927.)

Quelques considérations sur l'aérophagie

Par **Félix RAMOND,**
MÉDECIN DE L'HOPITAL ST-ANTOINE

et les Drs **P. ZIZINE** et **VANIER**

En février 1931, eut lieu à la Société de gastro-entérologie de Paris, une vive discussion à propos de l'aérophagie. L'aérophagie mérite-t-elle tous les honneurs que les premiers travaux de Bouveret, Hayem et Mathieu lui avaient conférés, et que répète, en insistant beaucoup, Georges Leven dans ses diverses publications ; ou bien n'est-elle qu'un symptôme banal, peu digne de retenir l'attention des cliniciens ? C'est cette dernière opinion qu'adoptaient Gallart-Mones et Pinos, de Barcelone, Moutier, et surtout Ch. Jacquelin, qui profitait de la discussion pour soutenir bien des idées, que nous défendons depuis longtemps.

En 1920, l'un de nous proposait de distinguer deux sortes d'aérophagie, l'une libre, l'autre bloquée. Dans la première, beaucoup de symptômes objectifs, tels que les renvois gazeux nombreux et bruyants, et pas de poche à air gastrique sous l'écran radiologique. Dans la seconde au contraire, l'air étant emprisonné dans l'estomac, il n'y a pas de renvois gazeux et l'image radiologique est très objective. La première mérite toutes les réserves de Gallart-Mones et de Ch. Jacquelin ; la seconde constitue une véritable manifestation pathologique. C'est elle seule que nous aurons en vue pour aujourd'hui.

D'où viennent les gaz ? Et pourquoi, une fois dans l'estomac, sont-ils bloqués, ne pouvant pas remonter vers la

bouche, séjournant dans l'estomac, pour passer à travers l'intestin grêle, puis dans le gros intestin, où ils s'accumulent surtout aux deux angles coliques ? L'aérocolie succède à l'aéro-gastrie.

Ces gaz proviennent pour leur plus grande partie de l'air extérieur, dégluti soit au moment du repas, soit dans l'intervalle, avec la salive ; et l'on conçoit facilement que toute sialorrhée est capable de provoquer une forte aérophagie.

Ils proviennent aussi de l'exhalation respiratoire de la muqueuse gastrique, ainsi que le soutenait A. Robin, sans preuves péremptoires il est vrai. Mais dans ces dernières années, de nombreuses recherches de laboratoire, effectuées surtout en Allemagne et aux Etats-Unis, ont montré que les gaz de l'estomac se mettaient rapidement en équilibre avec les gaz du sang, ce qui prouve que la muqueuse gastrique jouit des mêmes pouvoirs absorbants et sécrétants gazeux que la muqueuse alvéolaire pulmonaire.

Au cours d'expériences encore inédites, faites par Félix Ramond avec la collaboration de Dimitresco Popovici, cette exhalation a pu être saisie sur le fait. En voici la preuve la plus objective et la plus facile à réaliser. Sur un chien, dont le pylore et le cardia sont fermés, l'estomac complètement vide de gaz, de liquides et de solides, mais dont les connexions circulatoires gastriques sont conservées, l'injection sous-cutanée d'éther provoque en quelques minutes une sécrétion gazeuse d'éther dans l'estomac, facile à identifier. D'autres expériences en cours, mais plus délicates à réaliser, montrent qu'il en est de même pour tous les autres gaz en circulation dans le sang. Donc l'estomac jouit d'un pouvoir d'excrétion gazeuse incontestable, qui explique la présence de gaz dans l'estomac, en dehors de toute ingestion.

Pourquoi ces divers gaz, emprisonnés dans la cavité gastrique, ne sont-ils pas toujours expulsés vers la bouche, pourquoi sont-ils bloqués ? Diverses explications en ont été données, toutes plus ou moins accessoires : existence d'un repli œsophago-gastrique, dit valvule de Brami, qui s'oppose à la remontée de l'air mais nullement à sa descente, spasme du cardia, malformation œsophagienne, exagération des coudures de l'œsophage abdominal, décrit par F. Ramond et Ch. Jacquelin (1) ; compression de l'œsophage par le bord postérieur du foie mobile et hypertrophié, par une bride fibreuse, par une tumeur ; dislocation de l'estomac par l'existence d'une masse abdominale quelconque, solide, liquide ou gazeuse, etc...

En réalité, une seule grande cause, ainsi que l'a établi l'un de nous (2) : *l'atonie* congénitale ou acquise de la grosse tubérosité, souvent aggravée par l'atonie du diaphragme droit, consécutive à une pleurésie diaphragmatique, à une lésion ou section du phrénique gauche. La grosse tubérosité se distend progressivement, refoule la coupole diaphragmatique ; par ce mouvement d'ascension le repli œsophago-gastrique ou valvule de Brami s'exagère, et joue secondairement un rôle assez important : en effet, l'air dégluti est projeté par le péristaltisme œsophagien avec assez de force pour soulever la valvule, qui aussitôt après se plaque contre la paroi opposée, et empêche toute remontée de l'air. Comme on l'a souvent répété, la valvule joue un véritable rôle de soupape.

La cause essentielle de l'aérophagie bloquée est donc l'atonie gastro-diaphragmatique. Ce qui le prouve nettement, c'est le résultat du tubage ou du pompage de llair. Dès que la sonde arrive dans la poche à air, il n'y a pas effondrement de cette poche, comme cela arriverait si l'air était sous tension ; la poche reste au contraire à peu près immuable, et si à l'aide de l'aspiration, on pompe l'air gastrique, on constate que la poche se reforme très rapidement, la grosse tubérosité ayant perdu toute tonicité.

Des conséquences cliniques de cette aérophagie bloquée, les unes sont bien connues, tels que certains troubles digestifs et respiratoires, les autres le sont moins, tels que les troubles circulatoires, malgré les travaux antérieurs de Vaquez et de Lian. On ne saurait cependant trop insister sur ce principe de Vaquez, que les conséquences ne sont vraiment graves ou appréciables, que lorsque le cœur est déjà malade.

Les expériences inédites que l'un de nous a pratiquées avec son élève Lauprètre, et qui feront l'objet de la thèse prochaine de celui-ci, ajoutent quelques faits qui éclairent la pathogénie de maints accidents dyspeptiques d'origine aérophagique.

Comme on le sait, la distension gazeuse de la grosse tubérosité, soulève le diaphragme, et fait basculer le cœur autour d'un axe horizontal antéro-postérieur : la pointe du cœur se relève, le bord inférieur du cœur, d'oblique en bas et à gauche, devient horizontal. Mais dans ce mouvement, nous avons nettement observé avec Lauprètre un mouvement connexe peu connu, et important à notre avis : l'auricule droit subit en même temps un mouvement de translation ou de bascule de gauche à droite, ce qui l'amène en contact plus précis avec la veine cave supérieure, qu'il arrive à comprimer plus ou moins fortement.

D'autre part, toujours sous la même poussée ascendante de la poche d'air, le cœur subit un second mouvement d'inflexion autour d'un axe transversal et horizontal, qui passe à la base de l'auricule droit. Les ventricules sont repoussés en avant, mais comme le sinus costo-diaphragmatique antérieur est en partie comblé par l'ascension abdominale, les ventricules ont tendance à s'infléchir vers le haut, et dans ce mouvement, ils repoussent en arrière l'auricule droit, qui vient encore appuyer davantage sur la face antérieure de la veine cave supérieure.

Comme après le repas, l'aérophagie bloquée est à son maximum, par suite d'une nouvelle et forte ingestion de l'air extérieur, et que les auricules sont gorgés à leur plein par l'apport supplémentaire des liquides ingérés, absorbés par l'intestin, on conçoit que les accidents ou incidents circulatoires seront le plus marqués à ce moment-là. D'où la congestion de la face de certains aérophages, accompagnée souvent de lourdeur de tête, de vertiges, de narcolepsie ; d'où la dyspnée, la tachycardie, certaines douleurs précordiales de réplétion. On a signalé d'autres accidents, d'importance plus grande, telle que l'asphyxie aiguë. L'aérophagie ne joue ici qu'un rôle de second plan, le rôle principal étant tenu par une lésion cardio-rénale primitive (Vaquez) ou des actions réflexes vago-sympathiques, à point de départ abdominal (Lian).

Le traitement de l'aérophagie bloquée comporte certaines difficultés, que l'étude de la pathogénie et le rôle de l'atonie nous a laissé entrevoir. Aussi est-il nécessaire de ne pas négliger la moindre pratique susceptible de donner quelque résultat.

Il faut, tout d'abord limiter l'accès de l'air ; et, celui-ci s'étant effectué, il faut en favoriser l'expulsion par les voies naturelles.

La limitation de l'accès de l'air doit se faire au moment du repas, et dans l'intervalle des repas. Au moment du repas, il est recommandé de manger lentement, de bien mastiquer, et de boire tous les liquides avec un chalumeau de verre. Mais une pratique peu connue, et cependant fort

(1) F. Ramond et Jacquelin. — Traité de radiol. gastro-duodén. 2e édit., Paris, 1930.

(2) F. Ramond. — Maladies de l'estomac et du duodénum, Paris, 1927, page, 265.

utile, mérite d'être signalée, c'est celle de manger le thorax vertical; et pour que cette attitude n'entraîne pas de fatigue, nous recommandons de manger assis sur un siège bas, les jambes étendues et non repliées, de façon que le bord de la table remonte assez haut sur le thorax et rende l'attitude verticale facile.

Cette attitude verticale favorise la remontée des gaz ; elle empêche aussi la compression de l'estomac par le ventre infléchi, et les cuisses recroquevillées, toutes circonstances qui peuvent favoriser la production de l'aérophagie bloquée, ainsi que nous l'avons vu plus haut.

Après le repas, le malade doit s'astreindre à limiter ses mouvements de déglutition salivaire plus ou moins inconscients, d'où l'emploi du fume-cigarette ou d'un morceau de liège entre les dents. A son tour le médecin doit rechercher toutes les causes nerveuses ou locales de la sialorrhée, grande génératrice de ces mouvements de déglutition réflexes.

Il est recommandé de ne pas se coucher sur le dos immédiatement après le repas; dans cette position en effet, le bord postérieur du foie comprime l'œsophage, et empêche la libre remontée de l'air. Ainsi s'explique l'aérophagie bloquée de beaucoup d'opérés. Par contre, la position contraire ou genu-pectorale est utile pour combattre l'aérophagie aggravée par le repas.

Nous préférons conseiller aux malades une pratique plus commode que celle de la position genu-pectorale, et tout aussi efficace ; après le repas, le malade devra s'abstenir de se coucher ou de s'asseoir le thorax penché en avant ; il fera une petite marche d'appartement, sur la pointe des pieds, les bras relevés verticalement, tout en pratiquant de larges et profonds mouvements d'inspiration. Dans cette position, en effet, l'expérience prouve que le rejet des gaz se fait avec une plus grande facilité.

S'il s'agit d'un intellectuel ou d'un bureaucrate, on conseillera de travailler assis sur un siège bas, tout comme pour le manger, et pour des raisons analogues. Cette simple pratique nous a donné des résultats thérapeutiques vraiment intéressants.

Mais le traitement de l'aérophagie bloquée ne sera véritablement efficace et définitif, que lorsque aura été supprimée sa grande cause, l'atonie gastro-diaphragmatique. La tâche en sera longue et difficile ; mais si elle est entreprise avant que les fibres aient perdu toute leur élasticité virtuelle, elle sera couronnée de succès.

Les paradoxes du traitement de la syphilis et le mode d'action des médications spécifiques

Par **A. SÉZARY**

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

Quand on considère l'activité des médications spécifiques, arsenic, bismuth, mercure, iodure de potassium, on est frappé de l'inégalité de leur action thérapeutique sur les diverses manifestations de la syphilis.

Depuis longtemps, par exemple, l'iodure de potassium, exception faite pour la céphalée et les douleurs ostéocopes précoces, était réservé pour le traitement des lésions tertiaires. En effet, il cicatrise rapidement les gommes, mais il n'a presque pas d'effet sur les lésions cutanées ou muqueuses de la période secondaire.

De même, le mercure agit beaucoup plus rapidement sur les gommes que sur les efflorescences superficielles. Ceux qui ont vécu l'époque où l'on ne traitait la syphilis qu'avec ce métal se souviennent de la lenteur avec laquelle il modifiait les plaques muqueuses : on était obligé de faire en même temps des cautérisations. Je me rappelle en particulier les insuccès qu'on avait lorsqu'on injectait de l'huile grise au lieu des solutions huileuses ou aqueuses de biiodure.

Mais plus tard on s'aperçut que, par un contraste étonnant, le mercure et l'iodure, qui faisaient merveille dans la syphilis cutanée tardive, échouaient régulièrement dans le traitement de la paralysie générale, manifestation également tardive de la maladie.

Quand nous avons eu à notre disposition des médicaments d'une activité très supérieure, le 606, le 914, puis le bismuth, nous avons espéré vaincre enfin la méningo-encéphalite. Mais bien vite il a fallu déchanter. Même associés, même conjugués, le 914 et le bismuth demeurent impuissants sur elle.

Par ailleurs, on s'est rendu compte que toutes les lésions viscérales tardives ne sont pas aussi rapidement amendées les unes que les autres. Celles de l'aorte par exemple, celles qui dans la moelle épinière et ses ganglions constituent le tabès, ne sont améliorées qu'avec une extrême lenteur et parfois même d'une façon tout à fait insuffisante.

D'autres paradoxes devaient encore nous étonner. L'arsenic pentavalent, dont l'action thérapeutique au début de l'infection ne vaut pas celle du 914 (1), devait se montrer souvent efficace sur les lésions cérébrales parenchymateuses qu'aucune autre médication chimique ne peut enrayer (Sézary et Barbé).

Plus récemment encore, on a noté avec une certaine stupéfaction que le traitement préventif, c'est-à-dire celui qu'on applique chez un sujet contaminé depuis quelques heures seulement, compte un certain nombre d'échecs, même s'il est intensif. On croyait cependant trouver là les meilleures conditions pour stériliser rapidement l'organisme.

* * *

Les faits déconcertants que je viens de rappeler incitent à la réflexion. En particulier, ils montrent que le mode d'action des médicaments antisyphilitiques n'est peut-être pas aussi simple qu'on l'a imaginé.

Pendant longtemps, on a cru que le mercure agissait par son pouvoir tréponémicide. On a fait la même hypothèse pour l'arsenic et le bismuth.

Or, s'il en était ainsi, le traitement préventif devrait-il

(1) A. SÉZARY et POMARET. — *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1923, n° 7, p. 318.

nous donner des échecs ? Comment quelques tréponèmes récemment implantés dans un organisme pourraient-ils, dans ces conditions, échapper à une destruction rapide et complète ?

En réalité, le rôle directement microbicide de l'arsenic, du bismuth, du mercure, n'est démontré par aucune preuve. Les expériences des bactériologistes sont demeurées complètement négatives.

Plaçons en effet des tréponèmes entre lame et lamelle dans une solution de 914 à 1 pour 125, comme l'a fait Lee. Examinons-les à l'ultra-microscope. Nous constatons que les spirilles conservent pendant plusieurs heures leur forme et leur mobilité. C'est seulement si, comme l'a vu Levaditi, on ajoute de l'extrait hépatique à cette solution que les parasites meurent rapidement ; mais il se produit là, *in vitro*, une réaction chimique bien différente de celle qui se passe dans l'organisme.

Notons d'ailleurs que la dilution du 914 dans le sang est bien plus considérable que celle dont on s'est servi dans l'expérience précédente. Après une injection intraveineuse de 90 cgr. du composé arsenical, elle n'est théoriquement que de 0 gr. 0225 pour 125, et réellement très inférieure à ce chiffre, car il faut compter avec la fixation du métal par les tissus que traverse la solution et avec son élimination qui commence rapidement.

Des expériences analogues ont été faites avec le bismuth et le mercure. Elles montrent également que les dilutions de ces corps n'ont pas d'action tréponémicide.

***

Si les médications antisyphilitiques ne détruisent pas directement les microbes, nous devons, pour expliquer leurs effets, considérer leur action sur la réaction de l'organisme.

Une première hypothèse doit être envisagée. Les paradoxes que nous avons énumérés plus haut pourraient faire penser que leur efficacité dépend de la période de la maladie où ils sont utilisés. N'avons-nous pas vu que les médications les plus faibles guérissent plus rapidement les gommes cutanées que les lésions secondaires ?

Mais cette supposition ne résiste pas à la critique. Car le mercure, l'arsenic, le bismuth, l'iodure, qui guérissent tous une gomme cutanée, sont inefficaces sur la paralysie générale, n'enrayent que lentement le tabès ou l'aortite. Or, il s'agit là de lésions contemporaines.

En réalité, à l'examen des faits, on s'aperçoit que l'activité des traitements antisyphilitiques varie selon les organes ou les tissus où siègent les lésions.

Les lésions nerveuses par exemple sont ou incurables ou difficilement curables. Au contraire, les lésions cutanées sont très facilement guéries.

A ce propos, il nous paraît particulièrement instructif d'opposer l'action des différents traitements sur les lésions cutanées et nerveuses aux divers stades de la syphilis.

A la période secondaire, le 914 efface la roséole en l'espace de quelques jours. Il ne fait disparaître la leucocytose céphalo-rachidienne qu'au bout de plusieurs mois, et parfois même il se montre impuissant contre elle.

A une période tardive, le 914, comme d'ailleurs les autres médicaments, résout les gommes cutanées en quelques jours également. Il est inefficace sur la paralysie générale et lentement actif sur le tabès.

On pourrait dresser une liste où l'on rangerait les différents tissus selon la résistance qu'offrent leurs lésions syphilitiques aux médications usuelles. Vis-à-vis du 914 par exemple, on classerait parmi les lésions les plus accessibles, celles de la peau et des muqueuses, celles des os, celles du foie, et parmi les plus rebelles, celles de l'aorte et surtout celles des centres nerveux.

Or, il est facile de se rendre compte que la curabilité d'une lésion spécifique est en rapport avec la nature de la réaction que le tissu où elle se développe oppose au tréponème.

Si le parenchyme atteint est capable d'allergie, c'est-à-dire si ses lésions tardives se caractérisent par une franche production gommeuse, la guérison est facile. Si le tissu est incapable d'une réaction allergique, comme le cerveau et la moelle épinière où les gommes vraies sont rarissimes, comme l'aorte où, à l'encontre de ce qui se passe dans les artères périphériques, le processus gommeux, s'il ne fait pas défaut, est peu marqué, les agents antisyphilitiques échouent ou sont lentement efficaces.

Les tissus incapables d'une franche allergie sont ceux, comme je l'ai fait remarquer en 1921, qui ne participent pas aux réactions biologiques de l'organisme (1), en particulier à celles qui produisent l'immunité. Ce sont eux aussi qui échappent à l'action bienfaisante des médications.

Notons d'ailleurs que, pour qu'une de ces médications produise son plein effet thérapeutique, il n'est pas nécessaire que la réaction allergique soit franchement constituée. Sans doute, celle-ci facilite considérablement leur action. Nous en avons pour preuve l'exemple de l'iodure de potassium, substance essentiellement antiallergique, qui n'agit guère que sur les gommes nettement développées. Mais, à cette exception près, ce sont tous les tissus *capables* d'allergie qui peuvent bénéficier de l'activité des traitements antisyphilitiques usuels, même aux périodes précoces de la syphilis où l'allergie ne s'est pas encore manifestée.

Dans les parenchymes incapables d'allergie, au fur et à mesure que l'infection vieillit, les tréponèmes paraissent davantage réfractaires aux traitements. Ces organes, en réalité, sont peu propices à la pullulation des spirilles. Ceux-ci ne les colonisent que lentement et n'arrivent à un développement important qu'au bout de 10 à 20 ans, et d'autant plus vite qu'une thérapeutique maladroite l'aura favorisé (2). C'est sans doute à cause des mauvaises conditions d'existence que les tréponèmes trouvent dans ces organes au moment où ils viennent de s'y implanter que les lésions précoces sont accessibles aux traitements, malgré la protection qu'assurent aux spirilles contre les médications ces tissus où ils végètent. On peut expliquer ainsi que la réaction méningée de la période secondaire, qui pour nous trahit une localisation du tréponème dans les centres sous-jacents, est généralement curable par les traitements les plus intensifs.

Mais plus tard, lorsque les parasites se sont adaptés au tissu où ils ont poussé, les lésions qu'ils provoquent deviennent réfractaires.

Ainsi donc l'*activité des médications antisyphilitiques nous apparaît nettement commandée par la nature des réactions des différents tissus où colonise le tréponème. Leur efficacité est fonction du degré d'allergie que ces tissus manifestent ou dont ils sont capables.*

***

A cette règle à laquelle nous conduit l'interprétation serrée des faits observés, nous connaissons une exception. Mais on se rend bien vite compte qu'elle n'est qu'apparente.

Cette exception réside dans les échecs, que nous savons

(1) A. Sézary. — Pathogénie du tabès et de la paralysie générale. *Revue neurologique*, 1921, t. I, n° 4, p. 337. — La syphilis nerveuse, p. 70.

(2) A. Sézary et Mlle A. Roudinesco. — L'incubation du tabès et de la paralysie générale. *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1931, n° 19, p. 968.


Dragées
ADRIAN
AU CHLORURE DE
MAGNÉSIUM PUR
Tonique d'une puissance extrême régénérant les tissus empêchant l'évolution des tumeurs de toutes natures.
ADRIAN
ADRIAN & Cie 9, RUE DE LA PERLE - PARIS (3e)
AMINASE
ADRIAN
Chlorure de magnésium dissimulé et stabilisé
25

rappelés plus haut, du traitement antisyphilitique chez les sujets tout récemment contaminés. En pareil cas, on peut voir se développer ultérieurement une syphilis, qu'on était bien en droit de croire impossible si l'on admet l'action directement tréponémicide du 914 et du bismuth.

Ce fait frappe par son contraste avec les succès quasi-constants que nous obtenons trois semaines plus tard, dans les jours qui suivent l'apparition du chancre, alors que la réaction de Wassermann n'est pas encore devenue positive. Ces succès sont, en effet, alors assurés, faciles et durables.

Que s'est-il donc passé dans cet intervalle de trois semaines, au bout duquel il semblerait que, les spirilles ayant pullulé et ayant même déjà envahi l'organisme, l'action thérapeutique doive être beaucoup plus aléatoire ?

Il s'est produit un seul fait : c'est que l'organisme a commencé sa réaction. Six à huit jours après l'inoculation surviennent les premières altérations histologiques et sans doute alors se produisent les premières modifications humorales.

Les échecs du traitement préventif nous paraissent s'expliquer par l'absence de réaction. L'existence d'une réaction est donc absolument indispensable à l'activité du traitement.

***

Mais comment, dans cette hypothèse, expliquer la destruction des tréponèmes dans les lésions syphilitiques ?

On ne peut qu'incriminer un processus indirect. Il est vraisemblable que les parasites disparaissent soit sous l'influence des ferments mis en liberté par la destruction des cellules inflammatoires — et les travaux de Noël Fiessinger plaident en faveur de cette hypothèse —, soit ultérieurement et lentement sous l'influence des humeurs. Dans ce dernier cas, il faudrait admettre que l'action bactéricide des humeurs se trouve entravée par la réaction cytologique, signe d'intolérance de l'organisme, et qu'elle ne peut s'exercer qu'après la suppression de cette dernière par le traitement.

Ce sont là des hypothèses quelque peu spéculatives, que nous ne voulons pas discuter ici, mais que nous indiquons, pour montrer dans quel sens le problème du mode d'action des médicaments antisyphilitiques nous paraît pouvoir être résolu.

***

Cette réaction, dont dépend l'activité des traitements spécifiques, ne saurait être définie par sa seule formule cytologique. Elle est sans doute d'une complexité telle que nous ne saurions l'analyser.

Il faut compter avec la virulence du microbe et plus encore avec la constitution humorale du malade, avec ses antécédents personnels et héréditaires.

Ainsi s'explique à notre avis, un nouveau paradoxe du traitement de la syphilis, qui est l'arséno ou la bismutho-résistance.

Il arrive en effet que les manifestations, même précoces et cutanées, de la syphilis se montrent rebelles chez certains malades ou récidivent aussitôt que le traitement est suspendu.

On a voulu attribuer ces cas curieux à une résistance réelle du virus à l'arsenic ou au bismuth. Ehrlich n'avait-il pas « créé » des trypanosomes arséno-résistants ?

En réalité, le rôle du terrain offert par le syphilitique est autrement important. On voit en effet la syphilis d'un sujet arséno-résistant être transmise à un autre individu et se montrer chez ce dernier normalement curable par l'arsenic.

Comment interpréter ces faits si ce n'est par la différence des réactions des deux organismes syphilisés ?

***

Ainsi donc, l'étude des paradoxes thérapeutiques dans la syphilis nous conduit à concevoir d'une façon quleque peu inattendue le mode d'action des traitements antisyphilitiques. Cette conception nous permet de comprendre beaucoup de faits jusque là inexplicables.

De plus, en nous montrant que l'activité thérapeutique est fonction de la réaction de l'organisme, elle nous explique que les mêmes médications qui agissent sur la syphilis peuvent être efficaces dans d'autres affections.

Je ne parle pas seulement des bons résultats que l'on obtient parfois par le mercure, l'arsenic ou le bismuth chez d'anciens syphilitiques atteints d'une affection de nature non syphilitique. On pourrait admettre que la réaction vis-à-vis d'un autre germe, par exemple le bacille de Koch, porterait l'empreinte d'une réaction syphilitique et, de ce fait, serait réductible ou améliorée par les médications actives sur cette dernière.

Mais il y a encore une multitude d'affections, qui n'ont aucun rapport avec la syphilis, qui évoluent sur un terrain indemne de tout signe de syphilis et chez lesquelles pourtant des succès remarquables sont obtenus par le 914, le bismuth, le mercure. Telles sont, parmi celles que l'arsenic peut guérir, la maladie de Dühring, le lupus érythémateux, certaines tuberculides, le zona, le psoriasis, le rhumatisme blennorragique, l'érysipèle, la septicémie puerpérale, l'asthme, etc. ; parmi celles qu'améliore le bismuth, le lupus érythémateux, certains érythèmes centrifuges, l'urticaire. De même, le mercure peut être efficace sur le psoriasis, l'eczéma infantile, l'iodure, sur les mycoses, les rhumatismes chroniques non syphilitiques, etc.

Pour certaines de ces affections au moins, on comprend, puisque ces traitements agissent non sur les virus, mais sur les réactions de l'organisme, qu'ils soient efficaces, sans que la syphilis intervienne dans leur étiologie.

La spécificité des traitements antisyphilitiques nous apparaît ainsi comme bien relative (1). Il en est de même d'ailleurs des médications réputées spécifiques vis-à-vis d'autres infections, comme le salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu (2), l'émétine dans la dysenterie amibienne, etc..

Les paradoxes du traitement de la syphilis nous conduisent ainsi au seuil d'un des problèmes les plus intéressants de la thérapeutique générale.

(1) A. Sézary. — Le mode d'action des médications antisyphilitiques. *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1931, n° 16, p. 734.

(2) F. Bazançon, E. Bernard, Oumansky et Gauchée. — *Ibidem*, p. 742.

« ..... De pareils faits m'ont amené naturellement à déplorer l'usage du terme de *rétinite* vis-à-vis de désordres qui n'ont pas un caractère inflammatoire et à préférer celui d'*infiltration fibrineuse de la rétine*, mis ils ont surtout pour intérêt d'accréditer cette vérité, que l'image ophtalmoscopique connue surtout sous le vieux nom de *rétinite albuminurique* n'a pas un caractère spécifique. Ceci est à rappeler à qui serait tenté de prendre en défaut les observations et les statistiques qui ont fixé la gravité de la rétinite brightique. » (Henri Lagrange. Les troubles de la vision chez les brightiques. *Paris Médical*, 5 septembre 1931).

« .... Le médecin n'est pas responsable d'une erreur, mais il est responsable de toute faute, *même légère*, contrairement à ce qu'écrivent les journaux médicaux et aussi plusieurs décisions de justice. Sur le principe que les dispositions des articles 1382 et 1383 C. civ. s'appliquent à toute faute quelconque de l'homme et qu'il n'existe aucune exception en faveur du médecin. (Le *Quotidien Juridique*, 7 et 8 octobre 1931.)

L'abcès de fixation dans le traitement de l'infection puerpérale

Par **Henri VIGNES**

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ, ACCOUCHEUR DE LA CHARITÉ

FOCHIER, ayant remarqué que certaines infections généralisées s'améliorent soudain lorsqu'apparaît une suppuration localisée (abcès du sein, paramétrite, arthrite), eut l'idée de provoquer artificiellement des abcès de fixation « dans les états infectieux où l'on peut voir se produire spontanément des suppurations et où ces suppurations, traitées chirurgicalement, peuvent guérir en contribuant parfois d'une façon manifeste à la guérison de l'état infectieux. » Cette méthode a eu un grand succès, du moins en France.

Je l'ai beaucoup vue employer et je l'ai beaucoup employée depuis 1908. Je l'ai d'autant plus employée que je suis hostile à l'idée de tout traitement intra-utérin de l'infection puerpérale : un confrère a pu dire de moi que j'étais l'extrémiste de l'abstension. J'ai donc cherché, dans le traitement général, un moyen pour essayer de guérir les infectées. Il me faut, aujourd'hui, faire mon bilan.

Dans ces pages, je citerai les noms de quelques auteurs parmi ceux qui ont écrit sur le sujet. J'aurais pu en citer beaucoup plus et avec de belles références, car je suis assez « rat de bibliothèque » pour cela. J'ai pensé que cet étalage d'érudition était inutile. Je renvoie les lecteurs qui voudraient une bonne documentatiton à l'excellent numéro que le *Journal de la Médecine de Lyon* a publié sur ce sujet le 20 avril 1930.

***

Technique. — Pour provoquer un abcès de fixation, on injecte un centicube d'essence de térébenthine (1) dans le tissu cellulaire sous-cutané à égale distance du derme et de l'aponévrose : en injectant trop près du derme, on détermine une nécrose de celui-ci et une plaie qui est longue à cicatriser : en allant plus loin que l'aponévrose, on détermine des dégâts musculaires importants et des adhérences de la cicatrice cutanée à la cicatrice musculaire.

Je pratique toujours l'abcès à la face externe de la cuisse. FOCHIER conseillait la région du flanc. Certes, l'injection dans cette région est moins douloureuse. Mais une suppuration de la paroi constitue un inconvénient au cas où la marche des phénomènes cliniques imposerait une intervention abdominale.

La réaction inflammatoire locale commence au bout de six à douze heures et elle est à son maximum au bout de quarante huit heures.

On incise l'abcès lorsqu'il est bien collecté et franchement fluctuant, la fluctuation étant parfois difficile à apprécier du fait de l'œdème. Si l'on incise trop tôt, l'abcès est malformé ; il contient non pas du pus, mais du tissu cellulaire nécrosé qu'il faut exciser par une incision large, (après laquelle, d'ailleurs, on peut faire une suture primitive ou secondaire précoce). Si l'on incise trop tard, il arrive de temps à autre que le pus ait créé des décollements importants. En moyenne, c'est vers le huitième jour qu'il faut intervenir.

Si l'abcès ne « prend » pas, on renouvellera, au bout de vingt quatre heures, l'injection de térébenthine (1) : on renouvelle jusqu'à cinq fois, six fois. Il arrive que ce soit, seulement, cette cinquième fois que l'abcès prend et, alors, fait très suggestif, on voit les injections précédentes prendre à leur tour. Parfois, elles prennent dans l'ordre inverse de leur ancienneté : ceci est un argument à méditer quant à la valeur curative réelle de la méthode. Il arrive, d'ailleurs, que les abcès prennent tardivement dans d'autres conditions qu'après une nouvelle injection de térébenthine : j'ai observé en novembre 1930, dans mon service de la Charité, une infectée grave à laquelle on avait fait un abcès de fixation qui n'avait pas pris et dont l'état était resté grave. Or, elle s'est améliorée à partir du moment ou une piqûre d'huile camphrée a déterminé un abcès. Du même coup l'abcès à la térébenthine a réagi. A l'incision, j'ai trouvé du, tissu lardacé et un petit lac de térébenthine.

Quand je multiplie les abcès, je les fais les uns au voisinage des autres pour n'avoir à faire qu'une seule incision.

***

Comment peut bien agir l'abcès de fixation ? Il est très difficile à s'expliquer comment agit l'abcès de fixation. Des hypothèses nombreuses ont été formulées ; quelques faits ont été apportés au débat. Il convient d'avoir présents à l'esprit les uns et les autres pour essayer d'interpréter les phénomènes cliniques.

1° FOCHIER pensait que l'abcès fixait les microbes, et que ceux-ci étaient ensuite éliminés à l'extérieur ; l'abcès attirait à lui les leucocytes chargés de microbes. Dans cette conception, le terme d'abcès de fixation serait exactement appliqué.

A l'appui de cette hypothèse, on peut apporter l'argument que, parfois, on trouve des microbes dans l'abcès

Mais on peut objecter que le plus souvent, que presque toujours, les abcès sont stériles. A cette objection, les partisans de la théorie de la fixation répondent que les microbes sont bien fixés, mais que l'action microbicide de la térébenthine les détruit. On trouverait toujours des microbes si, au lieu d'employer une substance antiseptique, on employait pour provoquer l'abcès, une substance irritante et non antiseptique. Parfois, d'ailleurs on les trouve même dans le pus térébenthiné. — On peut, aussi pour prouver la réalité de la fixation, invoquer une expérience de NETTER et CÉSARI. Ces auteurs, en faisant agir sur le pus d'un abcès de fixation (pratiqué au cours d'une pneumococcie) un sérum anti-pneumococcique, ont provoqué une précipito-réaction, ce qui peut être interprété comme prouvant la présence d'un antigène pneumococcique dans le pus. Enfin, raisonnant par analogie, on a pu dire que l'abcès fixant certaines substances toxiques pouvait bien fixer les microbes : CARLES a démontré la réalité de cette fixation des substances toxiques et l'analyse chimique lui a permis de les retrouver dans le pus en beaucoup plus grande quantité que dans

(1) Bénéficions des recherches de FOCHIER ; son choix ne s'est arrêté à l'essence de térébenthine qu'après l'essai de multiples autres substances.

(1) Lorsque l'abcès ne prend pas, BENJAMINO SORRENTINO essaie de le forcer à prendre par cataplasme ou en le lardant avec le thermocautère.

n'importe quel organe, foie compris. Plus récemment, d'autres auteurs ont retrouvé dans le pus des substances injectées expérimentalement pour bloquer le système réticulo-endothélial, comme si l'abcès libérait ce dernier et lui rendait ses possibilités de protection.

2° Pour d'autres auteurs, la valeur de l'abcès tiendrait à ce qu'une partie de la térébenthine est résorbée et que cette substance possède une action antiseptique générale. C'était l'opinion à laquelle était arrivé mon maître FABRE.

La térébenthine possède, manifestement, une action antiseptique. Cette action, FABRE l'avait observée, en ajoutant de petites doses de térébenthine à des cultures de strepto. Je l'ai vue, pendant la guerre, avec la collaboration de MAGROU : le badigeonnage d'une plaie streptococcique à la térébenthine faisait toujours disparaître le streptocoque ; mais, toujours, aussi, les streptocoques réapparaissaient en quelques jours et une nouvelle application de térébenthine, alors, était inefficace sur eux. Ces observations, plusieurs fois renouvelées, nous ne les avons pas publiées. Elles tendent à prouver que la térébenthine est nuisible au streptocoque, mais que cette nocivité est restreinte.

D'autre part, on a objecté à l'hypothèse d'une action antiseptique que la résorption de térébenthine est minime.(1)

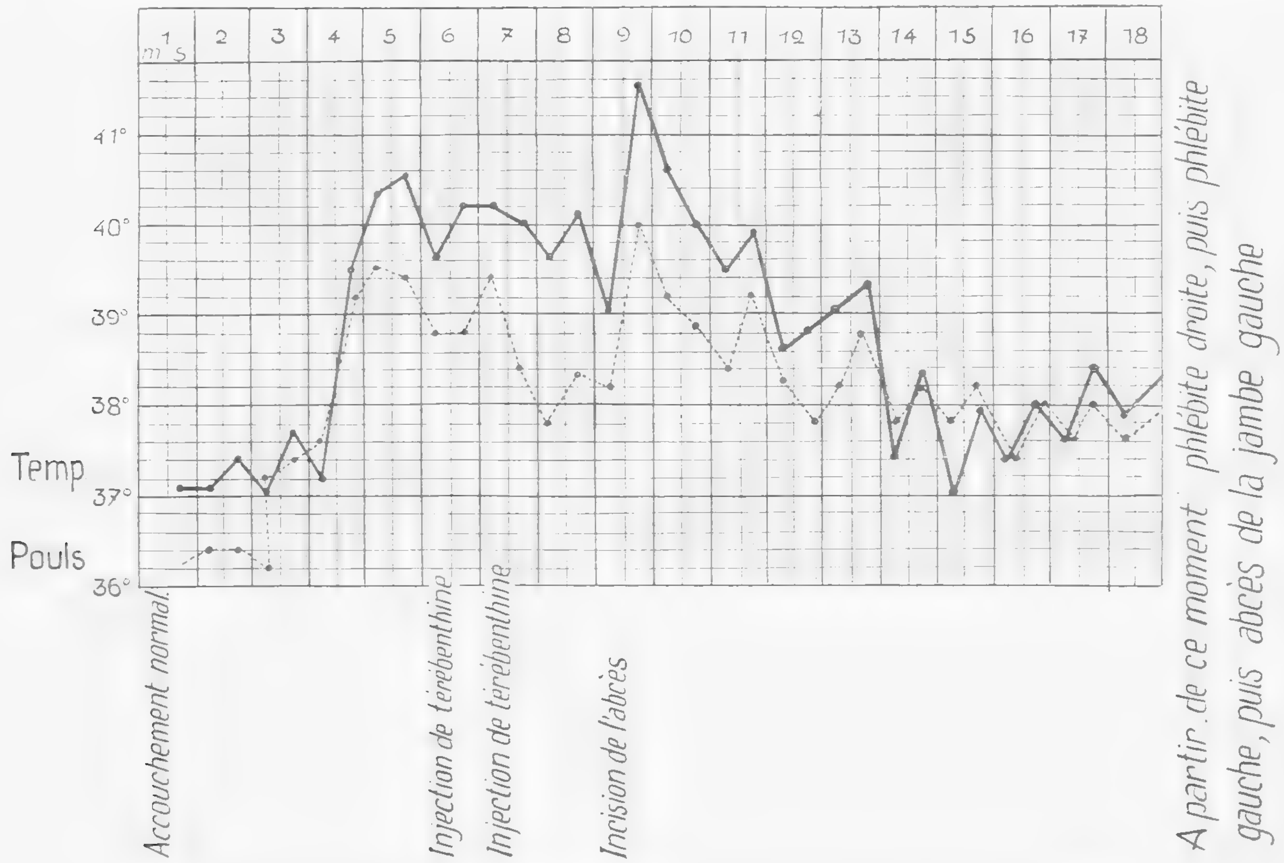
3° *Quelques numérations globulaires avaient fait supposer que l'abcès provoque une leucocytose.* Ces faits existent.

Mais, beaucoup plus souvent, ainsi que l'a montré CARLES, il y a hypoleucocytose. Nous ne nous arrêtons donc pas à cette hypothèse.

4° *On a supposé que l'abcès attirait les leucocytes en excès au niveau du foyer infectieux.* Ceci est à rapprocher de la théorie de ALMROTH WRIGHT suivant laquelle une infiltration phagocytaire trop abondante empêche l'afflux suffisamment renouvelé de sang chargé de substances bactéricides. La théorie de WRIGHT m'a semblé la meilleure interprétation de divers faits que j'ai observés en pratique chirurgicale ou en pratique gynécologique : l'engorgement au voisinage d'un foyer infecté est un obstacle à la guérison. Mais, en ce qui concerne la septicémie puerpérale, il manque la démonstration de l'afflux *exagéré* de leucocytes au niveau de la plaie utéro-placentaire.

5° FEUILLIÉ *a supposé que l'abcès attire, en grand nombre, les leucocytes et que ceux-ci sont remplacés par des leucocytes neufs* et « pleins d'ardeur ». La fréquence de formes jeunes de leucocytes après abcès de fixation est un argument en faveur de cette théorie.

6° *On a parlé d'augmentation du pouvoir bactéricide* : LA TORRE, il y a quelque trente ans, RAMON, plus récemment, ont vu des faits de cet ordre. NESTORESCU a eu l'idée de rechercher le taux des alexines dans le sérum chez le chien après abcès de fixation. Comme on pouvait le prévoir, ce taux est augmenté. NESTORESCU n'a pu mettre en évidence la moindre action alexique dans la sérosité de l'abcès. LESIEUR, dans la fièvre typhoïde, avait trouvé une grande quantité d'agglutinines dans le liquide de l'abcès. BELIN a vu que, si le pus d'un abcès naturel, contient des antitoxines en quantité plus faible que le sérum, le pus d'un abcès de fixation en contient plus que ledit sérum. Il n'en reste pas moins à interpréter cette augmentation du pouvoir bactéricide. Il n'est pas absurde de supposer qu'elle soit due à la cytolyse des globules blancs accumulés dans l'abcès et du tissu cellulaire nécrosé : il s'agirait d'une autoprotéinothérapie ou d'une autoprotéosothérapie et non, comme



Evolution de la courbe thermique dans un cas où l'on a provoqué un abcès de fixation.

(1) C'est en se fondant sur cette hypothèse que FABRE avait proposé l'emploi de sérum térébenthiné et qu'on a proposé l'injection intraveineuse de térébenthine colloïdale ou l'injection sous cutanée d'huile de térébenthine.

le dit KOEHLER (sans doute par lapsus) d'une thérapie par des substances protéiques étrangères.

***

Valeur pronostique de l'abcès de fixation. *En règle générale, quand l'abcès ne prend pas, le pronostic est très grave.* D'aucuns disent qu'il est fatal, ce qui est peut être exagéré. J'ai observé pour ma part, un cas qui s'inscrit en faux contre cette théorie. Malheureusement je ne puis reproduire ici la courbe thermique qui a été égarée. Madame X (Observation 1801), primipare, âgée de trente-deux ans, avec insuffisance thyroïdienne et hydrohématorrhée gravidique, accouche le 6 août : forceps, délivrance artificielle pratiquée de parti pris (placenta très diffus inséré par le fond et sur toute la face antérieure). Dès le lendemain, fièvre. Cette fièvre monte régulièrement, du matin jusqu'au soir et du lendemain matin sur la veille au soir ; vers le quatrième ou cinquième jour, je fais un abcès de fixation qui ne prend pas et la température dépasse 40°5. A ce moment , elle redescend avec la même régularité en sorte qu'en une quinzaine de jours tout est fini. J'incise, alors, l'emplacement de l'abcès parce que la région est un peu sensible et, dans un tissu cellulaire à peine infiltré, je trouve un petit lac de térébenthine, sans réaction du voisinage. L'incision fut très longue à cicatriser.

En règle générale quand l'abcès prend, le pronostic est bon. Là encore, il y a des exceptions, certaines femmes, malgré un bel abcès, succombent au progrès de la septicémie. D'autres fois, l'état reste grave parce qu'il existe, d'ailleurs, un foyer métastatique évoluant pour son propre compte.

Je considère comme une mauvaise pratique de faire un abcès uniquement pour en tirer un élément de pronostic. C'est infliger une complication pénible pour une curiosité, pour un simple renseignement qui ne sera pas suivi d'une sanction thérapeutique sinon, de temps à autre, une hystérectomie. (On a proposé comme indication à l'hystérectomie le fait que l'injection de térébenthine ne détermine pas de réaction.)

Mais, depuis deux ans, à de nombreuses reprises, nous avons employé, dans mon service de la Charité, une méthode à laquelle nous avons donné le nom de *microabcès*. Nous injectons avec la seringue de BARTHÉLEMY un dixième de centi-cube de térébenthine. Jusqu'ici, nous n'avons eu que des cas non mortels (une dizaine en tout) : le microabès a *toujours* pris, nous apportant son renseignement et, toujours, il s'est résorbé. Peut être après la sortie de l'hôpital, s'est-il ouvert comme un furoncle, je n'en sais rien, mais sûrement le dégât n'a pas été bien grand, pas plus grand que l'ouverture d'un petit furoncle.

***

Valeur thérapeutique de l'abcès de fixation. — 1° *J'emploie l'abcès de fixation toutes les fois que j'ai à soigner une forme grave d'infection puerpérale.* Je considère comme signes d'une forme grave : le début précoce de l'infection, l'hyperthermie élevée avec pouls rapide, l'insomnie, la prostration, sans préjudice d'autres signes et symptômes variant suivant les cas.

J'emploie la térébenthine de façon précoce et non comme une thérapeutique pour cas désespérés.

Je ne puis apporter aucune preuve certaine de son efficacité : rien que des impressions. Je n'ai jamais vu d'amélioration brusque et définitive suivre son emploi ou, si j'en ai vue, rien ne m'a prouvé qu'il n'y aurait pas eu sans cela une aussi belle amélioration : l'infection puerpérale non traitée tourne court très souvent, malgré qu'elle semble grave et gravissime. Je n'ai pas encore trouvé de symptôme qui soit un symptôme de gravité certaine et que l'abcès ait fait disparaitre. Sans doute, on peut se représenter des signes sérologiques, tel que le dosage de l'alexine en série, qui permettraient de suivre l'action thérapeutique,: mais cela, je ne l'ai pas fait.

Je n'ai jamais vu non plus de cas où l'ouverture de l'abcès ait été suivie d'une amélioration qui soit une preuve irréfutable de l'effet thérapeutique. Regardez « en géomètre » la courbe ci-jointe : rien ne prouve que la courbe thermique n'aurait pu aussi bien redescendre sans mon abcès et son incision. Rien ne prouve non plus d'ailleurs qu'elle serait descendue.

Alors ?

Je reste, *momentanément*, fidèle à l'abcès de fixation. Il n'est pas dangereux. Peut-être guérit-il. Il y a peu de médicaments ou médications de l'infection dont je puisse en dire autant.

2° CARLES *déconseille l'abcès de fixation dans les infections suraiguës et considère comme seules indications* : 1° *la nature vraiment septicémique et même pyohémique de la maladie* : 2° *la prolongation de celle-ci avec danger de production de localisations inflammatoires graves ou purulentes*; 3° *la nécessité d'une dérivation violente et l'impossibilité de la réaliser par d'autres médications connues.*

3° GONNET *a publié récemment, l'observation d'une septicémie subaiguë avec phlébite des quatre membres et menace d'envahissement des veines du cou, où un abcès de fixation a permis d'arrêter un « envahissement veineux implacable jusque-là ».*

4° *Les injections d'huile térébenthinée ont été très employées en Allemagne contre les formes localisées d'infections (annexites, paramétrites) pour hâter leur résorption.*

***

Le phlegmon de fixation. — En 1915, CERIOLI, a proposé de traiter les infections par un véritable phlegmon de fixation : il injectait un centimètre cube d'un mélange de quatre parties d'eucalyptol et une partie de térébenthine. Il se forme une vive réaction locale phlegmoneuse, qui tend ensuite à la résolution ..... à moins qu'elle ne suppure. J'ai employé et enseigné cette méthode, souvent dans les services obstétricaux que j'ai dirigés depuis 1920 au hasard des remplacements (Beaujon, Hôtel-Dieu, Boucicaut, Saint-Louis), et, ensuite, dans mon service. Je l'ai signalée en 1921 dans un article sur les ressources du traitement général de l'infection puerpérale. Je lui reconnais l'avantage qu'au cas où j'hésite à faire ou ne pas faire un abcès, je me décide à faire un phlegmon parce qu'il s'agit d'un simple *phlegmon*, et qu'ainsi je me conforme à mon principe d'agir précocement. Je dois dire, d'ailleurs, que je n'emploie plus cette méthode ou presque plus depuis que j'ai eu l'idée du microabcès.

***

Conclusion. — Je reste embarrassé pour conclure. Je ne suis pas sûr que l'abcès de fixation guérisse, mais j'ai l'impression qu'il en est ainsi parfois. Je continuerai à l'employer jusqu'à meilleure thérapeutique. Je crois qu'il faut étudier son mode d'action de plus près qu'on ne l'a fait et qu'une telle étude pourrait nous amener à une meilleure compréhension de l'infection puerpérale, de sa guérison, et de son traitement.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

La descente de matrice d'une bourgeoise de Paris et le monstre bicéphale d'Aubervilliers

Deux observations du XVe siècle

Par le Dr Ernest WICKERSHEIMER

Le manuscrit français 2043 de la Bibliothèque nationale est un recueil d'opuscules surtout médicaux, qui, d'après les caractères de l'écriture, paraît appartenir au milieu du XVe siècle, Au fol. 101, on lit : « May xxviije, l'an 1481, mais c'est là une addition, d'une main plus récente.

Aux fol. 77-99 v° de ce manuscrit, se trouve un traité anonyme, intitulé « Des maladies qui peuvent sourvenir ès membres generatifz de la femme », dont les premiers mots sont : « Comme dit Aristote en son *Livre des bestes* la generacion est fecte en la femme... » Outre Aristote, Avicenne et Ypocras y sont cités, ainsi que, au fol. 87, « le grand Albert en son *Livre des bestes* ».

Pourtant ce n'est pas une simple compilation et l'auteur, médecin ou chirurgien, fait part, à plusieurs reprises, de ce qu'il a été à même d'observer, alors qu'il exerçait l'art de guérir, « tant à Paris que à Roan et Amiens en Picardie » (fol. 85 v°, 94, 94 v°).

Deux de ces observations offrent quelque intérêt :

La première couvre les feuillets 91 v° et 92 du manuscrit ; elle a trait à une descente de matrice provoquée par un cauchemar :

« Et doit la femme ouster toute peur et grant tremeur, affin que ne ysse sa marris par fraier et peur, tout ainsi qu'il advint à une bourgeoise à Paris, le premier an de ma pratique, à laquelle advint que sa marris yssit dehors de son corps avec grant quantité de sang, tant que sa mere et son mary la croyoient morte et lui vint celle maladie, comme elle me racompta en sa santé, present sa mere et son mary. La jeune bourgeoyse estoit couchée en son lit avec son mary, environ une heure après mynuyt, elle songeoit que le feu estoit en sa chambre. Et lors tout soudainement se esveilla en grant paour et en soy levant de son lit, cuydans yssir de son lit et elle apperceut sa marris hors de son corps avec très grant habundance de sang et lors commença à appeler son mary et luy failly la parole et me vint querir son mary pour mectre remede à la jeune. Et lors feis asseoir une ventouse sur le ventre de la bourgeoyse et fy remectre la marris en son lieu par la matrone (1), durant tousjours la grant ventouse avec les remedes dessusdicts, par quoy fut parfaictement guerie ladicte jeune bourgeoyse, ne oncques puys ne luy advint tel accident en sa marris. »

Au fol, 96 v°, l'auteur fait part d'un autre cas singulier; il s'agit des difficultés de l'accouchement :

« Et aucuneffois pour ce que l'enfant a deux testes, comme je vy et fut veu de quarante mille (2) personnes en une ville près Saint Denis en France, appelée Haubertvillers, en laquelle fut né ung enfant, qui avoit deux testes et ung corps, dont la mere morut et ledict monstre mourut au bout de huit jours. »

Il existe deux autres relations de ce phénomène. Leur date, 1429, permet de déterminer approximativement l'époque de la rédaction du petit traité gynécologique.

(1) « ... une saige femme qui recept les enfans que l'on appelle en France matrone... ». Fol. 88 du manuscrit.
(2) Le texte porte « quarante mille mille ».

L'auteur du *Journal d'un bourgeois de Paris* s'exprime en ces termes :

« Item, le vje jour du mois de juing oudit an mil iiijc xxix, furent nées à Hobarvilliers deux enfans qui estoient proprement, ainsi comme ceste figure est (1) ; car pour vray je les vy et les tins entre mes mains, et avoient, comme vous voyez, deux testes, quatre bras, deux coulz, quatre jambes, quatre piez, et n'avoient que ung ventre ne que ung nombril, deux testes, deux dos. Et furent christiennés, et furent trois jours sur terre pour veoir la grant merveille au peuple de Paris ; et pour vray, du peuple de Paris y fut les veoir plus de dix mil personnes, que hommes que femmes, et par la grace de Nostre Seigneur la mere en delivra saine et sauve. Ilz furent nées environ vij heures au matin, et furent christiannées en la parroisse Sainct Cristoufle, et la dextre fut nommée Agnès, la senestre Jehanne, leur père Jehan Discret, la mere Gillette, et vesquirent après le baptesme une heure » (2).

Voici enfin une notice, plus détaillée encore, que Clément de Fauquembergue inséra dans les *Registres du Parlement de Paris* (Conseil, XIA, fol. 13) :

« Juing, 1429..
Lundi vje jour de ce mois, la femme d'un laboureur demourant à Haultbarviller leiz Saint Denis en France enfanta une fille gemelle ou deux filles joignans ensemble en ung seul ventre ayans tous autres membres feminins entiers et formez hault et bas doublez, c'est assavoir deux testes, iiij bras avec les espaules, iiij jambes, iiij mains et iiij pies *cum posterioribus et anterioribus membris urinalibus*, dont l'une trespassa incontinent aprez son baptesme sur les fons de l'eglise dudit Haubertviller et l'autre qui estoit ung bien pou plus grant, survesqui d'un demi quart de heure ou environ et furent gardés deux jours sans les enterrer pour ce que plusieurs de la ville de Paris et environ lez aloient voir et donnoient offrandes et aumosnes à ladicte eglise et à la mere acouchée qui avoit moult travaillié en l'enfantement desdictes filles ou fille jumelle dessusdits, *si ita appellari debeat hujusmodi partus. Cujus similis de memoria hominum visus est in hoc regno apud locum de Castello Novo d'Arry* (3) *et illius una pars aliam supervixit per spacium octo mensium vel circiter prout fertur*. Ce mois en ung des hostelz de Me J. Porcher, conseiller du Roy, nasqui ung veau ayant viij piez et une teste » (4).

(1) La figure manque au manuscrit.
(2) *Journal d'un bourgeois de Paris*, 1405-1449, pp. Alexandre Tuetey, Paris, Champion, 1881, in-8°. p. 238-239.
(3) Castelnaudary.
(4) Un veau et un porcelet bicéphales sont mentionnés dans le *Journal d'un bourgeois de Paris*, p. 239.

Bonne nouvelle pour les amateurs de foie de veau. — Le prix du foie de veau a considérablement augmenté chez les bouchers depuis le succès de la méthode de Whipple. René S. MACH (de Genève), ayant remarqué que le foie et les organes ayant les mêmes propriétés thérapeutiques (rate, moelle) sont des tissus riches en pigments sanguins, fer et nucléoprotéines a eu l'idée de traiter l'anémie par l'ingestion de placenta. Le placenta bien haché « est très bien accepté par les malades, sans répugnance au début du traitement ». (*Le sang*, 1931, n° 3, p. 299.)

A. M.

CONSULTATION DERMATOLOGIQUE

Sur un cas de Lichen plan de la Face

Par le Dr Louis BORY

Grande dermatose, bien définie, habituellement facile à reconnaître pour peu qu'on y pense, le Lichen plan (Lichen ruber planus, Lichen de Wilson) manque souvent d'être caractérisé en pratique générale, précisément parce qu'on n'y pense pas assez. Les diagnostics d'eczéma surtout, de gale et d'urticaire parfois, sont ceux qui accompagnent en pareil cas les malades à nos consultations, lorsque le prurit, l'un des symptômes majeurs de la dermatose, est assez vif ; lorsqu'il fait défaut ou est peu marqué, toutes les hypothèses, celle de la syphilis en particulier, se trouvent soulevées et ce n'est pas cette fois sans raisons très valables, à moins d'avoir vraiment « dans l'œil » (qu'on me passe l'expression) les caractères objectifs de l'une et de l'autre maladie.

A la Face le Lichen plan est rare et c'est là surtout, ainsi que sur les muqueuses génitales, qu'il revêt un aspect susceptible de rendre son diagnostic difficile.

En voici un cas bien typique :

Il s'agissait d'une femme de 44 ans, habitant les champs, au bord de la Seine à Montereau et qui portait depuis 7 mois au visage une sorte d'érytème papuleux, prurigineux, en placards, d'aspect vaguement circiné, surélevé de bords et rappelant assez des syphilides tertiaires. Cependant la netteté du *prurit*, la *rougeur*, l'*infiltration lichénienne*, une *fine desquamation par stries grises adhérentes* et enchâssées dans la masse d'érythème induré ne permettaient guère de s'arrêter au diagnostic de syphilis. Celui de lupus érythémateux pouvait être discutable, mais ne pouvait satisfaire un dermatologiste. Celui de lichen plan ne pouvait qu'être soulevé, mais sa démonstration demeurait difficile, en raison de l'étendue des placards, de leur rougeur (accentuée sans doute par la vive coloration naturelle du visage de cette paysanne) et du siège vraiment exceptionnel du lichen plan au visage.

Assez hésitant, je l'avoue, je prescrivis une thérapeutique qu'on me pardonnera de qualifier de « normande » ou mieux encore « d'albigeoise, » car la nature était chargée de choisir parmi les remèdes celui qui pouvait être le bon. Les éléments en étaient : une crème aux essences, antiprurigineuse et décongestive ; une série d'injections d'un sel bismuthique, au cas où la syphilis tout de même se cacherait là-dessous ; une potion à l'hyposulfite de soude et au salicylate de soude, car une nouvelle hypothèse, celle d'un érythème polymorphe, bien anormal évidemment, s'était un moment fait jour dans mon esprit : cette malade faisait d'ailleurs assez facilement des poussées d'urticaire.

Après trois ou quatre semaines, la nature n'avait décidément pas fait son choix ; il ne s'était produit aucune amélioration notable ; heureusement même, au contraire l'éruption s'était étendue : je dis heureusement, car ces quelques éléments nouveaux apparus sur le cou nous apportaient la précision d'un diagnostic que j'avais seulement soupçonné. Il s'agissait en effet de *papules*, déjà un peu larges, de *lichen plan* : peu saillantes ; mais de consistance ferme, sèche ; à surface plate, lisse, brillante, vaguement métallique ; sur fond rose un peu jaunâtre.

Deux séries d'acétylarsan amenèrent la disparition lente mais progressive de l'affection ; des applications locales d'une pâte salicylée, camphrée, eucalyptolée, cadique avaient accompagné la médication générale arsenicale.

Je rappelle que l'arsenic (acétylarsan, novarséno), capable d'améliorer le lichen plan, est aussi capable de provoquer son apparition et que son action thérapeutique sur l'affection est inconstante, parfois même indésirable en raison de la tendance naturelle du lichen à la pigmentation et du risque de surpigmentation apporté par la médication arsenicale.

Aussi convient-il de ne pas pousser celle-ci au delà de deux ou trois séries.

On peut alors faire intervenir l'une des deux médications ci-dessous, récemment recommandées :

1° L'irradiation roentgénienne de la région rachidienne, suivant les méthodes de Gouin et Bienvenue (de Brest) — irradiation directe et superficielle de la zone cervico-dorsale — ou de Pautrier (irradiation plus profonde, latérale, en feux croisés).

Le mode d'action de cette méthode n'est peut-être pas très différent de l'ancienne pratique de la douche vertébrale, que nous associions autrefois aux applications locales sur les placards lichéniens des pommades habituelles (aux trois acides ; au précipité blanc ; au tanin ; à l'huile de cade).

2° L'irradiation aux ultra-violets de tous les placards. C'est à cette méthode, préconisée par Milian et Juster, que j'ai eu recours récemment dans le cas d'une femme atteinte depuis longtemps déjà d'un lichen du dos à tendance atrophique (de petites taches blanches d'atrophie cutanée marquaient la trace des éléments évolués) et qui portait deux larges placards de papules conglomérées typiques, à même tendance atrophique, snr la région sous-ombilicale et le mont de Vénus. Une douzaine de séances, à doses progressives (cinq minutes à une demi-heure), une séance tous les deux ou trois jours, amena l'effacement de l'éruption.

A NOS LECTEURS

Ce numéro spécial, dû à la collaboration de Maitres de la Médecine Française, est adressé gratuitement, comme les années précédentes, à 30.000 médecins français et étrangers.

Pareil effort n'a pu être réalisé qu'avec le concours de nos fidèles annonciers. C'est simplement leur rendre justice que de signaler une fois de plus le rôle qu'ils jouent dans la diffusion de la pensée française.

Tout Abonné NOUVEAU recevra le PROGRES MEDICAL *gratuitement* jusqu'au 31 Décembre; l'abonnement partira du 1er Janvier 1932.

Le prix d'abonnement avec le **Supplément mensuel illustré** est de : France et Colonies **40 fr.**, Etudiants **30 fr.** — Belgique **45 fr.** — Etranger 1re zone **70 fr.** ; 2e zone **90 fr.** Compte chèques postaux : **Rouzaud : Paris 357.81.**

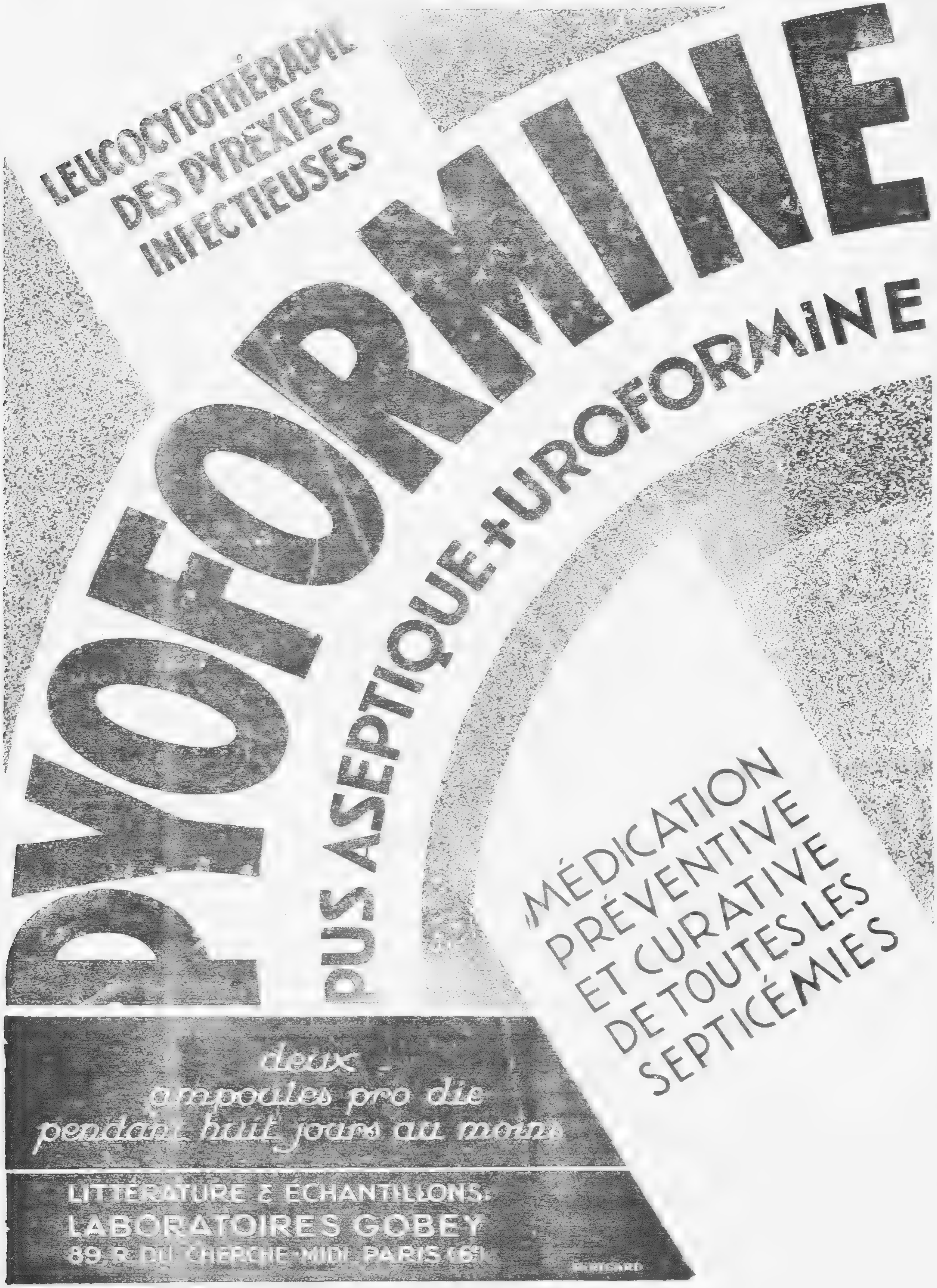
Le Gérant : A. ROUZAUD. CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

FONDÉ EN 1873. — N° 48 LE NUMÉRO : 50 Centimes 21 NOVEMBRE 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE


LEUCOCYTOTHÉRAPIE
DES PYREXIES
INFECTIEUSES
PYOFORMINE
PUS ASEPTIQUE + UROFORMINE
MÉDICATION
PRÉVENTIVE
ET CURATIVE
DE TOUTES LES
SEPTICÉMIES
deux
ampoules pro die
pendant huit jours au moins
LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS:
LABORATOIRES GOBEY
89 R. DU CHERCHE-MIDI, PARIS (6e)

NOUVELLES

Assistance publique à Paris. — *Concours d'assistant en électro-radiologie.* — Jury : MM. les Docteurs Lobligeois, Rouneaux, Pestel, Apert, Berger.

— *Concours de stomatologiste des hôpitaux.* — Séance du 9 novembre. — Epreuve orale théorique : Anatomie pathologique et symptômes des pulpites.

MM. Béal, 17 ; Houzeau, 19 ; Fleury, 19 ; Cabrol, 15.

Séance du 10 novembre. — Epreuve théorique de prothèse : Les diverses techniques usitées pour la confection des plaques bases en or utilisées en prothèse amovible au niveau du maxillaire supérieur.

MM. Cabrol, 19 ; Fleury, 16 ; Houzeau, 18 ; Béal, 15.

Concours de l'Internat en Médecine. — Séance du 7 novembre. — Questions : 1) Gangrène sénile ; 2) Diagnostic des hémorragies méningées non traumatiques.

Séance du 9 novembre 1931. — Questions : 1) Diagnostic positif et différentiel des fibro-myomes de l'utérus ; 2) Diagnostic des vomiques.

MM. Douay, 19 1/2 ; Roux Marcel, 20 ; Bonnet Georges, 17 ; Guillaumat, 23 1/2 ; Boutrou, 13 ; De Botton, 17, ; Kipfer, 21 ; Chevallier André, 12 ; Castany, 14 ; Netter, 19 ; Moreno, 17 ; Lichtenberg, 20 ; Stény, 21 ; Bonnet Pierre, 24 ; Gaultier Michel, 20 1/2 ; Moreau Jacques, 15 ; Levaditi, 25 ; Fresnais, 21 ; Fourestier, 17 ; Bastien, 23 1/2.

Séance du 10 novembre. — Questions : 1) Infiltration d'urine ; 2) Diagnostic des comas.

Séance du 12 novembre 1931. — Question sortie : 1) Symptômes et évolution de l'ostéo-arthrite tuberculeuse de la hanche ; 2) Formes cliniques de l'anévrysme de l'aorte.

MM. Dormay, 21 1/2 ; Ferroir, 21 ; Allilaire, 16 1/2 ; Goyer, 18 ; Duperrat, 17 ; Bouchacourt, 16 ; Yovanovitch, 20 ; Cottin, 14 ; Robert, 24 ; Bouteau, 13 ; Pellier, 15 ; Morin, 17 ; Penot Raoul, 19 1/2 ; Sabourin, 21 ; Findjanqjan, 20 ; Martin Marcel, 15 ; Landrieu, 25 ; Vendryes, 19 1/2 ; Bouwens Van der Boyen, 18 ; Ortholan, 16.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 9 novembre : M. Archambaud. Traitement chirurgical de la syringomyélie. — M. Luxereau. De quelques croyances populaires sur la grossesse et l'accouchement.

10 novembre : Mme Maldan-Massot. Enquête sur 92 enfants vaccinés par le B. C. G. — M. Barbin. Contribution à l'étude de l'énurésie et de ses traitements, essais de cupressus simpervirens. — M. Juddé. Contribution à l'étude des accidents observés à la suite de l'injection intraveineuse du vaccin antichancrelleux de Nicolle.

12 novembre : M. Landais. De l'influence des altérations de la vue sur l'œuvre des artistes. — M. Candon. Contribution à l'étude du cholépéritoine hydatique.

9 novembre. — Thèse vétérinaire : M. Lamy. Des affections de la prostate chez le chien.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. (Officiers rayés des cadres) :

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs de la Couture, Barrillon et Battle.

(Au titre de la loi du 17 juillet 1931) :

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Lemarchand, Gault, Cousergue, Verdeau, Sédillot, Desoil.

(Troupes coloniales.) MM. les docteurs Navarre, Thibault, Rapin, de Fayard, Rougier, Miallaret, Collet, Lemeignen, Buy, Bardier, Hoche.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Dreyfus, Villeneuve Douriez, Gourdou, Garnier de Falletans, Carrez, Gonot, Forquin, Gamet, Proust, Prepin, Platey, Maringer, Arzac, Rouyer, Huot de Saint-Albin, Badin, Seive, Dechenne, Pareau, Lagardère, Guerbe, Rivoire, Lerat, Lair, Veyrune, Didierjean, Pinet, Gratier, Mourgues, Crosmarie, Mayoud, Verdier, Veillon, Alaux, Cottard, Franco, Marciteau, Simon, Cartron, Chabanon, Casalis, Dubus, Ducœurjoly, Pirault, Thumin, Mezie, Richou, Warot, Kahn, Descamps Soalhat, Vigneront, Paynel, Merlot, David, Pilleboue, Cauchois, Bourzac, Minot, Jund, Perrier, Cornet, Alleaume, Dichamp, Jean, Journée, Habert, Luquet, Vanel, Delsaux, Sanson, Guichard, Chalier, Viel, Badolle, Pillot, Guiraud, Borel, Babin, Leporcq, Lefebvre, Tourneux, Vilte, Mercier.

(Troupes coloniales). MM. les docteurs Honorat, Chabaneix, Moret, Ferras, Garnier, Bellissen, Baudouin, Vignaud, Bernay, Vieille, Gil, Pauzier, Vidal, Blasart, Pothiez, Cahen, Dorche, Brunshwig, Bonamy, Loiselet, Lafite-Dupont, Gascheau, Trolley, Gaudin, Bouriot, Broquin-Lacombe, Dirksen, Laval, Ebstein, Doche, David, Grimoud, Lecointre, Jousset, Blanc, Gaillardot, Dorlencourt, Michel.

Commerce. — *Au grade de chevalier.* M. Jean Coirre, fabricant de produits pharmaceutiques.

Hôpital Trousseau. (Service du Docteur Lesné.) — A partir du 21 novembre 1931, M. Lesné, fera tous les samedis, à 10 h. 30, une conférence de clinique et de thérapeutique infantiles, avec la collaboration de MM. de Gennes, Marquézy et Tuppin, médecins des hôpitaux, Baruk, Blamoutier, Boutelier, Clément, Coffin, Mlle Dreyfus-Sée, Mme Hardouin, MM. Héraux, Laporte, Launay, Maurice Lévy et Lièvre, anciens internes du service.

Hôpital de Saint-Germain-en-Laye. — *Concours pour l'internat en médecine et en chirurgie.* — Un concours est ouvert pour la nomination de cinq internes titulaires et de cinq internes provisoires en médecine et en chirurgie à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

Ce concours qui comportera une épreuve écrite et une épreuve orale, aura lieu le jeudi 17 décembre 1931, à 9 heures du matin, à l'hôpital.

Hôpital Bichat. (Service de M. le Professeur Lemierre.) — Sous la direction de M. le Professeur Lemierre, MM. Michel Léon-Kindberg, médecin des hôpitaux de Paris, et A. Soulas

feront une série de conférences théoriques et pratiques sur les « *Suppurations broncho-pulmonaires* ».

Ces conférences commenceront le lundi 30 novembre 1931 et se continueront jusqu'au 24 décembre. Elles comprendront : 1° des présentations de malades avec étude de clichés radiographiques et leçon théorique, les lundi et vendredi de 10 heures à midi : 2° une leçon avec démonstration pratique de bronchoscothérapie, le mercredi à 10 heures.

Collège de France. — M. le Professeur H. Vincent, membre de l'Institut, commencera son cours le mercredi 2 décembre, à 5 heures, à son laboratoire situé provisoirement, 277, rue Saint-Jacques (Val-de-Grâce) et le continuera les mercredis suivants à la même heure.

Objet du cours : *Biologie générale des fuso-spirochétoses. Etude de leurs principales déterminations.*

Cours pratique sur les progrès de l'actinologie. — Ce cours aura lieu à l'Institut d'actinologie (œuvre reconnue d'utilité publique), 6, passage Dombasle (métro : Convention) à 18 heures, les lundis, mercredis, vendredis du 7 au 18 décembre 1931, avec le programme suivant :

7 décembre. M. Saidman : Les progrès de l'appareillage ultra-violet et infra-rouge. — 9 décembre. M. Saidman : Les nouvelles techniques d'irradiations ; leurs indications et contre-indications ; mesure pratique de la sensibilité ; interprétation des tests. — 11 décembre. M. J. Meyer : Où en sont les indications de l'actinothérapie en dermatologie. — 14 décembre. MM. Lautman et Saidman : Les U. V. en pédiatrie, état actuel des indications médicales et chirurgicales de l'actinothérapie. — 16 décembre. MM. Auzincur, Dufougère et Mlle Palisse : L'actinothérapie en otorhinolaryngologie, stomatologie et gynécologie. 18 décembre. M. J. Meyer : Associations de l'actinothérapie avec la radiothérapie, la diathermie, les ondes courtes et la petite chirurgie.

Ce cours sera accompagné des travaux pratiques suivants : application d'un test, lecture de la sensibilité cutanée et choix des doses, application d'actinocautère, prescription de la révulsion actinique ; ces travaux auront lieu de 5 à 6 heures sous la direction de MM. Saidman, Meyer, Nicolle, Belfraissy.

Le droit d'inscription est de 180 francs. Un certificat sera délivré à la fin du cours.

Association pour le développement des relations médicales (A. D. R. M.) — *Séance du Conseil d'administration.* — Malgré la publicité faite en Amérique pour les onze cours en anglais organisés au début des vacances, le nombre des élèves a été très minime, ce qui n'a rien devant étonner, il faut toujours semer au début pour récolter ensuite. De plus la crise actuelle a empêché de nombreux médecins de faire la traversée de l'Atlantique.

Comme tous les ans l'A. D. R. M. a organisé en juillet le séjour à Paris des membres de l'Inter-State Post-Graduate Association of North America. Cette année le nombre des participants, à ce voyage, n'a été que le quart de ce qu'il était les années précédentes.

Des suggestions sont transmises à M. le Doyen au point de vue du séjour à Paris de professeur étrangers.

L'A. D. R. M. vient de faire un nouvel effort pour faciliter le séjour à Paris des médecins étrangers. Elle publie chaque soir la liste des opérations qu'on doit faire le lendemain dans les principaux hôpitaux. Cet essai a donné des résultats satisfaisants, plusieurs étrangers sont déjà venus demander qu'on leur envoie quotidiennement par pneumatique ces listes d'opérations.

Election de nouveaux membres : MM. Ardoin, Madier et Tournade.

Nécrologie. — Dr Maurice Bloch, de Paris, 7, avenue Carnot. — Dr H. de Brun, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Beyrouth, décédé à Bois-Noir, près de Saint-Brieuc. — Dr Jean-Robert Cautru, décédé accidentellement à l'âge de 27 ans. — Dr Fillion, maire de Vertou (Loire-Inférieure). — Dr Gallice, de Langeac (Haute-Loire). — Dr Edmond Guer-

TIN, de Tours. — Dr Emile LEULLIER, chef des laboratoires de radiologie de l'Institut prophylactique et de l'hôpital Bellan. — Dr Emile THOUMAS, de Paris, président de la Société des médecins de l'état civil, décédé à l'âge de 73 ans. — Dr Raymond TSCHUDNOWSKY, interne des hôpitaux. — Professeur MAYOR, de Genève. — Dr Charles NIEL, médecin lieutenant-colonel des troupes coloniales, décédé à Hanoï, à l'âge de 57 ans. — Dr Alexandre PAYOT père, d'Annecy.

BIBLIOGRAPHIE

De Tarentaise en Maurienne, par André-Charles COPPIER. Un fort volume grand in-4° illustré de 21 gravures en couleurs et de nombreuses héliogravures. Prix : 130 fr. Tirage sur Annam, numéroté de 1 à 100, orné d'une eau-forte originale « Les deux sœurs ». Prix : 500 fr. Tirage sur Rives, numéroté de 101 à 300. Prix : 300 fr. Dardel, éditeur, Chambéry.

Depuis de longues années, André-Charles Coppier a fait en Tarentaise et en Maurienne une ample moisson de notes, croquis, dessins et peintures. On devine ce qui l'intéressa le plus dans ce pittoresque innombrable. Il nous en présente aujourd'hui une sélection judicieuse en une centaine de gravures en bistre et en couleurs ; ces reproductions, d'une fidélité parfaite, sont harmonieusement disposées dans le texte qui les suit, les habille et les commente. Que de documents précieux, quelle évocation précise de nos chers souvenirs :

Souvenirs des choses et des gens, des sites et des rares monuments que l'homme a érigés sur cette vieille terre savoisienne. Tour à tour défilent les foules dans les pèlerinages et les processions, aux mariages et à l'église, aux foires et aux enterrements, à toutes les manifestations de la vie collective montagnarde ; puis les isolés, femmes à la fontaine au torrent, aux champs ou tricotant sur le pas de leur porte, jolis profils perdus dans la mémoire et retrouvés soudain en tournant une page ; bêtes et bergers, campés dans les beaux paysages alpestres, qu'ils animent de leur présence et dont ils sont une essentielle partie...

L'auteur exprime un vœu dans sa préface, et il l'exprime avec une nuance de regret parce qu'il l'estime irréalisable. Qu'il se rassure, son vœu est exaucé, car, en parcourant les pages de son livre, c'est bien la *salutation angélique* des clochers savoyards qui nous arrive *sur le vent parfumé d'une senteur* d'andains, on entend les sonnailles des troupeaux et les *mille bruits* qui peuplent le silence, le soir, tandis qu'apparaît la première *étoile....* ; *cette mélodie complexe avec l'odeur des foins secs*, le maître graveur a su cueillir et nous la restituer, et avec lui, l'on devine *tout ce qui sommeille d'obscur au fond des yeux clairs des jeunes montagnardes*. Qu'il soit félicité par tous, mais tout d'abord par les Tarins et les Mauriennais, l'artiste qui sut ainsi, avec la technique minutieuse d'un maître imagier d'autrefois, faire revivre par le trait et par la couleur les gestes les plus expressifs et les coutumes les plus touchantes de la vie montagnarde dans les décors, familiers ou grandioses, des hautes vallées.

L'éditeur Dardel fut bien inspiré en imposant en caractères dorés le titre de ce volume ; car on peut bien y voir comme le livre d'or où sont consignés, parmi de prestigieuses enluminures, les plus beaux titres de noblesse de la Tarentaise et de la Maurienne.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Les Hémoptysies

Par le Professeur Maurice LOEPER

Les médications qu'on emploie contre les hémoptysies sont assez analogues à celle qu'on utilise dans les autres hémorragies, mais leur application comporte toujours des nuances qu'il faut connaître et qui les rendent plus spécialement électives.

On sait comment se produit l'hémoptysie et quelles sont ses causes. Le sang projeté par la bouche vient du larynx, de la trachée ou du poumon. L'abondance est variable et la coloration l'est également : le sang est rouge, lorsqu'il est abondant et en larges flaques, il se présente en filets ou en crachats isolés lorsqu'il est discret ; il est noir quand il provient d'un foyer ancien et en voie de résolution.

Ces modalités commandent le traitement immédiat. Mais il en est d'autres qui conditionnent la thérapeutique ultérieure. Ce sont les éléments qu'on pourrait appeler satellites.

L'abondance tout d'abord de l'hémoptysie donne deux grandes indications thérapeutiques. Quand elle est forte elle exige une médication d'urgence. Il ne s'agit pas alors de modifier plus ou moins la composition chimique ou l'équilibre du milieu sanguin, il faut agir sur l'organe qui saigne et sur ses vaisseaux par des moyens d'effet rapide et efficace.

Quand elle est discrète au contraire, l'urgence est moindre. C'est ainsi qu'il en est dans les affections pulmonaires chroniques, dans les infarctus du poumon avec crachats hémoptoïques où l'on peut utiliser des substances d'action moins brutale et capables d'agir plus lentement sinon plus sûrement sur la coagulation du sang lui-même.

Certains signes qui accompagnent les hémoptysies peuvent avoir encore un intérêt au point de vue du diagnostic et du traitement. Je ne parle pas de l'anémie, de la syncope, de l'hypotension qui sont phénomènes corrélatifs de la perte du sang mais de la dyspnée et de la fièvre qui en sont indépendantes ou ne sont pas intimement liés. L'une et l'autre sont habituelles dans la tuberculose. Mis à part les crachats hémoptoïques qui surviennent au cours de la pneumonie, qui précèdent la rupture d'une poche purulente, les hémoptysies fébriles sont le plus souvent des hémoptysies tuberculeuses. Elles prennent le nom d'hémoptysies par poussées ; le repos et la morphine leur conviennent avant tout, assez mal l'ipéca ou l'émétine et très mal certains médicaments comme le sérum animal.

Il est impossible de diviser les hémoptysies d'après leur cause. La vraie division clinique est basée sur leur gravité et sur le caractère urgent de la médication qu'il leur faut opposer. Le traitement symptomatique prime ici le traitement étiologique.

Il y a tout d'abord des hémoptysies contingentes qui sont presque des hémoptysies négligeables. Elles ajoutent peu de chose à une maladie déjà connue et ne nécessitent pas une thérapeutique extrêmement active.

Les hémoptysies dominantes, celles qui sont, pour un moment au moins toute la maladie, nécessitent une thérapeutique héroïque.

Cette division est sans prétention mais me paraît assez pratique et surtout clinique. Elle tient en tout cas très exactement compte des considérations qui précèdent.

* * *

1° Voyons tout d'abord les **hémoptysies contingentes** :

Ce sont les hémoptysies qui surviennent au cours de la pneumonie. Le Prof. Lépine, de Lyon, avait isolé autrefois une variété de pneumonie à laquelle il donna le nom de « pneumonie hémorragique », hémorragique parce que les crachats, au lieu d'être jus de pruneaux, gelée de groseille ou d'abricot étaient véritablement sanglants. Le caractère hémorragique est ici la conséquence souvent d'altérations des vaisseaux pulmonaires qui sont fréquentes chez les alcooliques et chez les vieillards. Je ne dis pas qu'elles soient négligeables ; mais elles accroissent peu la gravité de la pneumonie elle-même, et elles ne sont pas assez importantes pour exiger une médication hémostatique puissante. L'ipéca y est indiqué par sa double action hypotensive et anémiante du poumon, mais il doit être donné à faible dose, 10 à 20 centigrammes par exemple par jour, en pilule ou en potion, associé à l'extrait thébaïque.

L'oxyde blanc d'antimoine et le kermès donnent un résultat semblable.

Il ne faut prescrire ces trois médicaments qu'en cas de diagnostic certain, car s'ils conviennent bien à des pneumoniques, ils pourraient au contraire être défavorables chez des tuberculeux.

Dans le jeune âge, la broncho-pneumonie hémorragique est exceptionnelle ; elle justifie encore l'ipéca et spécialement le sirop Désessarts qui en contient de très faibles doses.

Quand la pneumonie s'accompagne d'œdème sanglant, la saignée reste le meilleur moyen thérapeutique. Elle a d'ailleurs des avantages multiples : elle atténue la congestion œdémateuse, elle soulage le cœur gauche qui est souvent défaillant, elle réduit l'infection générale et la congestion du rein.

Il faut citer d'autre part les hémoptysies noirâtres qui surviennent chez les cardiaques ou les athéromateux à la suite d'apoplexie ou d'infarctus pulmonaires ; ces hémoptysies discrètes nécessitent le repos, les sédatifs, les ventouses sèches et scarifiées, plus rarement la saignée, presque toujours la digitale.

2° J'arrive aux **hémoptysies « dominantes »** celles qui paraissent autonomes, qui se placent au premier plan et priment tout. Ces hémoptysies sont souvent impressionnantes et parfois même mortelles. Elles ont presque toujours une origine tuberculeuse, je dis presque toujours, car la dilatation des bronches, les kystes hydatiques du poumon, les pleurésies purulentes, les états gangréneux, à leur début peuvent aussi les produire. Elles sont abondantes, souvent fébriles. Le sang est rouge, aéré, mousseux ; il a dans la cuvette tous les caractères du sang recueilli aux abattoirs quand on saigne un animal. Ces hémoptysies, même moyennes, commandent toujours des mesures immédiates : application de glace sur le thorax et repos absolu la tête basse.

La plupart des auteurs, depuis longtemps, recommandent l'application de *glace*. Les familles tiendraient d'ailleurs rigueur au médecin qui ne la prescrirait pas.

Elle a sans doute l'avantage de provoquer une certaine vaso-constriction, mais cette vaso-constriction est tout extérieure et ne s'accompagne sans doute point d'une réaction interne identique.

Mais l'application de glace a un autre avantage : elle oblige le malade à l'immobilité absolue et n'eût-elle que cet effet, elle serait bienfaisante.

On aura souvent intérêt à mettre cette glace sur le cœur du malade ; la réfrigération de la région précordiale calme l'éréthisme cardiaque, ralentit les battements du cœur, ce qui est toujours bon chez un sujet qui saigne ; elle modifie la température ultérieure, ce qui est utile chez des hémoptysiques fébriles ; elle apaise le système nerveux, ce qui est indispensable chez des sujets particulièrement agités et anxieux. L'action hémostatique est réelle mais indirecte. L'action générale est très marquée.

L'ingestion de glace pilée en fractions infinitésimales et souvent répétées exerce une action assez analogue, tout d'abord la vaso-constriction pulmonaire apparaît plus vive quand la glace est introduite dans l'œsophage que lorsqu'elle est placée extérieurement et l'action sur le plexus cardio-pulmonaire est plus marquée ; l'une et l'autre restent pourtant discutables.

J'ai dit combien le repos était indispensable. Pour l'obtenir, un médicament est vraiment remarquable : la *morphine* et la morphine en injection sous-cutanée. Une centigramme peut suffire dans les hémoptysies de moyenne intensité. Le malade

◆◆

repose, dort, il cesse de s'agiter, de tousser ; et le sang peut se coaguler plus aisément. La morphine a donc, elle aussi, une action indiscutable mais qui est encore assez indirecte.

L'opium peut être aussi employé en pilules ou potion sous forme d'extrait thébaïque à 1 ou 2 centigrammes. Il est sous cette forme encore apaisant de la toux et du système nerveux, mais à un degré moindre et moins rapidement.

On a vanté jadis dans les hémorragies la stypticine. La stypticine dérive de l'opium, car elle est une transformation de la narcotine, qui est un des alcaloïdes les plus abondants (6 p. 100). La narcotine donne la cotarnine et le chlorhydrate de cotarnine n'est autre que la stypticine. Elle se donne à la dose de 10 à 20 centigrammes en cachets et a une action souvent remarquable dans les hémorragies de l'utérus et de la vessie. Son action est sédative et semble-t-il aussi quelque peu coagulante et vaso-constrictive.

A vrai dire la stypticine est peu utilisée dans les hémoptysies. J'en ai cependant, avant et pendant la guerre, obtenu de bons résultats.

Comme l'éréthisme cardiaque exagère les hémoptysies on ajoute souvent à ces médicaments quelques gouttes de digitaline ; l'association de V gouttes de digitaline pendant 6 à 8 jours à 1 centigramme d'extrait thébaïque est très recommandable.

Tels sont les médicaments qui agissent sur l'hémoptysie par immobilisation. Ils provoquent le repos du malade, font cesser la toux, ralentissent la circulation et la respiration. Et ces processus facilitent le caillot.

* * *

Voici maintenant les médicaments HÉMOSTATIQUES au sens strict du mot. Pour les étudier je considérerai deux types d'hémoptysies : l'hémoptysie moyenne et l'hémoptysie grave. La première permet des médications lentes, l'autre oblige aux traitements d'urgence.

A l'hémoptysie moyenne conviennent les médications coagulantes et vasoconstrictives faibles : une hémorragie, de quelque organe qu'elle provienne, comportant toujours deux indications : l'augmentation de la coagulation du sang et l'occlusion des capillaires ou des vaisseaux qui saignent.

Voyons d'abord quels médicaments peuvent accroître la coagulabilité. Nous verrons ensuite ceux qui peuvent contracter les vaisseaux.

La méthode **coagulante** est progressive, elle utilise surtout le *chlorure de calcium*. Le chlorure de calcium est un médicament précieux ; il agit sur le milieu sanguin, facilite la coagulation par un mécanisme chimique qui n'est que l'exagération du processus physiologique normal. Le calcium est en effet un des éléments les plus importants de la coagulation sanguine. Le plasma ou thrombine ne peut transformer le thrombogène en fibrine que grâce aux ions calcaires qui se collent à elle : le chlorure de calcium ajoute des ions calcium nouveaux qui facilitent, au point blessé, la précipitation de la fibrine et, partant, la coagulation.

Le chlorure de calcium a l'inconvénient d'être assez désagréable ; on l'incorpore au sirop de citron, d'écorces d'oranges, et des spécialités fort bien faites se trouvent dans le commerce qui appliquent cette formule. On peut aussi l'associer au sirop de morphine, de codéine, et rendre ainsi son action plus complète et plus rapide.

Voici la formule de la potion classique :

4	grammes	de chlorure de calcium
30	—	de sirop de morphine
60	—	d'eau
60	—	sirop de limon.

L'action du chlorure de calcium ne peut être immédiate. Elle est lente et progressive et ne peut se faire dans les hémorragies pulmonaires qu'indirectement par l'intermédiaire de la circulation. Elle est meilleure et plus rapide dans les hémorragies gastriques sur le contact du médicament est direct avec la plaie qui saigne.

On peut s'étonner, quand on connait l'action du chlorure de calcium, d'entendre citer un autre médicament, qui déplace le calcium et dont l'effet est par conséquent inverse. J'ai nommé le *citrate de soude*. Jusqu'en 1924 le citrate de soude avait l'unique réputation d'être antivisqueux et anticoagulant.

On sait en effet que, *in vitro*, en présence de citrate de soude, il empêche la coagulation et c'est pour cette raison que la transfusion sanguine se fait avec du sang citraté.

On sait aussi que le citrate de soude réussit parfois chez des sujets atteints d'oblitération vasculaire et qu'il aide au rétablissement de la perméabilité. Or, M. Renaud nous a prouvé que ce même citrate de soude, anticogulant *in vitro*, empêchait la cogulation *in vivo*, tout au moins par injection sous-cutanée, et surtout intra-veineuse, et nous a cité un très grand nombre d'hémorragies où l'injection veineuse de citrate lui a donné de bons résultats.

La solution proposée est à 30 p. 100 de citrate de soude ; avec 20 à 30 centimètres cubes, il semble qu'on puisse conjurer des hémoptysies moyennes. La chose peut paraître paradoxale, extraordinare, mais elle est. Il s'agit d'expliquer ce paradoxe de savoir si ce médicament est vraiment coagulant, ou s'il est seulement hémostatique et de quelle façon.

Pour Renaud le citrate de soude ne modifie pas la coagulabilité du sang, il n'augmente pas la contraction des vaisseaux, il agit sur les term naisons nerveuses et le tonus vasculaire. D'autre part la soustraction au muscle vasculaire de l'ion calcium peut augmenter sa tonicité comme l'adjonction la diminue. Sans doute faut-il faire entrer en ligne de compte le choc que le médicament détermine et qui favorise la coagulation.

Le paradoxe, l'antinomie qui existe entre l'action du citrate de soude *in vitro* et *in vivo*, *a priori*, paraît moins étrange quand on étudie l'action de certains autres médicaments. Beaucoup d'auteurs ont indiqué les sels de zinc, le mucate de sodium et la pectine qui sont peu ou point coagulants *in vitro* et le sont par contre *in vivo*.

Le rôle hémostatique de ces médicaments est réel et peut apparaître aussi paradoxal.

Le mucate de soude donne pourtant quelques bons résultats. La gélatine en injections sous-cutanées est un utile adjuvant à la dose de 20 centimètres cubes en solution à 2 p. 100

La *pectine* mérite qu'on s'y arrête quelque peu. Elle a été fort vantée ces derniers temps. Son action s'apparente à celle de la gélatine et du mucate de soude. C'est une sorte de mucilage intermédiaire aux substances gélatineuses et résineuses, qu'on trouve dans certaines plantes, dans certaines fleurs et dans certains fruits, dans la rose, le marron d'Inde et la gentiane. Fait assez curieux, la conserve de roses avait été jadis utilisée dans les hémoptysies, en particulier dans les pays d'Orient, Metsué en a longuement parlé. La bonne conserve de roses n'était autre qu'une macération de roses dans la glycérine et le sucre ; elle était encore au Codex de 1898. On rapporte que Lusitanus l'a le premier utilisée pour guérir une princesse atteinte de phtisie. De là vient d'ailleurs sa réputation de médicament de la phtisie.

On extrait la pectine aujourd'hui non seulement des pétales de roses mais d'un mélange de roses, de marron d'Inde et de gentiane. On en fait des solutions et on la présente en ampoules. Violle et de S. Rat en ont fait l'étude physiologique. La spécialité employée est une solution de pectine à 1 p. 100 qu'on donne en général à la dose de 5 centimètres cubes par la bouche, et aussi par voie sous-cutanée. J'avoue n'en avoir pas obtenu de résultats très convaincants ni dans les hémorragies gastriques ni dans les hémoptysies.

D'une toute autre provenance, mais d'une action assez analogue sont les médicaments sériques tels que le sérum de cheval suivant les principes de Carnot, autrement dit l'*hémostyl*, et le sérum de lapin autrement dit sérum sérique de Dufour et Le Hello.

Le premier a acquis par les saignées successives des propriétés coagulantes ; le second les doit à l'état d'anaphylaxie créé chez le lapin par des injections de sérum de cheval. L'*hémostyl* ne s'injecte plus guère sous la peau car il est anaphylactisant. Le *sérum de Dufour* se met sous la peau sans aucun risque. Il n'a même d'action que sur cette voie.

Je citerai pour mémoire le tannin, le ratanhia, l'eau de Rabel qu'on peut associer dans une même potion, mais le tannin n'a pas une action certaine et l'eau de Rabel qui est de l'alcool sulfurique ne justifie guère sa réputation.

Tous ces médicaments sont d'action assez lente et progressive. Ils doivent céder le pas dans les hémorragies graves à des médicaments d'action plus brutale que voici :

Adrénaline.
Ergot de seigle.
Hypophyse.
Emétine.

Ce sont là vraiment des médicaments d'urgence. Ils n'agissent pas sur le milieu intérieur mais sur les vaisseaux. Ce sont des **médicaments vasculaires.** Leur action constrictive est marquée au moins pour les trois premiers et se fait sentir le plus souvent sur les vaisseaux pulmonaires avec énergie. Le quatrième a aussi une action vasculaire mais fortement hypotensive.

Je commence par l'*adrénaline* :

Il est à peine besoin de rappeler ce qu'elle est : c'est l'hormone des capsules surrénales. On la préparait jadis avec la médullaire même de ces capsules ; on la fait actuellement par synthèse. C'est un produit d'une action vaso-constrictive très marquée, même sur les vaisseaux pulmonaires et par conséquent d'une action hypertensive générale.

Quand on injecte 2 ou 3 gouttes de solution au milième dans les veines d'un animal, on obtient une vaso-constriction périphérique et une constante élévation de la tension. Cette hydertension ne se produit évidemment pas avec les doses faibles, mais la vaso-constriction n'est pas non plus habituelle ou suffisante avec elles. De façon générale la dose hémostatique de l'adrénaline doit être considérée toujours comme hypertensive.

Bien plus, l'adrénaline accélère la circulation sanguine. Hypertension et tachycardie viennent combattre la vaso-constriction. Mais l'adrénaline injectée ou ingérée est moins vaso-constrictive de la circulation pulmonaire qu'elle ne l'est de la circulation générale. Elle détermine même parfois de l'hypertension pulmonaire comme elle détermine de l'hypertension veineuse. Hallion a fait depuis longtemps cette importante constatation.

On s'explique donc que l'adrénaline ne donne pas toujours des résultats excellents dans les hémoptysies. Il est vrai qu'on a proposé de l'injecter directement dans le poumon. MM. Bouchard et Claude introduisaient 3 ou 4 gouttes dans un espace intercostal voisin du point hémorragique suspect et arrêtaient l'hémorragie. Mais cette action ne s'exerce pas sans quelques réactions assez impressionnantes. J'ai pratiqué moi-même avec mon interne d'alors, M. Faroy, une injection intra-pulmonaire d'adrénaline dans une hémoptysie grave et la vaso-constriction fut telle, la pâleur si considérable, que nous crûmes avoir tué le malade. L'hémoptysie pourtant fut arrêtée pour deux jours. Elle dépendait d'un anévrysme de Rassmussen. On ne peut nier que ce résultat soit déjà remarquable avec une telle lésion. Mais le risque est réel.

On peut donc suivre la pratique de Bouchard dans les hémoptysies graves et souvent mortelles des tuberculeux cavitaires parce qu'on peut chez eux tout tenter, mais on doit la rejeter absolument dans les autres cas.

L'adrénaline d'ailleurs détermine souvent, quelle que soit la voie d'introduction une vaso-dilatation secondaire. Il faut donner de petites doses et presque subintrantes. Une telle méthode n'est guère applicable que par la bouche et par la bouche l'action de l'adrénaline est limitée.

La médication par l'*hypophyse* est récente. Elle comporte aussi quelques incidents, mais elle est moins dangereuse que la précédente. On sait que l'hypophyse présente deux lobes, dont l'un, le postérieur, présente seul ou presque seul une action vaso-constrictive ; c'est du lobe postérieur qu'on se sert. La sécrétion de ce lobe est à ce point active qu'il suffit de 0 gr. 20 de lobe postérieur, soit un demi-lobe et même moins, pour obtenir un résultat. Des ampoules ainsi titrées se trouvent dans le commerce.

Le lobe postérieur d'hypophyse n'a d'ailleurs pas qu'une action sur les muscles des vaisseaux, mais aussi sur les muscles des bronches. Et il n'augmente pas la tension veineuse intra-pulmonaire comme le fait l'adrénaline.

C'est à M. Rist que revient la découverte des injections intra-veineuses d'extrait hypophysaire dans les grandes hémoptysies. Un certain nombre d'expériences fort intéressantes de MM. Wiggers, Houssay, Hallion, avaient déjà démontré l'action hémostatique de l'extrait hypophysaire et en constituaient la base physiologique.

M. Rist a donc transporté les résultats physiologiques sur le plan pratique et apporté à la thérapeutique de l'hémoptysie une importante contribution clinique.

La méthode présente présente de petits risques. Il ne parle pas de ce léger bruit de galop, qui a été parfois signalé mais qui est rare et très passager ; et que pour ma part, je n'ai jamais noté. Mais l'extrait hypophysaire détermine un choc et, à dose forte, ce choc peut s'accompagner d'accidents ; aussi conseille-t-on de diluer le centimètre cube d'extrait hypophysaire dans 10 centimètres cubes de sérum artificiel ; de l'injecter très doucement dans les veines, afin d'éviter les accidents. C'est peut-être à ce léger choc autant qu'à l'action physiologique du produit que l'on doit l'hypercoagulabilité du sang. Tout choc protéique a pour conséquence en effet, d'après Widal, une augmentation de la coagulabilité.

L'*ergot de seigle* a, de longue date, été utilisé dans les hémorragies pulmonaires.

Bien que j'aie déjà étudié l'ergot avec quelques détails dans le traitement des hématémèses (1), je crois devoir pour le lecteur rappeler quelques points essentiels de son action et de sa posologie. L'histoire en quelque sorte toxicologique de l'ergot est plus ancienne encore que son histoire thérapeutique.

Dès le Xe siècle on signale de grandes épidémies d'ergotisme : en 1008, puis au XVe, aux XIIe et XIIIe siècles, tantôt en France, tantôt en Autriche, en Allemagne, en Suisse ou ailleurs. Les symptômes observés dans ces épidémies furent d'ordre convulsif ou gangréneux ; gangréneux quand l'ergot était frais, convulsif quand il était vieux. Dans ces symptômes on reconnaît déjà les propriétés physiologiques de l'ergot ; vaso-constriction intense lorsqu'il est frais, nulle quand il ne l'est pas.

Cela autorise une conclusion pratique, à savoir que pour obtenir le maximum d'effet hémostatique et le minimum de toxicité on doit utiliser l'ergot frais.

L'ergot de seigle est un champignon, un mycète qui s'amasse en petites grappes de 2 centimètres de long entre les barbes du seigle ; il existe de semblables champignons entre les barbes du blé, mais ils ne sont point utilisés. L'ergot de seigle est brunâtre ; quand on l'écrase on en fait sortir une substance épaisse complexe où l'analyse a révélé de l'ergostérine, de l'acide butyrique, de l'acide valérianique et surtout des substances aminées ou alcaloïdiques : l'ergotinine, l'ergotamine, la tyramine, l'histamine, l'acétylcholine. Ces produits ont une toxicité et une action très différentes.

Les alcaloïdes, ergotine, ergotamine, sont vaso-constricteurs et nettement hypertensifs. Ils agissent sur le système nerveux sympathique et le paralysent ; mais ils agissent aussi sur la fibre musculaire elle-même et la contractent. L'ergotamine et l'ergotinine sont donc vaso-constricteurs directs puisqu'ils agissent sur le muscle vasculaire lui-même.

Parmi les bases aminées : l'histamine est vaso-dilatatrice et hypotensive, au moins *in vivo* ; l'acétylcholine est très hypotensive et vaso-dilatatrice *in vivo* comme *in vitro* ; la tyramine a une action variable *in vitro* et *in vivo*.

C'est un fait remarquable en botanique comme en zoologie, qu'une même plante, un même organe, peuvent contenir côte à côte des substances antagonistes. Ces substances se combattent évidemment mais l'une domine incontestablement, c'est le cas de l'ergot.

C'est d'ailleurs aussi en opothérapie animale le cas de l'extrait surrénal et l'on peut faire remarquer que l'extrait surrénal perd partiellement son adrénaline et son activité vaso-

(1) Thérapeutique Médicale. Tome I. Tube digestif. Masson, éditeur, 1928.

constrictive, comme l'extrait d'ergot perd son ergotinine et on activité vasculaire.

En donnant de la poudre totale d'ergot de seigle on ne peut avoir qu'une action vaso-constrictive assez restreinte puisque cette action est combattue par d'autres actions inverses, et que le vieillissement la lui fait perdre.

La thérapeutique par l'ergot de seigle est une des premières et des plus remarquables mycothérapies. Elle n'a guère d'analogue en thérapeutique.

On a tout d'abord employé la poudre totale d'ergot qu'on donne à la dose de 50 centigrammes à 3 grammes et qui doit être fraîche. Elle s'altère facilement.

Ensuite des préparations plus ou moins concentrées dont le titre n'est pas identique. L'ergotine Benjean est un extrait mou de seigle ergoté. Bien qu'elle ne représente guère que le 1/7e de son poids d'ergot, elle doit être donnée à une dose supérieure à celle de la poudre précédente : 1 à 5 grammes en pilules ou potion.

L'ergotine Yvon est liquide. Elle représente exactement son poids de poudre ; elle correspond à la dose de 30 gouttes, 1 gramme soit un poids égal d'ergot. On la donne en injections le plus souvent et aussi en potion. Le noyau, l'arcane de l'ergot, comme disait Paracelse, est l'ergotinine, produit alcaloïdique cristallisé, inaltérable et constant. L'ergotinine est essentiellement et uniquement vaso-constrictive. Elle se prescrit à une dose infinitésimale, de 1/4 de milligramme à 1 milligramme.

On fait des solutions injectables additionnées d'acide lactique pour dissoudre :

Ergotinine	1 centigramme
Acide lactique..........	2 centigrammes
Eau de lauriers-cerises.	2 —
Eau	8 —

1 centimètre cube = 0,001 milligrammes d'ergotinine

L'injection d'ergotine a un effet rapide et complet.

Je vais maintenant étudier un médicament d'action bien différente, l'émétine.

On a remarqué souvent que la syncope pouvoit arrêter une hémorragie. Or la syncope agit par une hypotension considérable. L'idée est donc venue d'utiliser des médicaments hypotenseurs. De là est né le traitement par l'*émétine.*

Il n'est pas dit que l'émétine ne soit qu'hypotensive ; elle a peut-être une action sur les fibres des vaisseaux comme sur celles de l'intestin. Elle est active mais peut être dangereuse chez le bacillaire comme l'ipéca d'où elle provient. Elle lui est supérieure pourtant et n'est pas nauséeuse. Nous devons son utilisation à MM. Flandin et Joltrain. Bernard et Paraf. On la donne en injection sous-cutanée à 4 et 10 centigrammes.

En résumé les médicaments d'urgence sont : l'adrénaline dont l'effet est douteux dans les hémoptysies ; l'ergot de seigle dont l'effet est certain surtout en piqûres ; l'extrait hypophysaire en injection intraveineuse et l'émétine en injection sous-cutanée.

Je dirai encore un mot du *nitrite d'amyle* qui est encore un médicament hypotenseur. On sait qu'il produit une forte vaso-dilatation cutanée. Il n'est pas certain que cette vaso-dilatation externe ait pour corollaire une anémie du poumon. Bien au contraire, et si la vaso-dilatation pulmonaire n'est que secondaire, elle existe souvent. Il est à peu près abandonné.

* * *

Dans toute hémorragie rebelle il faut faire de la compression. Dans l'hémorragie pulmonaire qui résiste à toutes ces médications, la compression ne peut être réalisée que par le pneumothorax thérapeutique. Le **pneumothorax** ne se fait pas seulement en effet dans les grandes cavernes pulmonaires ou bronchiques, ou dans les lésions tuberculeuses limitées et actives du sommet ; il ne diminue pas seulement les expectorations, et en général l'ensemencement de l'autre poumon ; il agit aussi dans les grosses hémorragies, celle qu'on voudrait pouvoir comprimer à la main, et qu'on comprime en effet par l'air pleural jusqu'à les arrêter.

Le premier qui a montré l'action hémostatique du pneumothorax est M. Dumarest dont l'exemple a été suivi par Jacquelin, par Faber, par Armand-Delille et par d'autres encore. Certaines observations sont vraiment suggestives.

Mais il présente ici des difficultés. Ce n'est pas chose commode de faire un pneumothorax à un homme qui saigne abondamment, et dont le moindre mouvement accroît l'hémorragie ; il est encore plus difficile et parfois impossible absolument de le faire au bon endroit : on ne sait pas toujours quel poumon il faut comprimer ; le tuberculeux présente souvent plusieurs localisations ; on précise mal le poumon qui saigne. Et la lésion la plus grave n'est pas fatalement celle qui donne l'hémorragie.

Enfin, il peut exister des adhérences, le décollement se fait difficilement, et le pneumothorax est inefficace. L'intervention devant l'écran, d'autre part, est bien malaisée chez un sujet qui saigne et qui doit rester couché.

Le pneumothorax ne sera efficace pourtant que s'il est pratiqué sur le poumon qui saigne ; il est dangereux s'il est pratiqué sur l'autre. La technique consiste à injecter 5 ou 600 centimètres cubes d'emblée au lieu de faire une injection moyenne et le résultat est souvent providentiel. Le pneumothorax convient surtout aux grosses ruptures vasculaires que rien ne peut arrêter.

* * *

Je terminerai par quelques considérations générales sur le **traitement ultérieur** des hémoptysies.

Quand un malade a saigné beaucoup il faut évidemment traiter la cause de la maladie et réparer le milieu sanguin.

En ce qui concerne la réparation du sang, il faut donner l'hémostyl et même les *extraits de foie* dont l'action rénovatrice est amplement démontrée.

Le chlorure de calcium, les sels calcaires sont indiscutablement utiles et peuvent prévenir des saignements ultérieur. Ils sont à la fois curatifs, consolidants de la guérison et préventifs. Et ils ne sont pas sans action sur la cause la plus fréquente : la bacillose.

Mais en ce qui concerne le traitement de la cause il faut éviter le fer, l'arsenic, le soufre et surtout l'iode.

L'iode a été à la mode dans la bacillose ; on a proposé d'en donner jusqu'à 400 gouttes, c'est-à-dire 8 à 9 grammes par jour ; ce qui est énorme. Il semble que l'iode, même à petite dose, soit chose très dangereuse après une hémorragie puisque son administration à des malades qui n'ont jamais saigné peut provoquer des hémorragies.

La suralimentation intensive et les trop grandes altitudes sont peu indiquées chez les prédisposés aux hémorragies. La haute altitude ne peut être abordée que progressivement Encore en a-t on exagéré les risques. On n'oubliera pas que certains sujets saignent parfois du poumon, ou saignent plus facilement parce qu'ils ont un mauvais cœur, de mauvaises artères, des troubles même de la crase sanguine. A chacun conviendront donc les digitaliques, le silicate de soude, voire les médicaments organiques et sériques qui peuvent prévenir ou réduire les accidents ultérieurs en agissant respectivement sur le cœur, sur les vaisseaux, sur la coagulation du sang

FORMULAIRE

I. — *Posologie de l'ergots*

Poudre d'ergot	0 cgr. à 1 gramme.
Ergotine Bonjean : Représente 1/7 de son poids de poudre.....	1 à 5 grammes.
Ergotine Yvon : Représente son poids de poudre............	XXX gouttes = 1 gr.
Ergotinine...........	1/4 à 1 milligramme.

Insoluble.

II. — *Potions.*

1°

Chlorure de calcium....	4 grammes.
Sirop de morphine....	30 grammes.
Eau	120 grammes.

(par cuiller à soupe).

2° Eau de Rabel........ 4 grammes.
Ext. thébaïque....... 0,10
Eau .... 100 grammes.
(par cuiller à soupe)

3° Ext. de ratanhia....... 4 grammes.
Ergotine Bonjean...... 1 gramme.
Sirop de morphine..... 30 grammes.
Teinture de cannelle... 10 grammes.
Eau .... 150 grammes.

4° Teinture de digitale.... 1 gramme.
Ipéca .... 2 grammes.
Julep .... 250 grammes.

III. — *Pilules ou cachets.*

1° Poudre d'ergot......... 0,30
Poudre de feuilles de digitale............. 0,30
Sulf. de quinine......... 0,10
pour un cachet.

2° Ext. thébaïque......... 0,05
Ergotine Bonjean...... 0,10
Ext. de gentiane. Q. S.
(pour une pilule.)

IV. — *Injections.*

A. — Veineuse de
a) 1/2 lobe d'hypophyse soit.................. 0 gr. 10
b) Citrate de soude à 3 p. 10 — 10 à 30 centimètres cubes.

B. — Sous-cutanée
a) Chl. de morphine ...... 1 centigramme.
b) Chl. d'adrénaline .... 1/2 milligramme.
c) Ergotine Yvon.......... 0,50
Eau .... 1 millimètre cube.
d) Ergotine .... 1 centigramme.
Acide lactique.......... 1 goutte.
Eau .... 1 centimètre cube.
e) Chl. émétine .... 2 à 4 centigrammes.

LE MOUVEMENT THÉRAPEUTIQUE

La Pharmacologie et la Thérapeutique françaises en 1930-31

(2e semestre 1930 et 1er semestre 1931)

Par **Paul BOYER**
Médecin-Assistant de Saint-Lazare

(*suite et fin*) (1)

Vermifuges

SEMEN CONTRA

JANOT et MOUTON (*Bull. Sc. Pharm.*, 1930, XXXVII, 593) étudient la toxicité comparée sur les lombrics du semen contra et de la santonine. Ils préconisent la méthode graphique de Rebello, Gomes da Costa et Toscano Rico qui permet d'enregistrer les deux phases d'action des vermifuges (excitation, puis paralysie) ainsi que la comparaison de l'action de plusieurs anthelminthiques, la mesure de la durée de survie doit être complètement abandonnée.

TÉTRA-CHLORURE DE CARBONE

AKIL-MOUKTAR (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 30 janvier 1931) est d'avis que le tétra-chlorure de carbone constitue le médicament le plus actif contre le Necator et les oxyures. Il importe que le produit employé soit très pur. Très peu efficace contre les ascarides, il est sans effet sur les cestodes, il est très actif contre le ténia médiocanellata.

(1) Voir *Progrès Médical*, n° 47, page 1991.

TÉTRACHLORURE D'ÉTHYLÈNE

GARIN, ROUSSET et GONTHIER (*J. de Méd. de Lyon*, 1931, II, 155 et *Soc. méd. Hôp. de Paris*, 5 juin 1931) signalent la valeur vermifuge remarquable du tétra chlorure d'éthylène, contre les ankylostomes en particulier.

PYRÈTHRE

CHEVALIER (*Bull. Sc. Pharm.*, 1930, XXXVII, 422) poursuit ses recherches expérimentales sur la valeur vermifuge des pyréthrines et étudie les modes d'évaluation de leur toxicité et de leur activité.

GUILLAUME (*Bull. Sc. Pharm.*, 1931, XXXVIII, 80) préconise les pulvérisations de pyréthrines dans la lutte contre les punaises.

RIVANOL

DÉVÉ (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVII, 682) nie l'action hydaticide du rivanol prétendue par PASINI. Il étudie (*Ann. Parasitologie*, 1930, VIII, n° 5) l'action de l'émétique dans l'échinococcose.

Pharmacologie du muscle et du nerf

CURARE

TOURNADE et MALMÉJAC (*Acad. Sc.*, 26 janvier 1931) ont reproduit chez le chien l'expérience de Cl. Bernard sur la grenouille, par l'anastomose des vaisseaux cruraux du membre ligaturé avec la carotide et la jugulaire d'un autre chien et ont observé les mêmes résultats que Cl. Bernard dans son expérience mémorable sur la grenouille curarisée.

GUANIDINE

BONNARDEL (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVI, 458) étudie l'action du courant constant appliqué sur le nerf sur les contractions spontanées du muscle empoisonné par la guanidine. Lorsque l'électrode négative est du côté du muscle (catélectrotonus), à l'établissement du courant, il y a augmentation de la fréquence et de l'amplitude des contractions spontanées ; à la rupture (pendant quelques secondes suivant cette rupture), il y a diminution de la fréquence et de l'amplitude des contractions comparativement à celles précédant l'intervention du courant ; cette diminution allant jusqu'à la suspension des contractions. Lorsque l'électrode positive est du côté du muscle (anélectrotonus), à l'établissement et pendant le temps de passage du courant, il y a arrêt des contractions spontanées ou ralentissement de leur rythme ; à la rupture, une salve de contractions apparaît, puis le rythme primitif reprend.

FORMOL

BENNATI (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CIV, 1175) montre que l'aldéhyde formique détermine, chez le chien, aux doses physiologiques, une diminution d'excitabilité neuromusculaire d'origine centrale. L'augmentation de chronaxie centrale ou périphérique observée de ce fait n'apparaît qu'après quelques minutes et disparaît dans les 40 minutes qui suivent l'injection.

Syphilis

LEVADITI et LÉPINE (*Presse médicale*, 27 juin 1931, n° 51, 948) étudient les tests de guérison en syphilis expérimentale traitée par l'arsenic ou le bismuth. Les ganglions poplités sont presque constamment virulents chez les lapins syphilisés expérimentalement par voie sous-scrotale (souche Truffi). Lorsqu'on traite de tels animaux porteurs de syphilomes riches en tréponèmes par des doses répétées et suffisamment élevées de bismuth liposoluble (bivatol) ou de bismuth insoluble (trépol) ou de novarsénobenzol Billon, on obtient non seulement la stérilisation de l'accident local, mais, en outre, une destruction du virus syphilitique infravisible qu'héberge le système lymphatique de l'animal. Si l'on admet que la stérilisation thérapeutique des glandes lymphatiques peut être considérée comme un critérium de l'ensemble de l'organisme, on peut affirmer que le bismuth liposoluble associé ou non à des dérivés bismuthiques insolubles, de même que les arsénobenzènes, réalisent la guérison totale de la syphilis expérimentale du lapin, et en pathologie humaine, il semble aussi qu'un syphilitique traité à temps et par des doses suffisamment élevées de dérivés bismuthiques ou arsénicaux, soit susceptible de guérir complètement.

NICOLAS et GATÉ (*J. de Méd. de Bordeaux*, 30 décembre 1930, CVII, 982. *Marseille méd.*, 1930, LXVIII, 216. *Progrès méd.*, 30 octobre 1930, n° 44, 1895. *Paris médical*, 1931, XXI, 402. *Prat. méd. fr.*, 1931, XII, 143) insistent sur la nécessité d'un traitement pendant 4 à 5 ans énergiquement et ensuite pendant très longtemps, pour ne pas dire toujours, d'un traitement de garantie qu'il appartiendra au médecin traitant d'instituer suivant telle modalité convenable, mais qui de toute façon ne devra pas être négligé. Utilisation longue du bismuth, non seulement à la place du novar quand celui-ci est insuffisant, mais avec lui dans les traitements d'attaque et en alternance avec le mercure.

SÉZARY (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 8 mai 1931) montre qu'aucune médication antisyphilitique n'est absolument spécifique : le 914 guérit la maladie de Duhring, le lupus érythémateux, le zona, certains cas d'érysipèle, d'asthme, etc. Aussi les traitements dits d'épreuve exposent-ils aux erreurs les plus graves. *In vitro*, les médications antisyphilitiques ne sont pas tréponémicides, et *in vivo* chez l'homme, avant l'apparition d'une réaction de l'organisme, comme dans les traitements préventifs ou prophylactiques, elles ne le sont pas davantage, on ne compte plus les échecs des traitements préventifs. L'auteur pense que ces médications agissent non sur les microbes, mais en fonction ou à la faveur des réactions de l'organisme. Ce qui le prouve, c'est que l'activité des médicaments varie selon la nature des réactions, l'iode n'agissant vraiment que sur la réaction du stade tertiaire. L'As, le Bi et le Hg sont inactifs sur les réactions cérébrales parenchymateuses. Cette hypothèse explique d'une façon satisfaisante d'abord la relativité de l'action spécifique de ces médicaments, ensuite les cas d'arsénorésistance ou de bismuthorésistance, enfin, l'efficacité du stovarsol et de la malaria dans la paralysie générale contrastant avec leur activité beaucoup moindre dans la syphilis jeune.

SÉZARY (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 12 juin 1931) présente trois observations de syphilitiques insuffisamment traités au début de leur infection qui malgré un traitement intensif tardif par le novar et le bismuth n'en ont pas moins été atteints de paralysie générale. Seuls, dans ces cas, sont actifs le stovarsol et la malaria.

BERTIN et BRETON (*Prat. méd. fr.*, 1931, XII, 83) insistent sur le fait qu'actuellement nous ne possédons pas encore de critère rigoureux de la guérison de la syphilis chez l'homme , mais seulement un ensemble de probabilités, mais non de certitudes. Beaucoup de malades, soumis aux méthodes actuelles de traitement et de surveillance, passent toute leur vie sans présenter d'accidents, se marient et procréent des enfants sains, ici probabilités plus ou moins grandes qui ne seront des certitudes que quand nous aurons un test rigoureux d'évolution et de guérison.

FAVRE (*Progrès méd.*, 1er novembre 1930, n° 45, 1921) présente des considérations générales sur le traitement de la syphilis.

Pour THÉOBALT et LAOUENAN (*Bull. méd.*, 1930, XLIV, 544), la thérapeutique de la syphilis rénale ne saurait supporter de règles générales. Il n'y a pas de médicament électif, il n'y a que des cas d'espèces. Il faut savoir faire preuve d'éclectisme et tâter la susceptibilité des malades en commençant par des doses faibles, en sachant changer de médicament, s'il y a intolérance ou si aucune amélioration ne se produit. Il n'est pas d'affection où le problème thérapeutique demande plus de prudence et de circonspection.

ROSEMBAUM (*Thèse Méd. Paris*, 3 juillet 1930) insiste sur les effets remarquables du traitement antisyphilitique, en particulier du traitement d'épreuve chez les débiles qui doit être fait systématiquement, même en l'absence de signes patents, cliniques ou sérologiques de syphilis.

GOUIN et BIENVENUE (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 11 juin 1931) rapportent un cas de syphilis secondaire grave résistant à l'arsenic et au bismuth, chez lequel la résistance a pu être prévue par la leucocytoréaction.

MERCURE

TAILLANDIER (*Thèse Méd. Paris*, 1931) étudie trois composés mercuriels organiques, deux combinaisons obtenues par Bougault et Gros par action du réactif de Nessler sur l'acétate et la cyclohexanone et une obtenue par l'auteur par réaction du réactif de Nessler sur la glycérine. La toxicité de ces trois corps chez le lapin est inférieure à celle du HgCy.

VEYRIÈRES (*Monde méd.*, 1930, XL, 752) présente une revue générale sur le Hg dans le traitement de la syphilis et ses modes d'administration.

SEDAN (*Marseille Méd.*, 1930, LXVII, 323) a obtenu de bons résultats par les injections sclérosantes sous-conjonctivales de HgCy dans les pannus trachomateux rebelles.

VAUTHEY (*Prat. méd. fr.*, 1931, XII, 102) montre que, grâce à leur action sur la concentration en ions H des tissus et par leur action sur la cellule hépatique et la fonction biliaire, les alcalins augmentent la fixation du Hg dans le foie et diminuent sa vitesse d'élimination. Cette double propriété a un grand intérêt pratique, car elle permet la prophylaxie et la thérapeutique des accidents mercuriels parathérapeutiques.

HUERRE (*Ann. Derm. et Syph.*, 1931, 7e, s., II, 367) montre qu'on peut associer en dermatologie aux réducteurs (di et triphénol, huile de Cade) des mercuriaux tels que le cinabre, l'éthiops minéral, l'oxyde mercureux et le mercure sans modifier la couleur de la préparation. Eviter l'oxyde jaune, l'oxyde rouge et le turbith minéral qui noircissent rapidement en présence de réducteurs.

DAVID (*Gaz. des Hôp.*, 1930, CIII, 1341 et *Soc. Méd. de Paris*, 24 janvier 1931) insiste sur la valeur antiseptique considérable du mercurochrome, supérieure à celle de tous les agents antiseptiques habituellement employés, les résultats sont particulièrement brillants dans les infections gynécologiques et urinaires.

RENAUD (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CV, 287) montre que le HgCy, injecté en solution concentrée, détermine chez le cobaye quand on dépasse une certaine dose, des accidents immédiats relevant d'une atteinte brutale du système nerveux qui se traduit par un syndrome convulsif et la mort en 2 ou 3 minutes. Si une telle masse de cyanure est injectée en solution plus diluée, elle laisse par contre, l'animal indemne de tout accident pendant plusieurs heures. Avec le Hg, comme pour bien d'autres substances toxiques, pour obtenir un effet donné, il faut injecter une masse de produit d'autant plus grande que la solution est plus diluée. On est ici en présence d'une loi générale dont il doit être très important en maintes circonstances de tenir le plus grand compte.

CHOISY et Mlle PERROT (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 28 novembre 1930) rapportent un cas de néphrite mercurielle aiguë par ingestion de sublimé dont l'intérêt réside dans les faits suivants : longue survie de 49 jours ; état général très bien conservé jusque vers les derniers jours ; absence de signes cliniques d'anurie, malgré une rétention d'urée ayant atteint 7,5 %. La réserve alcaline s'est maintenue à un taux élevé contrairement à la règle dans les néphrites graves avec azotémie : elle n'a faibli que passagèrement, l'état général étant alors moins bon. La chlorémie a montré des variations en corrélation avec la réserve alcaline selon les idées exprimées par Ambard. La chlorémie globulaire s'est progressivement accrue révélant seule l'intoxication acide. La mort est survenue à la suite de défaillance cardiaque, alors que la diurèse commençait à reprendre. L'autopsie a révélé une importante régénération dans les reins montrant, ainsi que l'examen clinique le faisait supposer, que l'atteinte rénale n'était pas la seule cause de la mort.

PAILLARD (64e *Congr. des Soc. Sav.*, 7-11 avril 1931, *Clermont-Ferrand*) a observé dans certains cas une diarrhée sanguinolente après injection d'ampoules de CyHg stérilisées à l'autoclave et ne se prduisant pas avec une solution extemporanée non stérilisée. Le HgCy, dans ces cas, a dû être altéré par la stérilisation.

JANET (*Soc. fr. d'Urol.*, 15 juin 1931), en injectant dans la vessie d'un malade qui avait reçu deux injections de quinby, 100 cc. d'une solution d'oxycyanure de Hg à 0.15 %, a observé des accidents assez sérieux : douleurs vives, diarrhée, épreintes. Il faut donc ajouter le quinby aux autres produits, iodures, bromures, incompatibles avec l'oxycyanure de Hg.

GOUGEROT, BLUM et BRALEZ (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 8 février 1931) rapportent le cas d'une femme qui, à la suite d'injections intraveineuses de HgCy, a présenté une érythrodermie suivie d'une pigmentation réticulée associée à des télangiectasies et des papules simulant une poïkilodermie.

GARCIN, CHRISTOPHE, BOCAGE et HÉLION (*Soc. med. Hôp. de Paris*, 20 février 1931), Hélion (*Thèse Méd. Paris*, 1931) et PARAF (*Soc. med. Hôp. de Paris*, 27 février 1931) signalent l'importance de l'intoxication mercurielle chronique que l'on peut rencontrer chez les employés de tirs forains, par suite de la déflagration des cartouches au fulminate de mercure. Ils ont observé des tremblements mercuriels, de la gingivite, avec diarrhée dysentériforme, de la rhinite congestive, en particulier.

ARSENIC MINÉRAL

VIGNES (*Ann. Derm. et Syph.*, 1930, 7e, S., I, n° 11) décrit une dermite arsénieuse professionnelle chez les ouvriers d'une usine spécialisée dans la fabrication de produits utilisés dans l'agriculture contre les parasites et les maladies cryptogamiques et contenant une quantité importante d'As^2O^3, dermite siégeant particulièrement sur la face, les bourses et les mem-

bres, caractérisée par des lésions très superficielles, vésiculeuses, vésiculobulleuses et croûteuses et des lésions plus profondes ulcéreuses, escharotiques. Les premières, après suppression de l'arsenic, guérissent rapidement, les deuxièmes sont plus longues à guérir.

DENIGÈS (*Gaz. hebd. Sc. méd. de Bordeaux*, 1931, LII, 385) présente une technique simple à la portée de tout médecin pour caractériser l'arsenic dans les matières organiques.

ARSÉNOBENZÈNES

Mlle DE MONTAUZON (*Thèse Méd. Paris*, 1931) consacre sa thèse à la vérification clinique des arsénobenzènes. Non seulement celle-ci est légitime, quand les produits ont d'abord été soigneusement vérifiés sur l'animal, mais elle est indispensable, l'homme présentant souvent des réactions différentes des animaux de laboratoire. Pratiquée avec prudence, cette vérification est sans danger pour les sujets d'épreuve (chaque série est vérifiée en commençant par les doses les plus faibles) et elle permet d'éviter de lancer dans la pratique courante des séries douteuses, mal tolérées, ou même franchement dangereuses qui, employées d'emblée à dose élevée (0 gr. 75 à 0 gr. 90) chez un malade ayant supporté parfaitement les doses précédentes, mais provenant d'une autre série, peuvent déclencher chez lui des accidents graves. Excellent travail qui vient à son heure et qui est le résultat de trois années de recherches cliniques de l'auteur dans le service de son maître, le Dr Lacapère, médecin de Saint-Lazare.

LEULIER, GATÉ et LINARD (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CV, 12 et 14) montrent que les injections intraveineuses de novarsénobenzol, aux doses thérapeutiques, n'exercent pas d'action appréciable sur le métabolisme sanguin des hydrates de carbone, de l'urée et de la cholestérine. L'arsenic disparaît rapidement de la circulation périphérique, alors que son élimination urinaire se poursuit longtemps après cette disparition. La raison en est probablement dans une localisation viscérale du métalloïde, le foie étant vraisemblablement le siège principal de cette localisation.

JUNG (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVI, 666) montre que non seulement aux doses thérapeutiques, mais aussi à des doses 5 et 6 fois plus fortes, les arsénobenzènes normalement n'ont aucune action hypotensive chez le chien et ne sauraient être considérés comme des vasodilatateurs.

LEFÈVRE (*Thèse Méd. Paris*, 1931) n'a pas constaté d'augmentation de l'azotémie par le traitement au novarsénobenzol, en règle générale.

PHOTINOS (*Ann. Mal. Vén.*, 1930, XXV, 829) rapporte l'observation d'un hérédo-syphilitique qui a reçu, de 1922 à 1929, 230 injections de novar dont 190 de 0 gr. 90, en tout 191 gr. 10 sans aucun signe d'intolérance, pour un poids de 39 à 45 kgr. Le Wassermann est resté toujours positif, d'où demi-arsénorésistance. L'auteur fait remarquer que les doses de 0 gr. 90 reçues par le malade atteignaient plus de 2 cgr. par kgr.

THIROUX (*Soc. Path. exot.*, 15 avril 1931) et LÉGER (*Soc. Path. exot.*, 13 mai 1931) signalent le danger de l'abus des arsénobenzènes tel qu'il est souvent malheureusement pratiqué dans les colonies. « Il ne faut pas dans les colonies donner satisfaction sans discernement aux malades indigènes désireux de voir disparaître leurs manifestations cutanées, car on pourrait être surpris douloureusement en voyant augmenter dans quelques années les cas de paralysie générale et de tabès. »

FERRY (*Strasbourg médical*, 1931, XCI, 60) déconseille le vol en avion chez les aviateurs syphilitiques pendant les huit premiers jours d'une cure d'attaque de syphilis primaire ou secondaire, ou seulement de courts vols d'entraînement effectués à basse altitude. Ensuite faire les injections en fin d'après-midi pour que le pilote puisse assurer sans réserves son service le lendemain matin. Chez les pilotes des lignes commerciales, il est plus prudent de déconseiller le vol pendant une cure d'entretien, tout au moins dans les premières années de l'infection syphilitique.

GOUGEROT (*J. des Praticiens*, 1930, XLIV, 593) (*Presse méd.*, 13 juin 1931, n° 47, 883) est d'avis que chez les arsénorésistants et les arsénorécidivants, il faut instituer des cures plurimédicamenteuses, employer le bismuth, si ce dernier ne donne pas de résultats, prendre le Hg ; si le malade est trirésistant, modifier le terrain par la protéinothérapie, l'autohémothérapie, l'opothérapie pluriglandulaire ou recourir à d'autres médicaments tels que l'iode, le vanadium, l'or, le zinc.

LEGRAIN (*Bull. méd.*, 1930, XLIV, 545) présente un cas de syphilis conjugale arsénorésistante, cas typique où le rôle de la graine a paru être le véritable facteur de cette arsénorésistance conjugale. Les accidents de ces deux malades ont disparu complètement et le Wassermann est devenu négatif après traitement par le bismuth liposoluble.

ARISTOF (*Thèse Méd. Paris*, 1930) consacre sa thèse à l'étude des syphilis arsénorésistantes. Ces cas se multiplient de plus en plus. C'est tantôt une arsénorésistance larvée (demi-arsénorésistance) dans laquelle les récidives apparaissent malgré un traitement arsénical bien suivi et souvent sous forme de syphilides papulosquameuses. Tantôt une arsénorésistance caractérisée dans laquelle les accidents syphilitiques ne sont pas modifiés malgré un traitement arsénical énergique. Dans certains cas même, il y a arséno-activation, chaque dose d'arsenic exagérant les lésions existantes. Très fréquemment ces syphilides arsénorésistantes s'accompagnent d'un Wassermann partiellement ou complètement négatif. Au point de vue pathogénique, le rôle du médicament doit être minime, car ce médicament reste efficace chez un grand nombre de malades, les races de tréponèmes paraissent jouer un rôle, car les syphilis arsénorésistantes conjugales sont assez fréquentes ; l'accoutumance du tréponème à l'arsenic administré à trop petites doses à des intervalles trop éloignés peut aussi intervenir. Mais c'est le terrain qui semble devoir être invoqué dans la plupart des cas. Au point de vue thérapeutique, il importe de ne pas s'entêter à continuer un traitement arsénical inefficace ; il faut recourir au bismuth qui, le plus souvent en 4 ou 5 injections, fait disparaître les lésions. S'il y a également une bismuthorésistance, faire appel au mercure et dans les cas très rares où il existe une triple résistance au Hg, au Bi et à l'As, recourir aux sels d'or.

GATÉ, THIERS et CUILLERET (*C. R. Soc. Biol.* 1931, CVI, 1031) sont d'avis que le caractère précoce ou tardif des accidents de l'arsénothérapie ne permet pas de différencier à coup sûr la sensibilisation de l'intoxication. On a tort d'opposer habituellement les accidents de sensibilisation et les accidents d'intoxication, en ce sens que s'ils sont différents par leur nature, ils peuvent cependant coexister chez le même malade ; en particulier, il paraît difficile de ne pas admettre la nature toxique des érythrodermies quand elles apparaissent très tardivement, mais le fait que ces malades deviennent intolérants aux doses les plus minimes du médicament qui les a déclenchées et les réactions positives de laboratoire montrent que cette intoxication se complique de sensibilisation.

GATÉ, THIERS, CHARPY et CUILLERET (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 1931, XXXVIII, 400) signalent un cas d'érythrodermie post-arsénobenzolique où ils ont pu sensibiliser le cobaye par injection de sérum du malade.

MILIAN et GARNIER (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 21 mai 1931) présentent l'observation d'une malade atteinte d'érythrodermie arsénobenzolique en 1929, qui présenta deux ans plus tard une intradermoréaction fortement positive avec une solution de 914 à 1 % qui s'étendit à tout le bras qui était rouge, infiltré avec vésiculation secondaire, suintement et desquamation. Avec le sang de cette malade, les auteurs n'ont pu transmettre l'anaphylaxie passive au cobaye.

GOUGEROT, RAGU et WEILL (*Ann. Mal. Vén.*, 1930, XXV, 916), PINARD, LEBEDINSKY et VERNIER (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 13 novembre 1930), NICOLAS, LEBEUF et WEIGERT (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 1931, XXXVIII, 388), LACASSAGNE et FRIESS (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 1931, XXXVIII, 476) et VILLOUTREIX (*Thèse Méd. Paris*, 1931) présentent de nouveaux cas d'érythrodermies et érythèmes post-arsénobenzoliques).

GALLIOT (*J. des Praticiens*, 1930, XLIV, 807) étudie les effets de l'opothérapie chez les intolérants aux arsénobenzènes. L'opothérapie *per os* ou par voie sous-cutanée permet dans nombre de cas de continuer sans incidents un traitement arsénobenzolique mal supporté au début (diarrhée, vomissements, fièvre) ; le plus souvent en effet, ces petits phénomènes d'intolérance cessent avec l'administration d'extrait hépatique et l'on peut continuer l'emploi d'une médication aussi active qu'il est nécessaire.

PINARD et Mlle CORBILLON (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 15 janvier 1931) signalent eux aussi un cas d'érythrodermie post-arsénobenzolique rapidement amélioré par les injections d'extrait hépatique, et HUFSCHMIDT (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 23 avril 1931) montre les bons effets dans ces cas de l'extrait splénique.

VAUTHEY (*Ann. Mal. Ven.*, 1930, XXV, 481) montre que le dosage de la cholestérine permet dans bon nombre de cas de faire le départ entre ictère médicamenteux pur et ictère syphilomédicamenteux, un taux élevé de cholestérinémie indiquant en effet un organisme imprégné par les composés arsénicaux.

CARNOT, DELAFONTAINE et VÉRAN (*Soc. med. Hôp. de Paris*, 29 mai 1931) rapportent un cas de syndrome agranulocytaire avec transformation nécrotique subite de la lésion syphilitique, véritable équivalent de l'angine dite agranulocytaire, au cours du traitement novarsénobenzolique ; guérison.

NGUYEN VAN KINH (*Thèse Méd. Paris*, 1931) étudie les anémies graves post-arsénobenzoliques. Elles sont relativement fréquentes. Elles surviennent en général chez les sujets soumis à un traitement par le 914 le plus souvent intensif, exceptionnellemet après le 606, le sulfarsénol ou l'acétylarsan, elles coexistent rarement avec d'autres accidents d'intoxication arsénicale (érythrodermie, ictère). Un premier groupe est constitué par des anémies graves pures de type plastique, globules rouges nucléés: anisocytose, poïkilocytose, abaissement modéré du taux des polynucléaires ; elles se terminent toujours par la guérison malgré l'intensité considérable de l'anémie. Dans un deuxième groupe, l'anémie est compliquée de purpura et d'agranulocytose, de type aplastique, ni globules rouges nucléés, ni modifications morphologiques des hématies, taux leucocytaires très abaissé, pourcentage des polynucléaires inférieur à 10 %, parfois tendant vers 0, purpura plus retard de la coagulation, diminution du nombre des plaquettes, hémorragies multiples ; cette anémie est pratiquement presque toujours fatale, elle correspond à la dégénérescence aiguë totale de la moelle et du sang, conséquence de l'intoxication par le 914, analogue par ses symptômes à l'intoxication par le benzol. Le traitement consiste en transfusions sanguines, hépatothérapie, radiothérapie qui donnent presque toujours des résultats heureux dans la forme pure plastique et des succès exceptionnels dans les formes aplastiques avec agranulocytose et purpura qui sont habituellement fatales.

PAUTRIER (*Réun. Derm. de Strasbourg*, 6 janvier 1931) rapporte de nouveaux cas de lichen plan post-arsénobenzolique.

CHABROL, ETCHEGOIN et WAITZ (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 23 janvier 1931) rapportent l'observation d'un cas de septicémie chronique d'allure intermittente, comparable au soduku (avec recherches bactériologiques négatives), guérie par le novar.

DROUINEAU et TORLAIS ((*Gaz. hebd. Sc. méd. de Lille*, 1930, LI, 722) ont obtenu la guérison rapide de trois cas d'érsysipèle par le sulfarsénol.

BIAILLE DE LANGIBAUDIÈRE (*Bull. Soc. méd. chir. de l'Indo-Chine*, 1930, VIII, 849) a obtenu d'heureux résultats par les injections intraveineuses de sulfarsénol dans les angines streptococciques.

NOBÉCOURT et J. LEREBOULLET (*Soc. Pédiatrie*, 16 décembre 1930) et P. LEREBOULLET et GOURNAY (*Soc. Pédiatrie*, 8 juillet 1930) obtiennent rapidement la stérilisation des porteurs de germes diphtériques par les instillations nasales de 914 ou d'acétylarsan.

OLMER et ISEMEIN (*Marseille méd.*, 1930, LXVII, 10) sont d'avis que l'arsénothérapie constitue un traitement rationnel et efficace de la gangrène pulmonaire, vu le rôle certain pour eux du spirochète dans cette affection.

GOUGEROT (*J. des Praticiens*, 1931, XLV, 289) insiste sur les cures de consolidation par le sulfarsénol et l'autohémothérapie dans la maladie de Brocq-Dühring.

HŒDEMAKERS et BERREWAERTS (*Concours médical*, 1930, LIII, n° 50) préconisent le sulfarsénol dans le traitement du zona.

VEDEL et VIDAL (*Soc. Sc. méd. et biol. de Montpellier*, novembre 1930) rapportent trois cas de fièvre de Malte traités avec succès par le novarsénobenzol.

URBAIN, THÉOBALT et VALLÉE (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CIV, 1204) et URBAIN (*Paris méd.*, 1931, XXI, 537) montrent que le 914, le stovarsol et le silbersalvarsan peuvent protéger un certain nombre de lapins contre l'infection charbonneuse, à la condition d'utiliser une souche de faible virulence. Par contre, chez le cobaye, beaucoup plus sensible à la bactéridie charbonneuse que le lapin, seul, parmi toutes les substances étudiées, le 914 a pu protéger contre l'infection charbonneuse deux animaux sur douze. Chez l'homme, si le sérum anticharbonneux reste le procédé de choix pour traiter le charbon humain, en son absence, on peut employer le 914, qui , à condition d'être injecté à hautes doses, est susceptible de juguler rapidement l'infection. L'association 914-sérum peut être aussi envisagée, le premier préparant très heureusement l'action du deuxième.

RAVAUT (*Algérie médicale*, 1931, XXXV, 171) signale les excellents résultats donnés par le 606 en comprimés dosés à 0.10 *per os* (3 à 6 comprimés par jour aux repas (Sanluol) dans la prophylaxie et la prévention de l'amibiase.

Mme DELANOÉ (*Soc. Path. exot.*, 10 décembre 1930) a obtenu d'heureux effets par le traitement mixte de la lèpre par les injections intraveineuses de 914 et les injections intramusculaires de vaccin B. C. G.

ARSENICAUX PENTAVALENTS

LAUNOY et Mlle ENGLER (*Bull. Soc. Chim. biol.*, 1930, XII, 886) étudient l'étalonnage de l'activité trypanocide de quelques dérivés arylés de l'acide arsinique.

Mlle DESCHAMPS (*Soc. méd. psychol.*, 12 mars 1931) rapporte 10 obsvations de paralytiques généraux améliorés par le traitement au stovarsol administré suivant la méthode de Sézary et Barbé. Chez tous, diminution progressive, mais partielle, des troubles amnésiques, récupération plus ou moins grande de l'orientation. Le gâtisme, les idées delirantes ont été favorablement influencés, le signe d'Argyll-Robertson a disparu chez trois malades. Chez tous, amélioration de l'état général, augmentation de poids parallèle aux injections dans les cas où le pronostic est favorable. Enfin, l'auteur a noté des réactions biologiques paradoxales, la réaction de Wassermann restant positive dans le sang et devenant négative dans le liquide céphalo-rachidien ; de plus dissociation entre les améliorations psychiques et la persistance des perturbations humorales.

EUZIÈRE, VIALLEFONT et TARBOURIECH (*Soc. Se. méd. et biol. de Montpellier*, décembre 1930) ont traité 12 cas de paralysie générale par le Dmelcos associé au stovarsol avec deux cas de guérison, 4 améliorations très grandes et 6 améliorations manifestes.

LEVADITI, PINARD et EVEN (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 6 mars 1931) ont étudié l'halarsol (hydrochlorure d'amino-hydroxyphényl-dichlorarsine) dans la syphilis. Il fait disparaître rapidement les tréponèmes du chancre, influence très vite certaines réactions sérologiques sensibles comme la floculation de Verne, mais n'empêche pas les accidents secondaires de survenir.

MARCHOUX (*Soc. Path. exot.*, 12 novembre 1930) a obtenu d'excellents résultats avec le 270 Fourneau (orsanine) par voie buccale chez les sujets atteints de troubles digestifs par fermentations intestinales retentissant sur l'état général. L'orsanine peut remplacer le stovarsol chez les sujets qui le supportent mal ; elle n'a pas d'action sur la dysenterie amibienne et la lambliase.

VAUTHEY (*Monde médical*, 1930, XL, 655) préconise, dans les manifestations hépatiques de la syphilis, de l'amibiase et du paludisme, l'arsenic sous ses formes les moins nocives pour le foie (As pentavalent) en association avec tous les procédés signalés pour soutenir et revigorer le foie (cure de Vichy, opothérapie hépatique).

LÉGER (*Soc. Path. exot.*, 12 novembre 1930) rapporte deux cas de trypanosomiase humaine soignées avec succès par la tryparsamide.

MINET (*Soc. de Méd. du Nord*, mai 1931) a obtenu, sauf dans deux cas rebelles sur 14, une désinfection complète du rhinopharynx dans un temps moyen de 5 jours par les instillations nasales d'acétylarsan chez les porteurs de germes diphtériques.

SÉZARY et GALLERAND (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 10 juillet 1930) présentent un malade qui, après chaque injection d'acétylarsan, fait une poussée purpurique de taches érythémateuses et œdémateuses s'affaissant en 48 heures et laissant des macules très fortement pigmentées. Ces lésions du type des antipyrinides de Brocq ne se sont pas reproduites après des injections d'antipyrine. Epidermo et intradermo-réactions à l'acétylarsan négatives.

GATÉ, THIERS, CHARPY et CUILLERET (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 1931, XXXVIII, 516) ont réussi à sensibiliser un cobaye avec du liquide de bulles d'érythrodermie post-acétylarsan avec cuti et intradermoréaction positives chez le malade après guérison.

VELTER et Mlle OSTWALT (*Soc. d'Ophtalmol. de Paris*, octobre 1930) présentent un malade traité pour une choroïdite maculaire par 11 injections d'acétylarsan. A la suite de ce traitement, le malade a fait une crise toxique avec délire, augmentation de l'urée sanguine, petites hémorragies maculaires et évolution ultérieure vers l'atrophie optique avec scotome central absolu.

BISMUTH

LEVADITI et LÉPINE (*Acad. Sc.*, 29 décembre 1930) concluent, à la suite de recherches faites sur le chimpanzé (qui présente une réceptivité à l'égard du virus syphilitique égale à celle de l'homme), avec le bismuth liposoluble, qu'à la condition de maintenir l'organisme sous « une pression bismuthique » suffisamment élevée, le bismuth liposoluble, à la dose de 4 mgr. par kgr. confère une immunité antisyphilitique totale quelle que soit la fréquence des inoculations infectantes et malgré la haute virulence du virus inoculé.

LEVADITI, VAISMANN, SCHOEN et MANIN (*Acad. Sc.*, 29 juin 1931) ont constaté que le bismuth administré par voie intramusculaire au chien et au lapin et à des doses toxiques, se montre pourvu de propriétés calcifiantes à l'égard des tissus tels que le muscle, siège de l'injection, et le rein. Cette action calcifiante du bismuth ne s'oppose pas à son utilisation thérapeutique, s'il est administré à des doses non toxiques.

Galliot (*Soc. Méd. de Paris*, 27 juin 1931), étudiant la dose thérapeutique du bismuth, montre que les doses de 2 mgr. et 1 cgr. de bismuth métal n'exercent aucune action favorable tant par voie intramusculaire que par voie intraveineuse.

Queyrat (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 12 mars 1931) estime que pour bien apprécier la valeur du bismuth dans le traitement de la syphilis, il faut se mettre dans des conditions expérimentales précises, c'est-à-dire prendre un syphilitique atteint dechancre à la période préhumorale et le traiter exclusivement par le bismuth pendant un temps prolongé. Si pendant ce temps (1 à 2 ans), il ne se produit aucun accident syphilitique, si la séroréaction est toujours négative, si la ponction lombaire donne des résultats satisfaisants, ce sera la preuve que le bismuth a, vis-à-vis de la syphilis, une action au moins égale à celle des arsénicaux. L'auteur donne la préférence au bismuth liposoluble et présente deux observations répondant au type ci-dessus. Il conclut que le traitement par une bonne préparation oléo-soluble donne des résultats au moins équivalents à ceux obtenus avec le 914 et évite les inconvénients et les accidents de celui-ci. Il donne résolument la préférence au bismuth sur l'arsenic dans le traitement de la syphilis.

Schwartz (*Ann. Inst. Pasteur*, 1930, XLV, 386 et *Presse médicale*, 3 juin 1931, n° 44, 809), sans délaisser de propos délibéré les arsénobenzènes, préconise le traitement d'attaque de la syphilis par le bismuth liposoluble.

Rabut (*L'Hôpital*, 1931, XIX, 322) donne une revue générale sur la bismuthothérapie de la syphilis.

Mlle Mouneyrat (*Thèse Méd. Paris*, 1931) présente deux composés bismuthiques : le sel de soude de l'acide bismutyltritartrique (B. S. M.) en solution aqueuse, injectable par voie intramusculaire et un dicamphocarbonate de bismuth (Olbia).

Frossard (*XXIe Congr. fr. de méd. Liège*, 23-27 septembre 1930) préconise les injections simultanées de bismuth métal en suspension isotonique et d'huile iodée à 50 % (lipiodol) au rythme suivant : 3 injections par semaine, les deux premières de Bi, la troisième de 2 cc. de lipiodol. L'action est beaucoup plus énergique qu'avec le bismuth seul par suite semble-t-il de la formation intracellulaire d'iodure de bismuth.

Sauphar (*La Médecine*, 1931, XII, 306) a obtenu à la maternité de Lariboisière des résultats remarquables avec le bismuth liposoluble contre les syphilis acquises et héréditaires.

Mouriquand, Sédaillan et Mlle Weill (*Soc. méd. Hôp. de Lyon*, 28 octobre 1930) présentent un enfant de 13 ans 1/2 avec rachitisme tardif, B. W. fortement positif dans le sang, très amélioré par le traitement bismuthique.

Gougerot, Cohen et Ragu (*Ann. Mal. Vén.*, 1931, XXVI, 36) rapportent un cas de réaction tertiaire (gommes) après la reprise d'un traitement bismuthique interrompu depuis 5 ans.

Lemay (*Courrier méd.*, 7 septembre 1930) propose le bismuth comme traitement de secours de la poliomyélite.

Bensaude et Cottet (*Presse méd.*, 9 mai 1931, n° 37, 673) préconisent l'emploi du sous-nitrate de bismuth dans le traitement des troubles nerveux et circulatoires paradigestifs (extrasystoles, douleurs précordiales, migraines).

La dermite livédoïde et gangréneuse de Nicolau a suscité cette année aussi quelques travaux, signalons les nouveaux cas de Belgodère (*Ann. Mal. vén.*, 1931, XXV, 745), Weis et Bichat (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 1931, XXXVIII, 352), Babalian (*Paris méd.*, 1931, XXI, 235), Burnier (*Ann. Mal. ven.*, 1931, XXVI, 266) et tout particulièrement la thèse très documentée de Jacques Leroy (*Thèse Méd. Paris*, 1931). Pour cet auteur, « la dermite livédoïde, complication rare de la médication par injections intramusculaires au niveau de la fesse, est la conséquence directe d'une oblitération artérielle. Deux mécanismes différents la provoquent : l'embolie et la thrombose. Deux catégories de médicaments s'opposent, qui correspondent chacun à un de ses aspects anatomopathologiques : *a*) les médicaments insolubles qui provoquent l'embolie ; *b*) les médicaments solubles qui provoquent la thrombose ; un autre facteur, le spasme, joue un rôle très important, parfois même prépondérant, dans la genèse des accidents en particulier avec les produits solubles, mais il ne peut à lui seul provoquer une dermite livédoïde. Les médicaments sont déposés soit dans l'artère même, soit dans la paroi artérielle, soit dans son voisinage immédiat. Ils pénètrent dans la cavité artérielle, soit immédiatement, soit secondairement après un temps plus ou moins long. La douleur du début est due à l'arrêt circulatoire, elle est aussi retardée que l'est la pénétration du médicament. L'éruption présente une topographie artérielle. La forme livédoïde correspond à une oblitération incomplète et la forme phlycténulaire répond à une interruption circulatoire plus étendue. La forme gangréneuse est consécutive à une embolie ou à une thrombose massive ne permettant pas de circulation de retour ».

Foucaud (*Ann. Mal. vén.*, 1931, XXVI, 42) signale un cas d'injection intraveineuse par erreur de 3 cc. d'iodoquinate de bismuth : tout de suite après, quelques accès de toux, tendance à la syncope, pouls faible et accéléré dans la soirée, dyspnée, quelques crachats striés de sang sans symptômes pulmonaires, le lendemain état normal sauf une urine hypercolorée et une légère albuminurie. Trois jours après, disparition de l'albuminurie et apparition d'une stomatite rapidement douloureuse qui envahit les gencives le voile du palais, la face interne des joues et dure 7 jours, ensuite guérison complète.

Gougerot, Blum et Ragu (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 13 novembre 1930) et Gougerot, Weill et Salles (*Ann. Mal. vén.*, 1931, XXVI, 109) rapportent de nouveaux cas d'abcès bismuthiques tardifs.

Bory (*Paris médical*, 1931, XXI, 221) fait une étude clinique de la néphrite bismuthique et montre sa gravité dans certains cas ; l'épithéliurie, la cylindrurie n'ont qu'une importance relative et n'imposent pas la cessation du traitement. Au contraire, l'apparition d'albuminurie, ne fusse qu'à l'état de traces, doit dicter cette interruption. L'albuminurie est vraiment le seul signe d'alarme permettant de redouter une complication rénale et l'évolution d'une néphrite véritable.

Chatagnon (*Bull. méd.*, 1930, XLIII, 645) rapporte un cas d'hépatite syphilitique secondaire dégénérative mortelle chez un sujet ayant reçu trois injections intramusculaires de bismuth soluble.

Gaté, Thiers, et Cuilleret (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVI, 299, *Soc. méd. Hôp. de Lyon*, 3 février 1931 et *Lyon médical*, 22 mars 1931) rapportent deux cas de grippe bismuthique dans lesquels ils ont pu mettre en évidence d'une façon nette une sensibilisation des malades au bismuth.

Gaté, Charpy et Cuilleret (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 1931, XXXVIII, 81), Gaté et Charpy (*Soc. méd. Hôp. de Lyon*, 13 janvier 1931) et Nicolas et Pétouraud (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 1931, XXXVIII, 140) rapportent des cas de polynévrites bismuthiques.

Dupuy-Dutemps, Burnier et Blum (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 21 mai 1931) signalent un cas d'amblyopie transitoire à la suite d'une injection de bismuth liposoluble, les troubles ont disparu en 48 heures sans laisser de traces, l'examen oculaire a permis de conclure à un spasme de l'artère cérébrale postérieure.

Flurin et Casaubon (*J. de Méd. et Chir. prat.*, 1930, CI, 702) montrent le rôle adjuvant des cures sulfurées dans le traitement spécifique, par action directe du soufre d'un part, par action du soufre sur le métabolisme du bismuth et sa résorption d'autre part. Le soufre augmente la tolérance du malade, permet d'augmenter les doses, on note la disparition, pendant une cure thermale ou à la suite d'un traitement par le soufre colloïdal, des nodosités intrafessières, de la stomatite, la guérison de la grippe bismuthique. Le soufre agit par action catabolique. Le soufre des eaux minérales possède un pouvoir catalytique qui renforce l'utilisation du bismuth, favorise son absorption et son élimination.

Max Lardat (*Thèse Méd. Paris*, 1931) nous donne dans une première partie , une étude très documentée sur les tendances actuelles de la bismuthothérapie et sur les avantages et les inconvénients des différents types de préparations bismuthiques, solutions aqueuses et huileuses, suspensions huileuses et aqueuses. Travail très bien conduit, très bien écrit, d'une lecture attrayante, l'auteur ne se borne pas du reste à réunir et collationner seulement les opinions si divergentes de nos maîtres de l'heure, il conclut chaque chapitre par son opinion personnelle basée sur 4 années de Saint-Lazare et d'assistance assidue aux consultations du dispensaire Toussaint-Barthélemy. La deuxième partie, non moins intéressante et originale, est consacrée à l'étude de la thérapeutique soufrée des accidents de la bismuthothérapie. Ici aussi l'auteur, non seulement rapporte les travaux de ses devanciers, mais les complète par quelques expériences *in vitro* et par d'intéressantes observations cliniques. Il a pu constater par lui-même que chez les malades porteurs de rétention bismuthique, l'institution du traitement sulfuré entraîne l'élimination rénale du métal, la durée de la stomatite bismuthique est abrégée par la cure soufrée et cette dernière permet également la bonne tolérance locale et générale de la bismuthothérapie chez les malades intolérants au bismuth. Dans une dernière partie, l'auteur enfin tente un essai d'explication du mécanisme de cette action favorable indiscutable du soufre au cours des cures bismuthiques. Ce mécanisme peut être direct en solubilisant les résidus bismuthiques, ou indirect en vitalisant les tissus qui entourent le foyer de rétention et en activant les phénomènes d'oxyréduction et le métabolisme cellulaire des muscles injectés.

SOUFRE

Schrœder-Knud (*Ann. méd. psychol.*, 1930, LXXXVIII,

n° 3) préconise dans le traitement de la paralysie générale et la syphilis du système nerveux central la pyrétothérapie par injections intramusculaires d'huile soufrée (sulfosine). Par contre Levaditi, Pinard et Even (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 12 juin 1931), bien qu'ils aient pu déclencher dans certains cas avec le soufre liposoluble des élévations thermiques analogues à celles déterminées par la malariathérapie, n'ont obtenu dans aucun cas d'amélioration clinique ou humorale, les accès sont du reste très inconstants.

Carles et Leuret (*Bull. gén. Ther.*, 1931, CLXXXII, 53) ont pu guérir 5 cas d'intoxication mercurielle aiguë par les injections de soufre colloïdal.

Bory (*Concours médical*, 3 août 1930) et Chevallier et Hamburger (*Paris médical*, 1930, XX, 499) étudient les indications des médications soufrées dans la syphilis, les dermatoses et en thérapeutique générale.

GALLIUM

Levaditi, Tchakirian, Bardet et Vaisman (*Acad. Sc.*, 4 mai 1931) mettent en évidence les propriétés trypanocides et spirillicides d'un élément rare : le gallium. Utilisé soit sous forme de tartrate soluble, soit sous forme de benzoate insoluble, le gallium exerce une action préventive et curative remarquable dans la syphilis expérimentale et certaines trypanosomiases. Chez les lapins syphilisés et traités, les tréponèmes disparaissent en 3 à 4 jours et les lésions se cicatrisent rapidement. Les souris trypanosomisées destinées à succomber en 24 ou 48 heures sont guéries par des injections sous-cutanées de tartrate de gallium ; les trypanosomes disparaissent de la circulation en 24 à 30 heures et, souvent, il y a stérilisation complète de l'infection. Le gallium doit être compris dans la série des éléments doués de propriétés thérapeutiques dans la syphilis et certaines trypanosomiases.

Blennorragie

Signalons une belle monographie de Chalet (*La Médecine*, juin 1931, XII, n° 9) sur la blennorragie chez l'homme et chez la femme et son traitement, une étude de la thérapeutique de la bleennorragie aiguë de Barbeillon (*J. d'Urologie*, 1930, XXX, n° 2) et un travail de Janet (*J. d'Urologie*, 1931, XXXI, 433) sur les succédanés du permanganate de potasse. Rousseau (*J. des Praticiens*, 1930, XLIV, 709) préconise les grands lavages avec une solution aqueuse d'iode à l'état naissant (noviode) qui donne des guérisons plus rapides que le MnO^4K. Sabatier (*Thèse Med. Paris*, 1931) étudie l'action locale du nitrate d'argent, du protargol, de l'argyrol du permanganate et du sulfate de zinc sur la muqueuse uréthrale.

Tuberculose

CHOLINE

Carles et Leuret (*Progrès medical*, 30 octobre 1930, n° 44, 1822) (*XXIe Congr. fr. de Méd. Liège*, 23-27 septembre 1930) (*Acad. Méd.*, 3 février 1931) confirment leurs résultats au sujet de l'action souvent remarquable du chlorhydrate de choline dans le traitement de toutes les tuberculoses.

Mandillon (*Soc. méd. chir. de Bordeaux*, juillet 1930 et 15 janvier 1931) rapporte 7 observations, 3 d'affections tuberculeuses cutanées, 4 d'affections cutanées non tuberculeuses où la cicatrisation des plaies opératoires a été obtenue rapidement à l'aide d'injections sous-cutanées de chlorhydrate de choline faites tous les jours qui ont suivi l'intervention chirurgicale.

Par contre, Bonnamour et Pizzera (*Soc. méd. Hôp. de Lyon*, 20 janvier 1931), Dufourt, Despeignes et Mathais (*Soc. méd. Hôp. de Lyon*, 20 janvier 1931) et Cordier (*Soc. méd. Hôp. de Lyon*, 27 janvier 1931) n'ont obtenu aucun résultat thérapeutique net avec la choline, même avec une expérimentation prolongée chez les tuberculeux de différents milieux (sanatorium, hôpital, ville).

ESSENCES VÉGÉTALES

Courmont, Morel et Dœuvre (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVI, 1029) montrent que le d. citronnellol, le rhodinol et l'alphapinène présentent une action infertilisante marquée sur les cultures de bacille tuberculeux, cette action n'est pas augmentée par l'ozonisation.

TRIBROMOMÉTAXYLÉNOL

Mlles Dubocet Palfray (*Soc. d'Etudes sc. del'Œuvre de la Tuberculose*, 8 novembre 1930) ont obtenu de bons résultats dans les tuberculoses ganglionnaires, osseuses, rénales et cutanées avec les injections intra-articulaires, intra-musculaires, par les badigeonnages locaux ou les injections dans les culs-de-sac et les fistules de tribromométaxylénol.

MORRHUATE DE CUIVRE

Morisseau (*Soc. de Méd. et d'Hyg. trop.*, 30 octobre 1930) préconise dans le traitement de la tuberculose les injections de morrhuate de cuivre : tous les malades traités ont été améliorés, certains même guéris.

Lumière et Mlle Julliard (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CV, 396) étudient l'absorption et l'élimination des thiodérivés aureux. Au bout de 24 heures, la plus grande partie de l'allochrysine injectée sous la peau du cobaye a disparu du sang, une faible fraction demeure dans le liquide circulant pendant 5 à 7 jours, simplement dissoute dans le milieu plasmatique et non absorbée par les cellules.

Lebeuf, Mollard et Pauget (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 1931, XXXVIII, 513) ont pu caractériser l'or dans le liquide céphalo-racnidien des sujets traités par les injections intraveineuses de crisalbine.

Dumarest, Mollard et Pavie (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVII, 794) étudient les modifications de la formule sanguine au cours de l'aurothérapie. L'amélioration de cette formule est d'un bon pronostic, elle est parallèle à l'amélioration clinique. Inversement quand elle est nulle, il semble que la chrysothérapie demeure inefficace. La constatation d'une éosinophilie importante doit faire arrêter au moins provisoirement le traitement sous peine d'accidents d'intolérance ; la constatation d'hyperleucocytose progressive avec augmentation du nombre des polynucléaires neutrophiles indique que la saturation de l'organisme est atteinte et qu'on doit, sous peine d'accidents de saturation, arrêter le traitement.

Les travaux sur les résultats du traitement de la tuberculose par les sels d'or ont été cette année aussi nombreux, nous citerons Caussimon (*Gaz. hebd. Sc. méd. de Bordeaux*, 1930, LI, n° 28, 437), Colbert et Pigeon (*Gaz. hebd. Sc. méd. de Bordeaux*, 1930, LI, 804), Gelibert et Léonet (*Progrès médical*, 9 août 1930, 1371), Rosemblum (*Thèse Méd. Paris*, 1930), Knud Secher (*Presse méd.*, 17 décembre 1930, n° 101, 1738), la plupart des auteurs reconnaissent l'efficacité souvent remarquable de cette médication.

Cependant Renaud et Petit-Maire (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 28 novembre 1930) font des réserves sur la valeur de l'aurothérapie, il leur paraît difficile d'accepter qu'une méthode, qu'ils jugent d'après leurs observations très irrégulière, puisse être considérée comme ayant une efficacité spécifique, tout en rendant néanmoins souvent de grands services.

Par contre Ameuille et Klotz (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 28 novembre 1930) et Ameuille et Hinault (*Bull. médical*, 1931, XLV, III) sont de chauds partisans de l'aurothérapie et des doses élevées, qui d'après eux ne font pas courir plus de risques d'intolérance aux malades que les doses plus faibles.

Dumarest, Lebeuf et Mollard (*J. de Méd. et Chir. prat.*, 1931, CI, 110) et Dumarest et Mollard (*Acad. Méd.*, 24 février 1931) préconisent eux aussi fortement l'aurothérapie, ils commencent par des doses faibles (0 gr. 05 de crisalbine) en montant progressivement suivant la tolérance du sujet jusqu'à 0 gr. 20 à 0 gr. 50, en atteignant une quantité totale de 9 à 10 gr. en général pour le traitement d'attaque, celui-ci doit être continué par un traitement d'entretien. Ce n'est que par le tâtonnement qu'il est possible de trouver la dose tolérée et efficace qui convient à un malade donné.

Capuani (*Paris médical*, 1930, XX, 45), Jullien (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 8 mai 1931), Labesse (*64e Congr. des Soc. sav. Clermont-Ferrand*, 7-11 avril 1931) et Labesse et Marie (*Presse médicale*, 26 novembre 1930, n° 95, 1612) associent la chrysothérapie et la collapsothérapie avec le plus souvent des résultats bien meilleurs qu'avec une de ces thérapeutiques isolée.

Amat (*Arch. méd. chir. App. respir.*, 1930, V, 478) et Roulin (*Thèse Méd. Paris*, 1931 et *Gaz. Hôp.*, 1931, CIV, 894) préconisent l'aurothérapie locale dans le traitement des tuberculoses pleurales.

Huguenin, Liberson et Dupont (*Presse médicale*, 6 juin 1931, n° 45, 833) ont obtenu d'excellents résultats avec la chrysothérapie des adénites tuberculeuses.

Caussade et Drouet (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 1931, XXXVIII, 335) ont guéri également des tuberculides papulosquameuses par l'or.

L'or a été également employé en dehors de la tuberculose. C'est ainsi que Lebeuf et Mollard (*Ann. Mal. vén.*, 1931, XXVI, 81) ont constaté une action antisyphilitique manifeste des sels d'or employés à doses élevées (0 gr. 25 à 0 gr. 50 de cri-

BIBLIOGRAPHIE

Le travail des malades et des infirmes, par G. Ichok. Une préface du Prof. A. Calmette. Un volume de 320 p. in-8°. M. Rivière, édit., Paris, 1931. Prix : 40 fr.

Chaque médecin connaît le sort d'innombrables malades ou infirmes, capables de fournir un travail rémunérateur, et, par surcroît, profitable à leur état physique et psychique, mais qui mènent pourtant une existence diminuée et pénible, parce que, en temps opportun, les possibilités de rééducation et de réadaptation ont été négligées, et la valeur thérapeutique du travail sous-estimée ou méconnue ?

Prévenir cet état de choses, et offrir, en quelque sorte, un aide-mémoire d'action et de doctrine, d'une utilité immédiate ou d'une portée plus lointaine, c'est le but que poursuit M. Ichok en présentant un ouvrage essentiellement pratique, soit qu'on aborde les divers problèmes d'un point de vue strictement individuel ou bien qu'on les envisage sous l'angle d'une tactique de grande envergure s'appliquant à une multitude de malades ou d'infirmes.

Le livre très documenté de M. Ichok est un manuel indispensable à tous les médecins qui veulent être au courant du travail des malades et des infirmes, en général, et du traitement par le travail en particulier. Il faut donc souhaiter une grande diffusion du volume, écrit aussi bien dans l'intérêt de la Société que des malades et des infirmes, notamment des tuberculeux, psychopathes, impotents, mutilés, enfants, cardiaques aveugles, sourds, sourds-muets, convalescents, alités, des sujets atteints de tuberculose chirurgicale, de fractures, de maladies d'articulations, de maladies professionnelles, de suites d'accidents de travail, etc.

Histoire du Limousin et de la Marche, par J. Nouaillac. Un volume in-8 écu de 276 pages, illustré de planches hors texte. Broché, 18 fr. Boivin et Cie, éditeurs, 5, rue Palatine, Paris, 6e.

Dans la collection des « *Vieilles Provinces de France* » ; voici le Limousin qui, à son tour, vient de prendre place.

Bien que cette portion de terre française ne soit ni une des plus étendues, ni une des plus peuplées, ni une des plus fertiles, elle fut une des plus anciennement habitées et une vie originale s'y développa de bonne heure. Le pays de Saint Martial et de Saint Eloi, des ermites et des défricheurs, des vicomtes et des châtelaines, des troubadours et des papes, s'éveilla l'un des premiers, à l'art et à la poésie ; l'émaillerie de Limoges, les châteaux et les églises romanes, la littérature courtoise du *gai saber* ont fait sa gloire au moyen âge. Cette civilisation brillante s'éclipsa par la suite et la province s'incorpora avec ardeur à l'unité nationale, mais elle y joua un rôle des plus honorables et des plus utiles en mettant son élite, comme sa main-d'œuvre, au service de la France. Le Limousin, terre granitique et bocagère est, comme l'a appelé Michelet, un charmant et pauvre pays, mais qui à toutes les époques a été riche d'endurance et d'énergie.

C'est la première fois que cette histoire est contée d'un bout à l'autre, depuis l'homme préhistorique de la Chapelle-aux-Saints jusqu'à la Grande Guerre et dans le cadre complet de l'ancien territoire correspondant au pays des Lémovices, en y comprenant la Marche Limousine détachée arbitrairement par le régime féodal.

Le récit est alerte, vivant et net, dépouillé de tout appareil d'érudition. L'auteur, J. Nouaillac, dégageant de la multitude des faits les fortes idées générales et les traits vraiment expressifs, a composé une vingtaine de tableaux où toute la vie du pays apparaît en un relief saisissant. Il n'a pas voulu seulement décrire les grandes scènes et les personnages notables : il a cherché à pénétrer la vie intime, le caractère, le labeur séculaire d'une population qui a lentement, courageusement aménagé et enrichi un sol ingrat.

Histoire de la Poésie française de la Renaissance au Romantisme, par Emile Faguet. Tome V : *Nicolas Boileau* (1636-1711). Un fort volume in-16. Broché, 15 fr. Boivin et Cie, éditeurs, 5, rue Palatine, Paris, 6e.

Les trois premiers tomes antérieurement parus de cette remarquable *Histoire de la Poésie française*, ouvrage unique en son genre, nous donnent une étude d'ensemble de cette étude de 1600 à 1660, qui marque la transition entre l'Humanisme de la Renaissance et le Classique de la seconde moitié du XVIIe siècle.

Dans le tome IV, Faquet nous montre comment toute la littérature française depuis 1550 et particulièrement la Pléiade, a son développement le plus complet et son splendide épanouissement dans l'œuvre de la Fontaine.

Le tome V qui parait aujourd'hui étudie le rôle et l'influence littéraire de Nicolas Boileau, car si cet auteur n'occupe pas une très grande place dans l'histoire de la poésie française, il faut lui en faire une large dans l'histoire de la critique.

Il est à proprement parler le *fondateur de la critique littéraire*, et, par son essai de tracer les règles de l'art, ou tout au moins, les conditions dans lesquelles l'art peut et doit s'exercer pour aboutir, il a une telle influence sur la littérature classique en général et sur la poésie en particulier, qu'il est impossible de poursuivre l'étude de l'*Histoire de la Poésie française* sans nous arrêter un instant, pour analyser l'orientation que Boileau a su donner à l'Art poétique.

Faguet nous présente Boileau comme un véritable théoricien littéraire et plus précisément, théoricien de l'art réaliste, et, c'est à ce titre qu'il a eu une influence considérable et prolongée.

Messieurs les Anglais ».— Continuant la série de ses numéros spéciaux synthétiques le « Crapouillot » publie une livraison entièrement consacrée à « Messieurs les Anglais » avec un pittoresque reportage de Claude Blanchard sur « Londres », les révélations de Xavier de Hautecloque sur « l'Intelligence Service » et une magistrale étude de Francis Delaisi « La chute de la livre et la chute de l'Empire » (12 fr. au Crapouillot, 3, place de la Sorbonne, Paris).

salbine). Le solganal B en injections intramusculaires leur a paru plus actif que la crisalbine en injections intraveineuses. C'est une médication intéressante et à étudier plus complètement, car elle doit pouvoir rendre de grands services chez les arséno-résistants et dans les syphilis nerveuses ou à Wassermann irréductible.

AUBIN (*Soc. Path. exot.*, 9 juillet 1930) présente 4 observations de lépreux traités aux Indes par la crisalbine. L'auteur a l'impression que l'or a très favorablement influencé les lésions qui, dans trois cas menaçaient d'aboutir à d'importantes mutilations.

FORESTIER (*Presse méd.*, 20 mai 1931, n° 40, 735) préconise également l'allocrysine dans le traitement des rhumatismes polyarticulaires de l'adulte, et KALMANOVITCH (*Thèse Méd. Paris*, 11 mars 1931) a pu abaisser avec les injections d'or colloïdal, la mortalité des broncho-pneumonies infantiles de 60-80 % à 49 %.

Les accidents de l'aurothérapie ont été particulièrement étudiés, nombreuses en sont les observations, plus particulièrement au sujet des accidents cutanés (érythrodermie, kératodermie), nous ne pouvons ici que renvoyer les lecteurs aux articles originaux (CAUSSADE et DROUET (*Soc. Derm. et Syph.*, 1931, XXXVIII, 332), DUMAS, GATÉ et CUILLERET (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 1931, XXXVIII, 279), (GARDÈRE. *Thèse Méd. Paris*, 1931), GOUGEROT et CARTEAUD. *Soc. fr. Derm. et Syph.*, 13 novembre 1930 et 15 janvier 1931), GOUGEROT et IGLESIAS (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 11 décembre 1930), JAUNEAU. *Thèse Méd. Paris*, 1931), LORTAT-JACOB et JAME. (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 8 février 1930. NOVÉ-JOSSERAND, GATÉ, CHARPY, JOSSERAND et CUILLERET, (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 1931, XXXVIII, 117), RABUT (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 12 mars 1931), VANHAECKE, BOULANGER et LAGRENIE (*Soc. Méd. du Nord*, avril 1931).

Nous signalerons tout particulièrement l'importante contribution de LEBEUF et MOLLARD (*Presse médicale*, 13 septembre 1930, n° 74, 1239. *Paris médical*, 1930, XX, 510. *Soc. fr. Derm. et Syph.*, 1931, XXXVIII, 142 et 251. *Ann. Derm. et Syph.*, 1931, 7e S. II, 214) sur la morphologie des aurides. Ces auteurs classent les aurides en : 1° *aurides muqueuses avec stomatite* étendue à toute la muqueuse buccale, d'abord rouge, puis blanchâtre, d'aspect lichénien ou leucokératosique : cette stomatite peut apparaître dès le début du traitement ou trois semaines après, elle s'accompagne parfois d'ulcérations, de dysphagie et guérit en 15 jours ; 2° *aurides cutanées*, on peut observer des érythèmes divers : un érythème localisé, placard rouge et douloureux qui naît sur le thorax ou sur le pli du coude qui a reçu la dernière dose ; un érythème du 9e jour biotropique ; un érythème généralisé avec fièvre et phénomènes généraux (vomissements, diarrhée) du type rubéolique ou scarlatiniforme qui dure une semaine environ et qui laisse après lui une desquamation furfuracée. Plus graves sont les érythrodermies, squameuses ou vésiculo-œdémateuses, qui peuvent durer 5 à 6 semaines et qui desquament ensuite en squames épaisses ; certaines formes se sont terminées par la mort. On a signalé également du purpura avec ou sans autres hémorragies, du prurit, de l'urticaire, des dermites eczématiformes. Les injections de sels d'or peuvent aussi provoquer d'autres affections cutanées, telles que le lichen plan, le granulome annulaire, le lichen scrofulosorum. Enfin, on peut observer après la chrysothérapie des réactions focales, les lésions tuberculeuses devenant plus rouges, plus suintantes et plus douloureuses. Au point de vue du mécanisme pathogénique, les auteurs distinguent trois types de réactions : 1° les réactions focales, éruptions lichénoïdes, érythèmes du 9e jour tenant au microbe et d'origine infectieuse, par réaction biotropique, disparaissant si l'on continue les injections, comme pour l'As. ; 2° les manifestations d'intolérance, érythrodermie, prurit, urticaire, dermite eczématiforme, tenant à la constitution même du malade et expression de son intolérance et 3° les aurides toxiques représentées par la stomatite dues à la toxicité même du produit.

HISSARD (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 8 février 1931) rapporte un cas de lupus érythémateux intolérant primitif et progressif à l'or avec des doses minimes, l'intolérance allant jusqu'à la menace de syncope.

CAPUANI (*Paris médical*, 1930, XX, 176) montre que la chimiothérapie aurique n'est pas incompatible avec les arsénicaux tels que le cacodylate de soude, l'arrhénal et les arsénobenzènes, à l'inverse de As^2O^4.

COLBERT et PIGEON (*Gaz. hebd. Sc. Méd. de Bordeaux*, 1931, LII, 211) montrent l'importance du seuil d'intolérance et du seuil d'action au cours de la crysothérapie, seuils variables d'un malade à l'autre, il importe de ne pas franchir le premier et d'atteindre le deuxième.

CORDIER (*Soc. méd. Hôp. de Lyon*, 24 février 1931), étudiant l'état vagotonique chez les sujets porteurs d'aurides, constate avec une très grande fréquence un terrain particulier : microsphygmie, hypotension, oscillations très faibles, troubles cutanés antérieurs, tels qu'ichtyose ou sécheresse, pilosité pauvre, altérations des ongles, petits accidents d'hypothyroïdie, métabolisme basal le plus souvent abaissé.

LORTAT-JACOB et LEGRAIN (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 21 mai 1931) rapportent l'observation d'un malade atteint d'un lupus érythémateux traité par la crisalbine qui a déclenché l'apparition d'un lichen plan jugal intense.

MÉTAUX RARES DANS LA TUBERCULOSE

GRENET (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 9 janvier 1931) confirme la valeur des sels de terres rares (série du cérium, cérium, lanthane, proséodyme, néodyme, samarium), dans la tuberculose et FLANDIN, LECOQ, MAISON et THIROLOIX étudient comparativement l'action de l'or, du cérium, du lanthane et du molybdène et ont observé une action particulièrement favorable, spécifique même du molybdène, dans la tuberculose pulmonaire.

Paludisme, quinine et dérivés

TANON, CAMBESSÉDÈS et DECOURT (*Soc. Méd. et Hyg. trop.*, 22 janvier 1931) présentent le résultat d'enquêtes effectuées auprès de médecins des régions les plus diverses (Asie, Amérique du Sud, Afrique). Pour le traitement d'attaque du paludisme, la majorité des auteurs emploie la quinine par voie buccale, la quinine est administrée en injections seulement si elle n'est pas supportée par la voie buccale. La plasmochine n'a pas donné les résultats espérés, sauf sur les corps en croissants. L'action de l'arsenic associé à la quinine est reconnue par tous.

Etude de la chimiothérapie du paludisme de FOURNEAU, TRÉFOUEL, BOVET et BENOIT (*Ann. Inst. Past.*, 1931, XLVI, 514).

BINET et FABRE (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVI, 1116) montrent que quand le sujet est au repos depuis un certain temps, le sang de la rate peut contenir un taux de quinine double de celui du sang circulant, du fait que ce sang est deux fois plus riche en hématies, éléments sur lesquels la quinine s'est fixée.

PARTACHNIKOFF (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CIV, 1163) a observé que la quinine, en solution à 1/10000, entrave considérablement la croissance des tissus *in vitro* ; la concentration à 1/5000 rend la croissance du tissu impossible. La consommation du sucre dans les cultures de tissus en milieu quininisé est notablement diminuée.

GUYOT (*Gaz. Sc. méd. Bordeaux*, 5 octobre 1930) présente quelques réactions nouvelles pour la recherche de la quinine dans le sirop de quinquina.

ESCHER et VILLEQUEZ (*Presse médicale*, 28 mars 1931, n° 25, 453) préconisent les injections intraveineuses de chlorhydrate de quinine en diluant la solution par le sang et en l'injectant lentement, ils injectent 0 gr. 50 de chl. de quinine dans 10 cc. d'eau augmentés de 10 cc. de sang et plus si possible, et en 5 à 10 minutes.

GÉRAUDEL et MOUQUIN (*Bull. méd.*, 1931, XLV, 135) ont arrêté par la quinine intraveineuse trois crises de tachycardie paroxystique (tracés électrocardiographiques à l'appui).

LAVIER (*Soc. Path. exot.*, 11 mars 1931) rapporte 5 cas d'intoxication aiguë accidentelle, dont 3 mortels, par la quinine. Durant l'expédition de Salonique, 5 soldats absorbèrent par erreur au lieu de sulfate de soude 16 gr. de quinine. Ils parurent éprouver comme un éblouissement et tombèrent en collapsus immédiat avec respiration haletante, pouls imperceptible, pulsations cardiaques de plus en plus faibles, 3 d'entre eux moururent respectivement au bout de 10, 15 et 20 minutes. Les deux autres plus jeunes eurent des vomissements et sortirent du coma au bout d'une quarantaine d'heures. L'un d'eux fit une amblyopie passagère ; aux autopsies, muqueuse stomacale macérée, hyperémie intense des deux reins et congestion des bases pulmonaires.

TAMALET (*Soc. Méd. Chir. Pharm. Toulouse*, janvier 1931) rapporte trois cas de mort subite au cours d'injections intraveineuses de quinine poussées cependant très lentement.

SÉE (*Gaz. des Hôp.*, 1931, CIV, 931) présente une revue générale sur les intoxications par la quinine, il range l'hémoglobinurie quinique parmi les accidents anaphylactiques.

GOUGEROT, BARTHÉLEMY et WEILL (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 10 juillet 1930) rapportent un cas d'érythrodermie par la quinine avec psoriasis consécutif.

PADILLA et COSSIO (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 9 janvier 1931) ont employé avec succès le sulfate de quinidine par voie veineuse dans la tachycardie paroxystique et dans le flutter auriculaire. La dose à injecter est de 0 gr. 15 par kgr., la méthode serait inoffensive et d'une grande efficacité.

PLASMOQUINE

MONIER (*Soc. Path. exot.*, 11 février 1931) a traité un paludéen porteur de Pl. Præcox par la plasmoquine à doses de 0,06 à 0 gr. 12 prises trois jours de suite, espacées dans la journée, avec disparition définitive des gamètes de la circulation périphérique, les schizontes ont réapparu ultérieurement. La plasmoquine lui a permis également de traiter sans accident un malade intolérant à la quinine (hémoglobinurie quinique).

QUINIOSTOVARSOL

MORALEDA et de LA CAMARA (*Soc. Path. exot.*, 15 avril 1931) sont d'avis que le quiniostovarsol possède, sur Pl. vivax et sur les schizontes de Pl. præcox, une action favorable comparable à celle de la quinine et de la plasmoquine ; l'action sur les gamètes du dernier est beaucoup plus lente. Le médicament peut provoquer des intolérances analogues à celles dues à la quinine, ou une élévation thermique spéciale quand on dépasse la dose tolérée. Dans tous les cas, excellents effets sur la splénomégalie, l'état général et le poids des malades.

664 et 710 FOURNEAU

MONNIER (*Soc. Path. exot.*, 11 février et 13 mai 1931) étudie le 664 et le 710 Fourneau (dérivés quinoléiques) avec bons résultats dans le paludisme à Pl. vivax à Pl. præcox et dans la malaria expérimentale.

ACIDE PHÉNYLQUINOLÉINE CARBONIQUE

MENNECIER (*Thèse Méd. Paris*, 1931) étudie les ictères dus à l'atophan. Ces ictères qui sont très rares du reste vont de l'ictère catarrhal à l'ictère infectieux.

LEVENT (*Gaz. des Hôp.*, 1931, CIV, 171) est d'avis qu'en observant certaines règles, on doit éviter tout accident avec l'atophan qui reste un médicament incontestablement précieux.

Rhumatisme articulaire aigu et salicylate

HALBRON et LAPORTE (*Monde médical*, 1930, XL, 745) insistent sur la nécessité des doses fortes de salicylate dans le rhumatisme articulaire aigu et sur les avantages dans bien des cas de la voie veineuse qui supprime les troubles digestifs.

Et. BERNARD (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 5 juin 1931) rapporte un cas de maladie rhumatismale à précession rénale où la néphrite a été remarquablement guérie par le traitement salicylé, l'espoir de la spécificité doit primer la crainte de l'imperméabilité.

DANIÉLOPOLU, DIMITRU et CIMINO-BÉRENGER (*Presse médicale*, 10 juin 1931, n° 46, 852) préconisent dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu les doses massives de salicylate de soude, 15 à 25 gr. par jour pendant des semaines et des mois, associées à des doses doubles de bicarbonate de soude et données toutes les deux heures le jour et toutes les quatre heures la nuit. Le salicylate ainsi administré serait bien toléré et les résultats thérapeutiques excellents.

CAUSSADE et REYNIER (*Soc. méd. Hôp., de Paris*, 4 juillet 1930) rapportent un cas de corticopleurite monosymptomatique d'un rhumatisme articulaire aigu guérie rapidement par le salicylate de soude à hautes doses.

THIERS et ROUSSET (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CV, 407) et GATÉ, BERNHEIM, THIERS et CUILLERET (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 1931, XXXVIII, 518) rapportent un cas d'éruption érythématobulleuse généralisée déclenchée par des doses élevées de salicylate de soude, l'injection intracardiaque au cobaye du sérum de ce malade a déterminé chez lui un état de sensibilisation au salicylate de soude.

JACOB (*Soc. Méd. du Bas-Rhin*, 27 juin 1931) a vu apparaître des hémorragies sous conjonctivales au cours d'un traitement salicylé.

BÉNARD et MERKLEN (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVII, 973) signalent une acidose salicylée, très rare du reste, indiquant dès son apparition la suppression immédiate du salicylate et l'intensification de la médication bicarbonaée.

BAUBY et FROMONT (*Progrès médical*, 19 juillet 1930, n° 29, 1257) rapportent un cas de mort chez un soldat ayant ingéré volontairement une solution de salicylate de méthyle : ébriété, pupilles dilatées, démarche incertaine, tachycardie, dyspnée, sueurs profuses, coma et mort.

COUVY et POPOFF (*Acad. de Méd.*, 3 février 1931) publient de nouveaux résultats sur l'action favorable du salicylate de soude intraveineux dans la pneumonie.

MARIE et URBAIN (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CIV, 1206) montrent que si l'action antirabique du salicylate de soude ne se manifeste ni au point de vue curatif, ni même préventivement, elle est cependant assez énergique par contact direct avec le virus.

VINCENT et VELLUZ (*Acad. Sc.*, 16 mars 1931) et VELLUZ (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVII, 583) étudient les propriétés antitoxiques et cryptotoxiques des acides salicyliques halogénés.

Rhumatisme chronique

Nous signalerons les travaux de LOEPER et DEGOS (*Progrès médical*, 30 octobre 1930, n° 44, 1877) et de COSTE et FORESTI ER (*Presse médicale*, 2 mai 1931, n° 35, 633 et 16 mai 1931, n°39, 715) sur le rhumatisme chronique et son traitement.

Emétine et amibiase

OURY et GIDARD (*Presse médicale*, 4 mars 1931, n° 18, 316) présentent une mise au point du traitement actuel de l'amibiase chronique.

TASSALY (*Thèse Méd. Paris*, 1930), présente l'observation d'un cas d'abcès amibien du foie guéri par les injections d'émétine dans la poche.

PETZETAKIS (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 23 janvier 1931) étudie la dysenterie amibienne en Grèce et présente un cas d'abcès amibien du foie ouvert dans les bronches, méconnu pendant 10 mois et guéri rapidement par les injections intraveineuses d'émétine et de stovarsol. Le même auteur (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 11 juillet 1931), rapporte également un cas d'abcès amibien primitif du poumon sans dysenterie guéri par l'émétine.

Marcel LABBÉ (*Presse médicale*, 23 juillet 1930, n° 59, 993), Et. BERNARD, PATOUREL et LOUVET (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 24 avril 1931), BOUCHUT et CHAFUY (*J. de Méd. de Lyon*, 1931, XII, 333) FLIEDERBAUM (*Presse médicale*, 13 septembre 1930, n° 74, 1242), THÉOARI et PARISSIDI (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 11 juillet 1930) et TRAISSAC (*J. de Méd. de Bordeaux*, 1930, CVII, 549) rapportent de nombreuses observations d'effet heureux et de guérisons par l'émétine des suppurations pulmonaires (bronchites fétides, abcès d u poumon et gangrène pulmonaire).

Trypanosomiases

LAUNOY et Mlle PRIEUR (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CV, 690 et 694. *Soc. Path. exot.*, 15 avril 1931) et LAUNOY, NICOLLE et Mlle PRIEUR (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVI, 712) continuent leurs si intéressantes études sur l'action trypanocide comparée du 205 Bayer et du 309 Fourneau (moranyl) chez la souris et le cobaye.

LÉPINE (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVII, 594) montre que le stibio-thiopropanol sulfonate de sodium exerce dans l'infection expérimentale du lapin et de la souris à Tr. brucei, gambiense et evansi une action thérapeutique efficace qui le place parmi les composés actifs de l'antimoine.

VAUCEL et BOISSEAU (*Soc. Path. exot.*, 13 mai 1931) montrent que le moranyl n'a pas d'action dans les trypanosomiases à forme méningée ayant résisté à l'arsenic. Action par contre dans les trypanosomiases ganglionnaires et sanguines au point de vue de la stérilisation périphérique après échec de l'arsenic.

SICÉ (*Soc. Path. exot.*, 9 juillet 1930 et *Ann. Inst. Pasteur*, 1930, XLV, 221) est d'avis qu'à l'heure actuelle la maladie du sommeil reste encore pleine d'inconnu dans ses réactions et qu'on ne peut décrire de traitement standard. Cependant souvent excellents résultats avec l'atoxyl seul ou associé à l'émétique à la première période de la maladie, ainsi qu'avec le 270 Fourneau. Il est certain aussi que la tryparsamide amène de véritables guérisons quand il y a déjà atteinte méningée, mais cela n'est pas constant sans qu'on sache pourquoi. Il importe de suivre l'évolution de la maladie et après échec du 270 Fourneau et de la tryparsamide, il faut recourir au 205 Bayer ou au moranyl ou encore aux sels de bismuth dont l'action n'est pas nulle.

LÈPRE

GOUGEROT (*Progrès médical*, 30 octobre 1930, n° 44, 1854) étudie le traitement actuel de la lèpre, il insiste sur la chimiothérapie, huile de Chaulmoogra et ses dérivés. Il montre que grâce aux mesures et aux traitements actuels la lèpre doit regresser, elle n'est plus la maladie incurable d'autrefois. Les lèpres bénignes et curables deviendront de moins en moins rares si l'on sait faire le diagnostic dès le début et si on traite les malades patiemment, longuement, intensément et si l'on continue le traitement périodique après guérison clinique, traitement de consolidation.

Tamalet, Abadie et Valatex (*Soc. Méd. Chir. Pharm. de Toulouse*, mai 1931) ont constaté une action efficace de l'huile de Chaulmoogra dans un cas de lèpre cutanée œdémateuse à évolution rapide.

Antiseptiques

TRYPAFLAVINE

Dujarric de la Rivière, Roux et Mlle Cavallier (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVI, 346) montrent que la trypaflavine irradiée est beaucoup plus efficace contre le méningocoque que la trypaflavine ordinaire tant *in vitro* qu'*in vivo* chez le lapin.

Renaud (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CV, 456. *Soc. méd. Hôp. de Paris*, 16 janvier et 19 juin 1931) montre la valeur thérapeutique remarquable des savons d'acridine dans les processus infectieux. Ce complexe, injecté dans l'organisme ne se fixe guère sur les tissus et n'est que lentement éliminé, son action est douce, lente et prolongée. Les résultats déjà obtenus par l'auteur dans les infections expérimentales et le traitement des maladies infectieuses chez l'homme témoignent de la remarquable efficacité de ce corps comme agent d'antisepsie profonde .

Jausion, Pecker et Hyronimus (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 11 juillet 1930) montrent que l'association gonacrine-ixium leur ont permis la cure accélérée d'uréthrites blennorragiques et de leurs complications (rhumatisme et orchi-épididymite) ; heureuse action conjuguée des sels acridiniques et du thorium X, qu'il s'agisse là d'une activation du corps fluorescent par les particules alpha ou inversement d'une sensibilisation qui ne pourrait d'ailleurs porter que sur une bien faible quantité de rayons.

Signalons les heureux résultats obtenus dans le traitement de diverses infections par l'acridinothérapie : par Gautier (30e *Congr. fr. d'Urol., Paris*, 7-13 octobre 1930) dans la bactériurie à staphylocoques, par Caussade, Médioni et Coupeau (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 13 février 1931) et Marchal (*J. Méd. et Chir. prat.*, 1930, CI, 881) dans les streptococcémies, par Leib Gawler (*Thèse Méd. Paris*, 1931 et Debenedetti (*Art médical*, 31 juillet 1931) dans la fièvre typhoïde, par Péhu et Mlle Lambert (*Soc. méd. Hôp. de Lyon*, 10 février 1931) dans la méningite cérébro-spinale, par Jeanbon et Rimbaut (*Soc. Sc. méd. et biol. Montpellier*, décembre 1930) et Brimont (*Thèse Méd. Paris*, 1930) dans la fièvre de Malte, par Vassilion (*Soc. Méd. du Bas-Rhin*, 20 décembre 1930) dans le paludisme chronique, par Loygue et Lemoine (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 16 janvier 1931) dans un cas d'ictère spirochétosique), par Paradis (*Arch. des Mal. des Reins*, août 1930) dans la blennorragie, et par Léger (*Soc. Path. exot.*, 10 décembre 1930) dans la lèpre.

René Bénard et Tassin (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 5 décembre 1930) rapportent un cas de mort par ictère grave après injection de dérivé acridinique et Architov (*Progrès méd.*, 14 mars 1931, n° 11, 486), Brulé et Lenègre (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 5 décembre 1930), Levrat et Badinand (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CV, 394 et *J. de Méd. de Lyon*, 5 janvier 1931, n° 264, 25), Mohammed es Sakka (*Thèse Méd. Paris*, 1931) et Richet fils et Couder (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 21 novembre 1930) étudient les azotémies provoquées par les dérivés acridiniques. Tous les auteurs sont d'accord sur la nécessité de surveiller systématiquement le taux de l'urée sanguine et les syndromes urinaires dans les infections traitées par la trypaflavine sous peine de voir survenir parfois des accidents de néphrite et d'urémie sérieux.

Jausion, Pecker et Médioni (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 6 mai 1931) sont d'avis, qu'à condition d'étudier la perméabilité rénale des vieillards ou des grands malades, la gonacrine est injectable à tous sans dangers à la dose de 5 cc. d'une solution à 2 %.

ÉTHER BENZYLCINNAMIQUE

Lévy-Solal, Jacobson, Dalsace et Pariente (*Paris médical*, 1930, XX, 369) ont observé une heureuse action avec les injections d'éther benzylcinnamique dans les salpingites, la douleur cède d'abord, puis les lésions régressent par étapes, en somme thérapeutique très encourageante.

Veil (*Soc. d'Opht. de Paris*, 21 février 1931) n'a pas observé, par contre, d'améliorations durables avec les injections intramusculaires d'éther benzylcinnamique dans le trachome.

ARGENT

Grollet (*Soc. Thér.*, 11 mars 1931) préconise l'argent colloïdal irradié *per os* à la dose de 8 centigr. par jour dans les affections génito-urinaires à colibacilles

Mestrallet (*Soc. nat. Méd. et des Sc. méd. de Lyon*, 17 juin 1931) rapporte une série de cas de délires aigus survenus dans des conditions variées notablement améliorés ou même guéris par les injections intraveineuses d'électrargol.

Terson (*Soc. d'Opht. de Paris*, 21 février 1931) insiste sur les avantages de la pommade au nitrate d'argent à 1/10 dans le traitement des conjonctivites catarrhales, purulentes et des blépharites suppurées

HYPOCHLORITES

Léo (*Soc. des Chirurgiens de Paris*, 7 novembre 1930) rappelle l'état actuel de la question du mode d'action des antiseptiques chlorés tels que l'hypochlorite de soude, le Dakin et la chloramine et constate la pénurie des documents d'après guerre sur ce sujet.

PHÉNOL

Le Lorier (*Soc. de Méd. de Paris*, 8 mai 1931) présente quatre observations de malades atteints d'affections septiques diffuses du derme et de l'hypoderme et traités par des injections interstitielles de glycérine phéniquée au 1/30 avec guérison dans trois de ces cas.

CRÉOSOTE

Gaudin (*Progrès médical*, 30 octobre 1930, n° 44, 1853) insiste sur la valeur des lavements créosotés comme préventifs des complications pulmonaires post-opératoires.

TÉRÉBENTHINE

Boucher (*Soc. Thér.*, 10 décembre 1930) indique une solution sulforicinoboratée d'essence de térébenthine comme antiseptique cicatrisant .

UROTROPINE

Lesegretain (*Thèse Méd. de Paris*, 1930) étudie le traitement des affections broncho-pulmonaires du vieillard par l'urotropine.

CHLORATE DE POTASSE

Brissemoret et Challamel (*Soc. Thér.*, 11 février 1931) montrent que le chlorate de potasse est le spécifique des angines (staphylococciques, pneumococciques, etc.), ce corps guérit aussi l'angine diphtérique, maladie locale et la guérit vite si son intervention est précoce et s'il est donné à doses suffisantes. Il est par contre sans action sur la diphtérie généralisée, mais peut la prévenir. Il donne d'excellents résultats comme antiseptique chez les porteurs de germes, il serait enfin préventif de la poliomyélite quand celle-ci débute par une angine.

VIOLET DE GENTIANE

Tanon et Cambessédès (*La Médecine*, 1930, XI, 926) préconisent les pulvérisations et le badigeonnage de la gorge avec une solution à 1/100 de violet de gentiane dans la désinfection des porteurs de germes diphtériques.

TANIN

Mourgue-Molines (*Montpellier médical*, 1931, 2e S., LIII, nos 3 et 4) ont obtenu d'excellents résultats par les pansements avec une solution aqueuse à 2,5 % de tanin ou par des pulvérisations avec une solution tiède de tanin à 5 % dans le traitement des brûlures.

EAU BLANCHE

Carle (*Ann. Derm. et Syph.*, 1930, 7e S., I, 950) insiste sur les bons résultats que donne l'eau blanche, cette vieille préparation si souvent laissée de côté, dans les dermites inflammatoires ou infectées, les eczémas suintants et croûteux qui sont nettoyés en 48 heures, décongestionnés et prêts à recevoir les pâtes cicatrisantes ou kératoplastiques, les pyodermites, certains ulcères de jambe infectés, certains cas d'herpès cutanés récidivants et de dishydrose.

GAZ SULFUREUX

Bonnetat (*Thèse vét. Paris*, 1930) étudie le traitement de la gale sarcoptique par le gaz sulfureux.

DÉPILATOIRES

Sabouraud (*Ann. Derm. et Syph.*, 1930, 7e S., I, 921 et *La Clinique*, 1931, XXVI, 100) étudie les dépilatoires et, en particulier leur emploi dans les mycoses interdigitales chroniques.

Signalons pour terminer ce chapitre, un travail de SOITUZ (*Soc. Path. Comp.*, 8 juillet 1930) sur le pouvoir antiseptique de toute une série d'alcaloïdes, et une communication à l'*Acad. de méd.* (17 mars 1931) de RÉGNIER et Mlle LAMBIN sur les procédés qui conviennent le mieux pour mesurer en valeur absolue l'activité des antiseptiques.

Intoxications

FEIL continue ses études sur les intoxications professionnelles, consacrées cette année à l'hydrogène sulfuré (*Progrès méd.*, 23 août 1930, n° 34, 1425), au formol (*Progrès méd.*, 15 novembre 1930, n° 47, 2013), aux vapeurs nitreuses (*Progrès médical*, 13 décembre 1930, n° 51, 2201), au fluor (*Paris médical*, 1930, XX, 242) et au brome (*Progrès médical*, 3 janvier 1931, n° 1, 9).

FLUOR

CRISTIANI (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVI, 1108 et CVII, 554) étudie les séquelles de la fluorose chez la chèvre et les lésions histopathologiques de l'hypophyse dans la fluorose.

OXYDE DE CARBONE

GUILLAIN, THUREL et DESOILLE (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 16 janvier 1931) rapportent deux cas de paralysies périphériques chez des sujets ayant subi une même intoxication oxycarbonée et COMBY (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 23 janvier 1931) un cas d'hémiplégie par intoxication oxycarbonée.

HYDROGÈNE SULFURÉ

ASTIER (*Thèse Méd. Paris*, 1931) étudie la toxicité de H^2S, ce gaz est toxique partir de 0,10 % ; à 8 % la mort est presque immédiate par paralysie bulbaire.

ZINC

GUILBERT et TARDIEU (*Soc. de Méd. de Paris*, 12 juin 1931) rapportent un cas d'intoxication médicamenteuse aiguë par le sulfate de zinc en ingestion, brûlures du tube digestif, salivation abondante, nausées, douleurs abdominales, vomissements, hématémèses répétées, ultérieurement péripyloroduodénite chronique et périviscérite du carrefour sous-hépatique.

CHLORATES

STRZYZOWSKI (*Ann. Méd. lég.*, 1931, XI, 528) rapporte un cas d'intoxication foudroyante provoquée par le chlorate de soude et MATHIEU et RIBADEAU-DUMAS (*Soc. Péd.*, 17 mars 1931) un autre cas d'intoxication aiguë chez une fillette de 6 ans après absorption de pastilles de chlorate de potasse du commerce.

BENZOL

BRINDEAU (*Soc. Méd. lég. de France*, 12 janvier 1931) signale deux cas d'anémie grave du type aplastique dues à une intoxication par des vapeurs de benzol.

TÉTRACHLORURE DE CARBONE ET TÉTRACHLORÉTHANE

HÉBERT et PHÉLEBON (*J. des Prat.*, 1931, XLV, 327) rapportent un cas d'intoxication grave par inhalation massive prolongée en espace clos des vapeurs d'un produit à base de tétrachlorure de carbone, vomissements, subictère, urines rares et foncées, azotémie ; bonne action diurétique de l'allylthéobromine dans ce cas d'intoxication, cessation rapide des vomissements sous l'influence de la chloruration et réapparition dès la reprise du régime déchloruré, guérison.

TAPERNOUX (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CV, 654) étudie la toxicité du tétrachlorure de carbone, du tétrachloréthylène et de l'hexachloréthane, celle-ci semble due à la décomposition partielle de ces corps avec production d'oxychlorure de carbone ou phosgène ; elle se manifeste surtout sur la cellule hépatique (dégénérescence, nécrose), et sur le rein. Le tétrachlorure de carbone semble s'éliminer également par l'appareil respiratoire.

BOIDIN, ROUQUES et ALBOT (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 4 juillet 1931) signalent également un cas d'ictère grave fatal par le tétrachloréthane avec atrophie marquée du foie à l'autopsie.

BEINIS (*Thèse Méd. Paris*, 1931) étudie aussi les intoxications par le tétrachloréthane, ces intoxications rencontrées chez les ouvriers des usines qui manipulent ce produit qui est un solvant de la cellulose, sont caractérisées avant tout par une première période de troubles digestifs puis par une hépatite plus ou moins grave, souvent mortelle, avec ictère qui peut aller de l'ictère bénin jusqu'à l'ictère grave et parfois des polynévrites.

SULFURE DE CARBONE

NEGRO (*Rev. Neurol.*, 1930, 87e A., II, n° 5) signale des syndromes parkinsonniens par intoxication sulfocarbonée.

CANTHARIDE

CHAVIGNY (*Soc. Méd. lég. de France*, 10 novembre 1930) présente l'observation d'un couple ayant absorbé, dans du vin, 50 cgr. de cantharidine avec effets aphrodisiaques nuls et des effets toxiques immédiats et graves, quoique suivis de guérison.

Plomb et cancer

DUHAH (*Progrès médical*, 28 mars 1931, n° 13, 583), étudiant le traitement du cancer par le plomb, retrouve dans les statistiques données par les auteurs, une proportion de 21,5 % de succès. La méthode n'a pas tenu tout ce qu'elle promettait, cependant elle paraît intéressante pour les cas inopérables.

FOURNIER (*XXIe Congr. fr. de Méd. Liége*, 23-27 sept. 1930) emploie, depuis plusieurs années, les injections de fumarate de plomb dans les cancers inopérables, non accessibles à la radiothérapie ou à la curiethérapie. Jamais il n'a observé d'effets fâcheux. Par contre, il a eu des résultats très encourageants. Tous les sujets sont soulagés, beaucoup seraient guéris, la guérison se maintenant depuis plus de deux ans sans menaces de récidives. L'auteur croit que les résultats sont dus surtout à la qualité du produit, il est en effet absolument nécessaire d'employer des produits chimiquement purs.

LE GUYON (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVI, 603) n'a obtenu aucun résultat par la saturnothérapie du sarcome de Jensen par voie cutanée et intramusculaire.

PASTEUR-VALLERY-RADOT et DEROT (*Paris médical*, 1930, XX, n° 42, 341) présentent une étude clinique et pathogénique de la néphrite saturnine ; au point de vue thérapeutique, ils insistent sur la nécessité pour le malade d'abandonner sa profession ; même s'il n'est plus soumis à l'intoxication saturnine, la néphrite continue à évoluer, le traitement est celui de toute néphrite chronique hypertensive. Bons effets de l'acétylcholine contre les spasmes vasculaires si fréquents dans cette néphrite ; en diminuant le vasospasme, l'acétylcholine atténue souvent et fait disparaître parfois, pendant un temps plus ou moins long, certains symptômes de l'hypertension.

VALDIGUIÉ et PLANQUE (*Ann. de Derm. et Syph.*, 1930, 7e S., I, 1026) rapportent un cas de mort déclenché par une teinture capillaire à base de plomb ; érythrodermie à début eczématiforme de la tête, du cou et des mains, tout à fait caractéristique d'une dermite par teinture, au bout de quelques semaines apparition de phénomènes généraux de plus en plus graves, insuffisance hépatique, œdèmes, cachexie, et mort par bronchopneumonie.

URANE

AVERSENQ et MAURIN (*Soc. Méd. Chir. et Pharm. de Toulouse*, juin 1931) montrent que le nitrate d'urane, comme le thorium X, exerce un pouvoir anagotoxique chez les poissons vis-à-vis des doses mortelles de picrotoxine.

GARNIER et MAREK (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVII, 99 et 938) et MAURIAC et SERVANTIE (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CV, 921) étudient la néphrite chronique expérimentale déterminée par le nitrate d'urane chez le lapin.

THORIUM X

AVERSENQ, JALOUSTRE et MAURIN (*Acad. Sc.*, 27 octobre 1930) étudient l'action anagotoxique du thorium X, chez les animaux et les végétaux.

LÉRI et LIÈVRE (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 11 juillet 1930) ont obtenu avec le thorium X d'excellents résultats dans le traitement de la spondylose rhizomyélique.

Phytothérapie

LECLERC poursuit ses si intéressantes études phytothérapiques consacrées cette année à l'action fébrifuge de l'Hélianthe (*Presse méd.*, 12 juillet 1930, 948, n° 56), à la Pensée sauvage dans le traitement des dermatoses (*Presse méd.*, 20 septembre 1930, n° 76, 1284), à l'action vermifuge de la Matricaire discoïde (*Presse méd.*, 18 octobre 1930, n° 84, 1428), à l'Aigremoine dans les diarrhées (*Presse médicale*, 1er novembre 1930, n° 88, 1492), à l'action cholagogue du Romarin (*Presse méd.*, 24 janvier 1931, n° 7, 124), aux béchiques (*Progrès méd.*, 31 janvier 1931, n° 5, 198), à la phytothérapie de l'insomnie (*J. Méd. et Chir.*

prat., 1930, CI, 870), à la Scabieuse et à l'Onagre (*Courrier méd.*, 6 juillet 1930).

VAUTHIER (*Soc. Méd. Chir. Pharm. de Toulouse*, décembre 1930) étudie l'action hémostatique de la Prêle des champs qui est due à la présence de manganèse jouant le rôle de stimulant diastasique en activant la plasmose pour transformer beaucoup plus rapidement le fibrinogène du sang en fibrine.

Pharmacologie générale

Nous signalerons les travaux de VINCENT (*Acad. Sc.*, 22 septembre 1930) et de VELLUZ (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, CIV, 974 et CV, 634) sur les propriétés cryptotoxiques des savons. L'association des savons (en particulier l'oléate de soude) à diverses substances toxiques (alcaloïdes, Hg) en atténue en effet parfois fortement l'effet nocif sans nuire à leur spécificité thérapeutique. Maurice RENAUD (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 17 oct. 1930, 7 nov. 1930, 21 nov. 1930, 12 déc. 1930 et *C. R. Soc. Biol.*, 1930, CV, 365) ainsi que GOURAUD (*Thèse Méd. Paris*, 1931), présentent une série d'études d'une part sur la valeur antiseptique remarquable des savons, employés seuls, et d'autre part appliquant à la thérapeutique humaine les recherches de VINCENT et VELLUZ sur leurs propriétés cryptotoxiques, ils constatent la grande efficacité thérapeutique des savons de métaux lourds (Hg et Or) dans le traitement de la syphilis et de la tuberculose. Ces complexes où les molécules du métal semblent isolées et rendues momentanément inertes par l'étalement à leur surface d'une sorte de film de savon ou d'acide gras sont globalement moins toxiques que la masse du métal qui les constitue, on ne voit après leur injection aucun accident immédiat ou rapide. Par suite de leur fixation difficile par les tissus et de leur lente dissociation, ils exercent une action progressive et prolongée qui s'est manifestée excellente en particulier pour l'or et le Hg (RENAUD).

NATTAN-LARRIER, NOYER et RICHARD (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVII, 14 et 945) montrent que l'oléate de soude facilite le passage transplacentaire d'un sérum hétérologue chez le cobaye.

BUSQUET et VISCHNIAC (*Soc. Thér.*, 11 mars 1931), étudiant l'influence des conditions circulatoires sur la réaction locale de certains médicaments, montrent que la diminution du débit sanguin dans un territoire déterminé peut entraîner une irritation locale avec des substances habituellement inoffensives et inversement qu'une augmentation de ce débit supprime la réaction locale des médicaments normalement irritants. Ces constatations permettent d'expliquer les réactions exceptionnellement provoquées par des produits dépourvus de nocivité et qu'on serait tenté d'attribuer à un idiosyncrasie. Il s'agit, en réalité, d'un ralentissement de la résorption médicamenteuse qui prolonge anormalement le contact entre le tissu et la substance agissante.

Pour JOANID (*Bull. Soc. Chim. biol.*, 1930, XII, 1001) la méthode classique est supérieure à la méthode de Florence (basée sur l'extraction par l'acide trichloracétique) pour la recherche des alcaloïdes dans les viscères (expériences ayant porté sur la strychnine, la morphine et la cocaïne).

RAMOND et POPOVICI (*C. R. Soc. Biol.*, 1931, CVII, 456) montrent que le Fe, le Pb, le Hg, le Cu et le Bi) s'éliminent précocement et intensément par les muqueuses de l'estomac, du duodénum et du cæco-appendice et fort peu par celle du jéjunum, de l'iléon et du côlon.

TÉCHOUEYRES (*Paris méd.*, 1930, XX, 422) constate que l'addition de 0 cc. 4 d'une solution normale d'hyposulfite de magnésium à 0 cc. 8 de sérum supprime ou diminue considérablement l'action floculante du péréthynol ou de la résorcine.

LAFONT (*Progrès médical*, 13 septembre 1930, n° 37, 1521) présente un répertoire de formules intraveineuses de la plupart des médicaments injectables dans les veines dans la pratique courante.

« ... Un esprit nouveau se façonne. La génération qui grandit et qui nous suivra demain n'a plus nos conceptions. Elle ne s'attarde plus à nos scrupules, à nos dogmes. Elle a évolué comme tout ce qui l'entoure.

Or, la lutte individuelle, le goût du risque ont perdu de leur prestige. L'idéal à présent c'est la sécurité du gain, l'assurance contre toutes les misères de la vie : cela nous mène tout doucement au râtelier de l'Etat-Providence. Et il faudrait être un surhomme pour échapper à cette contagion.

On peut donc prévoir que la médecine d'Etat, que le médecin fonctionnaire seront demain acceptés sans murmures et sans regrets. » (J. CRINON. *L'Informateur Médical.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 Novembre 1931

Nouvelles recherches expérimentales sur la fièvre exanthématique. — *MM. D. et I. Olmer.* Des recherches expérimentales conduites systématiquement permettent aux auteurs de tirer les conclusions suivantes :

1° La fièvre exanthématique est transmissible expérimentalement de l'homme à homme pendant toute la durée de l'évolution fébrile.

2° Les formes réalisées rappellent entièrement celles observées en clinique ; elles permettent d'affirmer l'existence de formes sans eruption ; par contre, il semble difficile d'admettre des formes inapparentes.

3° La fièvre exanthématique entraîne l'immunité à une inoculation ultérieure des sujets qui en ont été atteints. Mais en outre le sang des convalescents permet de protéger les sujets sains contre une inoculation de virus.

A propos de la protéinothérapie dite vaccinale de la sclérose en plaques. — *MM. P. Lépine et P. Mollaret.* La protéinothérapie de la sclerose en plaques, par la méthode, dite vaccinale, de Miss Chevassut, se montre inactive et ne légitime pas les espoirs qui avaient été fondés sur elle.

Recherches expérimentales sur l'étiologie et la pathogénie de la maladie de Nicolas et de Favre. — *MM. Levaditi, Ravaut, P. Lépine et Mlle Schoen.* — L'ensemble des recherches des auteurs leur permet de conclure que, conformément à l'opinion émise par Hellerström et Wassen, la maladie de Nicolas et de Favre reconnaît comme agent étiologique, un virus filtrant spécifique, le virus lymphogranulomateux. Ce virus qui est détruit par la glycérine et le chauffage à 60°, mais qui résiste à la congélation prolongée, détermine, chez certains simiens, lorsqu'il est inoculé par voie transcranienne, une méningo-encéphalite souvent mortelle. Celle-ci est caractérisée, du point de vue histo-pathologique par une neoformation des éléments lymphoïdes au niveau des méninges. Inoculé au singe par voie intra-ganglionnaire ou intra-préputiale, le virus lymphogranulomateux détermine une adénopathie offrant les particularités cliniques et microscopiques de la maladie humaine.

Les inoculations intracérébrales au singe permettent l'obtention de souches de virus se prêtant à des panages réguliers. Parmi les animaux de laboratoires, seule la souris a présenté une certaine receptivité au virus lymphogranulomateux, attesté par les lésions et la longue duree de la virulence du cerveau, du sang et de la rate.

Les singes ayant résisté à une inoculation primitive, de même que les sujets humains atteints de la maladie de Nicolas et Favre, présentent, dans leur sérum, des substances viruli-cides qu'atteste un certain degré d'immunité, vérifié expérimentalement.

Ces données confirment l'individualité et la spécificité nosologique de la maladie de Nicolas et Favre.

Sur un nouveau glucoside, le salipurposide présentant les propriétés physiologiques du phlorizoside (phlorizine). — *M. Marc Bridel.*

Etude anatomique des tumeurs des centres nerveux. — *M. G. Roussy et Ch. Oberling.* — Les progrès importants de la neuro-chirurgie ainsi que l'application de plus en plus fréquente des rayonnements au traitement des tumeurs cérébrales ont fait de l'étude histologique de ces néoplasmes une question d'actualité au plus haut chef. Dès l'avènement de ces méthodes de traitement, on s'est rendu compte que les modalités évolutives des néoplasmes sont étroitement liées à leur structure intime ; la connaissance de la structure histologique d'une tumeur cérébrale constitue donc un facteur important dans le choix du traitement et dans l'établissement du pronostic.

L'étude de plus de 250 tumeurs des centres nerveux a montré que ces néoplasmes peuvent facilement être groupés en cinq catégories : les *gliomes* formés par une prolifération du tissu

névroglique, les *tumeurs épendymo-choroïdiennes* constituées par l'épendyme ou par le revêtement des plexus choroïdiens, les *ganglio-neuromes*, dus à une prolifération des cellules ganglionnaires et des neurites, enfin les *neurospongiomes* et les *neuroépithéliomes* dans lesquels prolifèrent des éléments nerveux à l'état embryonnaire.

Les *gliomes* forment le contingent le plus important des tumeurs cérébrales (178 cas sur 251 tumeurs cérébrales) ; on peut les subdiviser en trois catégories : les astrocytomes, les oligodendrocytomes et les glioblastomes. Les deux premières variétés sont formées par du tissu névroglique du type adulte : ce sont des tumeurs à évolution lente dont le traitement donne déjà des résultats très encourageants. Les tumeurs appartenant à la troisième variété sont formées par des cellules névrogliques jeunes, souvent indifférenciées, ce sont des tumeurs d'une grande malignité dont le traitement n'a donné jusqu'ici que des résultats fort aléatoires.

Les *tumeurs épendymo-choroïdiennes* sont généralement des néoplasmes de petite taille. et, exception faite de l'épithéliome des plexus, des tumeurs relativement bénignes, à croissance lente ; malheureusement, c'est la localisation de ces tumeurs dans la région centrale du tissu nerveux qui rend leur extirpation difficile, sinon impossible.

Les *ganglio-neuromes* sont d'une rareté exceptionnelle, leur importance pratique est de ce fait négligeable.

Les *neurospongiomes* (médulloblastome de Bailey et Cushing) par contre, sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le supposait autrefois. Ces tumeurs se développent de préférence chez des sujets jeunes, souvent même chez des enfants, leur siège de prédilection est la région du cervelet. Leur malignité est grande et seul un traitement combiné, chirurgical et radiothérapique a donné jusqu'ici des résultats dignes d'être signalés. L'étude histologique de ces tumeurs et notamment l'application de la méthode de Bielchowsky, nous conduit à penser que la plupart des éléments néoplasiques répondent à des cellules nerveuses très jeunes du type neuroblastique.

Les *neuro-épithéliomes* enfin, sont d'une rareté exceptionnelle dans le domaine des centres nerveux ; du point de vue évolutif, ce sont des tumeurs relativement bénignes et seule leur évolution vers le type neuroblastique peut leur conférer les caractères de malignité inhérents aux neurospongiomes.

En somme, l'application des techniques modernes à l'étude des tumeurs nerveuses permet d'identifier la plupart des variétés cellulaires qui entrent dans leur constitution. Dès lors, le problème de la classification de ces tumeurs s'est considérablement simplifié. En isolant des groupes néoplasiques nettement définis par la nature des cellules qui les constituent, on aboutit à la distinction de quelques grandes formes qui répondent, dès maintenant, à de véritables entités morbides.

La conférence internationale de Genève (juin-juillet 1931) pour la limitation de la fabrication des stupéfiants. — *M. J. Bougault.* — Voici les principales décisions de la conférence :

1° La liste des drogues visées par la nouvelle conférence a été légèrement augmentée. L'addition la plus importante au point de vue pratique est celle de la codéine, dionine, etc., qui cependant ont été réunies dans un groupe à part, ces deux médicaments n'engendrant pas par eux-mêmes la toxicomanie. Il en résulte que leur prescription et leur délivrance ne subissent par de modifications. Seuls la fabrication et le commerce en gros sont assujettis à un contrôle ;

2° Les conditions de la délivrance de l'héroïne ne sont pas modifiées ;

3° Les préparations contenant moins de 2 p. 1000 de morphine ou moins de 1 p. 1000 de cocaïne échappaient jusqu'ici aux rigueurs du contrôle. La nouvelle Convention soumet maintenant au contrôle strict les solutions ou dilutions de morphine et de cocaïne dans un excipient inerte, quelle que soit la dose de morphine ou de cocaïne qui y est contenue.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 novembre 1931

Greffes tendineuses. — *M. Chevrier* propose de se servir du tendon du plantaire grêle pour les greffes tendineuses et d'entourer la greffe par une membrane amniotique.

Perforation utérine avec incarcération du grêle. — *M. Rouhier* dans un cas de perforation utérine avec passage du grêle par l'orifice utérin, est intervenu par laparatomie et résection intestinal e. Cette femme eut une grossesse ultérieure qui fut menée à bien.

Ramisections. — *M. Roux-Berger* rapporte ce travail de *M. Wertheimer* (de Lyon) basé sur 26 ramisections exécutées pour troubles différents. Dans huit cas, il s'agissait de troubles physiopathiques post-traumatique (contracture douloureuse). L'intervention fut suivie sept fois de succès. Elle fut exécutée dans deux cas de moignons douloureux. Dans des crises gastriques du tabes, M. Wertheimer eut trois échecs et deux succès.

Cette thérapeutique fut encore essayée dans quelques cas de nature variée avec des succès en certains cas.

Nouveau traitement des annexites inflammatoires. — Ce travail de *M. Rotter* (de Budapest) est rapporté par *M. Roux-Berger*. Il s'agit de la ligature en masse du ligament utéro-ovarien qui a donné à l'auteur des succès dans les cas subaigus ou chroniques, chez des malades en pleine période d'activité génitale.

M. Bazy désire connaître les résultats éloignés.

Kyste hydatique calcifié de la face supérieure du foie. — *M. Roux-Berger* analyse ce travail de *M. Moiroud* (de Marseille). Ce kyste marsupialisé s'est ouvert secondairement dans le duodénum.

M. Küss a abservé un cas analogue.

M. Sieur aussi.

Bactériothérapie des tuberculoses chirurgicales. — *M. Gosset* rapporte un travail de *M. Vaudremer.*

M. Gosset a vu quelques cas favorables, ainsi dans une tuberculose fistulisée du poignet, dans une tuberculose rénale bilatérale.

M. Legueu a eu lui aussi, une bonne impression dans les tuberculoses urinaires. aussi bien d'ailleurs par la méthode de Vaudremer que par celle de Jousset. Sur six malades, M. Legueu est réintervenu. Sur les pièces, il a vu des lésions récentes ; on ne pouvait donc pas, au point de vue absolu, dire qu'il s'agissait de guérisons.

M. Sorrel a essayé la méthode : il a pris 14 coxalgies dans la deuxième année, en pleine évolution. L'un n'a pas pu supporter le traitement. Un autre est mort de généralisation. Deux ont fait des abcès, et ont fini par mourir. Les dix autres ont eu des coxalgies qui ont évolué de manière normale. Un seul a fait une ankylose. Six autres ont eu des arthrodèses de consolidation.

M. Michon a essayé le vaccin de Vaudremer dans certains cas de tuberculose urinaire. Il croit qu'il y a là un agent thérapeutique à retenir ; en particulier, il améliore considérablement les cystites.

M. Rouhier a vu un cas heureux et quelques autres où aucun résultat n'a été obtenu.

Cancer du col utérin. — *M. Leveuf* résume la discussion en cours, et maintient ses propositions.

Nævicarcinome. — *M. Gernez* présente une malade qui a été traitée par l'electro-coagulation et qui est guérie depuis neuf mois.

Rétraction de l'aponévrose palmaire. — *M. Desplas* presente sept malades opérés d'une manière spéciale : il a réséqué l'aponévrose sous un lambeau cutané en pont.

M. Moure se demande si une seule incision ne serait pas suffisante.

M. Alglave croit que très souvent il s'agit d'une synovite tuberculeuse.

M. Hartmann fait toujours l'opération de Routier.

M. Freder, M. Lenormant insistent sur le fait que la peau est très souvent atteinte.

G. MENEGAUX.

« Le malaise que détermine une jurisprudence aussi peu instruite des conditions où se pratique l'acte chirurgical tend à s'aggraver chaque jour. Il est bien évident qu'en matière de poursuites judiciaires, le dernier mot reste aux magistrats, mais ne serait-il pas possible d'imposer en quelque sorte l'expertise qualifiée ? » (F. BONNET-ROY. Une condamnation singulière, *Le Bulletin médical*, 31 octobre 1931.)

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Thérapeutique

Le traitement du choc-opératoire doit être échafaudé sur des bases nouvelles. « Il n'y a, sinon avantage, du moins pas d'inconvénient, à continuer comme par le passé la médication cardio-tonique, camphre, spartéine, caféine, digitaline. Par contre il faut proscrire énergiquement l'usage de l'adrénaline et de l'hypophyse qui sont de véritables antagonistes de l'hormone pancréatique et augmentent spontanément la glycémie.

De même sont nettement à déconseiller les injections de sérum glucosé, l'administration de sirops, de champagne ou de tisanes sucrées, dont on abreuve si généreusement le nouvel opéé. A moins de contre-indication formelle du côté rénal, on aura recours au sérum salé iso ou hypertonique dont l'action antitoxique et réhydratante vient d'être rappelée à nouveau par Gosset et son école.

Le vrai traitement pathogénique consiste en l'emploi systématique de l'insuline à doses moyennes, 20-40 unités par jour. Les excellents résultats que nous en avons obtenus, et qui dans l'hyperglycémie aiguë ont été vraiment remarquables, nous ont encouragés à publier le présent mémoire dont l'avenir dira le bien ou le mal-fondé. »

(L. Cerf et N. Pauly (Luxembourg). L'hyperglycémie réaction constante consécutive aux interventions du tube digestif. *La Presse Médicale*, 30 septembre 1931.)

La sérothérapie anti-méningococcique est efficace. Il faut l'entreprendre avec confiance, frapper fort au début et la poursuivre avec tenacité.

Pour agir sur les méninges, il faut faire des injections dans le liquide céphalo-rachidien.

Les injections sous-cutanées, intra-veineuses, intra-musculaires, ne suffisent pas, car le sérum ne pénètre pas dans le liquide céphalo-rachidien, étant donné la fréquence de la méningococcémie pendant les premières phases, on fait des injections intramusculaires de 20 à 40 cc. par jour, pendant trois ou quatre jours. Le sérum ainsi introduit dans l'organisme se surajoute au sérum introduit dans le liquide céphalo-rachidien, mais ne le remplace pas.

Mais il y a des insuccès, dont les causes sont diverses.

On doit commencer par la sérothérapie : mais le cas échéant, avoir recours à d'autres méthodes thérapeutiques, telles que *l'endoprotéinothéraphie* et le *jaune d'acridine*, susceptibles également d'avoir une action favorable.

Je dirai avec MM. P. Teissier et Chavany, qui ont publié dans *La Presse Médicale*, du 1er octobre 1929, des *considérations sur le traitement actuel de la méningite cérébro-spinale* : « Nous possédons dans la sérothérapie, l'endoproteinothérapie et la chimiothérapie acridinique, trois armes précieuses ».

(Professeur Nobécourt. La sérothérapie des méningites à méningocoques. *Journal des Praticiens*, 1er et 8 août 1931.)

Administré par voie rectale, le sérum salé hypertonique, bien qu'agissant peut-être d'une manière differente que sous forme d'injection intra-veineuse, joue un rôle fort utile dans les suites opératoires des interventions abdominales.

L'auteur, qui a utilisé très fréquemment le lavement hypertonique dans le service du Prof. Tixier (de Lyon), emploie des solutions de chlorure de sodium à 20 %, fournies en ballons de 250 cmc. Pas d'administration massive du lavement, mais utilisation de l'appareil goutte à goutte rectal, une à deux gouttes à la seconde et une quantité de sérum de 100 à 200 cmc. ; suivant l'âge, l'affection en cours et l'effet obtenu.

Résultats. — Vives contractions intestinales aboutissant à l'expulsion de gaz par le tube en Y de l'appareil à goutte à goutte. Selle plus ou moins abondante, très souvent, dans le quart d'heure qui suit. Parfois, quelques coliques un peu douloureuses, compensées par le soulagement intense qu'éprouve le malade torturé par la crise des gaz.

Michel, de Marseille et Frœlich, de Nancy, ont administré sans inconvénient à des nourrissons, des doses de 50 gr. de sérum salé hypertonique à 20 pour 100 toutes les deux heures, pendant 48 heures. Bien que Bonneau ait publié trois observations d'intolérance rectale au sérum salé hypertonique, il n'y a donc pas d'inquiétude à avoir sur l'emploi chez l'adulte de doses somme toute bien inférieures.

Mode d'action. — L'action peut être double :

a) Action générale de rechloruration.

b) Action sur le péristaltisme.

L'action générale a été discutée (Küss), mais les résultats cliniques semblent prouver que le lavement chloruré est un moyen de rechloruration sanguine.

L'action du lavement hypertonique sur le péristaltisme intestinal est manifeste.

Pas de péristaltisme généralisé comme avec les purgatifs, les injections d'hypophyse, de pilocarpine, etc. Médication pouvant être dosée à volonté (arrêt du goutte à goutte quand l'effet désiré est obtenu).

L'auteur qui a utilisé la méthode dans quinze cas, — soit immédiatement après l'intervention, soit vers la trente-sixième heure, au moment de la crise des gaz — ne l'a pas employée dans les cas ou l'on avait pratiqué des sutures intestinales et dans les suites opératoires de l'appendicectomie.

(Clavel de Lyon). Le lavement chloruré hypertonique dans les suites opératoires en chirurgie abdominale. *La Presse Médicale*, 10 octobre 1931.)

Psychiatrie

On ignore généralement les infections focales comme cause possible de psychoses. — Est-ce que la démence précoce ne pourrait pas avoir comme cause une intoxication prolongée provenant d'un foyer infectieux et inconnu, agissant soit directement sur le système nerveux central, soit d'abord, sur certaines glandes endocrines ?

L'élimination de ce foyer et un traitement par un auto-vaccin ne pourraient-ils pas amener une amélioration de la maladie, voire même la guérison si le traitement est appliqué assez tôt ? L'auteur rapporte quatre observations dont trois ont été recueillies à la clinique des maladies mentales, à Sainte-Anne. Des résultats satisfaisants ont été obtenus par l'extraction des dents infectées et par l'injection d'auto-vaccin.

Il serait prématuré de tirer des conclusions dogmatiques de ces quatre observations ; on peut cependant supposer qu'un streptocoque viridans anaérobie, à prédilection neurotrope, et peut-être aussi un streptocoque hémolytique étaient la cause de la maladie. Par la toxine qu'ils sécrètent d'une façon soit continue, soit intermittente, ils peuvent agir sur les cellules nerveuses ou le névraxe.

L'examen des dents, du naso-pharynx, des amygdales, sera donc pratiqué, dans toute psychose, *dès le début*. Le foyer infectieux peut-être aussi la prostate ou le col utérin. Lorsqu'on aura trouvé le foyer infectieux, on l'éliminera le plus rapidement possible et on commencera le traitement par l'auto-vaccin. On procédera également à la désinfection intestinale dès le début du traitement.

(Geo Gibier-Rambaud. Rôle de l'infection focale dans certaines psychoses. *La Presse Médicale*, 10 octobre 1931.)

Tuberculose

Les *tuberculides* sont produites par le microbe de la tuberculose se propageant par voie sanguine, sous la forme d'ultra-virus.

« Ce sont donc des tuberculoses vraies de la peau, en rapport avec la forme granulaire du bacille de Koch.

Ainsi que l'un de nous a essayé de le démontrer au Congrès de Copenhague l'année dernière, nous nous trouvons en présence, maintenant, de deux grandes formes de tuberculose cutanée : l'une *bacillaire* répondant au lupus, tuberculose verruqueuse, etc..., et d'origine externe le plus souvent ; l'autre *granulaire*, répondant aux tuberculides et d'origine sanguine. Entre ces deux formes peuvent se voir des intermédiaires ou des formes mixtes comme il en existe entre ces deux états du microbe de la tuberculose.

Du point de vue *thérapeutique*, enfin, ces notions sur la tuberculose cutanée d'origine granulémique nous confirment la nécessité des traitements généraux par la chrysothérapie, les vaccins et peut être, comme nous l'avons indiqué, pas l'emploi de vaccins à base d'ultra-virus tuberculeux. »

(P. Ravaut, J. Vallis et Guerra. Tuberculoses granulaires de la peau d'origine sanguine et tuberculides. *La Presse Médicale*, 7 octobre 1931.)

Dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, la chirurgie ne peut apporter qu'un simple mais précieux auxiliaire encore faut-il en bien connaître les ressources et les indications de ses différents procédés. Chacune de ces méthodes chirurgicales s'adresse à des cas particuliers, il est indispensable d'en bien comprendre le but et on ne saurait trop insister sur l'intérêt que présentent les opérations partielles (thoracoplasties partielles, apicolyse), dans le traitement des foyers circonscrits.

(Pierre Lyonnet. Les ressources chirurgicales dans le traitement de la tuberculose pulmonaire chronique. *Le Bulletin Médical*, 17 octobre 1931.)

Pédiatrie

L'étude de la dyspepsie du lait de vache « permet une observation très intéressante.

Le lait de vache frais, de très bonne qualité, est souvent considéré comme l'aliment par excellence des enfants chétifs et de santé chancelante. En réalité, la plupart de ces petits malades ne supportent pas une alimentation unilatérale, de quelle que nature qu'on la suppose. Ils ont de très bonne heure un besoin urgent d'hydrates de carbone et de substances complémentaires, riches en vitamines.

Seul, le nourrisson normal, vigoureux, sain, issu de parents bien portants, peut se contenter, après six mois, de lait de vache pur ou bouilli avec des farines. La bonne santé qu'il conserve, malgré ce régime, est la preuve de sa force et de son endurance. »

(René Mathieu. Traitement de la dyspepsie du lait de vache. *Journal des Praticiens*, 5 et 12 septembre 1931.)

Stomatologie

En stomatologie, la vaccinothérapie doit être considérée comme une *aide apportée au traitement gingivo-dentaire ou chirurgical*. Elle paraît jusqu'à présent avoir fait ses preuves :

1° Dans le traitement local de la *pyorrhée alvéolaire*. Utilisée à bon escient et combinée à la médication arsenicale, elle jouit d'une certaine efficacité contre la suppuration gingivale et calme les poussées douloureuses inflammatoires subaiguës. Elle demande à être renouvelée, car l'immunité créée contre les streptocoques et staphylocoques n'est que rarement durable.

2° Dans le traitement des *accidents inflammatoires d'origine dentaire* : ostéo-phlegmons, adéno-phlegmons, cellulites, accidents de dent de sagesse. Elle doit alors compléter ou préparer le traitement — extraction de la dent causale, incision ou drainage filiforme — auquel il ne faut pas hésiter de recourir dès qu'il s'impose. Les stock-vaccins sont les plus couramment utilisés, mais, en raison des réactions qu'ils provoquent, ils doivent être évités chez les affaiblis, les cardiaques, les rénaux. Un autovaccin est préférable pour obtenir la disparition de toutes les suppurations cellulaires ou ostéitiques traînantes qui ont résisté à un traitement chirurgical bien conduit ».

(R.-C. Thibault. La vaccinothérapie dans les infections d'origine gingivo-dentaire. *Paris Médical*, 19 septembre 1931.)

Radiologie

L'abrodil en injection intraveineuse permet d'obtenir de bonnes néphro-pyélographies. Sa teneur en iode étant plus élevée que celle des produits similaires, la dose qu'il faut injecter est plus faible et l'élimination est plus rapide. D'ailleurs, ce produit qui n'est pas toxique est bien supporté par les malades.

La néphropyélographie est une méthode nouvelle qui permet aux cliniciens d'élargir, de façon importante, les indications de l'examen radiologique du système urinaire. Elle complète d'une façon heureuse la pyélographie par voie ascendante, en permettant d'obtenir des pyélogrammes dans des cas où la méthode ascendante n'est pas applicable. D'autre part, elle fournit des renseignements, quoique grossiers, sur l'état fonctionnel de l'ensemble des voies urinaires.

Enfin, la néphrograpie est appelée à donner des renseignements très utiles dans les cas d'affection du parenchyme rénal et permettra de poser plus facilement et plus précocement les indications opératoires ».

(H. Wohlers et S. Kadrnka. La néphropyélographie et sa valeur clinique. Une nouvelle substance injectable dans les veines, « l'Abrodil ». *La Presse médicale*, 7 octobre 1931.)

Maladies infectieuses

Trois cas de parotidite suppurée compliquant des grippes graves, ont été observés par MM. M. Villaret et Guillain, au cours de l'hiver dernier. Un mois environ après son entrée, un de ces trois malades est décédé d'une tuberculose pulmonaire rapide greffée sur les lésions grippales de l'appareil respiratoire. Les deux autres sont sortis de l'hôpital en assez bon état et guéris de leur parotidite. Les auteurs signalent le caractère spécialement anergisant de la dernière épidémie de grippe (1930-1931), malgré son apparence de bénignité relative. (Maurice Villaret et Guillain. A propos de trois cas de parotidite grippale. *Gazette des Hôpitaux*, 21 octobre 1931.)

Varia

Le terme de cirrhose devrait être limité à la cirrhose nodulaire dont le type de Laënnec est l'expression la plus simple : le faire est facile en anatomie, difficile en clinique où toute délimitation précise serait forcément artificielle. Il faut cependant faire un effort pour limiter le terme à des scléroses denses du foie en laissant aux scléroses discrètes et limitées le nom d'hépatites scléreuses ou scléro-congestives suivant que le processus fibreux réactionnel est définitif ou encore en évolution.

Partout le nombre des cirrhoses augmente chez la femme à mesure qu'augmente l'alcoolisme. La femme apporte actuellement la preuve de la cirrhose alcoolique. Elle s'élève suivant les pays à 1/4 ou 1/3 des cirrhoses masculines.

(Professeur Noël Fiessinger. La clinique des cirrhoses. *J. des Praticiens*, 24 octobre 1931.)

Quand un sujet a une albuminurie élevée avec des œdèmes, sans hypertension, sans azotémie, il faudra penser à la néphrose lipoïdique. Le dosage du cholestérol permettra de s'aiguiller : s'il est en quantité très abondante (normalement 1 gr. 50 à 2 grammes), il faudra se poser la question de la néphrose lipoïdique. Le dosage des lipides totaux (qui normalement sont de 5 à 6 grammes) montrera une élévation notable ; les protides (qui normalement sont de 74 à 82 grammes) sont considérablement abaissés. Le rapport sérine-globuline est ordinairement inversé (normalement 60). Enfin, dans les urines, on constate des corps biréfringents.

(Pasteur Vallery-Radot, Mlle V. Heimann et M. A. Lafitte. Les méthodes d'exploration fonctionnelle des reins. *Paris Médical*, 17 octobre 1931.)

De l'ensemble des observations que nous avons relevées dans la littérature médicale, il résulte qu'à l'heure actuelle il est des cas où la sclérose latérale amyotrophique peut être attribuée au traumatisme.

Nous restons encore mal fixés sur l'étiologie de cette maladie qu'on tend de plus en plus à rattacher avec juste raison à un virus neurotrope. Il est possible que, par un mécanisme sur lequel on discute encore, le trauma puisse déclencher, comme le soutient Divry (*Soc. belge de neur.*, 23 mars 1929) à propos d'un cas personnel, ce facteur endogène.

(Prof. Henri Roger, de Marseille. Sclérose latérale amyotrophique post-traumatique. *Gazette des hôpitaux*, 21 octobre 1931.)

« Les individus normaux réagissent par une alcalose discrète et passagère aux émotions tristes ; le pH ne se modifie pas sous l'influence d'une émotion joyeuse, sauf l'éventualité d'une acidose en rapport avec l'épuisement musculaire ».

(Laignel-Lavastine, R. Cornélius et G. d'Heucqueville. Un nouveau test de la tonalité affective : le pH urinaire. *Paris Médical*, 24 octobre 1931.)

Chez le nourrisson, la teneur de l'urine en soufre total augmente dans l'allaitement artificiel, la ration d'albumine étant plus élevée que dans l'allaitement au sein ; chez les enfants de quatre à sept ans (Gallo de Tomassi), la teneur en soufre augmente avec l'âge, passant de 8,7 p. 100 à quatre ans à 10,2 p. 100 à six ans, se rapprochant ainsi de la teneur chez l'adulte.

(H. Flurin et A. Mathieu de Fossey. Le soufre urinaire. *Paris Médical*, 17 octobre 1931.)

L'observation d'un grand nombre d'enfants qu'on me présentait pour *paresse, distraction, insuffisance, retard scolaire, retard intellectuel*, m'a permis d'isoler une forme spéciale d'obnubila-

tion mentale dont le dépistage chez l'enfant et surtout chez l'écolier, est suivi d'heureux effets thérapeutiques. Cette forme d'inhibition mentale doit rentrer dans le cadre de l'épilepsie ou — par échelons dégradés — de l'épileptoïdie.

(Gilbert Robin. Les fausses distractions chez l'enfant. L'obnubilation épileptique ou épileptoïde. *J. des Praticiens*, 24 octobre 1931.)

Le *début médiastinal* de la granulomatose maligne (maladie de Hodgkin) est fréquent et lorsqu'on constate des signes de compression du médiastin chez un adulte jeune, il faut songer d'abord à la granulomatose maligne.

(De Brun. Granulomatose maligne (maladie de Hodgkin). *J. des Praticiens*. 24 octobre 1931.)

Cliniquement, du fait qu'un malade a des *douleurs* à type tardif calmées par les aliments, on n'a pas le droit de conclure qu'il a un ulcère. Toute irritation gastrique, d'origine digestive ou non, peut prendre cet aspect banal de dyspepsie hypersthénique.

Le caractère « ulcéreux » spécifique est que ces douleurs, en effet tardives et calmées par les aliments, surviennent pendant longtemps par poussées d'une durée de quelques semaines et qu'elles disparaissent ensuite spontanément pendant des périodes, plus ou moins longues.

Ce point capital, qui domine le diagnostic et le traitement de l'ulcère, est en général méconnu et on nous présente parfois sous le nom « d'histoire typique d'ulcère » des observations qui n'ont manifestement aucun rapport avec cette maladie.

(R. Gutmann. Les critères de guérison des ulcères gastriques et duodénaux. *La Presse Médicale*, 21 octobre 1931.)

La possibilité de supprimer les amygdales « par l'électricité » pénètre de plus en plus le public qui réclame cette méthode. L'emploi de procédés récents permettant d'atteindre (par exemple après discision) des pôles supérieurs jadis hors de portée, restreindra à notre avis dans l'avenir la fréquence des amygdalectomies.

C'est déjà un fait acquis en ce qui concerne les amygdales cryptiques et peu enchatonnées.

L'amygdalectomie demeurera l'intervention idéale pour les « gens pressés », les récidivistes du phlegmon et pour... les « vrais » chirurgiens !

(Dr Marcel Wisner. *La Vie Médicale*, 25 octobre 1931. Enquête sur les suites opératoires de l'amygdalectomie.)

Ne soyez pas l'homme qui enlève les amygdales « à l'américaine », ni le retardataire qui ne connaît que le vieux morcellement. Soyez le clinicien, qui, en examinant la gorge de son malade, saura, à tel cas, adapter telle intervention ; le praticien qui guérira avec le moindre danger son patient, faisant à autrui ce qu'il souhaiterait qu'on lui fît.

Et ainsi si, par malheur, il vous arrive quelque accident, nul remords ne vous effleurera ».

(Dr René Miégeville. *La Vie Médicale*.)

Avant l'amygdalectomie, une précaution à prendre surtout chez les adultes, c'est l'examen des urines au point de vue du sucre.

(Dr N. Taptas, de Constantinople. *La Vie Médicale*.)

Je n'ai pas encore vu un habitant de ces deux pays (Amérique et Angleterre) auquel on ait laissé les amygdales, même lorsqu'il s'agissait de sourds incurables. (Professeur Moure. (*La Vie Médicale*).

Dr V. G.

Hérédité de l'hémophilie. — Dans les familles d'hémophiles, il peut être intéressant de déceler les femmes saines vectrices du gène morbide. Pour cela, Opitz et Zweig ont signalé que le pouvoir trypanocide de ces femmes, comme celui des hémophiles, serait diminué. Traum, Schaaf et Linden (*Klin. Woch.*, 17 janvier 1931, p. 111) n'ont pu confirmer ce fait. Les femmes vectrices ont un temps de coagulation légèrement prolongé.

H. V.

Echos et Glanures

> « Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».
>
> MONTAIGNE.

L'hôpital de l'armée française à Williamsburg — *Dans la* « Nouvelle Revue », *M. Warrington Dawson, qui s'emploie à la construction de la ville de Williamsburg et à la recherche des Français morts pour l'indépendance américaine de septembre* 1781 *à avril* 1782, *expose les résultats auxquels, il est parvenu* :

« M. Maurice Bouvet, un érudit qui, depuis des années, consacre toutes ses heures de loisir à des recherches concernant les médecins, les chirurgiens et les pharmaciens militaires français au dix-huitième siècle, a bien voulu me donner des indications permettant de résoudre avec une certitude absolue le problème du principal hôpital de l'armée française à Williamsburg.

L'on savait que tous les monuments publics, ainsi que de nombreuses maisons, avaient servi à hospitaliser les blessés. L'on savait aussi que le pavillon du recteur du collège William and Mary avait été réservé aux officiers français malades et blessés, et que certains soldats avaient été soignés dans le bâtiment même du collège et d'autres au Capitole. L'affectation du Palais du gouverneur était restée problématique jusqu'à ces derniers temps, quand la preuve fut acquise que c'était là qu'on hébergeait les blessés et malades américains.

Deux lettres inédites du général de Rochambeau, que j'ai retrouvées dans les volumes de la correspondance de Rochambeau, déposés aux archives historiques du ministère de la guerre à Paris, venaient jeter quelque lumière sur nos connaissances......

L'une de ces lettres mentionnait « un état de l'hôpital de l'armée » et atteste « que l'hôpital de l'armée était bien établi à Williamsburg et non à Yorktown. »

La lettre que Rochambeau adressa au général Washington, le 23 décembre 1781, est explicite :

« J'ai appris que vous avez éprouvé un incendie à Washington. Nous en sommes aussi désolés dans cette ville où il n'y a ni eau, ni seaux pour l'éteindre, quoique nous apportions les secours les plus prompts. Le Pavillon du Collège, où étaient nos officiers blessés, a commencé le branle. Après avoir sauvé tous les malades et les meubles, on a été obligé de le laisser brûler et de ne songer qu'à arrêter la communication avec le principal corps du bâtiment. Il vient d'en arriver de même la nuit dernière au Gouvernement où était l'hôpital américain. On a sauvé tous les malades, la plus grande partie des effets, et empêché la communication du feu avec les maisons voisines, notamment avec la mienne qui est la première que V. E. occupait et qui a été couverte toute la nuit d'une pluie de feu. Nous avons réuni tous nos malades dans le Capitole et je leur ai fait donner dans la journée tous les secours qui ont dépendu de moi. »

Si cette lettre prouvait que le Capitole avait servi aux blessés et malades français, elle ne précisait pas l'usage que l'on faisait du corps de bâtiment du collège William and Mary. La tradition avait toujours voulu que ce fût là le principal hôpital français. Et, cette fois, la tradition aura eu raison. En effet, la lettre adressée par le docteur Jean-François Coste, médecin principal de l'armée de Rochambeau, au docteur Cornette, médecin de Mesdemoiselles, les filles de Louis XV, et dont j'ai pu me procurer le texte grâce aux indications qui me furent donnés par M. Maurice Bouvet, tranchait la question une fois pour toutes. De retour en France, le docteur Coste écrivait le 3 février 1786 :

« Au mois de mai 1782, un seul soldat du régiment de Bourbonnais fut attaqué de la petite vérole à Williamsburg, en Virginie. Nous l'avions relégué dans une petite maison très isolée, au fond des cours de l'Université où était le principal de nos hôpitaux. »

Or, l' « Université », c'est le collège William and Mary. » (Passage cité par le *Journal des Débats*.)

A propos de la campagne abolitionniste.— *Dans le* Concours Médical (8 *novembre* 1931) *M. le Professeur Chavigny vient de publier un article intitulé* : Psychologie d'une campagne. La suppression des maisons de tolérance *et conclut en disant* :

Nul médecin ne sera étonné que la campagne abolitionniste groupe un grand nombre d'adhérents, qui fasse preuve d'un prosélytisme intense, même fructueux pour la cause qu'il défend. Le programme évolue sur deux mots, avec lesquels on a toujours suscité l'enthousiasme public, surtout d'ailleurs quand le public ignore tout des applications qu'on en veut faire :

Ces mots sont *liberté* et *égalité* ; liberté de la femme, égalité des sexes.

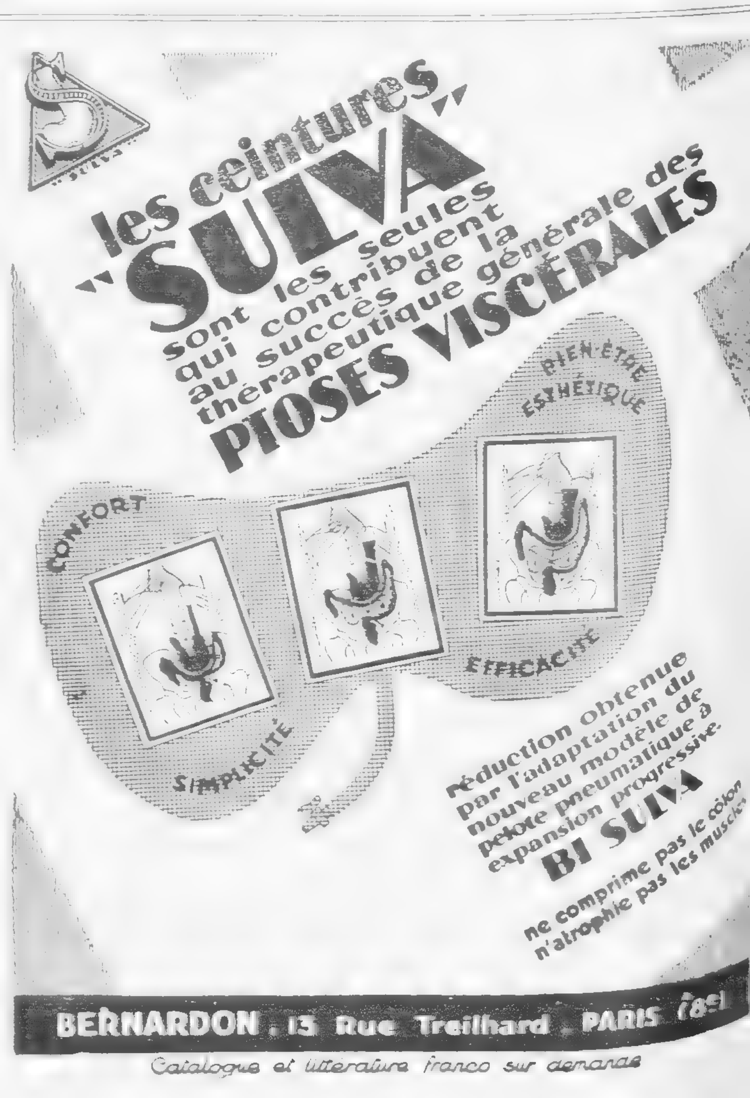
Les médecins en général seront, à ce qu'il nous semble, d'avis que le public non médical est complètement inapte à s'immiscer dans des questions d'épidémiologie, que rien ne l'a préparé à comprendre et qui d'ailleurs, pourrait-on dire, peu aimablement, ne le regardent pas.

Il ne s'agit que de médecine.

Il ne semble pas que l'aide d'un public incompétent risque de fournir des données bien transcendentales et bien efficaces en des questions, où des médecins compétents font depuis longtemps les efforts les plus louables pour parvenir à un résultat simplement satisfaisant.

C'est un devoir médical actuel que de disséquer le mécanisme mental de cette campagne.

Lui opposer des arguments serait aussi illogique qu'inutile.




DIASTO-PEPSINE RICHEPIN
PEPSINE PANCRÉATINE-DIASTASE
DIGÈRENT TOUT
Viandes, Légumes, Féculents & Corps gras
REPOSE LE FOIE & L'INTESTIN
2 ou 3 pilules après le repas.
ou un verre d'Elixir très agréable après le repas
H.G.
Activé par le Foie
VOIE RECTALE
Aucun inconvénient d'âge ou de sexe
Enfants, Adultes, Nourissons, Femmes enceintes
HEREDO
SUPPARGYRES Dr FAUCHER
ACTION SÛRE, DISCRÈTE
ABSORPTION RAPIDE
JAMAIS D'INTOLÉRANCE
OU TROUBLES
QUELCONQUES
Toutes les faiblesses
NERVOCITHINE TISSOT
SIROP-DRAGÉES-AMPOULES
NUCLEINATE DE Fer Manganese
et Arsenic organique
Fluor
1 ou 2 ampoules par jour
1 ou 2 dragées ou cuillerées de sirop.
ESTOMAC NET - INTESTIN NET
FORME LA PLUS PARFAITE ET LA PLUS ACTIVE DU CHARBON
GRAINS ANISÉS DE CHARBON TISSOT
AGISSENT par leur forme leur volume et le Gluten mucogène
RÉALISENT le véritable et continuel rajeunissement de l'intestin.
Absorbent-Divisent-Expulsent
PANUROL TISSOT
CONTIENT TOUS LES SOLVANTS des sels uriques et uratiques
Aide et Soutient LE REIN dans sa double fonction: FILTRE & GLANDE
2 à 3 cuillerées par jour.
ABSORPTION CUTANÉE
Rhumes, Bronchites, Grippes, etc.
BRONCHODERMINE
La peau est l'agent d'absorption le plus rapide
GAÏACOL-HÉLÉNINE-TERPINOL-EUCALYPTOL
POUR TOUS LES ÂGES
Absorption et assimilation rapides.
Le Carnox est le meilleur Vin de VIANDE.
Laboratoires du Docteur TISSOT 34 Boulevard de Clichy, PARIS.

L'importance pratique de la mélitococcie.— *Dans un article paru dans* Le Mouvement Sanitaire (31 *août* 1931), *M. le Professeur Lisbonne, de Montpellier, incite les médecins praticiens* — quelle que soit la région ou ils exercent — *à rechercher autour d'eux la mélitococcie «qui sévit, peut-etre à leur porte, à leur insu »*:

La fièvre ondulante frappe annuellement près de quatre mille personnes, en France. La mortalité en est heureusement peu élevée, encore qu'elle ait tendance à s'élever progressivement jusqu'à 5 à 6 % dans les cas hospitaliers : mais la longueur de la maladie, les séquelles douloureuses qu'elle entraîne, l'état d'anémie, d'asthénie, d'instabilité psychique qu'elle détermine parfois, enfin, la prédisposition qu'elle crée vis-à-vis de la tuberculose font de cette infection, une véritable calamité dans les régions où elle sévit.

Voilà ce que savent les médecins qui exercent dans le midi de la France. Ils ont assisté à l'extension de la mélitococcie à travers les *dix-huit ou vingt départements* où elle règne aujourd'hui. Ils l'ont suivie, dans sa marche ascendante, depuis les départements du littoral — ses terres d'élection vers 1910 — jusque vers les Alpes, les Pyrénées et le Massif Central. Depuis les amphithéâtres et les hôpitaux où ils firent leurs études — à la Faculté de Médecine de Montpellier, en particulier — ils ont appris à en connaître le masque clinique, si changeant ; ils savent utiliser le laboratoire pour préciser leur diagnostic. Bref, on peut estimer que la plupart des cas, soumis à leur examen, n'échappe pas à leur sagacité de praticien.

Par contre, *médecins et hygiénistes, que leurs fonctions ont fixés loin de cette région, ignorent à peu près tout de la mélitococcie, persuadés que c'est une maladie rare qu'ils n'auront pas l'occasion d'observer dans leur milieu* .... »

Le fait fondamental à retenir, c'est que la Mélitococcie peut s'observer dans des régions de notre pays où son existence était jusqu'alors méconnue. Dix-sept cas ont été observés en Franche-Comté et publiés par le Dr Ledoux, de Besançon. Grâce à la collaboration de laboratoires travaillant dans le Nord-Est, on a pu, en peu de temps, déceler des cas en Meurthe-et-Moselle, dans l'Aisne, le Pas-de-Calais,etc.

Dans les pays paraissant indemne de F. O. aux yeux des médecins, le dépistage de la maladie est, le plus souvent l'œuvre du laboratoire, dit M. le Professeur Lisbonne.

« C'est parce qu'il était étonné du nombre anormal d'infections, étiquetées cliniquement typhoïde ou paratyphoïde, dont le séro de Widal était négatif, que le laboratoire du Prof. Madsen, à Copenhague, eut l'idée de soumettre systématiquement ces mêmes sérums à l'épreuve du séro de Wright (agglutination de Br. Mélitensis). En moins d'une année, plus d'une centaine de réactions positives attestaient l'existence, ignorée jusque là au Danemark de la mélitococcie et que confirmait pleinement l'examen des malades.

Typhoïde et paratyphoïde, tuberculose pulmonaire ou ostéo-articulaire, rhumatisme aigu, voilà les maladies dont le plus fréquemment la mélitococcie emprunte l'aspect clinique. Les médecins les mieux avertis s'y trompent encore aisément : comment ne seraient pas exposés à l'erreur ceux qui ne l'ont encore jamais vue.

D'où cette recommandation de songer à la F. O. dans tous les cas où l'on se trouve en présence de coxalgie ou d'arthrites diverses où la radiographie ne révèle pas de lésions typiques ; de bacillose pulmonaire où jamais le microscope n'a trouvé de bacilles de Koch ; d'états typhoïdes dont le séro et l'hémoculture sont négatifs. En matière de F. O. le dicton « Cherchez et vous trouverez » résume une ligne de conduite d'application systématique... »

....

La F. O. peut-être transmise non seulement par la chèvre et la brebis, mais aussi par les espèces bovine et porcine, comme on le sait depuis dix ans. ..... On croit, trop souvent encore, chez nous, que l'ingestion de lait crû ou de fromage frais est le seul mode de contamination de l'homme. Or, cette transmission *indirecte* par voie alimentaire est, à la vérité, *infiniment plus rare* que la transmission directe du germe de l'animal à l'homme ... »

Quel régime faire suivre en Colonie de Vacances ? *Passage détaché d'une conférence du Dr J.-L. Pech, professeur de physique médicale à la Faculté de médecine de Montpellier, conférence intitulée : L'Influence du grand air sur la nutrition et le terrain des jeunes organismes et à lire intégralement dans le* Mouvement sanitaire (31 *août* 1931, *prix du numéro* : 3 *fr.*) *où elle a paru* :

« ..... Les enfants en colonies de vacances doivent profiter au maximum des conditions atmosphériques particulières dans lesquelles on veut les placer. C'est pourquoi (sauf pour les stations à « atmosphère neutre ») le baraquement en bois et même la tente mais de préférence le séjour à l'écart des bois et des agglomérations sont à conseiller. Les grands bâtiments et les colonnes multiples de fumées détruisent sur un notable rayon le champ électrique par conductibilité de l'air tout comme les exhalaisons forestières. D'instinct le bacillaire recherche « l'atmosphère neutre » des forêts conifères.

Je connais une station de « grand air » idéale dans laquelle des centaines d'enfants sont envoyés chaque année. Logés dans de grands bâtiments en granit ils passent dans des cours entourées de hautes murailles le temps qu'ils ne passent point dans les forêts environnantes et assez éloignées. Envoyés au « grand air » mes mesures m'ont montré qu'ils vivent une partie du temps en « plein air » une autre en « atmosphère neutre » et au « grand air » tout juste pour aller des logements aux forêts. Rien d'étonnant si les médecins qui suivent les sujets ne sont point convaincus des bienfaits ou des dangers du « grand air ».

Cet exemple, entre beaucoup d'autres, prouve combien, en toutes stations, il faut prendre garde aux « micro-climats ». En principe il est rare que dans une station on trouve des « micro-climats » où le champ électrique soit supérieur au champ moyen de la station, mais l'inverse est fréquent. L'utilisation de ces « micro-climats » est utile dans les stations de « grand air » pour accoutumer, comme nous le verrons plus tard, les sujets fragiles à leur nouvelle existence.

On devra donc veiller dans une colonie à ce que les enfants vivent réellement dans l'atmosphère recherchée et n'aillent point pour des raisons diverses (présence des sources, recherche des champignons ou des fruits de sous-bois, ramassage de bois mort, etc...) passer leurs vacances dans des « micro-climats » déficients.

Le régime alimentaire sera très large, une nourriture suffisante et surtout variée sera donnée aux enfants. D'instinct l'enfant, à de rares exceptions près et si l'on ne tente pas sa gourmandise, adopte l'alimentation qui lui convient (1).

(1) J.-L. Pech. — Quelle doit être l'alimentation rationnelle de l'homme normal ? (*Savoir*, 7e année n° 3, 1er février 1931).

Une question importante est celle de l'exercice à faire faire aux enfants. *Une règle absolue s'impose : éviter à tous prix la fatigue.*

Si une station convient à l'enfant on voit rapidement augmenter son élasticité musculaire même sans exercice physique (ce phénomène est objectivé par la mesure du débit respiratoire maximum et non par la spirométrie). Dans le cas contraire l'élasticité musculaire diminue malgré la culture physique la mieux pratiquée. Durant la première semaine de séjour le mieux est de laisser « lézarder » les enfants, on se bornera ensuite à diriger des jeux judicieusement choisis et à développer des mouvements respiratoires. Un excès d'exercices physiques est le meilleur moyen pour n'obtenir aucun résultat d'une cure au « grand air ».

Il faut en effet se rendre compte de ce fait : un enfant transporté de « l'atmosphère neutre » d'une ville dans un champ électrique de plus de 100 volts par mètre voit de ce chef la pression des gaz de l'air (azote surtout) occlus dans ses tissus augmenter aisément d'une atmosphère et plus. Il en résulte une modification considérable, toutes conditions égales par ailleurs, du métabolisme général. *L'atmosphère n'est plus seulement un aliment oxydant, elle devient un aliment azoté.* Le bilan azoté des sujets le met en vue aisément. J'enregistre chaque année en les observant personnellement des crises mortelles d'urémie, n'ayant d'autres causes qu'un séjour au vrai « grand air » aggravé d'un peu d'exercice physique. C'est pourquoi l'enfant amené au « grand air » ne doit pas joindre la fatigue musculaire à l'excès d'alimentation azotée atmosphérique. Les céphalées et insomnies des premiers jours n'ont d'autre origine que ces troubles du métabolisme et cèdent au séjour dans des « micro-

climats » atténués ou simplement à la station couchée sur le sol (champ très réduit).

En résumé : surveillance effective des enfants durant la première semaine de cure, utilisation s'il y a lieu des « micro-climats » atténués, puis séjour régié de façon à utiliser au mieux les caractères atmosphériques de la station, alimentation variée et suffisante, travail musculaire modéré et ne devant sous aucun prétexte approcher de la fatigue, telles sont, je crois, les grandes données qui serviront à fixer rationnellement le régime d'une colonie de vacances..... »

BIBLIOGRAPHIE

Pour comprendre le latin, par l'Abbé MOREUX. Un volume in-16 de 256 pages, 15 fr. Bibliothèque d'éducation scientifique. Librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon, Paris 6e.

En face du succès toujours croissant de la Collection des *Pour comprendre*, de nombreux lecteurs de l'Abbé Moreux lui ont demandé d'appliquer sa méthode pédagogique, qui a si bien réussi pour les Sciences, à l'étude de la langue latine qui revient en honneur dans notre enseignement secondaire.

C'est pour répondre à leur désir et pour faciliter leur tâche que l'Abbé Moreux vient d'écrire à leur intention *Pour comprendre le latin*. Ce volume, destiné aux commençants, n'est pas une grammaire élémentaire, bien qu'elle puisse en tenir lieu, mais une véritable *initiation* et l'application d'un procédé pédagogique nouveau pour arriver à retenir plus facilement les mots latins et à traduire correctement un texte d'auteur classique.

Des exercices expliqués, avec le mot à mot, contribueront beaucoup à montrer comment on doit traduire une phrase latine. Tel quel, l'ouvrage rendra grand service aux jeunes élèves, ainsi qu'à leurs professeurs.

Les Maitres de la Sensibilité française au XVIIIe siècle (1715-1789), par Pierre THAHARD. Boivin et Cie, éditeurs, 3 et 5, rue Palatine, Paris, 6e.

L'ouvrage comportera 4 vol. format in-8 carré, de 300 à 320 pages environ, illustrés de planches en phototypie d'après les documents de l'époque.

Le tome I : *Marivaux, Prévost, Voltaire*, est en vente.

Le tome II : *Nivelle de la Chaussée, Vauvenargues, Diderot, Duclos*, paraîtra en février prochain.

Le tome III : *J.-J. Rousseau* et le tome IV : *Bernardin de Saint-Pierre, Restif de la Bretonne, Choderlos de Laclos*, sortiront au cours de l'année 1932-33. Prix du volume broché : 30 francs. Cartonné toile : 42 francs.

L'auteur a pensé que, pour bien comprendre la sensibilité romantique, à laquelle il espère consacrer un livre plus tard, il importait de rechercher les origines de cette sensibilité dans ce « préromantisme » du XVIIIe siècle auquel la critique éclairée fait une part de plus en plus large. Persuadé que, en tous temps et en tous lieux, les maîtres sont les meilleurs initiateurs, il a fait porter son effort sur ceux dont la gloire incontestée est le signe d'une influence profonde et durable. Les trois écrivains qui lui semblent avoir renouvelé la sensibilité française sont l'abbé Prévost, Diderot et Jean-Jacques. Ce sont donc eux qui occuperont dans l'ouvrage la place d'honneur ; c'est vers eux que tout convergera.

Mais on les comprendrait mal si on ne les replaçait pas au milieu de leurs contemporains, dont quelques-uns, hommes d'un grand talent et d'un mérite incontestable, leur sont une nécessaire escorte. Au second plan, on verra donc se profiler les silhouettes d'un Marivaux et d'un Voltaire, d'un Nivelle de la Chaussée, d'un Vauvenargues et d'un Duclos, d'un Bernardin de Saint-Pierre, d'un Laclos et d'un Restif de la Bretonne. On assistera à la lente et fatale déviation d'une sensibilité qui, après avoir atteint les sommets avec Diderot et Rousseau, glissera peu à peu vers la sensiblerie, vers la sensualité, vers le bourbier. Entre les débuts de Voltaire et de Prévost, vers 1720, et l'aube de la Révolution, vers 1785, l'évolution est continue. On s'apercevra que la sensibilité n'est pas une, mais qu'elle revêt des formes innombrables, depuis les plus belles jusqu'aux plus équivoques.

Cet ouvrage s'adresse, au public le plus large. En le composant l'auteur s'est souvenu de cette parole de Sainte-Beuve : « J'ai senti plus d'une fois combien le caractère d'un homme est compliqué, et avec quel soin on doit éviter, si l'on veut être vrai, de le simplifier par système. Il est un degré d'intimité au delà duquel il n'est pas permis à l'homme de prétendre dans l'étude de son semblable : c'est un secret que s'est réservé le grand anatomiste des cœurs. » Parole encore plus juste quand on prétend analyser ce qu'il y a de plus complexe, de plus subtil et de plus fugace en nous, c'est-à-dire la sensibilité. Quoi que l'on fasse, elle garde son mystère, qui lui vient de la nature même. Il faut donc s'arrêter souvent au seuil de l'énigme et ne jamais chercher l'absolu. Nous ne sommes pas certain de bien nous comprendre nous-mêmes : comment pourrions-nous comprendre les autres ? L'effort de compréhension reste souvent vain ; mais ce qui n'est pas vain c'est la sympathie agissante et, en quelque sorte, l'instinct qui nous porte vers ceux dont l'âme ressemble à la nôtre. On voudrait que cette sympathie suppléât, au besoin, à l'insuffisance de la compréhension.

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMP. THIRON ET CIE. — R. C. 4264
MAISON SPÉCIALE POUR PUBLICATIONS MÉDICALES

FONDÉ EN 1873. — N° 49 LE NUMÉRO : 50 Centimes 28 NOVEMBRE 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance publique à Paris. — *Concours de stomatologiste des hôpitaux.* — Séance du 16 novembre 1931. — MM. Houzeau, 28 ; Cabrol, 25 ; Fleury, 28 ; Béal, 26.

Classement des candidats au concours de stomatologiste des hôpitaux. — MM. Houzeau, 123 points ; Béal, Cabrol et Fleury, 118 points.

M. Houzeau, classé premier est proposé à la nomination de M. le Directeur général.

MM. Béal, Cabrol et Fleury *ex æquo* seront soumis à une épreuve supplémentaire.

— *Internat en médecine.* — Séance du lundi 16 novembre. — Questions : 1° Diagnostic positif et différentiel de l'épithélioma de la glande mammaire ; 2° Symptômes et diagnostic de l'angine diphtérique sans les complications :

MM. Camelot, 20 1/2 ; Trombert, 13 ; Willot, 26 ; Bourdial, 21 ; Catonné, 20 1/2 ; Falk, 12 ; Le Picard, 16 ; Lauret, 21 ; Béquignon, 17 1/2 ; Gaignerot, 18.

Séance du mardi 17 novembre. — Questions : 1° Diagnostic de la tuberculose rénale chirurgicale ; 2° Symptômes et diagnostic du myxœdème.

MM. Tran Quandg Dé, 19 ; Pesearolo, 23 ; Gillot, 18 ; Thorel, 15 ; Mlle Abadie, 22 ; Chapireau, 18 ; Soulignac, 20 ; Aboulker, 20 1/2 ; Mlle Spire, 22 ; Arnal, 25.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 25 novembre. — M. Canela : Sur une forme anormale de la tuberculose rénale. Tuberculose rénale à marque de colibacillose.

26 novembre. — M. Arloing : La vaccination régionale par la porte d'entrée dans l'infection colibacillaire. — M. Lauprêtre : Contribution à l'étude de l'aérophagie. — M. Borel : Méconnaissances systématiques chez l'aliéné.

Faculté de médecine de Lyon. — M. A. Rochaix a été présenté à l'unanimité pour la chaire d'hygiène laissée vacante par M. Paul Courmont, titulaire de la chaire de la tuberculose

M. Joseph Chalier, agrégé, a été désigné en seconde ligne.

M. Mounier-Kuhn est nommé chef de clinique oto-rhino-laryngologique.

M. Philippe Barral est nommé chef de clinique médicale (professeur Paviot).

Prix de l'Académie des sciences. — Médecine et chirurgie. — *Prix Montyon.* — Une médaille d'or à M. Edoardo Perroncito, pour l'ensemble de son œuvre scientifique.

Un prix de 2.500 fr. à M. Maurice Auvray, pour son ouvrage : *Maladies du crâne et de l'encéphale* ; un prix de 2.500 fr. à MM. Henri Chabanier et Carlos Lobo-Onell, pour leur ouvrage : *Exploration fonctionnelle des reins.* — Un prix de 2.500 fr. à MM. Maurice Villaret, François Saint-Girons et Louis-Justin Besançon, pour leur ouvrage : *La pression veineuse périphérique. Etude physiologique, clinique et thérapeutique.* — Une mention honorable de 1.500 fr. à M. Emile Cesari pour ses recherches sur la fonction antigénique des lipoïdes ; une mention honorable de 1.500 francs à M. Paul Genaud, pour sa thèse : *Recherches sur les échanges d'ions entre cellules de levure et solutions salines* ; une mention honorable de 1.500 fr. à Mme Méïna Lipinska, pour son ouvrage : *Les femmes et le progrès des sciences médicales.*

Prix Bréant. — Un prix de 2.500 fr., à M. Maurice Langeron, pour ses études sur les champignons pathogènes ; un prix de 2.500 fr. à MM. Pierre Teissier et Florent Coste, pour leur ouvrage : *Physiopathologie de la scarlatine.*

Prix Godard. — Un prix de 500 fr. à M. Louis Berger, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, à Québec, pour son mémoire : *Recherches sur les cellules à sécrétion interne dans les glandes sexuelles de l'homme et de la femme* ; un prix de 500 fr. à M. Fritz Busser, pour son ouvrage : *Les tumeurs épithéliales du rein chez l'adulte. Etude anatomique.*

Prix Chaussier (10.000 fr.), décerné à M. Victor Morax, pour ses travaux de pathologie oculaire et visuelle.

Prix Mège (1.000 fr.), décerné à M. Jean Gautrelet, pour ses travaux sur l'influence de l'adrénaline sur les variations immédiates de la réserve alcaline.

Prix Bellion (1.400 fr.), décerné à M. Raoul Lecoq, pour son ouvrage : *Les aliments et la vie.*

Prix du Baron Larrey (1.000 fr.), décerné à M. le lieutenant-colonel-médecin, Maurice Pilod, pour son ouvrage : *Etudes sur la tuberculose dans l'armée.* — Mention honorable à MM. L. Izard et J. des Cilleuls, pour leur ouvrage : *Précis d'hygiène militaire.*

Prix Argaut (1.200 fr.), décerné à M. Pierre-Ernest Roucayrol, pour son ouvrage : *La d'Arsonvalisation directe dans le traitement de la blennorragie.*

Fonds Charles-Bouchard (5.000 fr.). L'annuité de ce fonds est attribuée à M. Serge Métalnikov, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur, pour son mémoire : *Rôle des réflexes conditionnels et du système nerveux dans l'immunité.*

Le Cinquantenaire du bacille de Koch en Allemagne. — On fêtera à Berlin le 24 mars 1932, la découverte du bacille tuberculeux par Robert Koch. Le ministère fédéral de l'Intérieur et le ministère prussien du département de l'Hygiène ont pris déjà les premières mesures pour la célébration de cet anniversaire. Du 17 au 20 mai 1932, il y aura à Berlin une grande réunon commémorative ; et les jours suivants des journées officielles ou scientifiques auxquelles participeront de nombreux savants allemands et étrangers. (*Le Mouvement sanitaire.*)

Fédération des Syndicats médicaux de la Seine. (*Communiqués*). — Nous sommes informés que certaines Mutualités, par l'intermédiaire de leurs infirmières visiteuses ou même de leur service médical, donneraient aux assurés sociaux de leurs caisses primaires des directives concernant leur traitement ou tenteraient de les diriger sur certains établissements de soins.

Si l'existence de ces pratiques, d'ailleurs contraires aussi bien à l'esprit et à la lettre de la loi qu'aux conventions signées nous était confirmée, il y aurait lieu d'y mettre obstacle avant qu'elles ne se développent et n'aient rendu la tâche du médecin traitant impossible.

Aussi prions-nous instamment les confrères qui auraient connaissance de faits de ce genre de bien vouloir les signaler au secrétaire de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine, 28, rue Serpente, à Paris.

— *Ligne de conduite à suivre par les médecins vis-à-vis des caisses qui refusent de signer la convention* :

Ignorer ces caisses comme elles nous ignorent.

Ne *rien* inscrire sur la feuille de maladie (toute signature sur cette feuille marque adhésion à la convention).

Ne délivrer aucune attestation de duré probable ni de terminaison de la maladie.

Donner simplement au malade quand il le réclame un reçu *global* d'honoraires sur notre papier et dans notre forme habituelle (par conséquent avec un timbre de quittance. Par exemple : « Reçu de M. Bernard la somme de 25 francs ou de 280 fr. pour honoraires »).

Dans la Seine, les Caisses qui ont refusé de signer sont jusqu'à

présent : Caisse primaire Michelin, Union des travailleurs de France, Damoysienne (Maison Damoy), La Couture, Les Chauffeurs d'automobiles, La Prévoyante.

Les deux premières nous ont opposé un refus formel. Les autres ont préféré comme tactique laisser systématiquement trois lettres sans réponse. Nous les ignorerons comme elles nous ignorent, en attendant d'autres décisions à l'étude.

— *Conseils aux médecins.* — La Fédération des Syndicats médicaux de la Seine, dans un désir de bonne collaboration à la loi des Assurances sociales, pense rendre service à tous les médecins du département de la Seine en leur donnant sur l'exercice de la médecine en cette matière, un ensemble de conseils suggérés par les remarques faites au cours des mois précédents.

Ces conseils, inspirés par l'intérêt des malades, la saine gestion des Caisses, et la confiance réciproque des assurés, de la direction des Caisses et du Corps médical, ont pour but d'éclairer les médecins sur les conséquences regrettables qu'aurait la persistance ou la multiplication de certaines erreurs concernant l'esprit dans lequel la loi des Assurances sociales doit être appliquée.

C'est un devoir et une satisfaction pour la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine de constater, d'après ses premiers contacts avec le contrôle des Caisses que, dans l'immense majorité des cas, les médecins concilient avec conscience et mesure l'importance de leurs soins et de leurs prescriptions avec l'importance de la maladie.

Il y a pourtant quelques exceptions.

Le service de contrôle de la Caisse interdepartementale a attiré l'attention du service de contrôle syndical de la Fédération sur quelques abus manifestes. C'est notre devoir de rappeler aux médecins syndiqués ou non, auteurs de ces abus, qu'ils s'exposent après enquête du contrôle syndical, à des sanctions prévues par la loi et pouvant aller jusqu'à la suppression définitive du droit de soigner les assurés sociaux ès-qualité sans préjudice de poursuites de droit commun. Ces cas sont rares, mais par contre, on a relevé parfois une exagération des prescriptions soit dans leur nombre, soit dans leur prix (dont le médecin ne doit pas totalement négliger l'importance), soit enfin dans la mise en œuvre de traitements physiothérapiques coûteux. De même, l'attribuion de convalescences de longue durée, pas toujours très justifiées, grève lourdement par les prestations demi-salaire le budget des Caisses.

Soucieux avant tout de laisser aux médecins toute leur liberté d'action, nous n'entendons pas édicter ici des règles impératives, mais nous borner à leur suggérer quelques conseils utiles et que nous pouvons condenser dans cette formule unique : agir avec le malade assuré social comme ils l'ont toujours fait avec leurs propres malades dans leur clientèle ordinaire. Chaque fois qu'un traitement ou une prescription particulièrement coûteuse n'aura pas sur un autre traitement beaucoup moins onéreux une supériorité d'efficacité manifeste, il n'y aura pas lieu de lui donner la préférence.

Afin d'éviter bien des complications administratives, pouvant nuire aussi bien au malade qu'à son médecin, il est recommandé une fois de plus de remplir avec soin et en temps utile les feuilles de maladie et d'indiquer notamment avec précision la date du dernier jour de la maladie.

Si les conseils que nous donnons ici sont compris et suivis par les médecins, le contrôle syndical n'aura pas à intervenir souvent, tandis qu'il se déclenchera fréquemment dans le cas contraire, et c'est ce que nous voudrions éviter.

La Fédération des Syndicats médicaux de la Seine, assumant entièrement la charge financière du contrôle syndical, il est juste que tout médecin qui y est assujetti, contribue pour la même part aux frais qu'il nécessite. Les médecins syndiqués versant annuellement à la Fédéraion une contribution, il nous paraît équitable que les médecins non syndiqués versent la même contribution.

La contribution spéciale pour le contrôle et pour les syndiqués étant fixée annuellement à 30 francs, les non-syndiqués sont donc priés de vouloir bien l'adresser le plus tôt possible au Trésorier de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine, 28, rue Serpente, Paris, 6e, par mandat ou par chèque.

Une conférence du Dr de Parrel sur le chant. — Le 21 novembre dernier, sous les auspices de l'*Art pour tous*, le Dr de Parrel a fait une conférence , à la Sorbonne, sur le *« Rôle du laryngologiste dans la formation technique du chanteur »*. Il a démontré clairement : 1° la nécessité de l'examen médical de tout candidat chanteur, afin de préciser s'il est apte ou non à l'entraînement vocal ; 2° l'utilité d'un contrôle laryngologique régulier au cours de cet entraînement, afin d'éviter tout malmenage et toute fausse manœuvre. En somme, la coopération confiante et suivie du professeur de chant et du laryngologiste devrait être la règle absolue dans tout enseignement du chant.

Après une spirituelle causerie de Mme Louise Matha sur le *trac*, cette cantatrice et les chanteurs de son studio ont interprété, dans un style impeccable, le *Requiem* du Maître Désiré Pâque. Et ce fut la meilleure démonstration de ce que peut réaliser un enseignement vocal vraiment scientifique et soumis à un contrôle laryngologique, tel qu'en ont défini la technique, Mme Matha et le Dr de Parrel, dans leur *Manuel d'éducation et de rééducation de la voix chantée* qui vient de paraître.

L'ensemble de la séance a été radiodiffusé par le poste de la Tour Eiffel.

Répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes et externes en médecine pour l'année 1932. — MM. les élèves internes et externes en médecine actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49, à leur répartition dans les établissements de l'Administration pour l'année 1932, savoir :

MM. les élèves internes (pour entrer en fonctions le 5 janvier 1932) : internes entrant effectivement dans leur 2e, 3e et 4e année d'exercice, le samedi 19 décembre 1931, à 14 h. 30 : internes de 1re année, savoir : internes des promotions 1929 et 1930 dont le congé pour service militaire expire le 5 janvier 1932, internes de la promotion 1931 et externes en premier, le le lundi 21 décembre 1931, à 14 h. 30.

MM. les élèves externes (pour entrer en fonctions le 15 janvier 1932) : ceux de 6e et 5e année (externes ayant concouru en 1926 et 1927), le lundi 4 janvier 1932, à 14 h. 30 ; ceux de 4e année (externes ayant concouru en 1928), le mardi 5 janvier 1932, à 14 h. 30 ; ceux de 3e année (externes ayant concouru en 1929), le mercredi 6 janvier 1932, à 14 h. 30 ; ceux de 2e année (externes ayant concouru en 1930), le vendredi 8 janvier 1932, à 14 h. 15 ; ceux de 1re année (externes ayant concouru en 1931), le lundi 11 janvier 1932, à 14 heures.

N. B. — MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours.

Hôpital Bichat. (Service de M. le Professeur LEMIERRE,) — Sous la direction de M. le Professeur LEMIERRE, MM. Michel LÉON-KINDBERG, médecin des hôpitaux de Paris et A. SOULAS, feront une série de conférences théoriques et pratiques sur les suppurations broncho-pulmonaires.

Ces conférences commenceront le lundi 30 novembre 1931 et se continueront jusqu'au 24 décembre. Elles comprendront : 1° Des présentations de malades avec étude de clichés radiographiques et leçon théorique, les lundis et vendredis de 10 heures à midi ; 2° Une leçon avec démonstration pratique de bronchoscothérapie, les mercredis, de 10 heures à midi.

Hôpital de Saint-Germain-en-Laye. — *Concours pour l'internat en médecine et en chirurgie.* — Ce concours qui comportera une épreuve écrite et une épreuve orale, aura lieu le jeudi 17 décembre 1931, à 9 heures du matin, à l'hôpital.

L'épreuve écrite comprendra trois questions : 1° sur l'anatomie ; 2° sur la pathologie médicale ; 3° sur la pathologie chirurgicale. L'épreuve orale comprendra également trois questions : 1° sur la pathologie médicale ; 2° sur l'accouchement ; 3° sur un cas quelconque d'urgence. Le maximum des points est de 60 pour l'épreuve écrite et de 30 pour l'épreuve orale.

Les canddats devront être de nationalité française et ne pas être âgés de plus de 30 ans. Cette limite d'âge est augmentée d'une durée égale à la mobilisation.

Les candidats devront se faire inscrire au bureau de la Direction de l'hôpital et y déposer, huit jours au moins avant la date fixée pour le concours, les pièces suivantes :

1º Acte de naissance ; 2º certificat de bonnes vie et mœurs ; 3º certificat d'une Faculté de médecine de l'Etat attestant qu'ils sont régulièrement pourvus de douze inscriptions validées ou un certificat de l'Assistance publique attestant qu'ils sont ou ont été externes des hôpitaux près une Faculté ou Ecole pendant un an ; 4º certificat délivré par leur chef actuel de service ou s'ils ne sont attachés à aucun service hospitalier, par leur dernier chef de service, et contresigné par le directeur de l'établissement dans lequel ils ont fait leur service et attestant qu'ils ont rempli leurs fonctions avec zèle, exactitude et subordination.

L'hôpital comporte deux services de chirurgie générale ; deux services de médecine générale ; un service de maternité. Plus de 4.000 malades y sont traités.

Ecole de perfectionnement des officiers de réserve du Service de santé de la Région de Paris. — *Programme des exercices pratiques communs aux quatre écoles* qui auront lieu au Grand amphithéâtre de la Sorbonne, 47, rue des Ecoles, aux dates et heures ci-après :

Dimanche 27 janvier 1932, à 9 h. 30, par M. le Médecin lieutenant-colonel SCHNEIDER, médecin-chef de l'Ecole supérieure de guerre : Exercice pratique sur les évacuations secondaires par avions dans la zone d'une armée en opérations. — Dimanche 14 février 1932, à 9 h. 30, par M. le Médecin lieutenant-colonel SCHNEIDER : Exercice sur un cas concret d'évacuations sanitaires de l'avant, par voie ferrée, dans une armée en opérations. Les points d'embarquement en chemins de fer. — Dimanche 20 mars 1932, à 9 h. 30, par M. le Médecin colonel SCHICKELÉ chef de la section technique du Service de santé : Exercice sur le fonctionnement de la gare régulatrice dans un cas concret se rapportant à une armée en opérations. — Dimanche 17 avril 1932, à 9 h. 30, par M. le Médecin colonel SCHICKELÉ : Exercice sur le fonctionnement des évacuations secondaires sur l'intérieur du territoire.

Conformément aux instructions ministérielles en vigueur ces exercices pratiques sont réservés aux officiers de réserve du Service de santé de la Région de Paris.

Croisière de la « Revue générale des Sciences ». — La *Revue générale des Sciences*, qui la première a organisé des croisières scientifiques et dont l'exemple a été suivi en France et à l'étranger, désirant étendre dans le monde médical le bénéfice et les avantages de ces voyages, a obtenu le patronage de l'Association de la Presse médicale française et elle rappelle que les renseignements concernant ces croisières sont donnés, et les inscriptions reçues, à la fois :

Aux bureaux de la *Revue générale des Sciences* (MM. Doin et Cie, 8, place de l'Odéon).

A l'Association de la Presse médicale française (secrétariat général, 23, rue du Cherche-Midi. Téléph. : Littré 14-61).

Chez M. Olivier, directeur des croisières de la *Revue générale des Sciences*, 28, quai de Passy (téléphone : Jasmin 31-42).

Le programme des croisières de 1932 paraîtra sous peu et sera communiqué aussitôt aux journaux par le service de l'Association de la Presse médicale française.

Dispensaires de la Sarthe. — Un concours sur titres, en vue de la nomination d'un médecin spécialisé chargé des dispensaires d'hygiène sociale de la Sarthe, sera ouvert du 1er décembre au 10 janvier 1932.

Le traitement de début attaché à cette fonction est fixé à 45.000 francs. Le titulaire du poste bénéficiera, en outre, d'indemnités de déplacements, ainsi que des indemnités attribuées aux fonctionnaires départementaux.

Les dossiers des candidats devront être adressés au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, à Paris (VIe), avant le 10 janvier 1932.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au secrétariat de l'Association départementale d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse, à la Préfecture du Mans.

Médecin dramaturge. — En février le Grand Guignol jouera l'*Enquête*, pièce du Prof. Roger.

Nécrologie. — Dr POINGT, de Donzy (Nièvre).

VOIR LA SUITE DES « NOUVELLES » PAGE 2190

TRAVAUX ORIGINAUX

La ligature de l'arc artériel de la petite courbure gastrique

par M. Félix RAMOND

Expérimentalement la ligature de l'arc artériel de la petite courbure gastrique est une chose facile et sans danger chez l'animal. Nous en apporterons prochainement les résultats, en collaboration avec les docteurs Chistinios et Popovici.

Cette ligature peut avoir une certaine importance en pathologie humaine ; elle est suceptible d'améliorer le pronostic du cancer gastrique et de l'ulcère du bord droit.

Il y a quelques mois, à l'hôpital, nous eûmes à traiter un cancer volumineux de la région pylorique et de la petite courbure. La laparotomie exploratrice nous prouvant quele cancer était inopérable, sur notre demande, le chirurgien pratiqua la ligature de l'arc artériel à ses deux pôles extrêmes, pylorique et juxta-cardiaque. Les suites opératoires nous parurent favorables. La tumeur sembla régresser, et les signes fonctionnels s'amendèrent. Ultérieurement la radiothérapie précipita l'amélioration, et la malade sortit de l'hôpital sans tumeur apparente, et considérablement soulagée.

Mettant à profit ce résultat favorable, et rappelant notre théorie de formation de l'ulcère du bord droit, où la vascuralisation excessive de ce bord explique l'élection à ce niveau de la presque totalité des ulcères (1), nous avons eu l'idée de tenter la ligature de l'arc artériel, comme moyen de guérison de l'ulcère de l'estomac. Les résultats obtenus nous ont paru encourageants ; ils n'ont pas encore le recul nécessaire, pour en bien juger l'importance, aussi nous nous contentons de signaler la méthode afin que d'autres cliniciens puissent l'expérimenter à leur tour.

La pneumonie du lobe moyen chez l'adulte et son diagnostic radiologique (2)

Par MM.

Ch. ROUBIER et J. BOUCOMONT

Professeur agrégé, Médecin des hôpitaux de Lyon

Interne des hôpitaux de Lyon

Parmi les localisations de la pneumonie, celle du lobe moyen est certainement la moins fréquente. Dans une statistique de 400 pneumonies, Ménétrier n'a constaté que deux fois une hépatisation du lobe moyen. Ses signes cliniques sont le plus souvent très frustes, aussi l'image particulière qu'elle offre aux rayons X est-elle importante à connaître, car elle peut constituer le seul élément de diagnostic.

* * *

Rappel anatomique. — Cet aspect radiologique trouve aisément son explication dans la disposition anatomique du lobe. Les limites de celui-ci ont été décrites pour la première fois par Luschka en 1857. Elles sont constituées essentiellement par la portion inférieure de la grande scissure droite et par l'interlobe horizontal. De nombreuses descriptions de ces scissures ont été faites, en particulier par Waldeyer et par l'auteur français Rochard dont les travaux, cités par Testut, sont basés sur l'examen pulmonaire de 12 sujets.

MM. Kreuzfuchs et Schuhmacher en ont fait plus récemment une étude complète qui repose à la fois sur les données anatomiques et sur la radiologie. D'après ces derniers auteurs, la scissure horizontale affecte la forme d'un S couché dont la forte concavité est ouverte du côté de l'aisselle ; plus rarement elle serait concave en haut.

Les observations de Dietlen montrent que cet interlobe n'est pas dans un plan horizontal, mais qu'il est incliné d'arrière en avant et que de plus il est oblique de dedans en dehors.

La limite externe du lobe moyen est formé par la portion inférieure du grand interlobe, depuis son point d'intersection avec la scissure précédente jusqu'à sa terminaison inférieure. Ce point d'intersection est situé le plus souvent en arrière de la ligne axillaire moyenne, au niveau de la 5e côte ; puis la scissure se dirige vers la partie antérieure du poumon droit, formant avec le plan horizontal un angle de 45° ; elle est aussi inclinée latéralement, mais cette inclinaison est assez faible. D'après M. Fleischner, la grande scissure se termine à un travers de main, environ, en dehors du bord droit du sternum.

Il résulte de cette disposition des scissures, que le lobe moyen, dont la surface antérieure épouse la concavité du thorax, présente une face supérieure légèrement inclinée en avant et dont la direction transversale se rapproche sensiblement d'un plan horizontal.

Le bord inférieur de ce lobe est mince et forme une sorte de languette qui s'applique en arrière sur le lobe inférieur. Quant à la partie interne du lobe moyen, elle est plaquée sur la base du cœur depuis le hile jusqu'à la languette antérieure.

Telle est la disposition la plus fréquente, mais on peut observer des anomalies : le lobe moyen peut être absent, et surtout il peut exister une continuité entre le parenchyme du lobe supérieur et celui du lobe moyen ou entre ce dernier et le lobe inférieur ; mais ces exceptions n'ont qu'un intérêt anatomique, elles sont trop rares pour qu'il soit possible d'en tenir compte au point de vue clinique et radioscopique.

D'après les travaux de Rochard, la scissure horizontale se projette depuis l'insertion du cartilage de la 4e côte avec le sternum, ou encore depuis le 3e espace intercostal antérieur et interne jusqu'à la ligne axillaire moyenne au point où elle rencontre la 5e côte : c'est la disposition la plus fréquemment observée. Le même auteur signale que la partie inférieure de la grande scissure a une direction qui suit à peu près celle de la 6e côte. Mais des dispositions différentes peuvent exister, que MM. Barsony et Koppenstein ont envisagées et d'où il résulte que le lobe moyen peut être plus ou moins volumineux (fig. 1).

Observations. — Nous avons observé trois cas de pneumonie localisée au lobe moyen, que nous allons rapporter intégralement :

Obs. I. — M... Joseph, 54 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 14 décembre 1930 venant de l'infirmerie de Porte (service d'urgence) où il a été mis en observation avec glace sur le ventre pendant la nuit du 13 au 14. Pas d'antécédents notables : éthylisme très accentué. L'affection actuelle a débuté le 11 décembre ; vers 13 heures le malade a eu des vomissements, un peu plus tard apparut une douleur très violente, irradiée à tout l'abdomen, présentant des paroxysmes, et s'accompagnant d'une constipation qui persiste actuellement.

A l'entrée la douleur est moindre, elle a été calmée par la

(1) Cours de gastrologie d'automne de Saint-Antoine recueilli et publié par *el Dia médico* de Buenos Aires. Novembre et décembre 1931.

(2) Les radiographies qui illustrent ce travail sont dues à M. Japiot, à qui nous adressons nos remerciements.

glace ; le malade ne tousse pas, son expectoration est muco-purulente. L'examen de l'abdomen montre que le ventre est redevenu souple ; une douleur persiste à la pression du creux épigastrique ; le foie déborde de trois travers de doigts les fausses côtes ; on ne perçoit pas la rate. L'auscultation du poumon ne décèle rien de particulier. Examen du cœur et des réflexes négatif. Tension artérielle 13/8. Ni sucre, ni albumine dans les urines.

L'examen radioscopique fait le 17 décembre (7e jour de la maladie) a montré l'existence dans le champ pulmonaire droit à sa partie inférieure, d'une zone sombre triangulaire à base médiastinale et à pointe axillaire.

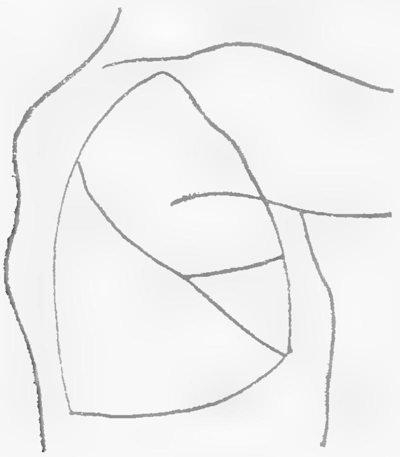


Fig. 1

C'est un triangle à contours très réguliers. Tout le reste des champs pulmonaires est clair.

A l'auscultation on n'a trouvé absolument rien d'anormal. Il s'agit en somme d'une découverte de la radioscopie.

La température qui était au-dessus de 38° est retombée à la normale le 19 décembre. L'expectoration est adhérente.

Une seconde radioscopie pratiquée le 24 décembre montre que l'image précédente a complètement disparu ; le champ pulmonaire est normal. L'ombre était certainement de nature pneumonique.

On peut donc reconstituer ainsi l'histoire de la maladie : il s'est agi d'une pneumonie centrale intéressant le lobe moyen ; elle est restée muette à l'auscultation et s'est manifestée tout d'abord par un point de côté abdominal violent ayant fait penser à une perforation de l'estomac.

* * *

Obs. II. — Riv... Pierre entre à l'Hôtel-Dieu le 19 avril 1930 pour une congestion pulmonaire. On ne retient dans les antécédents que deux faits ; tout d'abord une toux légère apparaissant chaque hiver (La femme du malade est morte de bacillose pulmonaire). En second lieu, une imprégnation éthylique certaine et accentuée qui se manifeste par de la zoopsie, des pituites matinales, des épistaxis et surtout par l'existence d'un gros foie avec subictère des conjonctives. D'ailleurs, le malade est garçon de café et avoue franchement ses habitudes de boisson.

L'affection actuelle remonte au 15 avril ; le malade, étant couché, ressentit brusquement un point de côté violent à l'hémithorax droit et à l'abdomen, avec dyspnée, état fébrile, expectoration rouillée et vomissements. A l'entrée, le malade présente une température de 40°5, des sueurs abondantes et du délire. On constate l'existence d'un gros foie avec ictère, et de la submatité légère de la base droite, sans râles ni souffle.

Le 22 avril, le malade est en défervescence ; il a eu cette nuit une crise sudorale, sans polyurie notable. On constate les signes d'une congestion pulmonaire de la base droite : obscurité respiratoire avec quelques râles sous-crépitants et quelques sibilances ; pas de souffle. A la base de l'aisselle du même côté, on perçoit à la main et à l'oreille des frottements pleuraux typiques.

Le 23 avril : à la *radioscopie* on a vu, à la base droite, une ombre à contours flous, sus-diaphragmatique, partant de la région hilaire inférieure et atteignant à peine la ligne axillaire.

Ce même jour, on constate à la base, en avant, de la diminution du murmure et quelques râles très discrets ; dans la région axillaire inférieure du même côté, des frottements pleuraux très nombreux et très nets. Il n'y a jamais eu de souffle ; l'expectoration a été peu abondante, mais nettement rouillée. La température qui était au-dessus de 40° est tombée à 38°.

Le 26 avril, l'apyrexie est complète. Les frottements ont disparu et le murmure est entendu normalement à la base droite.

Le 7 mai, l'ombre opaque de la base droite a considérablement diminué ; l'auscultation est négative.

* * *

Obs. III (Résumée). — Des... Marguerite, 45 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 15 janvier 1931. C'est une bronchitique chronique avec emphysème, atteinte de crises d'asthme depuis plusieurs années et qui présenterait depuis quinze jours un épisode aigu avec fièvre à 39°5, dyspnée intense et cyanose. L'examen pulmonaire révèle : 1° du côté gauche, des râles de bronchite avec quelques râles humides disséminés ; 2° à droite en arrière, sur toute la hauteur, des râles humides inspiratoires qui sont plus nombreux et plus éclatants au sommet et dans la fosse sous-épineuse ; en avant, dans toute la région sous-claviculaire jusqu'à la base, il y a de la matité, avec douleur à la percussion dans la région mamelonnaire : on trouve à ce niveau de nombreux râles inspiratoires confluents, éclatants même, constituant par leur réunion un véritable gargouillement ; mais il n'y a pas de retentissement de la toux.

L'expectoration est muco-purulente, sans caractères. Le pouls est à 110, régulier. Rien au cœur.

L'examen radioscopique montre l'existence d'une hépatisation du lobe supérieur droit sous forme d'une ombre en éventail à limite inférieure concave en bas. Au-dessous on voit une plage claire, arrondie qui n'a pas l'aspect d'une caverne. Dans la région sus diaphragmatique on trouve une ombre dont la limite supérieure, rectiligne, s'étend dans le troisième espace intercostal ; sa limite externe est floue et presque verticale ; la teinte de cette ombre est dégradée de haut en bas. Le sinus costo-diaphragmatique est clair.

Décès le 17 janvier.

A l'autopsie, on trouve des adhérences pleurales du haut en bas de l'hémithorax droit, dans la région axillaire et la région postérieure. On constate une pneumonie du lobe supérieur droit (hépatisation rouge), respectant l'extrême sommet qui est emphysémateux. Le lobe moyen est également atteint d'une hépatisation, mais moins dense ; c'est plutôt une splénisation. Le lobe inférieur est simplement congestionné. Une symphyse pleurale, lâche et récente, unit tous les lobes. A gauche : poumon emphysémateux et un peu congestionné. Cœur petit (200 gr.) ; traces de péricardite sèche de la base au niveau des auricules ; valvules normales ; traces d'athérome sur l'aorte. Foie (1720 gr.) : quelques îlots de dégénérescence graisseuse. Rate normale. Reins (150 gr.) simplement congestionnés.

Examen histopathologique : (Dr Levrat). Le fragment de lobe moyen présente des signes d'hépatisation diffuse ; celle-ci est caractérisée par la présence de polynucléaires à l'intérieur des alvéoles pulmonaires dans lesquelles on ne trouve presque plus d'exsudats fibrineux. Nulle part on ne trouve de signes d'organisation des exsudats pouvant faire penser à la pneumonie hyperplasique.

On ne trouve pas non plus de zone d'hépatisation grise. Il s'agit donc simplement d'une pneumonie prolongée.

* * *

Symptômes cliniques et évolution. — Nous ne pouvons tenir compte de cette dernière observation où l'infection pneumococcique atteignait simultanément deux lobes du même poumon : mais dans les deux premières, les *signes fonctionnels* ont été ceux d'une pneumonie franche : le point de côté du début a été violent et abdominal ; il s'est accompagné de vomissements ; c'est là un fait banal chez l'enfant, mais plus rare chez l'adulte. Ce point de côté a même été si intense chez notre premier malade qu'on a envisagé tout d'abord la possibilité d'une perforation gastrique. Nos deux malades ont eu des frissons et de la fièvre ; la température a dépassé 40° chez l'un et s'est accompagnée de délire ; elle a été moins élevée chez l'autre et son maximum a été de 38°5, au moins pendant la période d'hospitalisation.

Les crachats ont eu l'aspect rouillé ou adhérent, qui est de règle dans la pneumonie. La température s'est abaissée brusquement le septième jour dans un cas : dans l'autre au contraire la défervescence a été plus lente.


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS

Dans l'ensemble, les deux affections se sont comportées comme des pneumonies et les signes fonctionnels permettaient d'affirmer ce diagnostic.

Mais les *signes physiques* ont été extrêmement réduits : à la place des symptômes habituellement nets de la pneumonie lobaire banale, on ne constate chez l'un de nos malades que quelques râles dans la région mamelonnaire ; chez l'autre, la symptomatologie est un peu moins pauvre, mais l'examen ne révèle que de l'obscurité respiratoire à la base, en avant, avec quelques râles et quelques frottements, très nets d'ailleurs. Dans aucun de ces cas nous n'avons observé de souffle tubaire, ni de matité à la percussion. En somme l'investigation clinique la plus soigneuse permettait simplement de poser le diagnostic de congestion aiguë pleuro-pulmonaire.

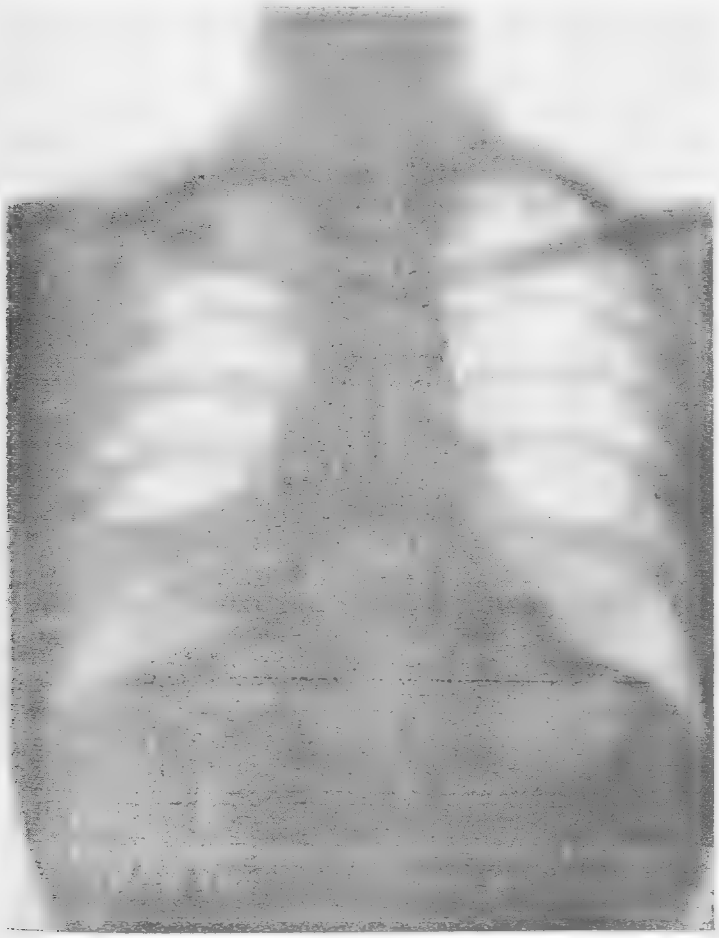


Fig. 2



Fig. 2 a

Les signes radiologiques. — Cependant il s'agissait bien d'une hépatisation, puisque l'examen radioscopique montrait chez les deux malades une ombre très nette et très dense.

Dans le premier cas, l'image observée au septième jour a nettement la forme d'un triangle dont la base est hilaire et dont la pointe légèrement tronquée se dirige vers l'aisselle, sans toutefois l'atteindre ; la limite supérieure du triangle est légèrement inclinée en bas et en dehors, elle est rectiligne et se projette dans le 4e espace intercostal droit ; sa teinte est très noire et tranche nettement d'une part sur le parenchyme indemne sus-jacent, d'autre part sur la zone hépatisée. L'hémi-diaphragme droit est



Fig. 3



Fig. 3 a

peu mobile, mais il est clair et n'est pas atteint par l'ombre.

Le film radiographique (fig. 2) pris le lendemain, confirme et précise l'aspect constaté à l'écran : le bord supérieur du triangle, très aigu, est légèrement oblique de dedans en dehors et de haut en bas, c'est une ligne droite [illegible] les extrémités postérieures de la 8e et de la 9e côtes, jusqu'à l'aisselle, dans l'angle formé par l'extrémité de l'arc pos-

térieur de la 8° côte et de l'arc antérieur de la 5°. (L'ampoule a été centrée sur le sternum à la hauteur de la 2° côte). La base du triangle se confond entièrement avec le hile droit qui est très noir et avec l'ombre médiane ; elle s'étend jusqu'au diaphragme qu'elle atteint dans l'angle cardio-diaphragmatique. L'ombre est foncée, mais laisse transparaître le dessin plus noir des trabéculations qui s'échappent du hile ; sa teinte se dégrade rapidement de sorte que le troisième côté du triangle est flou, irrégulier, vaguement convexe en bas et en dehors.

Un second film a été pris cinq jours après celui-ci : il ne montre plus qu'une trabéculation un peu plus dessinée que celle du côté opposé.

L'image observée à l'écran chez notre second malade (fig. 3) est une ombre ovoïde à contours flous, située au-dessus de l'hémidiaphragme droit. On peut constater sur le film, pris le huitième jour de la maladie, une zone sombre à travers laquelle on voit le dessin des côtes et celui des trabéculations : sa limite supérieure se projette entre la 8° et la 9° côtes, elle part du hile et n'atteint pas la paroi externe du thorax : elle n'est pas rectiligne, mais légèrement convexe : son tracé est un peu flou, mais il est cependant plus teinté que la zone sous-jacente. La partie interne de l'hépatisation se confond avec l'ombre médiane. L'extrémité externe de cette image est mousse et arrondie, elle est floue, et sa teinte est dégradée. Enfin, une zone un peu plus claire s'étend au-dessus du diaphragme, mais celui-ci n'est pas nettement séparé de l'ombre pneumonique.

Six jours plus tard, un second film permet de constater la présence d'un voile persistant, mais dont les limites sont indéfinissables et ne correspondent plus du tout à l'image précédente : l'ombre est plus dense en bordure de l'oreillette droite.

Dans leur travail sur l'image radiologique de la pneumonie grippale, MM. Li bmann et Schinz décrivent une pneumonie du lobe moyen qui, observée au onzième jour, donnait à la radioscopie une image dont la forme est ovoïde, atteint la paroi axillaire et dont les contours sont peu nets. Cette description s'accompagne d'un schéma tout à fait superposable à notre film radiographique n° 3.

Enfin notre troisième observation nous a permis de constater une image typique de pneumonie du lobe moyen entièrement comparable à la première.

La limite supérieure de l'ombre est nette, rectiligne ou légèrement concave en haut ; la teinte va en décroissant

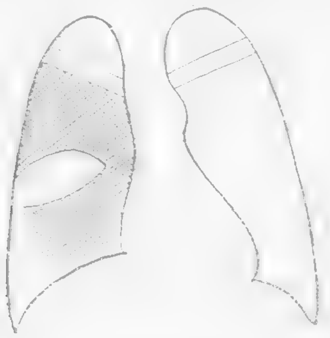


Fig. 4

de haut en bas. L'ombre, qui n'atteint pas l'aisselle, correspond topographiquement au lobe moyen. La particularité de cette image est la suivante : elle coexiste avec une image pneumonique du sommet droit et on peut observer entre l'ombre du lobe moyen d'une part, et celle du lobe supérieur d'autre part, une zone claire, ovoïde, occupant presque toute la largeur du champ pulmonaire et dont le grand axe est transversalement incliné en bas et en dehors (fig. 4). Nous ne trouvions pas d'explication valable à cette zone claire, comprise entre deux foyers pneumoniques : l'un supérieur, l'autre inférieur. L'autopsie nous permit de constater que des adhérences serrées existaient dans la grande cavité pleurale, de sorte que le lobe supérieur était fixé en haut dans le thorax, et que la scissure horizontale était béante : la zone claire correspondait par conséquent au lobe inférieur qui était probablement sain au moment de la radiographie, mais qui, le jour de l'autopsie était seulement congestionné.

***

Ces images particulières au lobe moyen sont classiques. Elles ont été bien étudiées par quelques auteurs étrangers, spécialement par M. Assmann qui leur accorde une description dans son livre sur le « diagnostic radiologique des maladies internes ». M. de La Camp en cite une observation. On en trouve également trois exemples dans l'intéressant travail de M. Fleischner sur « les processus lobaires et interlobaires » ; cet auteur décrit une image triangulaire à base médiane. M. Arnsperger dans son livre sur l'examen des organes thoraciques, s'exprime de la façon suivante : « La pneumonie du lobe moyen est reconnaissable à ce signe que, dans l'examen de face, la partie supérieure et la partie externe du thorax sont claires, tandis que la partie inféro-interne est sombre, limitée en haut par une ligne nette, horizontale. Dans l'examen postérieur, la partie inféro-latérale du champ pulmonaire est sombre, mais elle s'éclaire si on déplace l'ampoule en dehors. »

Enfin, M. Rieder, dans son article sur la pneumonie centrale, donne (observation n° 6) la description d'une pneumonie du lobe moyen.

En France, à part les cas signalés par MM. Weil et Gardère, la seule étude où soit mentionnée cette forme anatomo-radiologique est le travail de MM. Paisseau et Salomon. Ces auteurs en ont présenté à la Société médicale des hôpitaux de Paris deux observations : dans un cas l'ombre affectait la forme d'un triangle ; chez l'autre malade, l'ombre était dense, quadrangulaire, affleurant la région axillaire, mais séparée du hile par une bande claire, parasternale.

Nous avons eu l'occasion d'observer une image qui se rapproche un peu de cette dernière description.

***

Obs. IV. — P... Pascal, 43 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 20 mars 1931. Il serait au quatrième jour d'une pneumonie ; venu à pied dans le service, c'est un malade pâle et amaigri. L'auscultation pulmonaire permet de constater un foyer de râles sous-crépitants à la base de l'aisselle, avec souffle tubaire net et submatité à cet endroit ; quelques râles moins nombreux en avant ; pas d'expectoration ; température 37°8.

A la radioscopie, on constate un triangle à base axillaire avec une zone plus dense dans la région interne de l'hémithorax. Cette ombre est située au-dessus du diaphragme ; le sinus est libre. La scissure horizontale est nettement dessinée dans la moitié interne du champ pulmonaire : l'ombre parenchymateuse n'est pas très noire, elle est à peu près homogène.

Dans l'examen oblique (O. A. D.), on voit nettement une ombre dense en fer de flèche se projetant sur le cœur ; la limite supérieure de l'ombre est légèrement inclinée en avant : la limite inférieure est très fortement oblique en bas et en avant : la base correspond à la paroi antéro-latérale du thorax (fig. 6).

Le 21 mars 1931 : au matin, le malade présente une température de 40°5 ; il est dans un état comateux, avec de la dyspnée, mais sans cyanose : le cœur est rapide (150 pulsations à la minute). A l'auscultation la poitrine est encombrée de râles ; il existe un souffle axillaire intense et de la submatité à cet endroit. Le malade meurt à 16 heures.

Autopsie : Pas de liquide ni dans la grande cavité, ni dans les interlobes.

Poumon droit : à la surface du lobe inférieur, traces de pleurésie, sous forme d'aspect dépoli de la plèvre viscérale avec quelques petits exsudats fibrineux. De plus il existe une symphyse interlobaire des deux scissures, et une symphyse des plèvres médiastine et diaphragmatique : ces adhérences sont récentes, assez lâches, faciles à enlever. Le lobe moyen est

hépatisé dans toute son étendue à l'exception de la languette antérieure : il s'agit d'une hépatisation rouge banale. Le lobe inférieur est également le siège d'une hépatisation, mais un peu moins franche, occupant toute l'étendue transversale de ce lobe jusqu'à la ligne axillaire, et respectant la partie supérieure et la partie inférieure sus-diaphragmatique ; ces deux régions sont simplement congestionnées. Le lobe supérieur n'est pas hépatisé ; on y remarque, au sommet, un nodule calcifié et près de lui un bouquet de tubercules récents.

Poumon gauche : œdémateux sur sa plus grande étendue ;



FIG. 5



FIG. 5 a

selle ; l'ombre n'est pas homogène, elle est peu intense dans la région axillaire, elle a un aspect pommelé dans la région paramédiastinale : on voit une ligne sombre qui tranche sur le reste pas de foyer d'hépatisation : au sommet, îlot de bronchopneumonie tuberculeuse récente, semblable à celui du côté opposé.

Au cœur, lésions discrètes d'endocardite récente greffées sur des lésions anciennes.

La radiographie pulmonaire a été pratiquée le jour de l'entrée ; on a seulement pris un film de face (fig. 5 et 5 a). On constate une ombre en forme de quadrilatère qui atteint l'aisselle de l'image et qui se projette dans le 8e espace ; le bord supérieur de l'ombre est flou, non rectiligne. Le diaphragme est masqué ; le sinus est clair ; l'ombre des hiles est épaissie, surtout du côté gauche.

L'intérêt de cette observation réside tout d'abord dans ce fait que la coexistence d'une pneumonie du lobe moyen et d'une hépatisation partielle du lobe inférieur explique l'aspect anormal de l'ombre en position antérieure. M. Bittner rapporte un cas analogue.

Mais notre observation met également en valeur l'intérêt de l'examen en position oblique ou transverse, sur lequel insistait récemment M. Jaubert de Beaujeu. L'image particulière offerte dans ces conditions par le lobe moyen hépatisé a été longuement étudiée par les auteurs allemands : il ne semble pas que ce mode d'exploration ait eu la même faveur en France. M. Arnsperger, M. Assmann y font allusion dans leur description de la pneumonie du lobe moyen. M. Fleischner surtout, dans son article déjà cité, donne trois schémas où sont représentées les images caractéristiques du lobe moyen hépatisé dans l'examen oblique et transverse. D'après cet auteur, la limite supérieure de l'ombre est presque toujours horizontale, elle est rarement concave en haut et en avant ; la limite inférieure est au contraire plus variable : elle peut être rectiligne, oblique en bas et en avant, l'image est alors triangulaire à base antérieure ; d'autres fois elle est convexe en arrière et le foyer opaque a la forme d'un demi-croissant dont la pointe est dirigée en arrière vers la partie supérieure de la colonne ; enfin, dans d'autres cas elle présente une concavité postérieure, il s'agit alors de lobe moyen volumineux et la forme de l'ombre ressemble à une voile de navire.

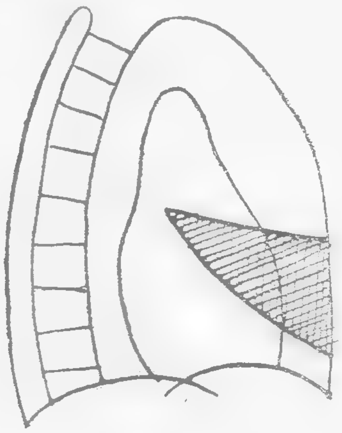


FIG. 6

* * *

La pneumonie du lobe moyen doit-elle être considérée comme une pneumonie centrale ?

Si on définit la pneumonie centrale, un foyer hépatisé, situé au milieu d'un lobe et n'ayant aucune connexion avec les plèvres médiastine, interlobaire, diaphragmatique ou de la grande cavité, la pneumonie du lobe moyen n'est pas centrale. En effet le lobe moyen généralement de petit volume est presque toujours hépatisé en entier et le foyer pneumonique est en contact avec les plèvres le plus souvent et même dans tous les cas.

En raison de sa situation antérieure, dans une région du thorax aisément accessible à l'auscultation, on pourrait même croire qu'une pneumonie ainsi localisée doive donner nécessairement des signes de constatation facile. Or, il n'en est rien et, chez nos malades porteurs d'une pneumonie isolée du lobe moyen, le souffle tubaire n'a jamais été entendu et les râles étaient toujours en petit nombre. Cette pauvreté des signes physiques apparente déjà cette forme clinique aux pneumonies centrales ou encore aux pneumonies muettes.

Nous ne voulons pas reprendre la discussion sur l'existence des pneumonies centrales ; elles ont été constatées par de nombreux cliniciens français et étrangers. On connaît les observations classiques de MM. Paisseau et Salomon, d'une part et celle que l'un de nous a publiée avec Coste, d'autre part. Ces pneumonies centrales sont admises par les auteurs américains, et les Allemands ont été les premiers à soutenir la théorie du point de départ hilaire de la majorité des pneumonies. Sans affirmer que celles-ci partent toujours du hile, on doit faire remarquer que les hépatisations centrales ont presque toujours été observées chez des malades examinés aux rayons X dans les premières heures après le frisson initial. Cependant, nous présenterons dans un prochain travail une radiographie de pneumonie centrale prise au septième jour.

Les auteurs allemands, M. Rieder en particulier, font entrer les hépatisations du lobe moyen dans le groupe des pneumonies centrales. Celles-ci (qui seraient mieux appelées *pneumonies hilaires*) doivent être alors définies de la façon suivante : elles se manifestent à l'écran radioscopique, par une ombre dense qui en général n'atteint pas la paroi axillaire et qui d'autre part régresse dans les délais d'une pneumonie, ce qui permet d'éliminer la tuberculose.

* * *

Diagnostic. — La pneumonie du lobe moyen, à cause des signes physiques peu caractéristiques qu'elle donne habituellement, n'a pas une autonomie clinique nette. Tout au plus les signes généraux et fonctionnels (point de côté abdominal et thoracique, température à 40°, évolution cyclique) peuvent-ils faire penser à une infection pneumococcique, mais dont on ne peut affirmer la localisation exacte sans la radioscopie. Celle-ci montre généralement, à l'examen en position frontale, une image en forme de triangle à base médiastinale, dont le sommet s'approche de l'aisselle et dont la limite supérieure est rectiligne.

Mais cet aspect n'est pas spécial à la pneumonie du lobe moyen ; en effet on peut l'observer dans les épanchements interlobaires. Ceux-ci ont été étudiés pour la première fois par Béclère qui a bien insisté sur la technique particulière que nécessite l'examen des scissures. M. Fleischner, d'autre part, a montré que la pleurésie scissurale peut affecter à l'écran la forme d'une bande ou d'un fuseau, et il indique les difficultés de diagnostic qu'on peut rencontrer. Il fait remarquer que l'examen en position oblique a une grande importance pour affirmer le diagnostic. Avec cette méthode d'exploration, l'ombre obtenue à l'écran, dans le cas de pleurésie de la scissure horizontale, offre l'aspect d'un fuseau (et non pas d'un triangle) dont la partie effilée est oblique en haut et en arrière et dont la grosse extrémité se projette dans le sinus costo-diaphragmatique ; mais le diagnostic est parfois difficile et une ponction exploratrice peut être nécessaire.

Plus récemment, MM. Barsony et Koppenstein reprennent l'étude précise de cette distinction. Ils rappellent qu'on avait donné comme signe caractéristique de l'épanchement interlobaire, dans la position de profil, la netteté de la limite supérieure et de la limite inférieure de l'ombre : mais ils font observer que la pneumonie du lobe moyen présente les mêmes particularités. Ces deux auteurs donnent les indications suivantes qui sont utiles au diagnostic : l'hépatisation d'un lobe moyen volumineux est facile à reconnaître dans l'examen oblique, elle affecte la forme d'une image triangulaire à base antérieure : la limite supérieure de cette image est horizontale. Au contraire, quand le lobe hépatisé est de petit volume et la petite scissure légèrement oblique en bas, la distinction peut être plus délicate, mais il faut penser de préférence à une pneumonie du lobe moyen en raison de la fréquence plus grande de cette affection. Dans cette conjoncture, l'examen en lordose donne l'aspect caractéristique de l'épanchement et la ponction exploratrice lève les doutes. Quand l'image, examinée en oblique, affecte une forme de poire dont la grosse extrémité correspond au sinus costo-diaphragmatique, on peut avec quelque certitude, penser à une pleurésie.

En 1927, M. Fleischner a décrit un signe qui permet de faire la distinction entre l'infiltration pneumonique et l'épanchement : si, dit-il, la trabéculation du poumon reste visible sur le film, il s'agit de pneumonie.

Toutes ces distinctions sont intéressantes, mais elles sont faites de nuances. Dans la pratique il nous semble que le diagnostic radiologique peut se résumer ainsi :

Dans la position de face, la pneumonie du lobe moyen offre de grandes similitudes avec la pleurésie de l'interlobe. Mais dans l'examen en oblique l'infiltration pneumonique est caractérisée par une image triangulaire à base antérieure dont le bord supérieur est horizontal. Une nouvelle investigation aux rayons X pratiquée quelques jours plus tard montrera que l'ombre du parenchyme diminue d'intensité, sans diminuer de largeur.

En somme l'examen radioscopique est absolument indispensable pour dépister une pneumonie du lobe moyen, puisque les signes physiques de cette affection sont souvent très réduits, comme ceux des pneumonies dites centrales.

BIBLIOGRAPHIE

ARNSPERGER (H.). — *Die Untersuchung der Brustorgane und ihre Ergebnisse für Physiologie und Pathologie*. 1 volume de [illegible] pages, chez Vogel à Leipzig, 1909. Article : Pneumonie, pages 141-148.

ASSMANN (H.). — *Die klinische Rœntgendiagnostik der inneren Erkrankungen*. 1 volume de 512 pages chez Vogel à Leipzig. Tome I. Article : Pneumonie, pages 261-268.

BARSONY et KOPPENSTEIN. — Mittellapeninfiltrat oder abgesacktes Interlobärexsudat ? — *Fortschritte auf dem Gebiete der Rœntgenstrahlen*. Bd 39, 1929, pages 641-644.

BARSONY et KOPPENSTEIN. — Die Lageveränderungen der Lungenspalten und der Lungenhili bei Schrumpfungsprozessen. *Fortschritte auf dem Gebiete der Rœntgenstrahlen*. Bd 43 ; H 4, 1931, pages 417-434.

BITTNER (J.). — Beitrag zur Rœntgendiagnose bei Pneumonie. *Präger Medizinische Wochenschrift*. Bd 35, n° 29, 1910, pages 361 et 362.

CAMP (DE LA). — Was lehrt uns die radiologische Untersuchung über die Lösungsvorgänge bei der croupösen Pneumonie ? *Fortschritte auf dem Gebiete der Rœntgenstrahlen*. Bd 8, 1904-1905, pages 323-331.

FLEISCHNER (F.). — Lobäre und interlobäre Lungenprozesse. *Fortschritte auf dem Gebiete der Rœntgenstrahlen*. Bd 30 ; H 3/4, pages 182-201 ; et H 5/6, pages 441-473.

FLEISCHNER (F.). — Der sichtbare Bronchialbaum, ein differentialdiagnostisches Symptom im Rœntgenbild der Pneumonie. *Fortschritte auf dem Gebiete der Rœntgenstrahlen*. Bd 36 ; H 2, 1927, pages 319-323.

GRABERGER (G.) — Beitrag zur Kenntniss der basalem paramediastinalen Dreieckschatten. *Acta Radiologica*, 1931, fasc. 3, pages 240-253 (20 radiographies).

HESSE (W.). — Über zentrale Pneumonie und ihre Bedeutung für die zentrale Entstchung der Pneumonie. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1918, n° 41, pages 1125 1128 (5 figures).

HOLZKNECHT (G.). — *Die rœntgenologische Diagnostik der Erkrankungen der Brusteingeweide*. Ergänzungsheft 6, 1901. *Fortschritte auf dem Gebiete der Rœntgenstrahlen*. Article : Pneumonie, pages 78-83.

JAUBERT DE BEAUJEU (A.). — Sur l'examen radiographique de profil pour la localisation des affections intrathoraciques. *Journal de Radiologie et d'Electrologie*. Tome XV, n° 3, mars 1931, pages 129-149.

KREUZFUCHS (G.) et SCHUMACHER (O.). — Die topographische Verhältnisse der interlobären Spalten der Lunge. *Acta Radiologica*, 1921-1922, tome I, pages 285-307.

LIEBMANN (E.) et SCHINZ (H.). — Uber das Rœntgenbild der Influenza-pneumonie. *Zeitschrift für klinische Medizin*. Bd 90, 1921, p. 345-375.

PAISSEAU (G.) et SALOMON (I.). — Aspects radiologiques de la pneumonie et de la broncho-pneumonie grippales. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, n° 5, 17 février 1921, pages 133-136.

PAISSEAU (G.) et SALOMON (I.). — Pneumonies centrales et pneumonies muettes. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, n° 26, 1922, page 1194.

PAISSEAU (G.) et SALOMON (I). — Les images radioscopiques de la pneumonie franche. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1923, pages 252-258.

PAISSEAU (G.) et SALOMON (I.). — Etude radiologique de la pneumonie de l'adulte. *Annales de médecine*, tome XV, n° 1, janvier 1924, pages 1-23.

RIEDER (H.). — Uber den Wert Thorax-Durchleuchtung bei der Pneumonie, namentlich bei zentraler Lokalisation. *Münchener medizinische Wochenschrift*, n° 40, 1906, pages 1945-1948 et 2015-2018.

ROCHARD. — Topographie des scissures interlobaires du poumon. *Gazette des hôpitaux*, 1892 Pages 211-241-260.

ROUBIER (Ch.) et COSTE (J.). — Pneumonie centrifuge (étude radiologique). *Société médicale des hôpitaux de Lyon*, 22 février 1921.

ROUBIER (Ch.). — L'examen radioscopique au cours de la pneumonie chez l'adulte. *Progrès médical*, 1923, n° 7, pages 73-78.

ROUBIER (Ch.). — La pneumonie franche à début central et à évolution périphérique. *Presse médicale*, n° 95, 28 novembre 1925.

TESTUT. — *Traité d'anatomie humaine*, 8e édition 1930, tome III, article 3.

WEILL (E.) et GARDÈRE (Ch.). — Considérations sur le diagnostic de la pneumonie du nourrisson. *Paris médical* 1923, pages 67-74.

Traitement précoce de la poliomyélite par le sérum de sujets immuns en contact avec le malade

Par le médecin-capitaine Hugues GOUNELLE
Chef de clinique adjoint à la Faculté de Strasbourg

Dans le traitement de la poliomyélite, il est d'une importance primordiale que les injections de sérum aient lieu le plus précocement possible dès le diagnostic posé. En raison des difficultés qu'éprouve bien souvent le praticien à se procurer à l'heure actuelle du sérum de Pettit ou du sérum de convalescent, ou d'ancien malade (éloignement d'un centre, absence de convalescents récents, début d'épidémie, etc.), le traitement ne peut pas être appliqué immédiatement et bien souvent le patient doit attendre plusieurs heures et parfois même plusieurs jours. Il y aurait donc intérêt, et au moment où l'affection atteint son développement et sa virulence maxima, d'instituer un traitement, ne serait-ce qu'un traitement provisoire en attendant l'arrivée du sérum. Il nous paraît qu'un tel but pourrait être atteint en injectant du sérum d'individus sains en contact avec le malade, donc immuns, membres de sa famille par exemple. Il y a tout lieu de penser que le sérum de ces individus contient des anticorps anti-poliomyélitiques puisqu'ils restent bien portants tout en étant en contact avec un sujet atteint. S'il est à supposer que ce sérum d'adultes normaux ne jouisse pas de propriétés thérapeutiques aussi efficaces que celles du sérum de convalescents, son action toutefois ne semble pas devoir être négligée à titre de sérothérapie précoce et d'attente.

Divers faits d'ailleurs viennent corroborer cette opinion. L'on sait en effet que les biologistes ont pu mettre en évidence dans le sérum d'individus adultes bien portants une proportion notable d'anticorps neutralisateurs de l'ultra-virus.

De plus une autre confirmation peut être trouvée dans l'étude de l'encéphalite post-vaccinale. Si pour certains auteurs la névraxite post-vaccinale doit être considérée comme une localisation strictement spécifique du virus vaccinal au niveau des centres nerveux, par contre la majorité des autres, et notamment l'Ecole de Levaditi, s'accorde aujourd'hui à l'interpréter comme une maladie seconde poliomyélite par exemple, éclatant après une vacination antivariolique et à l'occasion des troubles humoraux déterminés par des vaccines de fortes intensités.

L'étude d'un cas personnel que nous avons eu l'occasion d'observer chez un revacciné de 21 ans (*Paris médical*, 15 *août* 1931, *n°* 23), nous incite à nous rapprocher de cette manière de voir. L'éclosion de l'encéphalite post-vaccinale serait ainsi l'expression d'une loi de pathologie générale, virus de sortie consécutif à une autre affection. Ce serait un fait analogue au cas publié par Alajouanine (1) et mes maîtres Fribourg-Blanc et Gauthier, poliomyélite consécutive à une vaccination antityphique, et de même ordre que les zonas et herpès (2) que nous avons vus survenir après une vaccination par le T. A. B.

Quoiqu'il en soit, Hekman (3) a préconisé pour le traitement de l'encéphalite post-vaccinale, et avec succès, l'injection de sérum de personnes récemment vaccinées, membres de la famille du malade. Il a rapporté des résultats impressionnants. Reprise en Allemagne, par Gruneberg (4) entre autres, cette méthode s'est révélée également d'une efficacité remarquable. Ces auteurs attribuent cette action bienfaisante à la présence dans ce sérum d'anticorps antivaccinaux et en tirent un argument en faveur de la théorie vaccinale de l'encéphalite. A notre sens, cet argument n'en est pas un, car si l'on considère l'encéphalite post-vaccinale comme une poliomyélite, maladie seconde, le sérum des membres de la famille contient assurément des anticorps antipoliomyélitiques puisque appartenant à des sujets sains restant immuns à côté du malade comme nous le remarquons plus haut.

L'action bienfaisante de cette sérothérapie résiderait pour nous dans la présence de ces anticorps antipoliomyélitiques. Ces résultats d'Hekman, Gruneberg, etc., peuvent donc être considérés comme *la preuve, sur le terrain clinique*, de la présence, dans le sérum des sujets immuns en contact avec le malade, d'anticorps antipoliomyélitiques et de l'efficacité des injections de ce sérum aux malades. Hekman a de la sorte réalisé par son traitement de l'encéphalite post-vaccinale, et sans le vouloir, la démonstration détournée de l'efficacité au cours de la poliomyélite de la sérothérapie précoce avec du sérum provenant d'individus immuns.

Aussi, pensons-nous qu'il serait fort utile aussitôt le cas de poliomyélite diagnostiqué et au moins en attendant l'arrivée du sérum spécifique ou de convalescent, de pratiquer sans tarder des injections de sérum d'individus avoisinant le sujet malade, membres de la famille par exemple, ce qui permettrait d'attaquer le virus poliomyélitique dès son installation et sans délai (5).

(*Travail de la Clinique médicale A de Strasbourg*).

(1) ALAJOUANINE, FRIBOURG-BLANC et GAUTHIER. — Un cas de poliomyélite antérieure consécutive à une vaccination antityphoïdique. *Bull. et mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 9 mars 1928, p. 446.

(2) H. GOUNELLE. — Herpès consécutifs à la vaccination antityphique. *Bull. et mém. Soc. méd. Hôp. Paris*, 1er mai 1931, page 718. Herpès hémorragique. *Ibidem* p. 719.
Zonas consécutifs à la vaccination antityphique par le T. A. B. *Bull. et mém. Soc. Méd. Hôp. Paris* 23 mai 1931, p. 896.

(3) J. HEKMAN. — L'encéphalite post-vaccinale et son traitement par le sérum homologue. *Academie de médecine*, 20 mai 1930, p. 539.

(4) GRUNEBERG. — Thérapeutique de l'encéphalite vaccinale. *Klinische Wochenschrift* tome IX n° 24, 14 juin 1930.

(5) Ce travail était déjà terminé lorsque nous avons eu connaissance du rapport de M. Netter à l'Académie de Médecine (séance du 19 mai 1931) où cet auteur souligne la présence d'anticorps dans le sérum d'individus normaux et déclare même être personnellement au courant de trois cas de poliomyélite ayant bénéficié de l'injection d'un tel sérum.

« Rendez à César ce qui est à César, et à Bourru ce qui appartient à cet ancien bibliothécaire, professeur et doyen de la Faculté de médecine de Paris entre 1771 et 1792 : à savoir la priorité de la conception du pneumothorax thérapeutique. » (E. ARNOULD. L'idée première du pneumothorax thérapeutique, *La Presse médicale*, 24 octobre 1931.)

PSYCHIATRIE

Les moyens de contrainte dans les asiles d'aliénés au XXe siècle

Dr A. RODIET,
Médecin de l'Asile de Ville-Evrard

Quelle n'a pas été ma stupéfaction, ces derniers jours, de voir arriver dans mon service, un malade portant aux avant-bras et aux chevilles des entraves, ainsi qu'on en place aux chevaux vicieux. Il m'a rappelé cet autre malade qu'on a amené à l'asile de province où j'étais médecin, enfermé dans une cage à transporter les poules ! et aussi cette aliénée que j'ai été expertiser dans un village du Centre et que ses enfants avaient attachée à la mangeoire des vaches dans leur étable.

En ce XXe siècle qui est celui du progrès et de la liberté, il ne devrait plus être question des moyens de contrainte barbares qu'on imposait aux fous de Bicêtre et de la Salpêtrière, au temps de Pinel.

Cependant, on m'a dit (je ne l'ai pas contrôlé) que, même daus certains services de malades de l'esprit appelés : « Services libres de prophylaxie mentale », on utilisait encore la camisole de force pour maintenir les malades agités ou protestataires et que cet instrument de torture était encore d'un usage courant dans certains hôpitaux, hospices et même asiles de vieillards.

« Maillot de force, camisole de force ! » voilà des termes qui impliquent une idée de contrainte par la violence, après une lutte presque toujours pénible. C'st un supplice imposé par des moyens qui nous répugnent, à nous, médecins.

Lorsque, le concours d'internat passé avec succès, le jeune externe des hôpitaux, arrive dans un service d'asile, dès l'abord, il est péniblement impressionné. Habitué, à l'hôpital, à ne soigner que des malades résignés à leur sort et qui acceptent le traitement nécessaire à leur maladie, l'étudiant en médecine constate avec émotion, que, dans certains asilcs, on maintient les aliénés comme des bêtes nuisibles, et il en est choqué. De même que pour acquérir l'accoutumance au cadavre, à sa dissection et à la médecine opératoire, le futur médecin est obligé de surmonter toute sensibilité, de même il est contraint de se libérer d'une compassion toute naturelle, lorsqu'il assiste à ce spectacle de malades attachés dans leurs lits.

Ce sentiment de répugnance pour les moyens de contrainte tous les médecins d'asiles l'éprouvent, et il n'en est pas un seul qui ne se résigne à les employer, qu'à cause de l'obligation où il se trouve, malgré lui, d'y recourir dans son service. Crédits insuffisants pour modifier les vieux établissements destinés aux aliénés, insuffisance aussi, en nombre et en instruction du personnel soignant, telles sont les raisons qui justifient, auprès de quelques médecins, l'emploi de la camisole de force pour maintenir, les aliénés protestataires ou agités. On m'objectera que avec de nombreux malades, les efforts des plus déterminés partisans de la psychothérapie et de la psychanalyse de Freud, restent vains. Ils crient, menacent, mordent, déchirent, gesticulent et sont incapables, même d'entendre le : « Frappe, mais écoute ! » de l'auteur ancien. Alors, que faire ?

Mon maître, Magnan, affirmait, et c'est là unc théorie depuis longtemps, contrôlée, que l'alitement et les bains étaient les moyens les plus efficaces de calmer un aliéné agité. D'autant que la thérapeutique est souvent efficace, et que, selon la formule de Magnan, il existe une « camisole chimique » moius barbare et plus médicale que le maillot de force. Elle résulte de l'emploi, à doses bien étudiées, de nombreux médicaments tels que l'hyoscine, la duboisine, le sulfonal, le véronal, et de nos jours, le somnifène ou le pantopon, ou encore la scopolamine en injections intraveineuses,

Par ces moyens, on arrive à posséder ceux qu'on appelait autrefois « les furieux » paralytiques généraux agités, épileptiques, alcooliques très délirants, déments précoces, en état d'excitation, et à se préserver contre leurs coups.

Ce qu'il est impossible de prévoir, avec l'aliéné, c'est la réaction brutale, impulsive et imprévue, le « direct » bien appliqué, ainsi que je l'ai reçu il y a quelques jours, du malade avec lequel on cause tranquillement, et qui, même à l'instant où il frappe, reste souriant et amical. Mais, dans ce cas, à quoi servirait la camisole de force, puisque l'acte est tellement inopiné, rapide, brutal, que médecin, internes et infirmiers groupés autour du malade qui paraît calme et bienveillant, ne peuvent l'appréhender et s'y opposer.

Il en est tout autrement des aliénés auto-mutilateurs. Ceux-là doivent être protégés contre eux-mêmes et leur besoin de se meurtrir. J'ai gardé le souvenir d'une femme atteinte de prolapsus utérin, et de délire mystique soignée dans un service de religieuses, et qui, sous les yeux mêmes du médecin et des infirmières, s'arrachait l'utérus avec les mains. C'est en voyant l'eau de sa baignoire se teinter de sang, que les assistants ont pensé à intervenir. Et encore, même dans ce cas d'auto-mutilation ou de désir de se suicider, la camisole de force est-elle une garantie suffisante contre les impulsions du malade à se meurtrir et à se tuer? C'est tout récemment dans un asile de la région parisienne, qu'un aliéné suicideur, interné après trois tentatives de suicide, a trouvé le moyen de s'étrangler pendant la nuit, avec sa camisole de force fixée aux barreaux de son lit.

En réalité, maillot de force et camisole de force donnent une sécurité relative au personnel infirmier qui croit pouvoir se dispenser d'une surveillance efficace et continue, parce que le malade est attaché. C'est pourquoi, ainsi que l'enseignait Magnan, la suppression des moyens de contrainte dans un service d'aliénés, dépend de l'autorité que le médecin a su prendre sur son personnel infirmier, de l'instruction et de l'humanité de ce personnel, et surtout du nombre des infirmiers mis à la disposition du médecin. Là où deux infirmiers de garde auprès d'un agité n'arriveront pas à le maintenir au lit ou au bain sans le violenter, trois ou quatre infirmiers réussiront à exécuter la prescription médicale avec douceur, patience, sans lutte et sans brutalité.

Ce résultat sera obtenu le jour où ministres, conseils généraux et administrations cesseront de considérer les aliénés comme des valeurs négligeables ou antisociales, pour lesquelles il faut restreindre les dépenses en bâtiments et en personnel.

Toutefois, dès maintenant, on connaît des établissements hospitaliers où les moyens de contrainte n'existent plus et pour n'en citer qu'un seul : « La clinique départementale d'Esquermes, à Lille » dirigée par le Dr Raviart, celui-là même qui, récemment, a été dans son appartement meurtri par la femme d'un médecin, délirante persécutée internée plusieurs mois avant son acte. A Paris, et en province, les moyens de contrainte ont, de plus en plus, tendance à disparaître. Là où ils n'existent plus, il est intéressant de reconnaître que c'est grâce au dévouement du personnel infirmier. Dans ce personnel, on peut même observer que ce sont les infirmiers qui ont fait la guerre et connu les misères des tranchées qui se montrent les plus humains. Ce sont eux qui encadrent les jeunes et sont d'accord avec leurs médecins pour déclarer qu'il faut éviter de maintenir un homme par la violence, même s'il n'est plus maître de lui, et qu'il y a d'autres moyens que la brutalité, pour se protéger contre ses réactions dangereuses.

BIBLIOGRAPHIE

La Gastrophotographie, par le Dr A. Bécart. Préface de Victor Pauchet. Un volume in-8°, avec 99 figures (1931), 30 francs. Editions médicales N. Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e).

La gastrophotographie, à laquelle le Dr A. Bécart consacre cet ouvrage particulièrement intéressant au double point de vue médical et technique, est une méthode nouvelle d'investigation photographique directe des parois de l'estomac et de la région du pylore.

Grâce à un appareil ingénieux appelé le gastrophotor, une minuscule double chambre noire peut être introduite en plein jour dans l'estomac du malade à l'aide d'une sonde en caoutchouc semi-rigide dont le petit diamètre (10,8 mm.) rend l'introduction aussi aisée que celle d'un tube ordinaire de Faucher.

Entre la chambre noire supérieure et la chambre noire inférieure, une ampoule cylindrique à filament de tungstène donne, au moment voulu, une lumière bleue froide de 20.000 bougies pendant la durée d'un 120e de seconde.

Chacune des deux chambres noires est munie, en guise d'objectifs, de huit trous d'aiguilles disposés verticalement par série de deux trous, ce qui permet de prendre d'un seul coup seize instantanés de l'intérieur de l'estomac, exactement repérés à l'avance et comprenant, en haut et en bas, la petite courbure avec l'entrée du pylore, la paroi postérieure, la grande courbure et la paroi antérieure.

Les films obtenus sont agrandis et les photos, grâce à leur disposition stéréoscopique — une double image pour chaque épreuve — donnent la topographie directe et *plastique* des 9/10es de l'intérieur de l'estomac.

L'appareil est conçu de telle sorte que les objectifs ne sont découverts que lorsque le bloc photographique se trouve dans l'estomac, ce qui permet précisément d'opérer en plein jour sans aucun aménagement ni préparatif spécial. L'introduction de la sonde et la prise de vues n'excèdent pas 15 secondes au maximum.

Lorsque le courant de 450 volts, fourni par un transformateur, est lancé dans l'ampoule du bloc photographique, un court-circuit automatique se produit, qui empêche tout échauffement de l'appareil et exclut tout danger pour le malade.

L'auteur a acquis une expérience approfondie de cette méthode dans le service qu'il dirige à l'hôpital Léopold Bellan.

Sans prétendre supprimer ni supplanter les anciennes méthodes d'investigation, la gastrophotographie représente un adjuvant précieux qui complète utilement les données cliniques et radiologiques. Elle permet la classification rationnelle des différentes sortes de gastrites ; elle décèle le cancer à ses débuts, alors qu'il est encore opérable avec succès ; elle fournit la situation et les dimensions exactes des lésions de l'estomac ; elle facilite les contrôles pré et post-opératoires. Bref — et c'est là son plus grand mérite — elle accroît notablement la sûreté du diagnostic.

Parasites et Cancer, par Edouard Bénech. Un volume de 168 pages, 25 pl., 36 fig., 1931, 50 fr. Editions médicales N. Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e).

Les relations qui peuvent exister entre le parasitisme et le cancer ont déjà été l'objet de nombreuses discussions. Des faits d'observation et d'expérimentation souvent exacts ou intéressants ont été fréquemment exposés. Toutefois ils ne portent guère que sur des cas particuliers, le plus souvent chez l'homme, ce qui explique les nombreux désaccords entre les auteurs qui se sont spécialisés sur ces recherches. Ils ont édifié des théories sans avoir la possibilité ou le soin de vérifier si elles étaient applicables, et dans quelle mesure, aux diverses espèces animales. Il en résulte que ces théories doivent souvent être abandonnées ou tout au moins modifiées dans leur généralisation exclusive.

Une mise au point s'imposait. Edouard Bénech envisageant aussi objectivement que possible les nombreux documents qu'il a pu rassembler et les conclusions qui résultent de leur comparaison a, dans une critique bien menée et abstraction faite de toute idée doctrinale préconçue, réussi à dégager l'état actuel de la question et à éclairer son orientation future.

La Pratique médicale illustrée, **Diagnostic de la tuberculose rénale** : par le Dr Edmond Papin, chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph Un vol. in-8° de 80 pages avec 4 planches hors texte : 22fr.

Si la tuberculose rénale dans sa forme typique ne peut tromper le médecin averti, il n'en est pas de même des formes anormales de cette affection. Peut-on même parler de formes anormales alors qu'il s'agit de l'absence de certains symptômes, de la prédominance de certains autres, de l'association avec des affections qui en cachent le début ? Ce sont tous ces cas que le Dr Papin a étudiés avec soin : il a montré aussi les variétés suivant l'âge, suivant le sexe, il a également insisté sur la tuberculose dans les reins anormaux.

Il existe beaucoup d'ouvrages sur la tuberculose rénale, mais aucun ne présente une étude aussi précise des variétés cliniques de cette maladie pourtant si fréquente. Cette étude est basée non seulement sur une abondante littérature dont l'auteur n'a pas voulu encombrer cet ouvrage essentiellement pratique, mais aussi sur plusieurs centaines de cas personnels.

Cet ouvrage intéressera non seulement l'urologiste mais aussi et surtout le praticien qui trouvera là tous les moyens de diagnostic dont nous disposons aujourd'hui, cliniques, histo-bactériologiques, endoscopiques et radiologiques, exposés de la façon la plus simple, même pour ceux qui n'en font pas ordinairement usage.

Quiconque veut être aisément documenté sur la tuberculose rénale chirurgicale n'a qu'à parcourir ce petit livre.

A notre époque, où on parle sans cesse de prophylaxie mentale et du traitement en liberté des malades de l'esprit, ainsi que de l'obligation de transformer de plus en plus les asiles d'aliénés en hôpitaux de traitement, la thérapeutique des troubles mentaux par la contrainte ne doit plus exister. Avec un personnel nombreux et bien éduqué, avec les médicaments réalisant ce que Magnan appelait « la camisole chimique » et des pavillons pour malades agités permettant de les isoler, de les aliter, et de les baigner, on arrive à supprimer tout ce qui assimile à une prison, l'asile d'aliénés. Il faut souhaiter que la nouvelle loi en préparation au Sénat fasse enfin aboutir toutes les réformes réclamées depuis longtemps par les médecins des asiles, réformes qui, tout en assurant des soins plus judicieux à l'égard des aliénés, même les plus agités, permettront de mieux se défendre contre les individus dangereux pour autrui.

FAITS CLINIQUES

Neurasthénie grave chez une hystérectomisée Traitement par l'androstine. Guérison

Par

le Dr B. J. LOGRE, ex-chef de clinique à la Faculté de Paris

et

le Dr G. BEAUREGARD, de Deauville

L'ovariectomie entraîne toujours, chez les femmes qui l'ont subie, des troubles plus ou moins prononcés ; ceux-ci dépassent souvent la sphère génitale, affectant le psychisme et pouvant donner naissance, on le sait, aux états dépressifs et neurasthéniques les plus divers. Leur source est d'abord dans la perturbation générale des fonctions de l'organisme que détermine la castration, mais ils peuvent être amplifiés considérablement par des concomitances affectives, telles que détachement du conjoint, constatation de modifications somatiques considérées comme des indices d'une déchéance des aptitudes sexuelles, de la féminité et du pouvoir de plaire. Il est rare que l'ablation des ovaires ne soit pas complétée, actuellement, par l'hystérectomie ; la mutilation plus grande qui en résulte est aussi la cause de répercussions plus accentuées du côté sexuel. Aussi beaucoup de chirurgiens, pour cette raison, conservent-ils autant que possible le col utérin, avec les ligaments utéro-sacrés et les plexus hypogastriques, dont le rôle dans le mécanisme de la sensibilité sexuelle n'est probablement pas négligeable.

Tout cela est connu, classique, comme aussi le traitement à opposer à ces troubles par la médication ovarienne qui tend à remédier, par l'apport d'hormones hétérogènes, au déséquilibre endocrinien causé par la suppression brusque des hormones endogènes. Les résultats en sont néanmoins souvent discutables, si bien que quelques auteurs en sont arrivés à traiter ces malades presque exclusivement par les calmants nervins et l'hydrothérapie, cependant que d'autres préconisent la greffe ovarienne.

Le cas d'une malade que nous avons eue en traitement pendant l'été de 1930, nous laisse espérer que des résultats bien meilleurs peuvent être obtenus avec l'extrait spermatogénétique, ou androstine. L'observation de cette malade est tellement démonstrative qu'il nous paraît intéressant de la reproduire dans ses grandes lignes.

Vers la fin avril 1930, nous envoyâmes à Deauville, pour la saison d'été, une de nos clientes atteinte de mélancolie aiguë, avec idées de suicide, et même une tentative de réalisation de celui-ci, quelques semaines plus tôt. Il s'agissait d'une jeune femme de 32 ans, ayant subi trois ans auparavant une hystérectomie totale, dont les répercussions avaient été considérablement augmentées par une mésentente conjugale qui avait achevé de la plonger dans cet état. Elle arrivait accompagnée de sa mère et d'une infirmière qui se relayaient pour ne la quitter ni jour ni nuit. Son aspect était celui d'une convaslecente d'encéphalite : figée, le teint terreux, le regard mort, ne parlant jamais, d'une maigreur extrême ; elle présentait en outre une langue saburrale, témoignant du mauvais état de ses voies digestives.

Le traitement institué, outre l'isolement en pleine campagne, l'hydrothérapie chaude et la psychothérapie, consistait en calmants et soporifiques (belladonal, neurinase, sédobrol). Or, peu de jours après son arrivée, l'un de nous fut mandé d'urgence : la malade faisait une crise nerveuse intense, facile d'ailleurs à identifier, car il s'agissait de troubles hystérogènes très purs. Cette crise calmée, le traitement en cours fut modifié, en y adjoignant de l'androstine à la dose de 6 comprimés par jour.

Lorsque la malade fut revue quelques jours après, en même temps que l'on s'assurait que le traitement était correctement suivi, on constatait dans son état des signes manifestes d'amélioration. Au bout d'un mois le tableau avait considérablement changé, l'aspect figé disparaissait peu à peu, la malade abandonnait son mutisme, répondait volontiers, commençait même à lire un peu ; — la surveillance pouvait se relâcher légèrement.

Dès le mois de juillet le concours de l'infirmière devenait inutile, l'appétit était bon, le sommeil retrouvé, la malade reprenait un teint rose et engraissait. Lors d'une consultation à cette époque avec un autre spécialiste (Dr Bizard), nous fûmes tous trois heureusement surpris du changement et insistâmes pour que le traitement par l'androstine fut continué.

Dès le début d'août la malade pouvait sortir, se promener, prendre des bains de mer. Elle se mêlait volontiers à la conversation et, au besoin, l'entretenait. L'amélioration fit alors des progrès plus rapides encore, malgré la suppression des calmants, de telle sorte que lorsque notre malade repartit fin septembre pour Paris, ce n'était plus du tout la même personne que celle arrivée en avril : elle avait repris tout son embonpoint, un teint clair, un visage souriant, sortait chaque jour, prenait des bains de mer, participait à des parties de golf, etc. Il fallait un réel effort de pensée pour se souvenir de ce qu'elle avait été et l'on peut regretter que nous ne soyons pas autorisés à publier ses photographies, prises fin avril et fin septembre, qui sont typiques, et grandement démonstratives : on a peine à croire qu'il n'y ait pas là deux femmes différentes.

Nous avons revu l'été dernier Mme X... Le mieux s'est maintenu, elle a repris tout à fait sa vie normale, fait de l'auto, joue au golf, nage, cause agréablement. Mais elle a continué et continue encore l'androstine, à la dose de quatre comprimés par jour.

Gardons-nous de conclure du particulier au général, et d'affirmer que dans tous les cas de dépression nerveuse grave chez les hystérectomisées avec choc affectif, des guérisons aussi radicales seront obtenues par l'androstine, mais s'il est vrai que le « qui peut le plus peut le moins » se vérifie souvent aussi en médecine, nous croyons que ce traitement opothérapique doit être placé au premier rang des médications à instituer pour cette catégorie de malades, comme chez toutes les névrosées du sympathique pelvien.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 novembre

Sur un réactif permettant l'obtention facile des cristaux d'hémine et leur montage à partir des taches de sang. — *M. Bertrand.*

Sur la nécessité de doser physiologiquement les préparations d'aconit. — Comme on trouve des aconits dont les alcaloïdes ont des toxicités très faibles, *M. Goris* insiste sur la nécessité d'un dosage physiologique des préparations d'aconit, dosage indispensable pour en connaître la toxicité exacte et la valeur thérapeutique.

Importance du dépistage de la tuberculose dans les professions de l'alimentation. — *A. Feil* attire l'attention sur la nécessité de dépister la tuberculose chez les travailleurs des professions qui touchent à l'alimentation. Il insiste particulièrement sur le métier, curieux, de gaveur de pigeons.

Si l'on connaît bien, en effet, les inconvénient du gavage de bouche à bec pour l'ouvrier gaveur qui peut s'inoculer certaines affections fréquemment observées chez le pigeon (diphtérie, aspergillose), il est un autre danger ignoré, c'est le risque que le gavage, tel qu'il est pratiqué, est susceptible de faire courir aux consommateurs. Un ouvrier gaveur tuberculeux, toussant, crachant des bacilles, ne peut-il garder dans la bouche quelques parcelles de crachats bacillifères, qui, projetés dans le jabot du pigeon, deviendront une source d'infection pour le consommateur ?

Pour conclure, l'auteur demande qu'il soit interdit d'employer dans la profession du gavage des pigeons, et, d'une façon générale, dans tous les métiers qui touchent à l'alimentation, des ouvriers suspects, ceux qui crachent et, à plus forte raison, tous ceux qui ont des lésions de tuberculose pulmonaire. Une surveillance médicale s'impose chez ces ouvriers sous la forme d'une visite médicale périodique, tout les trois à six mois, principalement au point de vue de l'état pulmonaire.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 novembre 1931

Présentation d'un kymomètre. — *MM. Vaquez, Gley* et *Gomez* présentent un nouvel appareil de mesure de la pression artérielle. Cet appareil, le kymomètre, est un oscillomètre d'une manœuvre très aisée, puisque le point de départ de l'aiguille objectivant les oscillations est fixe, et qu'il ne comporte pas de séparateur. Les auteurs le préconisent particulièrement pour la détermination de la pression moyenne.

Transmission héréditaire d'un caractère acquis : doigts hippocratiques. — *M. Crouzon.* Présentation d'une malade.

Etude anatomo-clinique d'un cas d'insuffisance cardiaque en apparence primitive. — *MM. Bezançon, de Gennes, Delarue et Célice* rapportent l'observation d'un jeune sujet qui présentait des signes d'insuffisance cardiaque grave, primitive en apparence et d'emblée irréductible. Le malade était syphilitique ; aucune étiologie nette ne pouvant être invoquée, on tenta un traitement spécifique qui échoua. L'autopsie révéla une myocardite scléreuse intense mais pas de lésions histologique que l'on pût rapporter à la syphilis d'une façon indubitable. Les auteurs soulignent la difficulté du diagnostic étiologique de ce cas, et la rareté de la myocardite scléreuse chez les jeunes sujets.

Syndrome parkinsonnien et troubles mentaux dans un cas d'intoxication chronique par le véronal. — *MM. Mussio-Fournier, Garcia Austt* et *Arribeltz* (de Montevideo) relatent l'observation d'une femme de 58 ans qui, prenant de un à deux grammes de véronal par jour depuis 10 ans, fut atteinte d'un syndrome parkinsonnien et de troubles mentaux confusionnels, qui cédèrent rapidement après la suppression de l'hypnotique, à l'exception d'une certaine hyperréflectivité tendineuse et posturale au niveau des membres du côté droit.

Ce cas rentre dans le cadre des parkinsonnismes toxiques récemment décrits par divers auteurs.

Influence de la traversée du foie sur les albumines du sérum sanguin. Recherches expérimentales. — *MM. Léon Binet* et *A. Codounis* font une étude comparative du sang avant et après la traversée hépatique et montrent que le foie modifie considérablement les albumines du sérum : le taux diminue et l'abaissement porte surtout sur la globuline.

Ossification du ligament latéral interne du genou. Maladie de Pellegrini-Stieda ? — *MM. J. Rouillard* et *Bousser* relatent l'histoire d'une femme de 75 ans chez qui la radiographie du genou droit montre une ossification volumineuse en regard du condyle interne. C'est bien l'image décrite par Pellegrini et Stieda, étudiée récemment par divers chirurgiens. On considère que cette affection est toujours d'origine traumatique. Ici l'étiologie est plus complexe ; en effet, la malade a fait, il y a 17 ans, une chute assez grave ; mais en outre, c'est une obèse qui a de la cellulite aux membres inférieurs, un genu valgum très accentué à droite, du rhumatisme chronique des genoux, des hanches, et de la colonne lombaire ; les radiographies montrent de nombreux ostéophytes. On peut penser que la statique défectueuse du genou, les micro-traumatismes et la tendance aux hyperostoses sont des facteurs étiologiques qui se sont associés à l'origine de cette ossification para-articulaire.

Sur un cas d'oblitération de l'aorte abdominale. — *MM. J. Rouillard et Louvet* présentent l'observation d'une femme de 79 ans qui fit brusquement une gangrène du membre inférieur droit, avec disparition de tout battement artériel, même à l'iliaque externe ; le 3e jour, les téguments de la cuisse reprennent leur condition normale sans que les battements d'aucune artère redeviennent perceptibles. Le membre inférieur gauche reste en parfait état. Mort le 10e jour. A l'autopsie volumineuse thrombose qui oblitère complètement l'aorte abdominale et presque complètement les iliaques primitives et internes et l'iliaque externe droite.

Cette observation pose le problème des circulations collatérales, et les auteurs rappellent à ce propos les travaux de Stricker et Orban qui ont montré que, chez le chien, la résection de l'aorte abdominale à sa terminaison est bien tolérée si l'on provoque au préalable une vaso-dilatation par section des chaînes sympathiques lombaires.

Séance du 20 novembre 1931

Un cas de kala-azar autochtone de l'adulte. Splénectomie. Guérison. — *MM. P. Abrami, Grégoire,* et *Robert-Wallich* rapportent un cas de kala-azar de l'adulte, non seulement révélé, mais contracté dans nos pays, et d'un diagnostic d'autant plus difficile qu'il survenait chez un sujet paludéen ancien.

Les auteurs ont retrouvé dans ce cas, d'une part une formoleucogel-réaction positive, et des modifications humorales portant sur les albumines sanguines et sur les lipides. Ils ont constaté d'autre part l'intégrité du système réticulo-endothélial, tous phénomènes qui n'ont pas été modifiés par la splénectomie.

Cette opération, suivie d'injections intra-veineuses de sels d'antimoine organiques (néostibosane), a amené une véritable résurrection d'une malade cachectique, par suite de la longue méconnaissance de son affection. L'ablation de la rate semble en effet, pour ces auteurs, le complément logique de la cure médicamenteuse dans les cas anciens où la rate, bourrée de leishmania, sans constituer le repaire unique des parasites, en constitue cependant le repaire principal.

M. Hutinel se rappelle avoir observé un cas de kala-azar chez un jeune homme de 22 ans, rentré en France après avoir servi au Maroc. Le diagnostic posé fut d'abord celui de paludisme jusqu'à l'apparition d'une température oscillante avec splénomégalie importante, qui firent songer au kala-azar, malgré une ponction de la rate négative. La maladie fut améliorée par les injections de néostibosane, mais le malade refusa la splénectomie, intervention dont la technique est très délicate.

M. May a souvent observé que dans les cas où la ponction de la rate reste négative, la formoleucogel-réaction est par contre presque toujours positive.

M. Lereboullet pense que la trépano-ponction du tibia est un bon moyen de diagnostic.

Observation clinique, bio-chimique et anatomique d'un cas d'ankylose viscérale et rénale avec lésions de néphrite chronique. — *MM. L. Langeron, M. Paget* et *Mlle Sennelart* (Lille), rapportent l'histoire d'un malade, ancien coxalgique avec suppurations persistantes, porteur d'un gros foie, d'une grosse rate, d'albuminurie avec cylindrurie, d'ascite et d'œdèmes ; on trouvait des signes de rétention azotée sans augmentation des lipides avec une diminution légère des protéines totales et du coefficient $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$ et une épreuve au rouge congo positive dans le sens de l'amylose ; en somme, une amylose viscérale mais avec des signes urinaires et sanguins plutôt dans le sens d'une néphrite azotémique ; l'auteur montra des lésions à la fois d'amylose viscérale et rénale et de néphrite chronique ; venant après d'autres constatations, notamment celles d'Abrami, Mme Bertrand-Fontaine et leurs collaborateurs, ces faits montrent l'existence des scléroses amyloïdes en même temps que la nature de succession des deux lésions et leur expression clinique suivant la défaillance des fonctions rénales intéressées.

Sclérose amyloïde du rein à forme albuminurique simple. Azotémie aiguë terminale. — *MM. A. Lemierre, M. Léon Kindberg, Cottet* et *D. Mahoudeau-Campoyer* rapportent l'histoire d'une tuberculeuse, porteuse d'un pyopneumothorax bacillaire, qui fut atteinte d'une maladie amyloïde se traduisant par de l'albuminurie avec tuméfaction des reins et du foie, mais sans œdèmes.

Cependant, l'analyse du sérum sanguin a montré une diminution marquée des protéines avec abaissement du rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$. Ceci montre une fois de plus que ces altérations du plasma sanguin ne peuvent être envisagées comme l'origine des hydropisies survenant au cours des affections rénales.

Chez cette femme, dont l'état général restait bon, le taux de l'urée sanguine fut constamment trouvé normal jusqu'au jour où survint une brusque et passagère infection intercurrente. Immédiatement alors, le chiffre de l'urée sanguine commença à s'élever, et la malade succomba quinze jours plus tard en pleine azotémie.

L'autopsie montra une sclérose amyloïde typique des reins, avec amylose du foie, de la rate et des capsules surrénales.

Cette sclérose amyloïde des reins a donc engendré des troubles de la fonction rénale absolument identiques à ceux qu'on constate au cours de nombre de scléroses rénales banales.

Elle a été bien tolérée jusqu'au jour où une infection intercurrente en détruisant brutalement le reliquat du parenchyme sécréteur du rein, est venu rompre un équilibre maintenu pendant très longtemps, et a causé la mort par azotémie.

Calcifications péri-articulaires et ossification, type Pelligrini-Stieta, de la région de l'épaule, après traumatisme. — *MM. R.-J. Weissenbach* et *A. Truchot* rapportent un cas d'association de calcifications péri-articulaires et d'une ossification, type Pelligrini-Stieta, de la région de l'épaule. Ils montrent l'importance de la radiographie stéréoscopique pour préciser le siège et la forme des lésions. Ils insistent sur les caractères différentiels des calcifications de la région.

A propos d'un cas de néphrite chronique. — *M. Abrami*, à propos d'une observation de néphrite chronique voit se confirmer une fois de plus cette opinion qu'il n'existe pas de rapport entre les œdèmes et les modifications du taux des protéines du sérum.

Sur un cas d'encéphalite léthargique. — *M. Hallé* présente une fillette de 11 ans, qui fut atteinte à l'âge de 4 ans 1/2 d'un épisode aigu considéré alors comme une encéphalite léthargique. Depuis, malgré des améliorations passagères, son état resta grave jusqu'à il y a 2 ans 1/2, date à laquelle apparurent des accès d'hypersomnie durant deux à quatre minutes, s'accompagnant de catatonie.

La malade est traitée sans résultats par le salicylate de soude intra-veineux.

M. Crouzon discute le diagnostic d'encéphalite léthargique chez cette fillette, à cause de la trop longue durée de la phase hypersomnique ; il pense que l'on peut soulever deux hypothèses : celle de crises comitiales soporeuses et celle de démence précoce à forme catatonique.

M. Heuyer croit pouvoir sûrement éliminer le pithiatisme. Cette fillette présente, outre les accès d'hypersomnie, du tremblement fibrillaire lingual et palpébral, un phénomène de la roue dentée incontestable, aussi faut-il chez elle maintenir le diagnostic d'encéphalite. Il n'a jamais observé de démence précoce à forme catatonique avant la puberté.

M. Netter propose de traiter cette fillette par le sérum d'ancien malade guéri d'encéphalite.

M. Abrami n'a pu constater qu'une amélioration passagère dans un cas traité par cette méthode ; le malade est actuellement parkinsonien.

M. Heuyer croit que l'on pourrait essayer ici le vaccin de Levaditi qui lui a donné de bons résultats dans les spasmes de torsion et les syndromes parkinsonniens post-encéphalitiques.

M. Catala préconise l'abcès de fixation mais reconnaît que cette thérapeutique donne surtout des succès dans les cas plus récents.

M. Claude ne se rallie pas au diagnostic d'encéphalite. Il croit que la malade ne présente pas des crises de sommeil, mais des attitudes que l'on voit dans les états cataleptoïdes rentrant dans le cadre des démences précoces ou des hébéphrénies. En conséquence, la discussion relative au traitement de ce cas lui paraît sinon stérile, du moins prématurée.

Michelle VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 novembre

Abcès du poumon. — *M. Baumgartner* rapporte un travail de *M. Bressot* (de Constantine). Cinq cas ont été traités par la pneumotomie. Les deux premiers cas d'abcès putrides ont donné une mort et une guérison. Le troisième concerne une pleurésie localisée symptomatique d'abcès.

M. Baumgartner estime la ponction infidèle et dangereuse. Le délai de six semaines ne doit jamais être dépassé par la thérapeutique médicale.

Patellite post-traumatique. — *M. Mouchet* analyse cette observation de *M. Coureaud* (de la Marine). Hydarthrose évoluant depuis deux mois, à la suite d'une chute. A la radio, état pommelé de la rotule. On élimine par la clinique et le laboratoire la tuberculose et la syphilis. Traitement orthopédique pur. Guérison.

Pour *M. Leriche*, il s'agit d'une ostéoporose vaso-motrice d'origine traumatique.

M. Mouchet rappelle quelques-unes des observations analogues qui ont été publiées.

Volvulus du côlon pelvien. — *M. Okinczyc* rapporte des observations de *MM. Lecercle* (de Damas), *Vanlande* (de l'armée) et *Bachy* (de Saint-Quentin). M. Lecercle est intervenu à la sixième crise de volvulus, et son malade est mort au sixième jour d'hémorragie provenant du méso. M. Bachey a fait une fois en un seul temps la résection et la suture. Guérison. M. Vanlande signale que dans son cas il s'agissait d'un volvulus d'un mégacolon. M. Okinczyc rappelle que la répétition des crises explique dans une certaine mesure l'augmentation de calibre du côlon involvé. Il insiste d'autre part sur le seul traitement logique qui est la résection avec abouchement à la peau.

M. Gernez confirme ce qu'a dit M. Okinczyc.

M. Métivet a opéré trois cas par résection, il insiste sur la nécessité d'une technique prudente.

Résection précoce dans l'ostéomyélite. — *M. Mathieu* estime que la résection diaphysaire peut être imposée, soit dans certaines formes pandiaphysaires, soit dans des formes vues tardivement. Il serait par contre tout à fait imprudent de la faire systématiquement précoce, sauf au niveau d'os accessoires, comme la clavicule, le péroné.

M. d'Allaines apporte un cas d'hémi-résection diaphysaire au vingtième jour. Pas de régénération après dix-huit mois.

Parathyroïdectomie. — *M. Leriche* décrit les deux voies d'abord possibles : incision classique en cravate, ou incision latérale pré-mastoïdienne. L'artère thyroïdienne inférieure lui paraît être le guide le plus sûr.

M. Cunéo insiste sur la nécessité de cheminer dans l'espace glandulaire en dedans de l'aponévrose viscérale.

M. Chifoliau confirme.

M. Moulonguet opère ses malades à l'anesthésie locale et en position assise, et cette chirurgie lui a semblé facile.

G. MENEGAUX.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 6 novembre 1931

Sur une forme rare de fracture de l'extrémité inférieure du radius. — *M. Dupuy de Frenelle* fait un rapport sur une observation de *M. Montant* (de Paris) qui montre le rôle joué par le carpe et principalement par le scaphoïde et le semi-lunaire dans le mécanisme des fractures de l'extrémité inférieure du radius. Dans le cas de l'auteur, chute sur la main en demi-extension : trois traits de fractures longitudinaux de l'extrémité inférieure du radius délimitent deux fragments : l'un médian, paraissant fracturé par la poussée du semi-lunaire ; l'autre latéral et postéro-externe, par la poussée du scaphoïde.

Anesthésie péridurale segmentaire. — *M. Victor-Pauchet* fait un rapport sur un travail de *M. Giodanengo* (de Turin). L'auteur donne, dans ses détails, la technique de ce mode d'anesthésie. Celui-ci diffère : 1º de la rachianesthésie habituelle parce que la solution n'est pas injectée dans l'espace sous-arachnoïdien, mais dans l'espace péridural compris entre la face externe de la dure-mère et le canal osto-ligamenteux du rachis ; 2º de la para-vertébrale parce que éaction anesthésique se produit sur les racines rachidiennel avant leur sortie des trous de conjugaison. Cette anesthésie spéridurale présente les avantages de la rachi et de la para-vertébrale sans aucun de leurs inconvénients.

A propos d'un nouveau cas de calcification du nucleus pulposus. — *M. Rœderer* rappelle la rareté des calcifications nucléaires vertébrales dont il a déjà observé sept cas sur les vingt-cinq à trente actuellement décrits. La radiographie, surtout de profil, est la plupart du temps très formelle : lentille, dense, à mi-distance des faces vertébrales, au niveau du tiers postérieur de l'espace, le plus souvent dans la région lombaire ou dorsale inférieure. Mais les symptômes cliniques sont presque nuls. Au contraire, dans les cas de hernie nucléaire dans le canal médullaire, la clinique est tout à fait nette et la radiographie négative.

Calculs biliaires de l'ampoule de Vater. — *M. Vctor Pauchet* décrit la technique opératoire qui doit être employée dans ces cas. Si le calcul est mobile, on doit chercher à le repousser dans le cholédoque: extraction par cholédocotomiee Si le calcul est fixé, — c'est la règle, — extraction par duodénotomie postérieure et suture du duodénum.

Traitement des déformations rachitiques des membres inférieurs. — *M. A. Trèves* expose sa pratique dans les diverses variétés de déformations : déformation à crosse antéro-externe de l'extrémité inférieure du fémur : ostéotomie cunéiforme ; genu-valgum chez l'enfant, plâtres à chambre libre, chez l'adolescent et l'adulte, ostéotomie linéaire supracondylienne externe ; déformations à concavité interne du tibia : redressement forcé ou ostéoclasie manuelle ; déformations à convexité antéro-externe du quart inférieur du tibia : ostéotomie cunéiforme. Lorsque les déformations sont constituées, la correction doit toujours précéder le traitement actinomédical sous peine de fixer les lésions.

Nouveau fixateur externe (fixateur-réducteur) pour les fractures de jambe. — *M. Barbarin* présente cet appareil qui, à toutes les périodes du traitement permet de contrôler et de corriger la réduction. De conception nouvelle, muni de vis agissant sur deux plans perpendiculaires l'un à l'autre, il peut s'appliquer à toutes les fractures de jambe et paraît particulièrement indiqué dans les fractures obliques, les retards de consolidation, etc.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 novembre 1931

Fractures de l'humérus et appareil de Séjournet. — *M. Séjournet* présente cinq malades atteints de fractures de l'humérus et porteurs de son appareil qui permet la mobilité intégrale de l'épaule et du coude et, les premiers jours, le travail de ces articulations.

Pour l'auteur, l'abduction du fragment supérieur est exceptionnelle dans les fractures intra-bicervicales de l'extrémité supérieure.

Douze années de direction thermale à Luchon. — *M. Dartigues* présente à la Société une plaquette du Docteur Molinery où celui-ci montre son œuvre d'hydrologie clinique, thérapeutique et sociale. Le créateur des camps thermaux montre l'utilité de l'hydrologie dont les applications sont des plus étendues, puisqu'elle va jusqu'à envisager le thermalisme social.

Boîte métallique pouvant servir à la fois de trousse, de stérilisateur, de bock-laveur et de boîte à eau stérilisée. — *M. Dartigues* présente au nom du Docteur Desjardins (de Saint-Renan, Finistère) cet appareil pouvant être surtout utile au médecin praticien.

Contribution à l'étude de la cicatrisation des plaies par la gazothérapie. — *M. Dartigues*, au nom du *Prof. Ramel* (de Lausanne) rapporte que celui-ci a essayé sur les plaies lentes à se cicatriser, la gazothérapie suivant la méthode de Tussau. Cette méthode a donné des résultats remarquables dans des cas interminablement chroniques et par l'absence de formations chéloïdiennes.

Ecriture et subconscient. — *M. Pierre Menard* présente son livre où il expose que l'écriture est l'inscription graphique de gestes automatiques et insiste particulièrement sur le rythme de l'écriture.

Diagnostic et appréciation de l'état du tissu cellulaire par l'étude comparée de l'élimination de la phénol-sulfone phtaléine par voie intra-veineuse, intra-musculaire et sous-cutanée. — *M. M. Maurice Delord* et *Pierre Morisse* rapportent des expériences concernant des sujets auxquels a été injecté 1 cc. de phénol-sulfone-phtaléine à 0,06 successivement dans la veine, dans les muscles et sous la peau.

Ils concluent que l'état rénal étant vérifié par l'injection intra-musculaire ou intra-veineuse, toute variation relative dans l'épreuve par voie sous-cutanée traduit une variation dans létat du tissu cellulaire.

A propos de l'hystérosalpingographie. — *Fernand Masmonteil* rappelle qu'il fut le premier à faire des utéro-salpingographies au lipiodol. Il continue à les pratiquer toutes les fois que le diagnostic gynécologique reste en suspens. L'auteur rapporte deux observations de malades pour qui des erreurs de diagnostic et de traitement auraient pu être évitées par l'emploi de ce mode d'investigation.

P. PROST

Un mot nouveau : « l'ananéose » féminine. — « .... Sous le nom d'ananéose féminine, je traiterai du retour du fonctionnement normal d'organes importants dont le rôle physiologique est de maintenir le tonus vital et du rétablissement des fonctions qui assurent l'harmonie dans l'organisme... La facilité avec laquelle ce vocable semble se graver dans la mémoire et son harmonie euphonique, m'ont conduit à le proposer, non sans certaines réserves, car le néologisme, surtout en matière scientifique n'a qu'une valeur relative... » (C. SOBRE-CASAS. *Chirurgie gynécologique*, 1931.)

Cancer de la tête du pancréas sans ictère. — Raponsky rapporte dans sa thèse (*Thèse de Lyon*, avril 1931, nº 308) deux observations de cancer de la tête du pancréas sans ictère. Une particularité à noter, dit l'A., c'est chez l'un de ces deux malades, l'apparition d'une phlébite au membre inférieur gauche, puis au membre inférieur droit. Marche extrêmement rapide. Mort 5 mois après l'observation des premiers symptômes.


CHLORO-CALCION
SOLUTION STABILISÉE, RIGOUREUSEMENT DOSÉE, DE CHLORURE DE CALCIUM CHIMIQUEMENT PUR
80 gouttes ou ½ cuiller à café = 1gr. Ca Cl²
Recalcifiant
Hémostatique
Déchlorurant
DIRECTEMENT
ASSIMILABLE
Littér. Echant. LABORATOIRE MICHELS
9, Rue Castex, – PARIS (IVe)

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Tube digestif

Il n'est pas inutile de rappeler que certaines hémorragies digestives sont liées à des états hépatiques latents ou atténués dans leurs symptômes. Il s'agit là d'une donnée connue, mais insuffisamment répandue. A la Société de gastro-entérologie (14 janvier et 11 février 1924), Œttinger avait déjà souligné le fait et disait avoir vu des saignements mortels chez des hépatiques dont la lésion ne s'extériorisait nullement.

Antérieurement (*Presse Médicale*, 24 décembre 1913) Gouget et Pierret ont insisté sur « la fréquence relative des cas où une hématémèse mortelle est la première manifestation appréciable d'une cirrhose ».

MM. Pr. Merklen et L. Israël rapportent deux observations d'hématémèses mortelles, dues les unes à une sclérose hépatique difficile à reconnaître cliniquement qui avait provoqué de fortes varices œsophagiennes, les autres à une cirrhose avérée que les auteurs n'ont vu se dessiner par aucun symptôme.

Dans la troisième observation publiée par les auteurs il s'agissait d'une cirrhose atrophique avérée, qui ne se caractérisait objectivement que par de l'infiltration des membres inférieurs avec liquide péritonéal peu abondant. L'étiologie hépatique de cet état ne s'imposait pas. Mort par melænas répétés.

Pour dépister l'origine hépatique de telles hématémèses, on recherchera la présence de petits signes hépatiques, les grands faisant défaut : distension des capillaires cutanés, varicosités, taches rubis, purpura, ecchymoses, teinte subictérique de la peau, coloration jaune des conjonctives, troubles digestifs, existence d'une urobilinurie ou cholurie discrète, etc. Tant que le malade saigne, il est malaisé d'avoir recours aux épreuves classiques d'insuffisance tirées de l'examen chimique des urines et du sang.

L'hyperbilirubinémie, courante dans les cirrhoses, sera recherchée.

Des résultats négatifs, même positifs, dans la recherche des signes que P. Emile-Weill, Bocage et Isch-Wall ont groupés sous le terme d'insuffisance hémocrasique du foie — la recherche du signe du lacet (Fiessinger) — ne sauraient toujours entraîner la conviction.

Des œdèmes des membres inférieurs, ne se rattachant à rien de rénal ou de cardiaque, un foie soit grand, soit petit, plaideront en faveur de la nature hépatique de l'hémorragie. On doit apporter beaucoup de discernement dans le diagnostic des hémorragies hépatiques, lorsqu'elles ne font pas leur preuve par la clinique. Ne pas s'attendre à trouver les signes de l'insuffisance hépatique toujours tous agencés les uns face aux autres. Les fonctions d'un foie malade ne sont pas forcément toutes altérées (Walter). Dans un article consacré aux insuffisances mono-symptomatiques du foie, Le Damany a exposé l'histoire de malades dont l'altération hépatique ne s'extériorisait à un moment donné que par des épistaxis ou du purpura. « On est en droit, disent MM. Prosper Merklen et L. Israël, de compléter sa façon de voir en plaçant à la tête de ces formes hémorragiques celles où hématémèses et melænas graves, voire mortels, viennent révéler l'existence d'une cirrhose méconnue. »

(Pr. Merklen et L. Israël, (de Strasbourg. Les hémorragies digestives des cirrhoses latentes ou méconnues. *Gazette des Hôpitaux*, 7 octobre 1931.)

Maladies parasitaires

Le kala-azar est une maladie endémique dans le sud-est de la France et qui ne tardera sans doute pas à faire son apparition en d'autres points de la partie méridionale de notre pays. Avant la guerre, on n'en avait publié aucun cas en France. De 1918 à 1925, huit cas ont été signalés dans la région niçoise. En 1922, Renault, Monier-Vinard et Gendron publièrent le premier cas de kala-azar d'origine marseillaise. En 1923, l'auteur en a observé quatre cas dans le service du Professeur d'Astros (de Marseille) et, depuis, a eu connaissance de 80 cas environ dans la région marseillaise.

En 1930, recrudescence nette de la maladie. L'auteur a encore actuellement huit cas de cette affection en cours de traitement. L'endémie de leishmaniose viscérale paraît donc des plus importantes dans le sud-est de la France et tout particulièrement à Marseille. Jusqu'ici aucun cas de la maladie n'a été signalé dans le sud-ouest, mais lorsque les médecins praticiens seront mieux avertis de la possibilité de son existence en France, on ne manquera pas d'en découvrir dans cette région.

L'affection décrite sous le même nom dans l'Inde est elle identique à l'affection décrite dans notre pays ? La question est controversée. Pour l'auteur il semble que, ni au point de vue clini que ni au point de vue parasitologique, rien n'autorise à séparer ces deux affections. Dans la région marseillaise, la maladie frappe surtout les très jeunes enfants (1 à 2 ans), alors que dans l'Inde elle serait très fréquente chez les adultes.

La tique, paraît devoir actuellement rallier le plus grand nombre de suffrages, comme agent vecteur de l'infection. Le kala-azar frappe surtout les enfants élevés en banlieue et dans les jardins et atteint très rarement les enfants élevés au centre même de la ville. On peut donc incriminer comme agent vecteur du parasite un insecte rural comme la tique, plutôt qu'un insecte répandu partout comme la puce, la punaise ou le phlébotome.

En présence d'une anémie avec fièvre et splénomégalie, il faut penser sérieusement au kala-azar, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte.

La recherche directe du parasite toujours nécessaire pour affirmer le diagnostic permettra d'instituer à temps un traitement par les sels d'antimoine, qui sera d'autant plus efficace que l'affection sera plus près de son début.

(Paul Giraud, médecin des hôpitaux de Marseille. Le kala-azar en France. *La Presse Médicale*, 15 août 1931.)

Tuberculose

La sérothérapie et la vaccinothérapie doivent être appliquées avec quelques réserves, chez les malades présentant des antécédents tuberculeux.

L'auteur rapporte quatre observations, dans lesquelles la tuberculose pulmonaire parut évoluer à la suite d'injections de sérums thérapeutiques, suivies d'accidents sériques. Il paraît logique d'admettre dit l'auteur, que la congestion réalisée par la poussée d'urticaire est responsable de l'évolution des foyers tuberculeux latents. Sous l'influence de la vaccinothérapie, une tuberculose latente peut également se réveiller. Neuf observations, recueillies par l'auteur au sanatorium de Belligneux (Hauteville) semblent démonstratives. Il n'est donc pas sans inconvénient et sans risque — chez les malades présentant des antécédents tuberculeux — de faire du sérum antitétanique pour la moindre écorchure et de faire du sérum antidiphtérique trop systématiquement. Il semble que l'application systématique du vaccin antityphique doive être précédée d'une enquête pulmonaire. Pour l'auteur, il serait légitime que l'Etat — qui n'accorde pas de pension pour tuberculose, aux militaires tombés malades avant trois mois de service — soit responsable des conséquences d'une vaccination qu'il s'impose.

(P. Lefèvre. Sérothérapie et vaccinothérapie dans le réveil de la tuberculose pulmonaire. *Paris Médical*, 8 août 1931.)

Cancer

L'action locale de l'insuline sur les cancers ulcérés de la peau a été étudiée par l'auteur, chez douze malades atteints de cancers plano-cellulaires, de cancers baso-cellulaires et de cancers développés aux dépens de glandes cutanées (quelques-uns étaient des récidivés de cancers traités par le radium ou les rayons X). Il est encore trop tôt pour parler de guérison des cancers ulcérés de la peau par l'application d'insuline.

Cependant les résultats obtenus par l'auteur semblent déjà intéressants au point de vue pratique.

« Nous avons pensé, dit l'auteur, que l'application de l'insuline déterminerait l'utilisation des hydrates de carbone grâce à un mécanisme différent de celui qui leur est habituel. Sous l'action locale de l'insuline, les cellules cancéreuses métaboliseraient les sucres non pas par glycolyse mais en suivant le procédé normal d'utilisation des hydrates de carbone sous l'action de cette substance ».

Voici comment l'auteur a procédé :

Application locale d'insuline deux fois par jour, le matin et l'après-midi. Désinfection (s'il en est besoin) avec la pommade de Rivanol. On laisse tomber l'insuline goutte à goutte, de façon à ce que toute l'ulcération en soit baignée. Dès que la surface

de l'ulcère est sèche, pansement sur lequel on laisse tomber quelques gouttes d'insuline.

Résultats. — Cicatrisation rapide de l'ulcère cancéreux commençant par la périphérie.

Dans quelques cas, épithélisation de la surface se faisant en trois, quatre semaines dans les ulcérations de 1,5 à 2 cm. de diamètre.

Le tissu cancéreux disparaît-il complètement ou continue-t-il sa prolifération sous la cicatrice ? L'examen microscopique de la peau — après exérèse de toute la région de la peau ou la néoplasie s'était développée — a montré, que l'insuline employée localement avait provoqué une régression très nette du tissu cancéreux, bien nette surtout à la périphérie.

L'épithélium de néoformation, qui couvre l'ulcération après l'application de l'insuline, se continue directement avec l'épithélium pavimenteux stratifié de la peau saine des environs. L'auteur a employé différentes solutions d'insuline ; malgré la différence de leur pH, l'action cicatrisante a été la même. L'auteur étudie d'autres techniques d'application locale d'insuline ainsi que d'autres composés possédant quelques-unes des propriétés de cette substance (ergotamine, synthaline, certains alcaloïdes de l'opium.)

(S.-E. Gomes Da Costa, (Lisbonne). L'action de l'insuline sur les cancers ulcérés de la peau. *La Presse Médicale*, 21 octobre 1931.)

Système nerveux

Le zona, se complique parfois d'accidents nerveux graves, tels qu'un ramollissement cérébral, susceptible d'entraîner la mort à plus ou moins bref délai, mais dont la relation avec cette infection est souvent discutable. Il est exceptionnel, disent MM. André Thomas et J.-B. Buyat, de voir un état nerveux grave, lié à l'infection zostérienne, s'installer avec l'apparition des premières vésicules ou en pleine éruption zostérienne et causer la mort au bout de quelques jours. C'est pourquoi il a paru intéressant à ces deux auteurs de rapporter une observation exceptionnelle dont l'interprétation prête à discussion.

Il s'agit d'une malade de 58 ans. atteinte depuis plusieurs semaines de troubles mentaux assez complexes, dont l'état s'est aggravé avec une poussée fébrile, l'apparition sur le thorax d'une éruption vésiculaire qui est sortie en plusieurs fois et a pris tous les caractères d'un zoster. Tombée rapidement dans le gâtisme et dans un état subcomateux, la malade a succombé au bout de huit jours, après avoir présenté de la raideur de la nuque, sans aucun autre signe de réaction méningée (absence de reaction leucocytaire et pas d'hyperalbuminose dans le liquide céphalo-rachidien). De cette observation exceptionnelle il faut retenir, disent les auteurs, la coïncidence d'un zona multiple et d'un syndrome encéphalitique, accompagnés d'un état général grave se terminant rapidement par la mort, chez une mentale cholestérinémique. (André Thomas et J.-B. Buyat. Existe-t-il une encéphalite zonateuse ? Herpès zoster à foyers multiples. Mort au huitième jour. *Paris Médical*, 27 juin 1931.)

Thérapeutique

Le tribromométhanol, spécialisé sous le nom d'Avertine est susceptible de rendre de nombreux services en médecine. — Il a été très étudié à l'etranger dans ces trois dernières années, en Allemagne surtout. En France, Desmarest a insisté sur les services qu'il était susceptible de rendre comme anesthésique en chirurgie. Les six observations rapportées par MM. Charles Richet fils et F. Joly montrent l'efficacité de ce produit dans les délires alcooliques et les crises d'épilepsie subintrante. Ces deux auteurs ont employé l'avertine en lavement à la dose unitaire de 6 gr. 50 à 7 gr. 50, sans aucun incident. Le sommeil est survenu au bout de cinq à douze minutes, la narcose a duré en moyenne 24 heures. Sensation de bien-être et lucidité la plus souvent complète au réveil, Aucun trouble appréciable de la fonction hépatique, pas d'irritation des reins. A l'étranger certains auteurs l'ont utilisée dans l'éclampsie, en psychiatrie et en pédiatrie ; en France Blondin-Walter l'a expérimentée dans un cas de tétanos.

Comment administrer l'Avertine ? « Sa préparation extemporanée est aisée, disent MM. Ch. Richet fils et F. Joly. La dose habituelle est de 0 gr. 10 par kilo. Cette dose est dissoute dans 260 centimètres cubes d'eau maintenue assez strictement à 40°, dissolution qu'on obtient en huit à dix minutes en brassant le liquide dans un ballon, tout en surveillant la température. Une goutte de rouge Congo doit colorer alors le liquide en rose (une coloration bleue doit faire rejeter le produit). Cette solution sera versée dans un bock préalablement tiédi au bain-marie, de telle sorte que la température reste sensiblement au même degré pendant l'administration du lavement. Celui-ci sera précédé, chaque fois que possible d'un lavement évacuateur.

Le seul inconvénient réside dans la difficulté d'empêcher un délirant de rejeter immédiatement l'avertine administrée par ce procédé.

Il serait à souhaiter, ajoutent MM. Ch. Richet fils et P. Joly, qu'à l'instar des fabricants allemands, on réalisât une sonde spéciale ne permettant pas le reflux du lavement. »

(Ch. Richet fils et F. Joly. Traitement des délires par le tribromo-méthanol [Avertine]. *Paris médical*, 31 octobre 1931.)

Hydrologie

Vichy n'a pas la clientèle d'enfants qu'elle mérite. — Pour 100 adultes, il n'y a pas plus de trois a cinq enfants. Le médecin de famille pourrait changer cet état de choses et c'est à lui, à son influence persuasive auprès des parents qu'il faut faire appel. « Il faut, disait Landouzy, faire évader nos enfants de leurs diathèses ». Quelles sont les INDICATIONS DE LA CURE DE VICHY, CHEZ LES ENFANTS ? Les voici brièvement rappelées : a) *Chez les enfants hérédo-arthritiques ne présentant aucune symptomatologie, la cure préventive est indiquée.* Une cure légère peut modifier d'une façon heureuse, un terrain prédisposé à une déviation des échanges nutritifs :

b) *Dans les affections de l'estomac et de l'intestin* :

c) *Dans les hépatites toxi-infectieuses et dans les hépatites héréditaires* ;

c) CONTRE-INDICATIONS :

d) Les diabètes légers ;

1° *Toutes les affections fébriles* ;

2° *La tuberculose sous toutes ses formes* ;

3° *Les maladies du cœur non compensées.*

A quel âge envoyer les enfants à Vichy ?

La cure précoce est à conseiller, mais on sera le plus souvent obligé d'attendre l'âge de cinq ans pour envoyer les enfants à Vichy.

Doses : On pourra donner approximativement les doses suivantes :

De 0 à 15 mois : 50 gr.
15 mois à trois ans : 80 à 100 gr.
De 3 à 5 ans : 120 à 150 gr.
De 5 à 10 ou 12 ans : 150 à 300 gr.

A partir de cet âge, la posologie se rapproche sensiblement de celle de l'adulte. Il y a des précautions à prendre pendant la cure : alimentation très surveillée et sans excès, vie régulière sans veille ni fatigue.

(Louis Caillon. Les enfants à Vichy. *Paris médical*, 29 août 1931.)

Réflexothérapie

Il est temps de reprendre la méthode de Bonnier en tant que méthode scientifique, avec les indications bien définies et la technique précise, instituées par son fondateur, écrit M. Apert à propos d'une brochure publiée par Mme E. Pierre Bonnier et intitulée : *Centrothérapie et asuérothérapie.* Il faut rendre à Pierre Bonnier la justice qui lui est due.

« Musicien né, Pierre Bonnier, au cours de ses études médicales, s'était orienté vers l'étude de la voix parlée et chantée, du larynx, de l'audition. Mais dès le début, il avait envisagé la physiologie des organes qu'il étudiait plus au point de vue de la neurologie et de la physiologie générale qu'en simple otologiste ; intime ami du biologiste Le Dantec et épris comme lui de biologie générale, il fut ainsi préservé de se cantonner dans une spécialisation trop limitée. Dès 1905 et 1907, à la *Société de Biologie* et à la *Société de Neurologie* qui l'avaient appelé parmi leurs membres, et à la *Société d'Oto-Rhino-Laryngologie*, Bonnier établissait les relations entre les centres bulbaires et la périphérie sensitive ».

Quel fut le point de départ de la méthode de Pierre Bonnier ? Ce fut le cas d'une femme qui depuis quatorze ans, atteinte de crise d'entérite alternant avec des poussées de coryza, vit, à la suite d'un traitement nasal approprié, disparaître non seulement les coryzas, mais du même coup les crises d'entérite.

Le train de luxe Rome-Express a des wagons-lits de 2e classe

Depuis le 2 novembre, le train de luxe quotidien Rome-Express reliant Boulogne (Londres) et Paris à Rome via Turin-Gênes-Pise comporte des wagons-lits de 2e classe.

Départ de Londres 9 h., Boulogne 13 h., Paris P.L.M. 17 h. 20. Arrivée à Turin 7 h. 45, Gênes 10 h. 42, Rome 19 h. 45.

En sens inverse :

Départ de Rome 15 h. 05, Gênes 23 h. 57, Turin 2 h. 55. Arrivée à Paris 14 h. 35, Boulogne 18 h. 50, Londres 22 h. 50.

« Bonnier vis dès lors la possibilité d'agir par l'intermédiaire de la muqueuse nasale sur les très nombreux troubles du fonctionnement viscéral qui dépendent des déviations des centres bulbaires. A cette *réflexothérapie nasale*, il donna le nom de *centrothérapie*. Les résultats obtenus étaient, dans certains cas, étonnants ; toutes les maladies chroniques à exacerbations périodiques, toutes les maladies à *crises* : entérites, asthmes, migraines, vertiges, névralgies paroxystiques furent à maintes reprises heureusement modifiées par la simple cautérisation au galvanocautère aussi superficielle que possible de telle ou telle région de la muqueuse nosale. A la veille de la guerre, en 1914, dans son livre *Défense organique et centres nerveux*, Bonnier relatait et expliquait ces résultats.

Les événements contribuèrent à empêcher ce livre d'avoir le retentissement qu'il méritait. L'ouragan passa. Après la tourmente Bonnier avait succombé. Seuls, quelques fidèles, encouragés par les heureux résultats, continuèrent à utiliser la méthode ».

C'est le procédé de Bonnier qu'emploie Asuéro, mais avec une variante.

« Asuéro ne fait pas comme Bonnier un attouchement superficiel et unique au galvanocautère en un point repéré correspondant au centre qu'il s'agit de modifier ; quels que soient les symptômes, Asuéro explore la fosse nasale avec une tige métallique en cherchant de proche en proche le point où il provoque la réaction la plus violente ; il cherche à provoquer les manifestations les plus impressionnantes, éternuement, larmes, congestion faciale, spasmes, agitation, mouvements convulsifs : il joint à cette manœuvre une mise en scène d'exhortations, d'imprégnations, voire de brutalités qu'il varie du reste du tout au tout selon le patient. Bonnier, au contraire, se gardait avec le plus grand soin de tout élément suggestif. »

On se reportera aux anciennes publications de Pierre Bonnier, notamment au volume intitulé : *L'accion directe sur les centres nerveux*, ainsi qu'à celui qu'il dédiait au bulbe inconnu, *bulbo ignoto, défense organique et centres nerveux* (Bibliothèque scientifique du Dr Gustave Lebon).

(E. Apert. La centrothérapie de Pierre Bonnier. *Le Bulletin médical*, 10 octobre 1931.)

Varia

Les médecins apprendront beaucoup en étudiant de plus près et sans parti pris les méthodes homéopathiques : ils pourraient s'inspirer de certains principes et utiliser certaines méthodes que la science expérimentale moderne réhabilité pleinement.

(W. Kopaczewski. Homéopathie. *Paris Médical*, 31 octobre 1931.)

* * *

On a un peu trop oublié en ces derniers temps les caractères fondamentaux du sérum antidiphtérique. Comme l'a écrit M. Roux, on lui a demandé plus qu'il ne pouvait donner. Les termes de sérothérapie curative ont cristallisé autour d'eux trop d'espoirs que la nature même du sérum ne pouvait pas confirmer. Le sérum antidiphtérique a été et reste jusqu'à nouvel ordre un *sérum préventif* et avant tout un *sérum antitoxique*.

(F. Layani. La sérothérapie antidiphtérique [état actuel de la question]. *Le Bulletin médical*, 26 septembre 1931.)

* * *

Il semble bien — et toute la cause des malentendus est là — que la conception de l'ulcère gastrique doivent changer.

« Maladie de l'estomac caractérisée par une ulcération chronique, sans tendance à la cicatrisation spontanée », telle est la définition classique.

« Trouble encore inconnu du trophisme ou du métabolisme, se traduisant par une ulcération gastrique qui évolue par poussées, guérit souvent spontanément à la suite de cette poussée, et qui, par ses répétitions, tend à devenir permanente », telle devrait être à mon avis, la définition provisoire de l'ulcus.

(René A. Gutmann. *La Presse médicale*, 21 octobre 1931.)

* * *

Le jargon fleuri n'a pas fini son temps. Il continue de sévir dans le langage médical.

(Dr Ch. Fiessinger. *J. des Praticiens.*)

* * *

Nous avons opéré 284 cas d'appendicite d'urgence et nous avons eu 11 morts, ce qui fait une proportien de 3,9 %. Ce résultat n'a pu être obtenu que grâce à l'envoi précoce des appendicites aiguës à la clinique ou à l'hôpital.

L'erreur de diagnostic s'est produite dans 8 cas : dans 4 cas, il s'agissait d'ulcus perforés du duodénum, qui ont tous guéri, car n'ayant trouvé qu'un appendice un peu rouge, avec beaucoup de liquide trouble à grumeaux, dans le péritoine, nous avons pensé qu'il s'agissait d'autre chose.

Dans les deux derniers cas, il s'agissait de typhoïdes à début brusque, soudain, comme une appendicite aiguë grave ; l'une était une typhoïde vraie, confirmée par les examens de laboratoire, et l'autre une paratyphoïde B.

(Daniel Féreg, de Saint-Malo. Appendicite aiguë. *Le Bulletin médical*, 31 octobre 1931.)

* * *

Feldstein a insisté sur un fait curieux : les nourrissons qui refusent le sein, dans la lumière et le bruit de la maison tètent bien dans un lieu obscur et silencieux ; ou même ils ne tètent que lorsqu'ils sont tout à fait calmés et dans un état de demi-sommeil.

(René Mathieu et Edgar Leroy. *Bulletin médical*, 24 octobre 1931.)

* * *

A l'hôpital de la Salpêtrière, nous mettons parfois nos petits débiles dans un bain d'oxygène permanent : ils y prennent un bon appétit. C'est cependant un moyen peu pratique parce que très coûteux.

(René Mathieu et Edgar Leroy. *Bulletin médical*.)

* * *

M. Bergson aurait écrit que l'avenir est aux surmenés : il a probablement voulu dire que l'avenir était à ceux qui avaient le désir, l'appétit du travail. Les paresseux intelligents travaillent trop peu pour que l'avenir leur appartiennent. Les paresseux, quels qu'ils soient, ne font jamais de surmenage et ne sont jamais frappés d'asthénie nerveuse générale, durable et chronique.

(R. Benon. Surmenage scolaire. *Journal des Praticiens*. 10 octobre 1931.)

* * *

MM. G Blechmann, Léon-Kindberg et P. Cottenot relatent le cas d'une enfant contaminée dès les premiers mois de sa vie par une domestique tuberculeuse et qui présenta rapidement une lobite avec excavation et des signes de compression médiastinale. Chez cette enfant un premier pneumothorax fut pratiqué *à l'âge de six mois*. Le résultat remarquable de la thérapeutique (pneumothorax, injection d'huile éthérée, etc.). Après dix mois, l'état général de l'enfant s'est extraordinairement amélioré et l'ensemble du champ pulmonaire est devenu transparent. A propos de la collapsothérapie chez l'enfant tuberculeux, les auteurs font remarquer :

« Le pneumothorax n'a jamais été pratiqué à notre connaissance — en France tout au moins — chez un enfant aussi jeune. Dans la littérature, nous voyons signaler des tentatives d'insufflation chez des nourrissons de moins de six mois, par Mlle Eliasberg, en Allemagne, mais l'auteur ne paraît pas avoir publié d'observations complètes. Viet Villeneuve (de Brest), signale dans sa thèse inspirée par Armand-Delile, les observations de nourrissons insufflés avec succès, mais dont les âges respectifs sont 14 mois, 15 mois, 8 mois et 15 mois ».

(*Concours Médical*, 18 octobre 1931).

Dr. V. Genty.

On engage des milliards dans des lois discutables, et que beaucoup jugent nuisibles, où la crainte de l'électeur a peut-être plus d'influence que le souci du bien du public. On vote des millions et des millions et des centaines de millions pour soulager les victimes des catastrophes. On a raison. Mais quelle catastrophe plus terrible, si nous devions revoir les mauvais jours, que le martyre de la France ? On dépense 800 millions pour lancer à travers les mers, un cuirassé qu'un instant peut anéantir, mais qui pourrait aussi — on a failli le voir aux Dardanelles, changer les cours des événements et contribuer d'une façon décisive au salut du pays, si l'étincelle avait illuminé l'âme de certains chefs ! On a raison. Mais qui pourrait penser que l'ensemble des savants de France, qui, de façon certaine, sont capables de rendre des services d'un ordre supérieur, n'a pas plus de poids qu'un bateau dans la balance du Destin ! (Jean-Louis Faure. L'Académie Royale de Chirurgie.)

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Pathologie générale

Dans la plupart des états pathologiques la calcémie oscille entre les limites normales (de 9,5 mgr. à 11,5 mgr.), d'après les constatations faites dans 25 cas normaux et 280 cas pathologiques. On constate rarement une hypercalcémie, moins rarement une hypocalcémie.

Dans les affections bacillaires de la plèvre, on trouve de l'hypocalcémie ; dans les congestions pleuro-pulmonaires et la pneumonie lobaire, la calcémie reste normale, sauf quelques cas qui ont présenté une légère hypocalcémie ; la température semble n'avoir aucune influence sur la teneur du sang en calcium.

Les affections bacillaires s'accompagnent d'une calcémie normale dans la majorité des cas ; dans les formes bénignes, fibreuses, on observe souvent une hypercalcémie, très rarement une hypocalcémie.

Dans le rhumatisme articulaire aigu la calcémie est normale. Dans les cas de rhumatisme chronique ou déformant, la calcémie est normale ou légèrement abaissée, l'hypercalcémie n'a jamais été constatée. (I. Gavrila et E. Degan. Asupra calcemiei in stare normala si patologica. *Clujul medical*, 1er juin 1931.)

Maladies infectieuses

L'influenza a pris une allure épidémique à Stockholm en 1927 ; 437 cas furent admis à l'Hôpital des Epidémies ; l'affection ressemblait énormément à la grippe espagnole de 1918.

On a recherché dans les antécédents si la grippe avait été contractée en 1918, de manière à se rendre compte s'il existait une immunité quelconque ; afin d'éviter les causes d'erreur, on a éliminé tous les sujets qui présentaient des affections compliquées de tuberculose, bronchite chronique, asthme, emphysème, cardiopathie et autres maladies chroniques. Il restait 352 cas ; sur ce nombre 183 sujets (52 %) déclarèrent n'avoir pas eu la grippe en 1918 ; il ne possédaient donc plus aucune immunité capable de les protéger contre une nouvelle atteinte, subie huit ou neuf ans après la première.

La fréquence des complications pulmonaires fut, mais d'une manière insignifiante, un peu moindre parmi ceux qui avaient déjà été touchés. La mortalité a été la même dans les deux groupes. (A. Lichtenstein. Contribution à l'étude de l'immunité dans l'influenza épidémique. *Acta medica Scandinavica*, 12 juin 1931.)

Tuberculose

Le diagnostic de tuberculose pulmonaire est souvent erroné.

La scoliose vertébrale, physiologique des personnes, qui travaillent beaucoup du bras droit, tient au développement excessif des muscles et produit fréquemment une matité du sommet. Il en est de même quand il existe une côte cervicale.

Le goitre, dans ses diverses formes cliniques (kystique, colloïde, basedowien), produit une atélectasie par compression et détermine une matité et un affaiblissement du murmure vésiculaire ; il est parfois impossible de faire un diagnostic différentiel.

Les sommets respirent mal, spécialement le droit, dans les affections nasales qui entravent la respiration. Il en est de même dans l'adénopathie trachéo-bronchique, qui succède à la grippe, à la coqueluche et à la rougeole.

Toutes les affections, qui conduisent à l'hémoptysie, sont des occasions d'erreurs : maladie mitrale, hypertension, néphrite, œdème pulmonaire chroniqne.

Le diagnostic différentiel avec les tumeurs, la syphilis, la gangrène, la bronchectasie et la pneumokoniose doit être pris en sérieuse considérations. (Frisch. Ueber einige typische Fehldiagnosen bei Lungenkrankheiten. *Wiener medizinische Wochenschrift*, 9 mai 1931.)

Le traitement combiné par le pneumothorax et la sanocrysine est indiqué dans les cas suivants :

1° Quand au cours d'un pneumothorax apparaissent des troubles locaux ou généraux caractéristiques du réveil de lésions silencieuses du côté opposé ;

2° Devant le résultat négatif et insuffisant obtenu avec le pneumothorax par suite d'adhérences qui empêchent la compression de la lésion ;

3° Dans les tuberculoses bilatérales, en insufflant le côté le plus atteint et en améliorant avec la sanocrysine le moins touché ;

4° Quand, au cours du pneumothorax, apparaissent des complications dans le côté considéré comme sain ;

5° Quand la compression du foyer est insuffisante par suite de la déviation du médiastin ;

6° Quand à la tuberculose parenchymateuse d'un côté s'ajoute une forme interstitielle de l'autre ;

7° Quand le foyer est incompressible. (Isidoro R. Steinberg. Neumotorax y sanocrisina como tratamiento combinado en la tuberculosis pulmonar. *Semana medica*, 2 juillet 1931.)

L'association du calcium et de l'or est plus active que l'administration des deux produits séparés.

On dissout du triphal dans une solution à 10 % de gluconate de calcium : une partie du triphal se précipite, aussi n'injecte-t-on que celle qui correspond à la saturation. Les doses utilisées ont été les suivantes : gr. 0,005, 0,01, 0,025, 0,05, 0,1. La dose la plus forte a été de 0,1.

On pratique une injection de triphal-calcium par semaine et une ou deux injections de calcium dans l'intervalle de deux injections de triphal-calcium. Le traitement, appliqué à 10 cas de tuberculose pulmonaire, s'est composé de 6 à 8 injections de triphal-calcium et de 10 à 15 injections de calcium. Toutes les injections sont faites par voie intra-veineuse.

Les bons résultats obtenus seraient dus à la propriété des sels d'or de stimuler le système réticulo-endothélial et au besoin que le calcium a de celui-ci pour être fixé ; ce synergisme d'action nécessite de très petites doses de sel d'or.

Le traitement présente deux points à signaler : il a été ambulatoire, il a été pratiqué dans un centre rural ; la chimiothérapie antituberculeuse peut jouer un rôle important dans la clientèle de médecins non spécialisés. (Fernando Cocucci. Contributo allo studio della terapia calcio aurica della tubercolosi polmonare. *Rinascenza medica*, 1er août 1931.)

Radiologie

L'interprétation des radiographies du tube digestif donne lieu aux réflexions suivantes d'un *observateur* :

1° Tout commentaire radiologique doit être accompagné de la radiographie sur laquelle il est fondé ;

2° On peut parler de lecture de radiographies seulement dans les cas où les données sont d'une telle clarté et d'une telle précision que l'interprétation sera la même pour tous, sans aucune différence personnelle ;

3° L'interprétation d'une radiographie suppose l'établissement d'un jugement d'estimation qui représente une opinion personnelle ;

4° Toutes les fois qu'on interprète une radiographie, il faut être sûr des éléments sur lesquels on base l'opinion formée ;

5° Les données se répartissent en deux catégories : anatomiques et physiologiques. (R. Luis Yague. Sobre la interpretation radiografica en el apparato digestivo. *Siglo medico*, 25 juillet 1931).

Chirurgie orthopédique

Le traitement de la luxation congénitale de la hanche par la reposition non sanglante de Lorenz, est une méthode *splendide*, qui restera une des conquêtes de la chirurgie orthopédique moderne.

La réduction d'une luxation congénitale est inutile et illusoire, si l'on ne se place pas dans les conditions très spéciales indiquées par Lorenz ; la stabilisation est empêchée par les malformations du cotyle et du fémur et, sitôt abandonnée à elle-même, la hanche se luxe à nouveau ; l'idée a été de fixer le fémur *perpendiculairement* au plan d'ouverture de la cavité cotyloïde.

La première position de Lorenz (position de grand écart) est obtenue par des manœuvres progressives, non sanglantes, exécutées sous narcose, qui nécessitent l'allongement ou le déchirement des adducteurs. Un appareil plâtré maintient la position, dans laquelle l'action musculaire devient utile en

appliquant la tête contre le fond de la cavité où elle se creuse un cotyle. Il faut de 4 à 10 mois d'immobilisation pour obtenir le résultat désiré.

La deuxième position de Lorenz (abduction légère et forte rotation interne) employée lorsque l'antétorsion est particulièrement accentuée, est une des étapes de la période de mobilisation et d'abaissement progressif de la cuisse.

Les résultats sont bons, mais à la condition que la réduction ait lieu avant l'âge de quatre ans. (M. C. Scholder. Luxation congénitale de la hanche. *Revue médicale de la Suisse romande*, 25 juin 1931.)

Petite chirurgie

La méthode sclérosante des varices donne des échecs ou des insuccès, qui se traduisent par des récidives ; encore faut-il distinguer les récidives des varices de néoformation.

Les récidives sont dues à différentes causes : dilution exagérée du liquide sclérosant, non-sclérose de la saphène à la cuisse, recanalisation de la veine par insuffisance de la sclérose.

Il est facile de les éviter en vidant les veines ou en limitant la sclérose par l'emploi d'un garrot, ce qui empêchera la dilution du liquide sclérosant. La saphène sera réduite aussi haut que possible.

Le choix du produit sclérosant dépend du type des veines ; sucre interverti pour les petites veines, dextrose et chlorure de sodium ou quinine-uréthane pour les plus dilatées.

Il est nécessaire de surveiller le sujet jusqu'à ce que les résultats soient satisfaisants et même de le revoir deux mois plus tard. (Mc Pheeters, Merkert et Lundblad. Causes of failure in the injection treatment of varicose veins. *Journal of the American medical Association*, 4 avril 1931.)

Varia

Jusqu'au temps relativement peu éloigné de la Révolution française, la médecine et la psychiatrie se sont ignorées ou plutôt dédaignées l'une l'autre ; leur domaine respectif était considéré comme absolument distinct et différent. Sans doute Pinel a eu l'honneur de faire admettre parmi les maladies l'aliénation mentale ; mais il appartenait à Morel de faire

entrer celle-ci dans une voie d'étude nettement scientifique et médicale. (Ch Fontaine-Vincent, de Bruxelles.)

Les principaux défauts de nos étudiants et de nos médecins sont les suivants : ils sont peu observateurs, passifs, plus sensibles aux phrases sonores et aux images brillantes qu'à la vérité et à la logique ; ils ont une intelligence rapide mais superficielle : ils se croient à tort supérieurs à leurs confrères d'autres pays à l'esprit plus lent, mais plus profond ; ils confondent l'érudition et les affirmations tranchantes avec la véritable science ; ils ont un respect presque féminin pour la mode et pour les nouveautés. (Bernardo A. Houssay, de Buenos-Ayres).

J. Lafont.

NOUVELLES

Concours pour la nomination d'internes en médecine à l'Hospice départemental Paul-Brousse. — Un concours pour la nomination de trois internes en médecine à l'hospice Paul-Brousse et éventuellement la désignation d'internes provisoires à l'hospice départemental Paul-Brousse et au Centre anticancéreux, s'ouvrira le lundi 1er février 1932.

Pourront prendre part au concours : 1° les élèves externes des hôpitaux de Paris ; 2° les étudiants en médecine possédant dix inscriptions de doctorat.

Les candidats ne devront pas avoir dépassé l'âge de 27 ans révolus au 1er mars de l'année 1932. Toutefois, cette limite d'âge sera prorogée d'une durée égale aux services accomplis dans l'armée active pour satisfaire aux obligations de la loi sur le recrutement de l'armée.

Les étrangers seront admis à concourir dans les conditions suivantes : au cas où ils obtiendraient un nombre de points au moins égal à celui obtenu par le dernier candidat français admis par le jury, ils seraient classés en surnombre ; ils ne recevront pas de traitement, mais seront nourris toute la journée les jours de garde et au repas de midi les autres jours.

Ils seront soumis au point de vue du service aux mêmes obligations que leurs collègues de nationalité française.

Hôpital Saint-Louis (Ecole Lailler. Service du Dr Louste.) — *Leçons sur les maladies du cuir chevelu.* (Janvier-février 1932), avec le concours de MM. les Dr Sabouraud, Pignot, Rivalier, Rabut, Thibaut, Lévy-Franckel, Juster.

1. Considérations générales sur les affections du cuir chevelu et revue de celles du premier âge. — 2. Les teignes tondantes scolaires « Micospie et Trichophytie ». — 3. Les teignes tondantes d'origine animale (teignes sèches, sycosis, kérion, onychoses). — 4. Taxonomie des teignes. — 5. Traitement des treignes tondantes. — 6. Favus humain et favus animaux. — 7. Impetigo streptococcique et ses dérivés. — 8. Folliculites staphylococciques, formes morbides dérivées. — 9. La pelade. — 10. Pityriasis sec et stéatoïde. — 11. La séborrhée chez l'homme et chez la femme. — 12. Diagnostic des alopécies diffuses. — 13. Diagnostic des alopécies en aires. — 14. Varia. Psoriasis. Lichen circonscrit de la fosse sous-occipitale, verrues planes juvéniles, verrues séborrhéiques séniles, papillomes, nævi plans, nævi verruqueux, papillomateux. — 15. Les teintures. — 16. Pratique du traitement des affections du cuir chevelu.

Les cours auront lieu le lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, de 11 heures à 12 heures, à partir du 18 janvier 1932, salle des cours, Ecole Lailler (hôpital Saint-Louis), avec présentation de malades, de moulages, de photographies, examens microscopiques directs et cultures.

Un diplôme de l'Association d'enseignement médical des hôpitaux sera délivré. Le droit d'inscription est de 200 francs. S'adresser pour inscription et renseignements au Dr Rivallier, Ecole Lailler.

LXVe Congrès des Sociétés savantes. — Le LXVe Congrès des Sociétés savantes de Paris et des départements s'ouvrira à Besançon, le 29 mars 1932.


PRIMUM NON NOCERE
Aucune contrindication

Echos et Glanures

> « Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».
>
> MONTAIGNE.

Le délai de prescription des honoraires pour soins aux mutilés. — M. Quidet donne sur ce sujet (*La Presse médicale*. 14 novembre 1931) quelques précisions que les médecins ont intérêt à connaître :

Depuis la mise en application de la Loi des Pensions, les médecins qui, par insouciance, oubli ou négligence, présentaient avec un retard de plusieurs années leurs mémoires d'honoraires pour soins aux Mutilés, pouvaient néanmoins espérer obtenir de l'Etat le règlement de leur créance, pourvu que le délai de cinq années ne fût point dépassé.

Telle avait été, jusqu'à présent, la jurisprudence adoptée par les Commissions départementales de contrôle en vertu des dispositions de la loi du 29 janvier 1831.

Or, voici que vient d'être notifié aux préfets un *avis* émis par le Conseil d'Etat (section des Finances, de la Guerre, de la Marine et des Colonies, séance du 10 mars 1931) sur la question posée par le ministre des Pensions à l'effet de savoir dans quel délai les médecins, chirurgiens, pharmaciens, sont tenus, à peine de déchéance, de présenter leurs mémoires.

Le Conseil d'Etat a considéré :

Que la prescription biennale inscrite dans le Code Civil (article 2.272, § 5) visant « l'action des médecins, chirurgiens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens, pour leurs visites, opérations et médicaments », constituait *une disposition d'un caractère général*, ayant pour effet d'éteindre à l'expiration d'un délai de deux ans l'action qu'elle vise, que le débiteur contre lequel cette action est dirigée soit un particulier ou *qu'il soit l'Etat* :

Que si, à la vérité, la Loi du 29 Janvier 1831 a posé en règle générale que les créances sur l'Etat se prescrivent par un délai de cinq années à partir de l'ouverture de l'exercice auquel s'appliquent lesdites créances, ce *texte ne saurait faire obstacle à ce que l'Etat invoque à son profit le bénéfice de textes instituant des prescriptions plus courtes, lorsque ces textes s'appliquent à tous les débiteurs sans distinction.*

En conclusion, l'avis émis par le Conseil d'Etat est nettement formulé :

« Les mémoires en règlement d'honoraires établis pour l'application de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, doivent, sous peine de déchéance, être présentés dans un délai de deux ans à partir de l'expiration du trimestre auquel ils s'appliquent. »

La notification qui vient d'en être faite par la voie administrative témoigne, de toute évidence, que le ministre des Pensions entend mettre fin aux errements anciens et qu'il est dans ses intentions d'appliquer désormais la doctrine du Conseil d'Etat : les Commissions de contrôle seront donc vraisemblablement invitées à conformer leurs décisions à ces nouvelles directives.

Cette restriction du délai de prescription aurait dû, semble-t-il faire l'objet de préavis, d'informations publiées dans la presse ainsi que dans les journaux professionnels médicaux et pharmaceutiques.

Assurément, les créanciers retardataires ont eu le tort de méconnaître les prescriptions de l'article 53 du décret du 25 octobre 1922.

Bien que le nombre des intéressés soit, en vérité, peu élevé, il y aurait quelque injustice à leur opposer sans ménagement l'interprétation adoptée par le Conseil d'Etat : d'autant qu'il s'agit de médecins ne soignant de bénéficiaires de l'article 64 que rarement et de loin en loin, peu familiarisés, par conséquent, avec les formalités qu'observent ponctuellement ceux de nos confrères qui comptent une clientèle importante de Mutilés.

La Confédération des Syndicats médicaux français a reçu l'assurance que les nouvelles dispositions seront appliquées avec bienveillance, après examen des motifs invoqués pour expliquer la production tardive des mémoires.

C'est fort bien : mais comme ces mesures gracieuses ne pourront être que transitoires, n'eût-il pas été préférable de donner toute la publicité désirable à l'avis émis par le Consiel d'Etat et de fixer un délai au delà duquel les créanciers (médecins, pharmaciens) se verraient appliquer strictement la prescription biennale ?

C'eût été le meilleur moyen de secouer la négligence regrettable des créanciers retardataires.

Les femmes médecins aux colonies. — Mlle Yvonne Ostroga donne, dans *Figaro*, la substance de deux rapports rédigés cette année sur la question :

« Les femmes médecins installées aux colonies, dit l'un deux, ont exactement les mêmes devoirs que leurs confrères masculins. Les unes exerçent librement leur profession et ont une clientèle importante, d'autres sont fonctionnaires, d'autres encore s'occupent d'œuvres charitables, et très peu nombreuses sont celles qui ne s'occupent que de leur clientèle privée. »

Au Maroc, les femmes médecins *fonctionnaires* employées par le service de santé n'ont aucunement un code et des lois spéciaux. Elles jouissent des mêmes indemnités, reçoivent les mêmes traitements et ont une caisse de prévoyance et un régime de retraites identiques à ceux des médecins hommes. Comme ces derniers, elles sont employées dans les hôpitaux ou les laboratoires. Les femmes médecins sont sur un pied d'égalité absolue avec leurs confrères et ont une indépendance complète. Elles sont maîtres de leur service ; elles peuvent y faire toutes les interventions et les opérations que leurs spécialités ou leurs connaissances médicales leur permettent de faire. Elles peuvent accéder à tous les postes en rapport avec leurs aptitudes professionnelles.

Les conditions de travail ne sont pas, au Maroc, exactement les mêmes que dans la Métropole, en ce sens que tout le temps est donné au service du protectorat, et que les médecins fonctionnaires, s'ils paient quand même patente, ont très peu le loisir de faire une grosse clientèle. Les traitements donnés aux médecins par l'Administration leur permettent de vivre honorablement.

En Algérie, les situations officielles réservées aux femmes médecins sont très peu nombreuses, mais leur permettent aussi de vivre honorablement sans exercer de clientèle privée. Par contre la situation administrative est déplorable ; les femmes médecins y sont insuffisamment payées, et de plus on se plaint qu'elles ne jouissent pas, malgré leur titre, de la considération qui leur est due. Depuis quelques années les femmes peuvent être nommées médecins de colonisation. Le recrutement en est habituellement fait par concours, mais la pénurie de candidats a permis le recrutement sur titres. Le rôle de ces médecins est extrêmement chargé et il leur faut une santé et une endurance robustes pour en assumer toutes les charges.

Les médecins de colonisation donnent leurs soins à tous les malades de leur circonscription qui est souvent très étendue ou très accidentée ; ils les donnent gratuitement aux indigents. Ils doivent veiller, d'une façon générale, au maintien de la santé publique dans la circonscription entière.

Dans les villes importantes il a été créé des cliniques indigènes pour les femmes et les enfants arabes. Ces postes sont réservés aux femmes médecins qui ne peuvent d'ailleurs y trouver qu'un accessoire à leur situation en raison de l'indemnité insuffisante qui leur est allouée pour ouvrir ces cliniques. Ces doctoresses ont sous leur autorité des infirmières visiteuses chargées des visites à domicile et du dépistage des maladies contagieuses.

***

Dans les grandes villes, la clientèle payante permet aux doctoresses de vivre honorablement ; il n'en est pas de même dans les petites villes algériennes où cette clientèle est presque inexistante.

En Tunisie, comme partout en Afrique du Nord, il y a également, des femmes médecins fonctionnaires du gouvernement et d'autres qui ont des places administratives. Une seule institution leur est réservée, c'est l'école Louise René Millet, école de jeunes filles musulmanes où depuis plusieurs années des cours d'hygiène sont donnés par des femmes médecins. Les conditions de travail sont également, en Tunisie, les mêmes pour les femmes que pour tout le corps médical.

En Indochine, il n'y a actuellement que trois femmes médecins. Les conditions de travail y sont rendues spéciales par le pays. Les postes de la brousse sont à peu près impraticables aux femmes. Elles ne pourraient exercer que dans les villes ou en tout cas dans le Delta. Mais aucune femme n'est encore admise dans les cadres de l'assistance publique en Indochine. Cette situation est surtout due à ce que la femme annamite n'a pas grande confiance dans les soins donnés par des Européennes.

Dans certains pays tels que nos possessions d'Océanie, les femmes se faisant soigner volontiers par des médecins hommes, l'opportunité d'y envoyer des femmes médecins ne s'est pas fait sentir.

A la Réunion, à la Martinique, à la Guadeloupe, en A. E. F., en A. O. F. , à Djibouti, au Cameroun français, à Madagascar, nous trouvons une ou deux femmes médecins. N'y aurait-il pas place pour d'autres, qui pourraient se consacrer spécialement à la protection de l'enfance, par exemple, en comprenant dans cette protection celle de la femme qui va être ou qui sera un jour mère ?

Après avoir vu très succinctement quelles étaient les situations réservées aux femmes médecins dans les colonies, voyons quels sont les éléments du rôle qu'elles ont à jouer. Ce rôle est médical et social.

La tâche médicale à elle seule est très complexe ; l'hygiène, la pathologie diffèrent de ce qu'elles sont dans nos pays. La mentalité des indigènes imprégnée de croyances et de préjugés spéciaux, la langue, les coutumes, sont autant de facteurs qui donnent à l'exercice de la médecine, dans chaque colonie un caractère particulier. D'une manière générale on peut dire que la clientèle est difficile dans les endroits où l'occupation européenne n'est pas ancienne, car les indigènes ne sentent pas alors le besoin de recourir aux médecins européens. Ils n'apprécient pas à leur valeur les soins éclairés et il leur faut un certain temps pour se rendre compte de leur nécessité. Les femmes et les enfants surtout en sont privés. C'est cette partie de la tâche médicale qui sollicite tout particulièrement l'attention des femmes médecins, car beaucoup de musulmanes soumises à la réclusion ne peuvent voir un médecin homme. L'ignorance des mères engendre de graves maladies chez leurs enfants et la mortalité infantile est souvent très élevée.

Les conditions sociales de la plupart des femmes indigènes influent aussi sur leur santé : la réclusion, la vie sédentaire, les demeures mal aérées, souvent malsaines, les mariages et les maternités précoces, les allaitements prolongés les épuisent. En un mot, la condition de la femme a besoin d'être améliorée dans toutes les colonies, tant au point de vue médical que social, et le rôle de la femme médecin est d'atteindre à ce double but. « En soignant, une femme a en effet souvent l'occasion d'intervenir dans la vie privée des indigènes ; elle se trouve consultée dans des événements familiaux où son intervention opportune peut lui donner une grande influence. Dans les colonies où l'organisation familiale est très forte, la solution apportée par une femme médecin à des cas concrets, parfois délicats, est pour les indigènes une véritable leçon de choses sur la civilisation européenne. De plus, le contact avec une femme qui, lorsqu'elle aime sa profession et comprend bien son rôle, représente ce que cette civilisation peut produire de meilleur, — la science au service d'un idéal élevé, — est éminemment profitable aux femmes indigènes. Il leur ouvre des horizons nouveaux. La sympathie qui s'établit si facilement rend les conseils plus écoutés, fait aimer la France par delà la personne, et les conseils eux-mêmes donnés aux gardiennes du foyer, à celles qui élèvent les enfants, profitent à ce foyer tout entier. Enfin, les hommes indigènes ne considèrent la femme que comme un être inférieur, une marchandise ou un objet de plaisir. Quelle leçon pour eux de voir des femmes européennes jouer un rôle social, développer leur personnalité et passer partout en faisant le bien ! »

Tout cela est fort juste et il est à souhaiter que les services officiels d'une part et les jeunes femmes médecins d'autre part le comprennent et aident au développennent de cet heureux moyen de colonisation. « Mais il ne faut pas se dissimuler les difficultés que rencontre une femme médecin exerçant parmi les indigènes *lorsqu'elle n'est pas rattachée à une organisation suffisante.* Les premières venues de France, pleines d'enthousiasme, se heurtèrent à de grands obstacles ; beaucoup sont reparties déçues après avoir connu l'isolement et la gêne. L'une même a dû être rapatriée. »

Il faut donc ne pas se lancer à l'aventure et il est nécessaire de savoir à l'avance, dans la mesure du possible, ce que l'on va trouver. Il faut aussi choisir le pays où l'on exercera. Le Maroc semble être actuellement celui qui offre à la femme médecin le plus grand champ d'action.

SUR LA ROUTE D'HIVER DES ALPES EN AUTOCAR P.L.M.

Les Services automobiles de la route d'hiver des Alpes fonctionnent entre Aix-les-Bains, Mont-Revard et Nice.

Jusqu'en fin janvier, deux départs par semaine ont lieu dans chaque sens : les lundi et jeudi au départ d'Aix, les lundi et vendredi au départ de Nice.

Le parcours d'Aix-les-Bains à Nice s'effectue en trois jours :

1re étape : Aix, Grenoble par Chambéry, Les Echelles, Saint-Laurent-du-Pont, Saint-Pierre-de-Chartreuse (déjeuner), Col de Porte.
2e étape : Grenoble, Digne par Monestier-de-Clermont, le Col de la Croix-Haute, Lus (déjeuner), Aspres, Sisteron.
3e étape : Digne, Nice par Saint-André-les-Alpes, Annot (déjeuner), Pont-de-Gueydan, Entrevaux, Puget-Théniers, Touet-de-Beuil.

Pour tous renseignements complémentaires s'adresser aux gares, bureaux de renseignements, bureaux de ville du Réseau P. L. M. et aux Agences de voyages.

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie. — R. C. C. 4264.

FONDÉ EN 1873. — N° 50 LE NUMÉRO 50 Centimes 5 DÉCEMBRE 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS (V°)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
[illegible]	45 fr.
[illegible] 1re zone	70 fr.
2e zone	90 fr.

DIRECTION SCIENTIFIQUE

H. BOURGEOIS, Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital Laënnec
A. BRÉCHOT, Chirurgien de l'Hôpital Broussais
M. CHIFOLIAU, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis
A. CLERC, Professeur de Pathologie interne, Médecin de l'Hôpital Lariboisière
H. CODET, Ancien Chef de Clinique psychiatrique
C. JEANNIN, Professeur de Clinique obstétricale, Accoucheur de la Pitié
Ch. LENORMANT, Professeur de Pathologie chirurgicale, Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié
L. LORTAT-JACOB, Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
G. PAUL-BONCOUR, Professeur à l'Ecole d'Anthropologie
A. PHILIBERT, Professeur agrégé à la Faculté
Félix RAMOND, Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
Henri VIGNES, Professeur agrégé, Accoucheur des Hôpitaux

RÉDACTION

RÉDACTEUR EN CHEF :
Maurice LOEPER
Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine
Médecin de la Pitié

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION :
Maurice GENTY

Les bureaux de Rédaction sont ouverts le Vendredi, de 5 h. 1/2 à 6 h.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance publique à Paris. — *Concours d'assistant d'électro-radiologie des hôpitaux.* — Classement. Lundi 23 novembre. — MM. Venturini, 9 ; Cheuzić, 8 ; Mlle Cauvet, 7.

Ces trois candidats sont admis à accomplir une 2e année de stage.

Séance du 26 novembre. — Epreuve d'électrologie. — Installer un dispositif pratique d'ionothérapie par le K. I. prêt à être appliqué sur le malade. — MM. Damond, 10 ; Duval, 10 ; Daliencourt, 10 ; Bernard, 12 ; Corbier, 6 ; Falcoz, 9.

— *Concours de stomatologiste des hôpitaux.* — Epreuve supplémentaire. — Séance du lundi 23 novembre 1931, à 8 h. 30. — M. Béal, 28 ; Fleury, 29 ; Cabrol, 28.

M. Fleury classé premier est proposé à la nomination de M. le Directeur général.

— *Jury du concours de l'internat* (Brévannes, Sainte-Périne, Chardon-Lagache, Hendaye, Champosay). — MM. les Docteurs Nicaud, Tzanck, Leibovici.

— *Concours de l'internat en médecine.* — Questions : *a*) Diagnostic des anuries ; *b*) Formes cliniques de l'insuffisance aortique.

MM. Porge, 17 1/2 ; Pierra, 19 ; Lafon, 18 ; Mlle Gageur, 18 ; MM. Picher, 20 ; Terver, 22 ; Bensaude, 24 1/2 ; Brocard, 19 ; Delorme, 24 ; Vidart, 17.

Séance du 25 novembre. — *a*) Diagnostic des tumeurs des bourses (hernies exceptées) ; *b*) Symptômes et diagnostic des polynévrites alcooliques.

MM. Marcombes, 18 1/2 ; Mouchotte, 18 1/2 ; Grépinet, 20 ; Vauclin, 24 ; Guison, 17 ; Roy André, 21.

Séance du 28 novembre 1931. — *a*) Symptômes et diagnostic du cancer de l'œsophage ; *b*) Formes cliniques de l'asystolie.

MM. Feuillet, a filé ; Mlle Œmichen, 17 ; Zhà, 23 ; Gelbert, 18 ; Bigey, 17 ; Genty, 19 ; Perreau, 23 ; Mallarmé, 24 ; Brinon, 19 ; Meyer Jean, 14 ; Le Cœur Pol, 17.

Lyon. — Le concours pour la nomination d'un médecin des hôpitaux, ouvert le 16 novembre, s'est terminé par la désignation de M. le Docteur Delore.

Clinique du Dr Robin. — Le Dr Pierre Robin, médecin stomatologiste honoraire des hôpitaux, informe ses confrères que sa clinique eumorphique du 50 de la rue de Rennes, est transférée 7 rue du Dragon où il continue de donner ses consultations gratuites, tous les mardi et jeudi de 8 h. 1/2 à 11 heures.

Société de pathologie comparée. — La séance solennelle annuelle (suivie d'un banquet) de la Société de pathologie comparée, aura lieu le mardi 8 décembre 1931, à 4 h. 1/2 très précises, à l'Hôtel des Sociétés savantes, 8, rue Danton.

Le banquet, où sera fêté le trentenaire de la Société, et que les dames sont invitées à honorer de leur présence, aura lieu dans les salons de l'Hôtel Claridge, 74, avenue des Champs-Elysées, à 19 h. 1/2 sous la présidence de M. Blaisot, ministre de la Santé publique.

Service de santé des troupes coloniales. — A la suite du concours institué par la circulaire ministérielle n° 430 1/2 du 10 février 1931, a obtenu le titre de professeur agrégé de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales :

Pour la Section chimie, pharmacie, toxicologie : le pharmacien commandant Cousin (Ernest-François), du dépôt des isolés des troupes coloniales de Marseille.

Est nommé à compter du 1er décembre 1931 dans l'emploi de professeur agrégé de la chaire de chimie, pharmacie, toxicologie, de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales : le pharmacien commandant Cousin (Ernest-François).

Cours de perfectionnement sur les maladies du cœur et des vaisseaux. — Sous la direction des Professeurs H. Vaquez et A. Clerc, assistés de MM. Ch. Aubertin, Donzelot, Mouquin, Soupault, E. Bordet, E. Géraudel, E. Surmont, M. Blascourret, P. Noel-Deschamps, Grellety-Bosviel, Robert Lévy, S. Vialard, Frain, Morin et Barry, un cours de perfectionnement commencera le lundi 11 janvier 1932, à 10 heures, à l'hôpital Lariboisière (salle Rabelais).

Programme du cours. — 1° Le matin, à 10 heures. Plus spécialement radioscopie et électrocardiographie théorique avec exercices pratiques. (Prise et lecture des tracés électriques et des orthodiagrammes, etc.). — Lundi 11 janvier, M. E. Bordet : Technique générale radioscopique. — Mardi 12 janvier, M. A. Clerc : Polyclinique. — Mercredi 13 janvier, à 10 heures, M. Bordet : L'ombre du cœur à l'état normal ; à 11 heures, M. Surmont : Télécardiographie. — Jeudi 14 janvier, M. Géraudel : Principes et technique électrocardiographiques. — Vendredi 15 janvier, M. Géraudel : Notions anatomiques et physiologiques électro-normal. — Samedi 16 janvier, à 10 heures, M. Bordet : Signes radioscopiques de la dilatation et de l'hypertrophie du cœur ; à 11 heures, M. Clerc : Présentation de malades. — Lundi 18 janvier, M. Géraudel : Troubles de fonctionnement du sinus. — Mardi 19, M. Clerc : Polyclinique. — Mercredi 20, M. Bordet : Affections valvulaires. — Jeudi 21 janvier, M. Géraudel : Extra-systoles. — Vendredi 22 janvier, M. Géraudel : Blocage sino- et atrio-ventriculaire. — Samedi 23 janvier, à 10 heures, M. Bordet : Péricardite, symphyse, Malformations congénitales ; à 11 heures, M. Clerc : Présentation de malades. — Lundi 25 janvier, M. Bordel : Pédicule cardiaque normal, Aortites. — Mardi 26 janvier, M. Clerc : Polyclinique. — Mercredi 27 janvier, M. Bordet : Anévrysme aortique. — Jeudi 28 janvier, M. Géraudel : Rythme nodal. — Vendredi 29 janvier, M. Géraudel : Fibrillation et flutter auriculaires. — Samedi 30 janvier, à 10 heures, M. Bordet : Artérites pulmonaires, Veines caves ; à 11 heures, M. Clerc : Présentation de malades. — Lundi 1er février,

M. GÉRAUDEL : Déformations de l'électrocardiogramme ventriculaire. — Mardi 2 février, M. CLERC : Polyclinique.

2° L'après-midi, *a*) de 15 h. 30 à 16 h. 30 : Démonstrations pratiques (examen des malades, radioscopie et orthobiographie, électrocardiographie), sous la direction des assistants et des internes du service. (Les auditeurs seront individuellement exercés aux diverses manipulations) ; *b*) à 16 h. 30 : Conférence clinique (des explications pourront être données en anglais).

Lundi 11 janvier, M. CLERC : Insuffisance cardiaque. — Mardi 12 janvier, M. GRELLETY-BOSVIEL : Péricardites et adhérences du péricarde. — Mercredi 13 janvier, M. VIALARD : Le cœur dans le rhumatisme articulaire aigu. — Jeudi 14 janvier, M. NOEL-DESCHAMPS : Endocardites infectieuses. —Vendredi 15 janvier, M. MOUQUIN : Lésions congénitales du cœur. — Samedi 16 janvier, M. VIALARD : Généralités sur les lésions valvulaires. — Lundi 16 janvier, M. DONZELOT : Infarctus du myocarde. — Mardi 19 janvier, M. R. LÉVY : Irrégularités du rythme cardiaque. — Mercredi 20, M. P. NOEL-DESCHAMPS : Bradycardies. — Jeudi 21 janvier, M. R. LÉVY : Tachycardies. — Vendredi 22 janvier, M. BASCOURRET : Exploration des artères, Sphygmomanométrie. — Samedi 23 janvier, M. AUBERTIN : Hypertension artérielle. — Lundi 25 janvier, M. BASCOURRET : Artérites oblitérantes des membres. — Mardi 26 janvier, M. AUBERTIN : Aortites et anévrysmes aortiques. — Mercredi 27 janvier, M. MOUQUIN : L'angine de poitrine et son traitement. — Jeudi 28 janvier, M. CLERC : Artérites pulmonaires. — Vendredi 29 janvier, M. P. NOEL-DESCHAMPS : Hygiène et médication générale des maladies du cœur. — Samedi 30 janvier, M. GRELLETY-BOSVIEL : Digitaline et ouabaïne. — Lundi 1er février, M. BASCOURRET : Médications vasculaires. — Mardi 2 février, M. SOUPAULT : Chirurgie des affections cardiaques.

Après le cours, des certificats d'assiduité pourront être délivrés, à la demande des auditeurs. Prix du cours complet : 300 francs.

Se faire inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Le registre sera clos huit jours avant l'ouverture du cours.

Hôpital Saint-Louis.— *Sixième série de douze leçons sur la blennorragie et ses complications.* — M. le Docteur M. HEITZ-BOYER, professeur agrégé d'urologie à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, commencera le mercredi 16 décembre 1931, dans son service, à 10 heures du matin, une série de douze leçons théoriques et pratiques sur la blennorragie, ses complications et son traitement.

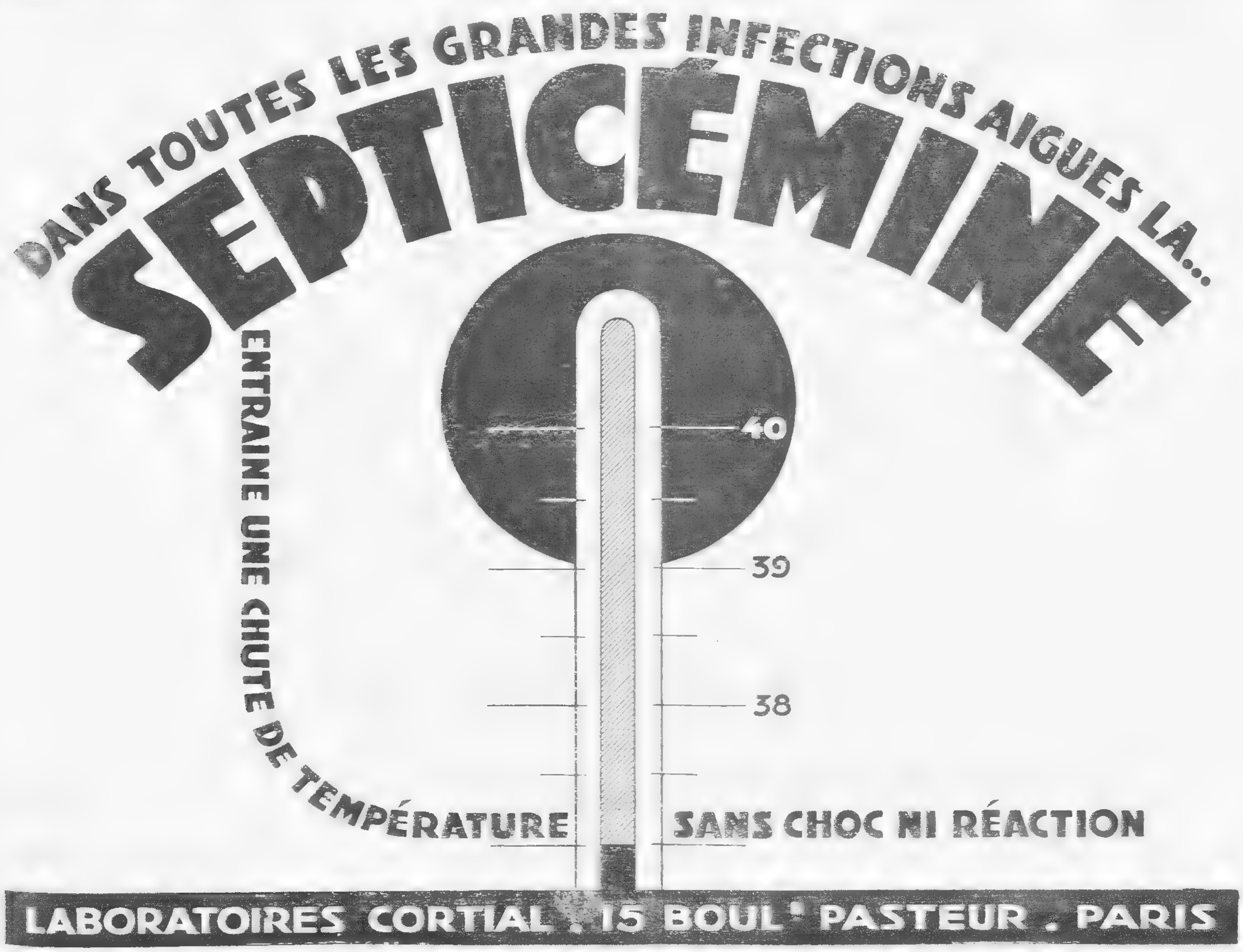
Chaque leçon sera suivie de présentation de malades et d'examens endoscopiques avec opérations urétro-cystoscopiques.

Ces leçons auront lieu tous les matins, de 10 heures à midi (sauf le samedi matin 19 décembre) du 16 au 23 décembre 1931, avec la collaboration de MM. Jules JANET, ancien interne des hôpitaux de Paris ; Félix MARSAN, ancien chef de clinique des maladies des voies urinaires ; Louis FERRIER, ancien interne des hôpitaux de Paris ; Jean TISSOT, chef de consultation ; Pierre BARBELLION, assistant à la clinique d'urologie de la Faculté de médecine ; Maurice CHAIGNON et Pierre THÉVENARD, assistants du service.

Mercredi 16 décembre, à 10 heures, M. Jules JANET : Le gonocoque, sa morphologie ; évolution de la blennorragie ; à 11 heures, M. HEITZ-BOYER : Traitement abortif de la blennorragie. — Jeudi 17 décembre, à 10 heures, M. Maurice CHAIGNON : Blennorragie chez l'homme ; ses complications uro-génitales ; à 11 heures, M. Jules JANET : Traitement par les grands lavages et les vaccins. — Vendredi 18 décembre, à 10 heures, M. HEITZ-BOYER : Nouveaux moyens de diagnostic et de traitement des urétrites chroniques (urétroscopie et étincelage de haute fréquence) : à 11 heures : Démonstrations et traitements. — Lundi 21 décembre, à 10 heures, M. Pierre THÉVENARD : Blennorragies prolongées ; à 11 heures, M. Jean TISSOT : Trajets para-urétraux, Rétrécissements, Prostatites, Urétrographie. — Mardi 22 décembre, à 10 heures, M. Pierre BARBELLION : Spermo-culture, Pseudo-gonocoques, Gono-réaction ; à 11 heures, M. Félix MARSAN : Rhumatisme blennorragique, nouveau traitement. — Mercredi 23 décembre à 10 heures, M. Louis FERRIER : Blennorragie chez la femme ; à 11 heures, M. Jean TISSOT : Chimiothérapie de la blennorragie, Prophylaxie individuelle et sociale.

Ce cours sera entièrement gratuit et donnera lieu à la délivrance d'un certificat d'assiduité. Pour se faire inscrire et pour tous renseignements complémentaires, s'adresser dans le service de M. le Docteur HEITZ-BOYER, à l'hôpital Saint-Louis, tous les matins, de 9 heures à midi.


LUMINAL
HYPNOTIQUE ET SÉDATIF PUISSANT
ANTIÉPILEPTIQUE SOUVERAIN
Tubes de 10
et flacons de 50 comprimés
à 0g 10 et à 0g 30
SOLUTION DE
LUMINAL
à 20%
Injectable
par voie intramusculaire
ÉTAT DE MAL, ÉCLAMPSIE, TÉTANOS,
VOMISSEMENTS INCOERCIBLES,
CURES DE DÉMORPHINISATION, ETC.
Boîtes de 10 ampoules de 1 cc.
BAYER
M L& B
LUMINALETTES
TRAITEMENT D'ENTRETIEN
DE L'ÉPILEPSIE, MIGRAINE, NÉVROSES
VASCULAIRES, COQUELUCHE, ASTHME
BRONCHIQUE, ANGINE DE POITRINE
ET AUTRES ÉTATS SPASMODIQUES
Grâce aux doses minimes
aucune action hypnotique
Flacons de 30 Luminalettes à 0g 015
« Bayer-Meister Lucius »
CONCESSIONNAIRES EXCLUSIFS POUR LA FRANCE
IGEPHARMA
47 bis AVENUE HOCHE - PARIS (8e)


DANS TOUTES LES GRANDES INFECTIONS AIGUES LA...
SEPTICÉMINE
ENTRAINE UNE CHUTE DE TEMPÉRATURE
SANS CHOC NI RÉACTION
40
39
38
LABORATOIRES CORTIAL . 15 BOULd PASTEUR . PARIS

Conférences du dimanche. — L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1931-1932, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (angle du boulevard Saint-Germain, entrée : 49, rue des Saints-Pères). Ces conférences sont publiques et gratuites.

Programme pour le premier trimestre 1931-1932. — 6 décembre, M. A. Tzanck : La circulation de retour du sang vers le cœur (son importance au point de vue thérapeutique). — 13 décembre, M. R. Weismann-Netter : La lymphogranulomatose maligne, maladie frontière. — 20 décembre, M. B. Weill-Hallé : Les nourrissons vomisseurs et leur traitement.

Union des médecins mutilés de guerre. — L'Union des médecins mutilés de guerre tiendra son assemblée générale le lundi 7 décembre 1931, à 18 h. 15, à son siège social, Hôtel des Ingénieurs civils de France, 19, rue Blanche, Paris (9e).

Ordre du jour. — Renouvellement du bureau ; Allocations aux médecins dans le besoin, aux veuves et aux orphelins.

Amphithéâtre d'anatomie. — Un cours de chirurgie des membres, en dix leçons, par M. le Docteur P. Lecœur, prosecteur, commencera le vendredi 11 décembre 1931, à 14 heures, à l'amphithéâtre d'anatomie et se continuera tous les jours à la même heure.

Droit d'inscription : 300 francs. Lieu d'inscription : 17, rue du Fer-à-Moulin, où l'on pourra consulter le programme. Dernier délai d'inscription : 9 décembre 1931.

Prix de la Société des chirurgiens de Paris. — La Société des chirurgiens de Paris rappelle qu'elle décerne chaque année quatre prix : 1° prix de chirurgie générale (prix Dartigues) ; 2° prix de chirurgie urinaire (prix Cathelin) ; 3° prix de chirurgie gastro-intestinale (prix Victor Pauchet) ; 4° prix de chirurgie gynécologique (prix Paul Delbet). Chaque prix est de mille francs.

Les travaux, originaux et inédits doivent être adressés au secrétaire général de la Société, Dr Charles Buizard, 3, rue de la Trémoille, Paris (VIIIe) avant le 31 décembre, au moins en deux exemplaires et de préférence en cinq, dactylographiés ou imprimés.

Fondation A. Chauveau. — Nous rappelons qu'il a été créé auprès de la Faculté de médecine de Lyon une Fondation Chauveau de 50.000 francs dont les revenus sont destinés à récompenser par un prix annuel de 2.000 francs alternativement des travaux scientifiques vétérinaires ou médicaux, ou à soulager des infortunes sociales dans les deux professions.

Le 15 décembre prochain prendra fin le délai d'envoi au secrétariat de l'Ecole nationale vétérinaire de Lyon (2, quai Chauveau, Lyon-Ve) des mémoires, ouvrages ou documents divers présentés par des vétérinaires français (métropole ou colonies) candidats au prix Chauveau de 1931.

Le prix (2.000 francs) sera décerné cette année par la Société des sciences vétérinaires de Lyon et récompensera le meilleur travail ayant trait à l'anatomie, la physiologie normale ou pathologique, la bactériologie, la pathologie générale ou infectieuse des animaux domestiques dont l'auteur sera un vétérinaire.

Les candidats devront se conformer aux conditions du concours déjà formulées dans un précédent avis.

Un Musée de l'histoire de la médecine. — Il existe, à Rouen, un Musée de l'histoire de la médecine et de la pharmacie : c'est à cette institution qu'un médecin rouennais, le Docteur Legendre, vient de léguer ses collections d'histoire naturelle, de médailles et d'autographes, ses documents ethnographiques et sa bibliothèque.

Société de pathologie exotique. — La Société de pathologie exotique a attribué la grande médaille d'or à l'effigie de Laveran à M. le Docteur J. Rodhain, directeur de l'Ecole de médecine tropicale de Bruxelles, pour l'ensemble des travaux que ce savant a produits en pathologie tropicale au cours de son long séjour au Congo belge. La médaille sera remise au titulaire à la séance du 9 décembre 1931, à 17 heures, dans le Grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur.

Nécrologie. — Dr Louis Delmas, de Rieux-Minervois (Aude), décédé à l'âge de quatre-vingt-un ans. Il était le père de MM. Paul et Jean Delmas, professeurs à la Faculté de médecine de Montpellier.

VOIR LA SUITE DES « NOUVELLES » PAGE 2236


HYPERCHLORHYDRIE
CONSTIPATION
ULCUS
BIS-KA-MA
BISMUTH KAOLIN COLLOIDAL
MAGNÉSIE
MUCILAGES VÉGÉTAUX
Marque Déposée
Traitement Rationnel
des Affections de
l'Estomac et de l'Intestin
par le Poudrage

TRAVAUX ORIGINAUX

Les facteurs de résistance à l'infection tuberculeuse

Par **Auguste LUMIÈRE**
Correspondant de l'Institut et de l'Académie de médecine

Singulièrement paradoxale paraîtra, à nombre de nos lecteurs, la thèse que nous nous proposons de soutenir.

Dès le début de leurs études et pendant toute leur carrière, souvent bien longue, les médecins ont vécu avec cette notion que la tuberculose se propage uniquement par contagion. Cette croyance, universellement enseignée depuis plus de cinquante ans, est admise comme un dogme intangible et définitif : elle est solidement ancrée dans les esprits et l'on conçoit combien il est périlleux, pour un auteur, de venir tout à coup prétendre que cette conception princeps est entièrement fausse.

Si nous avons le courage de nous élever contre une opinion quasi-unanime, c'est parce que, dégagé de toute emprise classique, nous avons acquis une conviction profonde, après avoir accumulé sur ce sujet, pendant plus d'un quart de siècle, de nombreuses expériences de laboratoires, des milliers d'observations cliniques minutieuses, de multiples documents démographiques contrôlés et des études méthodiques constantes, poursuivies sans aucune idée préconçue.

Nous avons ce courage parce que nous savons que nous nous adressons à une élite, parce que nous connaissons la haute culture et la valeur morale du Corps médical, qualités qui nous autorisent à lui demander un examen de conscience scrupuleux, sans parti pris, et à le prier d'envisager, en toute bonne foi, abstraction faite de tous intérêts particuliers, les arguments que nous nous permettons de lui soumettre.

Le programme de la présente note consistera à exposer les faits qui montrent la grande résistance de l'organisme humain à la contamination bacillaire, puis à tenter ensuite de déterminer les raisons principales de cette immunité.

A. Les faits

1° Résistance à l'inoculation par la peau

Quand la barrière cutanée, qui défend l'individu contre le passage des germes dans l'organisme, se trouve fortuitement entamée, le bacille de Koch peut pénétrer au niveau de la blessure et c'est l'accident dont les médecins sont parfois victimes au cours des nécropsies qu'ils pratiquent chez les tuberculeux. Nous n'avons pas affaire alors à la contagion, mais à de véritables inoculations. La littérature médicale renferme un certain nombre d'exemples de ces cas, dont l'un des plus classiques est celui du Dr Torkomian qui, en 1882, se fait une piqûre en autopsiant un phtisique : un abcès local se forme avec gonflement des ganglions épitrochléens et axillaires, à la suite duquel apparaît un tubercule anatomique qui persiste pendant plusieurs semaines et finit par guérir après cautérisation au nitrate d'argent. On rapporte aussi que les éminents chirurgiens Maisonneuve et Verneuil, dans des circonstances analogues, furent atteints de lésions tuberculeuses locales qui persistèrent pendant un an environ.

Le Prof. Chauveau présenta également un tubercule anatomique, au niveau d'une érosion qu'il s'était faite pendant une vérification pratiquée sur un cadavre de bacillaire granulique.

Au bout de longues années, aucun de ces médecins n'était devenu tuberculeux.

L'étude particulière des faits de cette nature a conduit Barthélemy à faire la déclaration suivante au Congrès de la Tuberculose de 1888 : « Je peux dire que je n'ai observé aucun cas de tuberculose généralisée ou viscérale, consécutive au tubercule anatomique, soit abandonné à lui-même, soit traité par la méthode sanglante ».

On pourrait bien citer, comme exception à cette règle générale, quelques cas dans lesquels les victimes de tels accidents ont succombé à la tuberculose, de longues années après l'inoculation et la guérison de la lésion locale, mais ces cas concernent invariablement des sujets issus de tuberculeux. L'un des exemples les plus frappants est celui de Laënnec qui mourut poitrinaire à quarante-cinq ans et qui avait été atteint, vingt ans auparavant, d'un tubercule anatomique, consécutif à une piqûre infectée ; or, l'illustre clinicien avait six ans quand sa mère succomba à la tuberculose. Il n'est pas rationnel d'incriminer ici l'inoculation plutôt que l'imprégnation héréditaire.

Dans sa thèse de Paris de 1884, Verchère relate le cas d'un étudiant en médecine qui mourut de tuberculose et qui avait été inoculé accidentellement, mais il convient de faire remarquer que le père de cet étudiant était tuberculeux.

Jeannel cite aussi l'observation d'une femme qui, soignant son enfant tuberculeux, contracta un tubercule anatomique, puis succomba plus tard à une bronchite. L'auteur a invoqué l'hérédité de retour ; nous sommes autorisé à penser plutôt que la mère, primitivement atteinte, sous l'une de ces formes latentes si fréquentes, a vu son infection évoluer tardivement, indépendamment de l'épisode du tubercule local et aussi de la maladie de son enfant.

D'autres accidents d'inoculation cutanée ou muqueuse, ont été relevés, principalement par les dermatologistes, telles que des lésions lupiques, des ulcérations nasales, des tuberculides, chez des individus vivant autour des cracheurs de bacilles, mais ces lésions ne se généralisent pas, demeurent locales et guérissent. Quand des manifestations viscérales surgissent, chez quelques-uns de ces sujets, c'est qu'on a affaire à des descendants de tuberculeux, ayant hérité de l'infection qui apparaît, sans avoir de rapport avec l'inoculation locale, comme une phase évolutive de la maladie héréditaire.

L'inoculation accidentelle peut aussi être plus profonde ; c'est celle que l'on a signalée quelquefois chez les nouveau-nés israélites lorsqu'ils ont été contaminés au moment de la circoncision rituelle effectuée par certains rabbins, tuberculeux avancés, pratiquant la succion de la plaie prépuciale pour étancher l'écoulement sanglant. Dans ce cas, l'infection évolue comme la tuberculose d'inoculation expérimentale, c'est-à-dire qu'elle se développe sans rémission jusqu'à la mort, sans jamais conduire à cette maladie retardée, essentiellement polymorphe, régressive et parfois curable qui caractérise la tuberculose humaine commune. Il s'agit ici d'inoculations profondes, chez des nouveau-nés particulièrement réceptifs et ce mode de transmission de la bacillose n'a rien à voir avec la contagion.

D'autre part, nous avons tenté expérimentalement d'infecter des cobayes par la voie épidermique, dans des essais que nous avons réalisés avec la collaboration de Mme Dubois : la peau des cobayes ayant été rasée, on a pratiqué des scarifications, des érosions, des piqûres de l'épiderme, assez accusées pour donner issue en certains points à quelques gouttelettes de sang, puis on a appliqué une culture virulente de bacilles de Koch sur ces blessures, sans avoir réussi à provoquer des lésions spécifiques. La cicatrisation arrive toujours promptement et pour que l'infection se produise, il faut que l'inoculation soit faite profondément dans l'épaisseur du derme.

Dans tous ces cas, cliniques ou expérimentaux, nous

avons affaire, non pas, répétons-le, à des phénomènes de contagion, mais à des inoculations véritables.

Si ces inoculations sont superficielles, cutanées ou muqueuses, elles guérissent et ces constatations font ressortir l'immunité naturelle ou acquise très notable de la peau et des épithéliums vis-à-vis de l'infection tuberculeuse.

2° Inexistence de la contagion dans les milieux les plus contaminés par le bacille de Koch, hôpitaux et sanatoria.

Les grands cliniciens du siècle dernier, et Laënnec en particulier, étaient unanimement convaincus de la non-contagion de la tuberculose ; c'est cette opinion qu'exprimait J. Franck, avec un bon sens incontestable, en écrivant dans son Traité de Pathologie interne : « Si nous réfléchissons que des centaines de phtisiques ont expiré entre nos bras, que nous avons approché des milliers de phtisiques sans nulle précaution, que des garde-malades dans les hôpitaux, soignent jour et nuit des phtisiques sans être plus exposés aux maladies de poumon que le reste du monde, ne devient-il pas hors de doute que la maladie dont il s'agit n'est pas contagieuse ? »

Cette assertion est invariablement confirmée par les statistiques de mortalité concernant le personnel sanatorial ou hospitalier, dans les grandes agglomérations de tuberculeux et tous les phtisiologues s'accordent à reconnaître l'innocuité de la cohabitation dans les établissements qu'ils dirigent et où les cracheurs de bacilles, réunis par centaines, devraient cependant propager l'infection, si elle était tant soit peu contagieuse.

A Falkenstein, à Goebersdorf, à Davos, à Madère, comme à Leysin, à Hauteville et dans les sanatoria du monde entier où ont été réunis et où n'ont cessé de séjourner des malades par dizaines et même par centaines de mille, jamais les médecins n'ont observé de cas certains de contamination. Nous avons fait nous-même une enquête auprès de quelques-uns des Directeurs de ces organisations sanatoriales et tous, sans exception, nous ont donné la même affirmation.

On ne manquera pas de prétendre que si le contage ne s'opère pas actuellement dans ces milieux particulièrement infectés, c'est que les crachoirs sont soigneusement désinfectés, qu'une discipline d'hygiène sévère est imposée aux malades et que toutes les mesures nécessaires de prophylaxie sont rigoureusement observées. Or, cette objection n'est pas valable, car la contagion n'existait pas davantage dans les hôpitaux quand on ne croyait pas à cette contagion et qu'aucune précaution n'était prise pour s'en préserver. La statistique de Williams concernant le Brompton Hospital où 13.262 malades recueillis en 37 ans, dont les trois quarts étaient tuberculeux, est de ce point de vue, pleinement démonstrative, vu que pendant cette longue période, les bacillaires n'étaient pas isolés et les crachoirs jamais désinfectés.

Nous sommes encore à attendre un cas de contagion indiscutable chez un adulte vivant dans ces milieux les plus contaminés et dont les ascendants seraient formellement reconnus indemnes de bacillose, après les examens cliniques et radiographiques indispensables pour pouvoir formuler une telle affirmation.

Mais ce n'est pas un cas unique qui suffirait à démontrer la contagion, étant donné les tuberculeux par centaines de mille qui répandent le germe autour d'eux, ce sont des centaines et des milliers de cas que l'on devrait pouvoir citer si la maladie était transmissible par contage. Or, nous n'en possédons pas encore un seul exemple authentique, alors que les sujets qui devraient se trouver ainsi les plus exposés, passant leur existence au milieu des phtisiques, sont innombrables et invariablement indemnes ! !

Etant avéré et reconnu par tous qu'il n'y a aucun danger à vivre dans un sanatorium avec les tuberculeux, nous nous demandons par quel raisonnement on peut arriver à prétendre que la maladie est transmissible par contagion ?

Si, pour un instant, nous devenons contagionniste, nous devrons forcément conclure que si les individus qui courent ainsi les plus grands dangers d'infection demeurent indemnes, c'est qu'ils ont tort et que, théoriquement, tous les phtisiologues devraient être morts ! !

3° Inexistence de la contagion conjugale

La cohabitation maritale avec un conjoint dont l'expectoration est bacillifère devrait être plus redoutable encore que le séjour au milieu des poitrinaires.

C'est dans ces circonstances que la contagion devrait se montrer avec un maximum de fréquence, surtout quand il s'agit d'époux qui vivent dans la plus complète promiscuité, sans prendre aucune précaution d'hygiène, voire même de simple propreté, couchant pendant des mois et des années dans le même lit jusqu'à la mort de l'un d'eux.

Les cas dans lesquels il n'y a pas contagion, malgré les conditions les plus éminemment favorables à la transmission et à la réception des germes, sont innombrables et ce fait est déjà passablement troublant. Pour notre compte, nous en relevons à chacune des consultations de la clinique de nos laboratoires ; nous voyons constamment l'un des conjoints expectorant des bacilles en abondance et depuis des temps souvent très prolongés (qui se chiffrent parfois par plusieurs années), sans que l'autre époux ait jamais pris la moindre mesure prophylactique et ce dernier reste invariablement indemne s'il n'est pas lui-même de souche tuberculeuse et s'il n'a pas apporté en naissant le virus ou l'agent septique qui sera seul responsable plus tard de sa maladie, indépendamment de l'affection de son conjoint.

Nombre d'auteurs, certes, ont prétendu et prétendent encore que la transmission de l'infection d'un époux à l'autre est loin d'être exceptionnelle, mais ceux qui soutiennent cette thèse ne s'appuient que sur des observations superficiellement relevées, dans lesquelles l'examen clinique et radiologique des ascendants n'est jamais effectué. Ils se contentent d'enregistrer des coïncidences et raisonnent comme si le conjoint n'avait pas la possibilité de faire une tuberculose pour son propre compte ; ils attribuent à ces coïncidences des rapports de cause à effet avec une légèreté incroyable, sans y regarder de plus près et c'est sur des faits et des conclusions de ce genre qu'est fondée la croyance en la contagion bacillaire !

Par contre, les cliniciens qui se sont donné la peine de scruter scrupuleusement les antécédents de leurs malades ont pu se convaincre de l'inexistence de cette contagion conjugale. Empis ne déclarait-il pas au Congrès de la Tuberculose de 1893, que pendant plus de cinquante ans de sa vie médicale active, il n'avait pu voir un cas de contagion maritale, à moins de faire entrer dans la statistique des malades héréditairement tuberculeux.

Depuis quelques années, nous avons eu la possibilité d'étudier 192 familles victimes de la tuberculose : des précisions sur 169 d'entre elles ont déjà été publiées dans un chapitre annexe, à la fin de notre ouvrage sur la tuberculose (1). Sur ces 192 familles, nous en trouvons 167 où l'un des conjoints est seul malade, et 25 ménages où les deux époux sont en même temps atteints de tuberculose.

Au prix des plus grandes difficultés, nous avons pu parvenir à étudier l'hérédité de 14 de ces ménages sur 25 et nous avons invariablement dépisté l'infection chez les ascendants de ces 14 couples. Pour les 11 autres, les parents n'ont pas été accessibles, ou sont morts, ou bien des renseignements suffisants n'ont pu être obtenus à leur égard.

Nous avons également complété nos investigations sur ces 192 familles frappées par la tuberculose, en étendant notre enquête aux enfants ; or, 163 d'entre elles ont donné

(1) Auguste LUMIÈRE. — Tuberculose. Contagion. Hérédité. 1931. Desvigne, édit., Lyon, p. 395.

naissance à 204 enfants tuberculeux : il ne s'est trouvé que 29 familles dont la descendance soit préservée ou qui soient stériles et parmi ces dernières, il y a de jeunes époux ou des enfants en bas-âge dont le sort ne pourra être connu qu'ultérieurement, puisqu'ils ne sont pas encore parvenus à l'époque de la vie où l'on devient le plus fréquemment tuberculeux.

La proportion formidable de bacillaires dans la descendance de ces familles ne peut qu'être au-dessous de la vérité.

Quoiqu'il en soit, il demeure établi que nous n'avons pas réussi à découvrir un seul cas de contagion conjugale certaine et que les conjoints des tuberculeux échappent invariablement à l'infection s'ils ne sont pas eux-mêmes imprégnés héréditairement de bacillose.

Les résultats de l'enquête que nous venons de résumer ne doivent pas être considérés comme absolus ; cette enquête a porté, en effet, sur un trop petit nombre de familles pour qu'on puisse en tirer des conclusions générales formelles. Il est fort probable que le hasard nous a mis en présence de cas dont l'ensemble ne représente pas exactement la moyenne des nombres et des proportions que nous fournirait une étude beaucoup plus étendue.

Tout en tenant compte de la valeur relative de notre documentation, il semble bien qu'elle soit amplement démonstrative.

D'ailleurs nous avons indiqué un autre moyen de prouver l'inexistence de la contagion conjugale et ce moyen est tiré de la comparaison du calcul des probabilités et des statistiques.

Grâce à la collaboration de notre ami, le Dr Vigne, directeur du Bureau d'hygiène de la Ville de Lyon, nous avons pu dresser une statistique de la mortalité par tuberculose, en partant directement des certificats de décès, statistique portant sur des sujets en âge de contracter mariage ; or, à partir de cet âge, sur 130.884 décès survenus en vingt ans, de 1906 à 1925, on en a relevé 27.335 qui sont dus à la tuberculose.

Les décès par bacillose représentent donc approximativement 20 % des morts totales, c'est-à-dire que un cinquième de la mortalité, à partir de l'âge adulte, est attribuable à l'infection bacillaire.

Partant de ce pourcentage, nous avons cherché à déterminer, par le calcul des probabilités, comment les décès par tuberculose devaient se répartir dans des groupes de deux individus représentant le mari et la femme, indépendamment de toute contagion et de toute cause perturbatrice, en ne tenant compte que du seul hasard. Nous sommes arrivé à ce résultat que sur 100 ménages, on devait en compter 64 chez lesquels la mort ne devait pas être attribuée à la bacillose, 32 où l'un seul des époux y succomberait, alors que dans quatre cas l'affection serait fatale pour les deux conjoints.

Notre calcul a été vérifié expérimentalement en introduisant dans un sac de 40.000 billes blanches représentant les décès par causes diverses autres que la bacillose et 10.000 billes noires représentant les morts par tuberculose ; après avoir mélangé aussi parfaitement que possible ces lots de billes blanches et noires, nous avons procédé à une longue série de tirages de couples de deux billes et nous sommes arrivé aux mêmes proportions : en moyenne sur 100 couples, on trouve 64 fois deux billes blanches, 32 fois une bille blanche et une bille noire et 4 fois deux billes noires.

Si donc, dans un pays où la mortalité par tuberculose est le cinquième de la mortalité totale, nous établissons la statistique des décès par tuberculose, pour un grand nombre de ménages, et si nous ne trouvons pas plus de quatre ménages, sur 100 où les deux époux meurent de tuberculose, nous pourrons affirmer formellement que la maladie n'est pas contagieuse

Il est évident, en effet, que si la contamination entre époux existait, la proportion serait forcément augmentée. Or, d'après nos investigations, confirmées par celles du Dr Rochette (1), directeur du sanatorium d'Angeville, cette proportion n'est nullement dépassée.

Nous sommes alors bien obligé de conclure que la tuberculose n'est pas contagieuse pour l'adulte.

B. Les causes de l'immunité vis-à-vis de l'infection bacillaire

Etant donné que le nombre des tuberculeux répandant à profusion des bacilles autour d'eux est considérable, puisqu'un cinquième de la population de nos contrées meurt de cette maladie, considérant, d'autre part, que les individus qui vivent en contact permanent avec ces cracheurs de germes, notamment ceux qui appartiennent au personnel des sanatoria et des hôpitaux de phtisiques et surtout les conjoints de malades poitrinaires, absorbent forcément et d'une façon prolongée et continue des bacilles vivants, en quantité qui peut être parfois fort importante, notamment dans les promiscuités conjugales, on doit se demander quels sont les processus de protection qui préservent ces individus des atteintes de l'infection.

Deux facteurs principaux semblent concourir à la réaliser : la défense lymphoïde au niveau du tube digestif et la défense d'ordre anaphylactique particulièrement active dans la sensibilisation par les protéines tuberculiniques.

1° Défense lymphoïde. Son absence chez les nourrissons

Une première remarque s'impose qui illustrera l'un des mécanismes de l'immunité antituberculeuse, chez les adultes ; c'est le contraste de cette immunité avec la réceptivité certaine des nouveau-nés. Si nous n'avons pas réussi à citer un seul fait certain de contage chez l'adulte, par contre les cas d'infection contractés par les nourrissons, au contact des phtisiques, sont nombreux et incontestables.

L'un des plus typiques est le suivant : Reich rapporte le cas de dix nouveau-nés, mis au monde à Neuenbourg par une sage-femme phtisique et qui moururent de méningite tuberculeuse dans l'espace de quatorze mois, alors qu'aucun autre cas de décès par cette cause ne se produisit chez les enfants mis au monde, dans la même ville, par d'autres accoucheurs. Or, la sage-femme phtisique avait l'habitude de pratiquer des insufflations, avec la bouche, dans les voies respiratoires des enfants, même quand ils ne présentaient pas de signes d'asphyxie.

D'autre part, on a signalé ce fait que les enfants nés de parents indemnes de tuberculose et confiés à des nourrices phtisiques, mouraient parfois de méningite : des nourrissons allaités par leur mère tuberculeuse au dernier degré succombent aussi quelquefois à la même affection. Dans tous ces cas, la contagion post-natale ne fait pas de doute et l'histoire de la sage-femme de Neuenbourg a même la portée démonstrative d'une expérience de laboratoire.

Quelle est donc la raison de cette réceptivité particulière des nouveau-nés, alors que les adultes sont réfractaires à l'infection ?

Nous avons pensé que la clef de ce singulier phénomène devait être cherchée dans la différence de structure du revêtement de l'épithélium intestinal, chez le nourisson et chez les sujets plus âgés.

Il est admis aujourd'hui que c'est surtout par le tube digestif que le bacille pénètre dans l'organisme ; or, les cellules épithéliales de l'intestin du nouveau-né ne présentent pas, à la naissance, leur forme définitive comme Disse l'a montré ; c'est seulement après l'accomplissement de l'acte digestif qu'elles acquièrent leur structure normale, mais indépendamment de cette modification morphologique de l'épithélium proprement dit, la tunique interne du tube digestif est, à la naissance, dépour-

(1) L. R[illegible]. — Tubercul[illegible]e conj[illegible]g[illegible]le et co[illegible]tagio[illegible] t[illegible]berculeuse. *Hauteville-Lompnes Médic[illegible]l*, T. II, 193[illegible], p. 37

vue de formations lymphoïdes qui apparaissent bientôt à la faveur de la pullulation de la flore microbienne saprophytique dans cet organe. Ces formations lymphoïdes constituent la barrière qui protège bientôt l'enfant contre l'invasion microbienne. C'est l'absence de cette barrière à la naissance qui permet la pénétration du B. C. G. dans le milieu intérieur et c'est pour cela que ce vaccin doit être administré aussitôt après la naissance.

Le temps nécessaire à la constitution d'une protection lymphoïde solide n'a pas été exactement déterminé, mais il n'est pas douteux que pendant les premiers jours et sans doute aussi les premières semaines de l'existence, l'intestin présente une perméabilité incontestable aux germes septiques et notamment aux bacilles de Koch, perméabilité qui fait défaut par la suite.

Les figures 1 et 2 font ressortir l'essentielle différence structurale du duodénum, chez un fœtus à terme d'une part, et chez l'homme adulte d'autre part : à la naissance, le tissu lymphoïde est presque inexistant tandis qu'il est extrêmement abondant et forme de vastes amas, constituant un filtre normalement infranchissable par les microbes, lorsque les fonctions digestives se sont exercées pendant un temps suffisant et que la septicité du contenu intestinal a conditionné le rassemblement des éléments lymphoïdes protecteurs au niveau de l'épithélium.



Fig. 1. — Duodénum de fœtus humain à terme.
Absence presque complète de tissu lymphoïde.

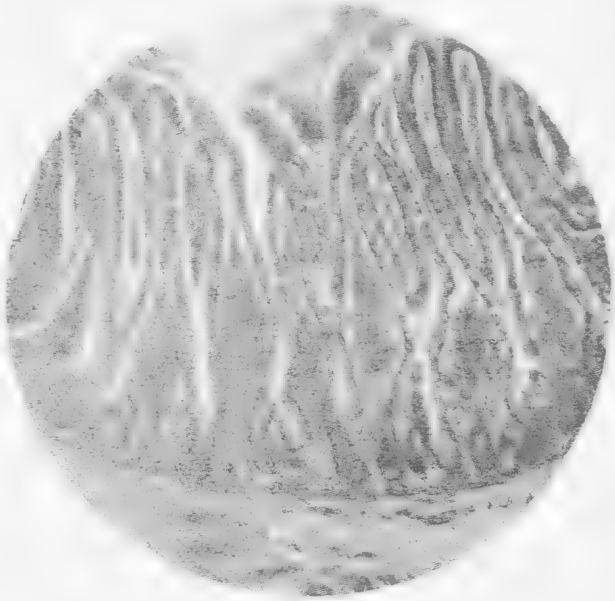


Fig. 2. — Duodénum de l'homme adulte.
Tissu lymphoïde extrêmement abondant.

Cette profonde différence dans les dispositions histologiques de l'intestin chez l'enfant et chez l'adulte et la création d'un réseau de cellules macrophagiques défensives chez ce dernier expliquent très vraisemblablement la réceptivité du nouveau-né et l'immunité qui s'établit quelque temps après la naissance.

2° Immunité de refus

Rappelons une fois de plus le principe général de l'anaphylaxie qui est la raison essentielle de l'immunité acquise.

L'intimité de l'organisme, chez les êtres vivants, est protégée contre la pénétration des grosses molécules de substances albuminoïdes ; ces dernières ne peuvent normalement franchir l'écran serré constitué par les revêtements cutanés ou muqueux qui séparent l'individu du milieu ambiant.

Si, pour une cause accidentelle quelconque, à la faveur d'une érosion par exemple, la continuité de l'écran vient à être détruite, si le filtre est en quelque sorte percé, les molécules de protéines et même des éléments beaucoup plus volumineux, comme les microbes, parviennent alors à pénétrer dans le sang. L'un des phénomènes les plus mystérieux de la biologie se produit alors : c'est celui de la sensibilisation spécifique.

On sait que quelques jours ou quelques semaines après l'absorption de la protéine étrangère, les humeurs de l'individu imprégné acquièrent des propriétés rigoureusement antagonistes de celles de la protéine sensibilisante : on dit qu'il se forme un anticorps. C'est ainsi que, quand la matière albuminoïde est une toxine, les humeurs deviennent spécifiquement antitoxiques, c'est-à-dire qu'elles sont capables de saturer, en quelque sorte, cette toxine et d'en annuler par conséquent les effets. C'est en faisant allusion à ce phénomène que Sahli, de Berne, a écrit : « La chimie colloïdale de la formation et en particulier de la spécificité des anticorps apparaît comme la plus grande merveille du monde ».

Si le phénomène de la sensibilisation n'a pu être jusqu'ici élucidé, s'il demeure toujours aussi mystérieux, nous avons tout au moins démontré que l'imprégnation protéinique confère aux humeurs de l'individu qui la reçoit le pouvoir de précipiter, lorsqu'elles sont mises de nouveau en contact avec l'albumine sensibilisatrice. Certains éléments du plasma se combinent avec cette albumine en donnant une floculation insoluble. C'est donc par insolubilisation que les effets de la toxine sont annihilés, chez les sujets préalablement imprégnés de cette toxine. Ils se trouvent ainsi immunisés.

De la même manière, si les protéines constituant le protoplasma d'une espèce microbienne donnée viennent à s'introduire dans l'économie, les liquides humoraux acquièrent la faculté de faire floculer ces mêmes matériaux microbiens lorsque les germes qui les renferment parviendront au contact des humeurs et la floculation du protoplasma des microorganismes entraînera la mort du germe.

Suivant que les albumines préparantes sont d'origine endo ou exo-microbiennes, le milieu humoral du sujet imprégné devient microbicide ou agglutinant, par précipitation des produits endo ou exo-toxiques. L'immunisation peut porter à la fois sur les germes et sur leurs produits d'excrétion par le jeu de ce phénomène anaphylactique que nous venons de rappeler.

Dans le cas du bacille tuberculeux et de ses toxines, les réactions anaphylactiques se manifestent au plus haut degré et présentent même un caractère nouveau qui ne se rencontre pas dans les autres infections.

Lorsqu'un sujet a été une première fois sensibilisé par les protéines du bacille de Koch, toute nouvelle impré-


PILULES DU Dr. DEBOUZY
OPOTHERAPIE BILIAIRE INTÉGRALE
INSUFFISANCE HÉPATIQUE
LITHIASE BILIAIRE
ICTÈRES
CONSTIPATION
DIABÈTE
TUBERCULOSE
ENTÉROCOLITE
4 à 8 PILULES PAR JOUR
efficaces et toujours bien tolérées
0 gr. 30 d'extrait de bile totale
environ 3 gr. de bile fraîche par pilule
LABORATOIRES LONGUET
34 RUE SEDAINE _ PARIS
Dr. DEBOUZY
HÉPATIQUES
de 100 Pilu

gnation donnera une floculation dont les leucocytes ne pourront plus débarrasser l'organisme. Pour toutes les autres protéines, les précipitations qui se forment à la suite d'une inoculation seconde, chez les individus anaphylactisés, sont aussitôt englobées par les macrophages qui les éliminent, principalement par digestion intraprotoplasmique ; or, ces cellules macrophagiques sont incapables de digérer les floculations provenant des protéines tuberculeuses ; elles succombent à la tâche ; il se fait un abcès au point de pénétration des matériaux bacillaires quand le sujet a été antérieurement sensibilisé pour ces substances et cet abcès ne peut se résorber, il faut qu'il soit évacué à l'extérieur et c'est par ce mécanisme que se produit le phénomène de Koch bien connu, mais non expliqué dans les traités.

D'autre part, cette propriété caractéristique des protéines tuberculeuses a des conséquences favorables du point de vue de la protection de l'individu.

La dissémination du germe tuberculeux est considérable, vu le nombre énorme de phtisiques qui le cultivent et le répandent à profusion autour d'eux. Les bacilles de l'expectoration ne peuvent être remis en suspension dans l'atmosphère qu'après dessication des crachats ; ils ont alors perdu leur vitalité dans l'immense majorité des cas.

Les cadavres microbiens qui infectent ainsi le milieu ambiant sont ingérés d'une façon continuelle par les habitants des agglomérations où se trouvent des phtisiques et on peut dire qu'il y en a partout. A un moment donné, cette ingestion se poursuivant pendant des années et pendant toute l'existence, il arrivera que les substances bactériennes parviendront à passer dans le milieu intérieur pour créer un état anaphylactique, un état allergique, suivant le vocable habituel, qui constituera une immunité grâce à laquelle l'organisme sera protégé contre les atteintes ultérieures du germe vivant. Ce germe donnera lieu au phénomène de Koch et sera alors éliminé.

Les produits tuberculeux engendrent une sorte d'*immunité de refus*, ainsi que nous l'avons expliqué dans notre ouvrage sur la tuberculose et dans un récent article publié par le *Paris Médical* (1).

L'immunité de refus existe sans que les sujets qui la possèdent soient en aucune manière infectés, car ce sont les protéines qui la créent : d'ailleurs le phénomène de Koch qui en est la modalité la plus flagrante peut être réalisé expérimentalement à l'aide de microbes morts, incapables de provoquer une infection.

La cuti-réaction positive est aussi un témoin de la sensibilisation et de l'immunité de refus et l'on comprend, d'après ce qui vient d'être exposé, que cette réaction augmente de fréquence avec l'âge, qu'elle puisse exister chez presque tous les individus dans les milieux très contaminés, qu'elle soit aussi plus tardive et moins fréquente dans les campagnes que dans les villes, etc.

Cette sensibilisation, cette immunité de refus, se rencontre aussi d'une façon constante chez les tuberculeux, et c'est pour cela qu'ils ne semblent pas pouvoir être réinfectés (leur réunion dans les sanatoria ne les aggrave pas).

La notion de l'allergie, considérée à la fois comme un signe d'infection et un signe d'immunité, était incompréhensible avant ces explications. En réalité, elle correspond à un état anaphylactique que présentent les infectés comme les immunisés.

Pour nous limiter à l'objet de cette note, nous remarquerons, en somme, que l'imprégnation, quasi fatale, par les protéines bacillaires contribue à engendrer un certain état de résistance à l'infection chez la plupart des individus et que ce phénomène, d'ordre anaphylactique, paraît constituer l'un des principaux facteurs de la non-contagiosité de la tuberculose chez les adultes.

---

(1) Auguste LUMIÈRE. — L'allergie dans la tuberculose. *Paris Médical*, T. XXI, 1931, p. 393.

Cancer et race
A propos du cancer chez les Juifs

Par le Dr **M. SCACHTER** (de Bucarest).

L'étiologie du cancer étant malgré toutes les recherches, loin d'être bien connue, il était en quelque sorte fatal, de voir les efforts des chercheurs se diriger du côté des facteurs qui, sans intervenir directement dans l'éclosion du terrible mal, sont néanmoins favorables, peut-être, au conditionnement de celui-là. L'élément « race » devait aussi être pris en considération, étant donné que par ce mot on prétend synthétiser, un groupe de caractères biologiques plus ou moins nettement définis.

Dans l'étude du cancer chez les Juifs, il faut considérer surtout trois aspects importants du problème. D'abord, *a*) la fréquence, puis *b*) la localisation et enfin *c*) la structure histologique des cancers.

a) **Fréquence**. — Ce chapitre est très différemment apprécié par les auteurs qui se sont occupés de cette question de statistique. En effet, tandis que Auerbach ne trouve nulle différence entre la mortalité pour cancer chez les Juifs, et les non-Juifs (1905), pour Doellinger (1901-1904) le cancer est plus rare, pour Theilhaber, il est plus fréquent chez les Juifs. Antérieurement à ces auteurs, de Bovis et von Konijnenbourg admettaient que le chiffre de la mortalité pour cancer était petit chez les Juifs tandis que Bienstock et Nowosielsky arrivaient à des conclusions opposées (1900-1920) En Algérie, Bertillion trouve une mortalité pour cancer, plus basse chez les Juifs que chez les Français, Italiens et Espagnols. Pour cet auteur, comme pour Verneuil et Delbet, l'explication doit être trouvée dans l'abstinence des Juifs en ce qui concerne la consommation de viande de porc.

Rosenfeld, ayant fait une statistique comparative pour la ville de Vienne (1901-1903) arrive à la conclusion que, la mortalité pour cancer était de 13 p. 10.000 chez les Juifs, tandis que les catholiques avaient une mortalité de 12,9 p. 10.000. On voit donc que la différence est à peine sensible : mais, ces chiffres sont loin d'être exacts car ils comptent aussi les Juifs venus à Vienne, pour y chercher des soins médicaux (Sigm. Peller).

Le travail de Hoffmann, « The mortality from cancer throughout the world, 1915 », se rapportant aux statistiques viennoises ante-belliques, ne peut pas être utilisé, puisque cet auteur compte tantôt seulement ceux qui habitent définitivement Vienne, tantôt aussi ceux qui sont étrangers à cette ville, mais y restent pour se soigner. En ce qui concerne les Juifs, cet auteur se rapporte aux chiffres de la communauté juive, chiffres qui sont dépourvus de valeur officielle.

Sorsby, a utilisé ces chiffres, sans les contrôler, dans son travail récent, « Cancer and Race », 1931. La conclusion qui se dégage des travaux de Hoffmann et Sorsby est que les Juifs, qui gardent les rites et les prescriptions religieuses, ont une mortalité pour cancer, plus basse que les autres peuples, qu'en général les Juifs sont moins prédisposés à avoir du cancer que les peuples au milieu desquels ils vivent. Du livre de Sorsby se dégage encore le fait que les Juifs d'un même pays ne diffèrent en rien de ceux d'autres pays. Ajoutons ici que ces conclusions, basées sur des données peu exactes, ont été vivement critiquées par Sigmund Peller.

D'un travail récent, écrit par A.-M. Merkow, il résulte que si l'on compare la population des grandes villes de l'Ukraine, on remarque que les Russes et Ukrainiens ont une mortalité plus importante de cancer que les Juifs.

De ces quelques considérations, on peut tirer la conclusion suivante. Il nous semble y avoir une certaine résistance « rassiale » des Juifs vis-à-vis du cancer ; seulement

◆◆◆

nous ne connaissons pas encore le mécanisme de cette résistance.

b) **Localisation.** — En ce qui coucerne la localisation des cancers, une série de recherches a montré que, les femmes juives sont deux à trois fois moins atteintes de cancers des organes génitaux, que les non-juives. Ce fait, constaté par Fishberg, de New-York, Braithwait et Theihaber, a été confirmé par plusieurs auteurs (Sanders, Hoffmann, Rubin, Horowitz et Peller). Merkow montre dans une étude récente qu'en ce qui concerne les Juifs, les hommes sont plus fréquemment atteints de cancer génital que leurs femmes, tandis que les Russes et Ukrainiens donnent un nombre plus considérable de cancers génitaux chez la femme.

Peller et beaucoup d'autres auteurs ont constaté que le cancer atteint plus fréquemment les ovaires des femmes juives que les autres non-juives, et que par contre le cancer utérin et vulvaire est nettement moins fréquent chez les Juives. Merkow arrive aux mêmes conclusions dans son enquête faite dans l'Ukraine.

Le cancer des organes génitaux mâles chez les Juifs est plutôt une rareté. En effet, en ce qui concerne le cancer pénien. Foederl (*D. Z Chir.*, 1926), rapporte que dans la clinique de Hochenegg (Vienne), sur 40 cas de cancers péniens, il n'y avait nul Juif et que sur 276 cas de cancer chez l'homme, observés dans un hôpital de Vienne, pendant onze ans on n'a pas vu un seul cancer pénien chez un Juif. Peut-être que le manque de prépuce expliquant l'exclusion des irritations locales, interviendrait dans le mécanisme de la rareté de cette localisation.

Les opinions varient beaucoup en ce qui concerne le cancer mammaire chez les Juives. Sanders, Merkow et Theilhaber trouvent parmi les Juives un plus grand nombre de cancers mammaires que dans la population au milieu desquelles elles vivent, tandis que Fishberg et Hoffmann admettent le contraire et que Horowitz ne signale nulle différence. Peller et Sorsby trouvent que dans certains endroits les Juives donnent un plus grand contingent de cancers mammaires.

Le tractus digestif en total, sauf le rectum, est plus atteint chez les Juifs (Fishberg). Sourasky, Sorsby et Peller disent que les Juifs ont moins de cancers de l'œsophage, de l'estomac, du foie et de la vésicule biliaire, mais plus de cancers intestinaux que les non-Juifs. En effet, des statistiques faites par Peller (à Vienne) il résulte que sur 100.000 Juifs, 38,1 sont morts de cancers de l'estomac et 44,5 de cancers intestinal, tandis que pour les non-Juifs, 47,3 sont morts de cancer de l'estomac et 27,4 de cancer intestinal.

c) **Structure histologique**. — En ce qui concerne la structure, Fishberg arrive à la conclusion que le sarcome est plus fréquent chez les Juifs que chez les non-Juifs (sar coma is somewhat more frequent in Jews than in others). Il a fait ses constatations sur le matériel du Mount Sinai Hospital (israélite) et du St. Lukes Hospital (catholique). Pour les Juifs, il note 22,5 %, pour les non-Juifs 12,7 % de sarcomes. Basé sur les références obtenues grâce à Mme le Dr Getzowa, de Jérusalem, Peller, peut conclure d'accord avec Fishberg que chez les Juifs de Palestine, le sarcome est plus fréquent que chez les autres peuples de l'Europe.

En ce qui concerne la date de l'apparition du cancer, les auteurs sont d'accord à admettre que le cancer apparaît en quelque sorte plus tardivement chez les Juifs que chez les autres. Cette notion mérite d'être contrôlée.

Conclusions. — Somme toute, les faits exposés, nous permettent de tirer les conclusions suivantes. Il semble que chez les Juifs la distribution et fréquence du cancer est autre que chez les non-Juifs. Peut-être que leur structure biologique, sociale et économique y entre pour quelque chose. Les différences dans la localisation des cancers se montrent surtout en ce qui concerne les organes génitaux, le tube digestif et les seins. On peut dire que les Juifs de plusieurs pays différents ont des traits communs en ce qui concerne la localisation de certains cancers. En effet, manque de cancer pénien, rareté relative du cancer de l'utérus, fréquence relative de l'atteinte des ovaires et de l'intestin, avec atteinte relativement rare de l'œsophage et de l'estomac.

En ce qui concerne le type structural, le sarcome prédomine.

Toutes ces notions très importantes, pour le problème du cancer en général, et peut-être pour la prophylaxie anticancéreuse, méritent, croyons-nous, d'être étudiées et vérifiées.

BIBLIOGRAPHIE

A.-M. Merkow. *Z. fuer Krebsfoschung*, 1931, Bd. 34-33. — Sign. Peller. *Z. fuer Krebsfoschung*, 1931, Bd., 34.

Moyens d'appréciation de la tension systolique maximum sans application d'aucun appareil

D'après la méthode du Dr G. I. Katz
Policlinique centrale cardiologique d'Odessa.
Chef G.-I. Katz

Par le Dr U. E. LIBERSONE

La question concernant la tension systolique maximum et les moyens d'appréciation ont acquis, ces derniers temps, un intérêt croissant, grâce au développement du diagnostic à l'aide d'un appareil. Comme le remarque avec raison Foillegardt, l'insuffisance de cette méthode c'est que nul docteur ne peut se dispenser de produire sur chaque patient, maintes appréciations de la tension systolique maximum.

Le diagnostic à l'aide d'un appareil doit être apprécié comme étant le plus objectif parmi toutes nos méthodes. Pourtant une certaine difficulté de transport, la cherté de l'appareil, les nombreuses suppositions, auxquelles on a recours, nous font voir que dans ce domaine notre travail est loin d'être terminé.

Avant de passer a nos observations et aux résultats obtenus il est bon de faire un abrégé historique et clinique de la question. Comme nous le savons, il existe deux moyens d'appréciation de la tension systolique maximum : sanguine et non-sanguine.

Déjà, en 1717, des tentatives ont été faites d'apprécier la tension systolique maximum du cheval en lui introduisant une canule en verre dans le vaisseau sanguin en précisant la hauteur de la colonne du sang monté.

En 1847, Ludvig s'est servi pour la première fois d'un manomètre en mercure à corceron. Quant à la méthode non-sanguine, nous en trouvons les premiers indices chez Faivre et Vierordt qui appréciaient la tension systolique maximum à l'aide d'une boule de plomb. Faivre a travaillé aussi à la méthode sanguine, en introduisant une canule dans l'artère épolaire au cours d'une amputation de bras. Plus tard survinrent les propositions de Merey suivies de corrections ultérieures de Weber (appréciation de la tension systolique dans les doigts). Il convient de citer le nom de Freye, proposant l'appréciation de la tension dans les veines. Dernièrement Moritz et Fabora appréciaient la tension systolique en introduisant une canule dans la veine médiane et en la joignant à un manomètre. Ils ont trouvé que la tension systolique des veines superficielles correspond à la pression d'une colonne d eau de 52 mm.

Il faut encore mentionner les travaux de Fraube qui a fait des essais pour définir la tension systolique maximum

en tâtant l'artère radiale. Un appareil original a été présenté par v. Bach.

Il serrait l'artère radiale à la distance d'une demi-paume de main au-dessus de la jointure de la main, jusqu'à disparition complète de pulsation. Il est inutile de décrire la méthode si connue de Korotkov, Riva-Rocci, V. Recklinghausen, ainsi que la méthode presque abandonnée de Gärter.

Il est important de s'arrêter pour un moment sur la question ; qu'est-ce en somme que la tension systolique maximum, car de là découlent toutes les imperfections et les défauts des méthodes mentionnées.

Nous entendons par la tension systolique maximum, la tension que le sang produit dans le vaisseau sur la colonne de sang se trouvant devant (tension de la pointe) et sur les parois du vaisseau (tension latérale) (Lang, Rülbs).

Nous distingnons, comme il est connu, la tension systolique maximum se formant grâce au travail cardiaque et aux bruits des vaisseaux.

Elle dépend de : 1° Schlagvolumen ; 2° de la vitesse de la systole ; 3° de la tension minimum et 4° de, ce qui est essentiellement important pour nous, l'extensibilité des parois artérielles (Lang).

La tension minimum dépend de : 1° la tension maximum, et 2° de la rapidité de l'écoulement sanguin du système artériel (Lang).

Dans tous les cas mentionnés, nous ne faisons pas d'appréciation directe, c'est pourquoi il n'y a rien d'étonnant que toutes les méthodes actuelles pour apprécier la tension systolique maximum soient imparfaites.

A. Muller et Fabre ont défini que les données numériques de la tension maximum dépassent considérablement les réelles. L'explication de ce fait se trouve dans l'appréciation du maximum de la tension où le flot de sang se jette dans un sac presque sans issue de l'artère serrée et transmet ce choc aux parois latérales (Lang). Cette superposition est en proportion directe avec : 1° la force vitale du flot pulsatif $\frac{mv^2}{2}$, c'est-à-dire Schlagvolumen, et de la rapidité du courant du sang ; 2° la rigidité des parois artérielles.

Nous avons encore moins de jugement sur la tension minimum que sur la tension systolique.

La seconde cause de l'imperfection se trouve dans le peu de considération qu'on prend de l'artère pulmonaire, la résistance des parois artérielles, qui peut varier de 3 à 4 mm. au mercure dans les hypertonies (qui se remettent au compte des systoles toniques des parois artérielles) et de 2 mm. au mercure dans les hypotonies. (Maquiliam et Reson, Djemogey, Parc, Devris-Reyling, Muller, Tverdinsky), (d'après Lang).

La moyenne $\frac{A}{W}$ se compte de 8 à 15 mm. au mercure. Dans les appréciations de la tension d'après la méthode exsangue Masingy, Sohei, Strassburger, on a trouvé que la tension minimum était de 70 à 80 % de la maximum.

Mais d'après les opinions de Müller et Blanel qui ont apprécié la tension systolique maximum d'après la méthode sanguine ces données numériques dépassent la réalité de 28 %. Dchon, Heitz, Dabus ont trouvé que les erreurs du moyen Riva Rocci atteignent une exagération de 15 % dans l'appréciation de la tension maximum. Le moyen Pachon, après contrôle, a montré une erreur de 47 %. Les erreurs du moyen Gärtner égale à 20 %, et la méthode qui a été élaborée individuellement par Janewey, Masingy, Sahli et Strasburger donne une imprécision de 20 à 30 %.

Il n'est plus question des erreurs d'un appareil à ressort (Boulut) qui nécessitent un contrôle constant. Parfois surgissent des surprises, semblables à celles que décrit Hischbruch (*M. Kl.*, 1930) réflexe de la tension systolique. Il paraît que chez différents sujets au moment d'une forte pression d'air dans la manchette atteignant le maximum, les données numériques de la tension systolique ont une intensité de 5 à 40 mm. au mercure. L'auteur considère ce phénomène comme un affaiblissement du système cordial.

En constatant tous les faits ci-dessus décrits nous devons convenir que les systèmes d'appréciation à l'aide d'un appareil, tout en prenant en considération leur inexactitude, se trouvent actuellement être les plus précis.

Le moyen dont nous nous sommes spécialement occupé et que nous avons eu l'occasion de vérifier une quantité de fois plus ou moins considérable, n'exige pas de changement. Mais au contraire étant plus physiologique, plus direct, il peut présenter un assez grand secours dans la pratique d'un médecin qui, n'ayant à sa portée qu'un stéthoscope pourra se former une idée sur l'état de la tension systolique. Ce moyen a été présenté par G.-I. Katz. (*Le Progrès Médical*, 1930) et a été vérifié sur une grande quantité de malades de la policlinique centrale cardiologique d'Odessa.

Cette méthode a pris comme base les observations bien connues de Vierordt qui est parvenu à connaître la force des bruits du cœur par un moyen original. Vierordt obtient l'unité du son à l'aide d'une petite boule de plomb du poids d'un milligramme tombant sur une plaquette de zinc pesant 2.406 gr. ayant une épaisseur de 8 mm. 2, une longueur de 32 cm. et une largeur de 17 cm. Cette chute se produit de la hauteur d'un mètre. Vierordt a déterminé que la force moyenne du premier bruit à la pointe (de la double valvule) était de 752 unités, le deuxième bruit au même endroit (transmis de l'aorte), 447 unités.

Le premier bruit sur la triscupide a 576 unités, le second bruit au-dessus de la triscupide (transmis de l'artère pulmonaire) a 400 unités.

Le premier bruit au-dessus de l'aorte (transmis de la pointe) a 234 unités, le deuxième (le bruit de l'aorte elle-même) 513 unités, le premier bruit de l'artère pulmonaire (transmis de la triscupide) a 325 unités, le deuxième, (le bruit propre de l'artère pulmonaire) 624 unités (citation de Katz).

Ainsi nous voyons que : 1° le bruit le plus fort se trouve être le premier bruit de la pointe (752 unités), transmis de l'aorte, il perd 69 % de sa force n'ayant sur l'aorte que 234 unités ; 2° le bruit de l'aorte (513 unités) à la pointe n'a plus que les 13 % de sa force (447 unités).

Il en résulte que le premier bruit de la pointe se rapporte au second comme 752 : 447, c'est à-dire que le premier bruit est deux fois plus fort que le second. Sur l'aorte le deuxième se rapporte au premier comme 513 : 234, c'est-à-dire qu'il est presque deux fois et demie plus fort que le premier.

Il est important, maintenant de passer à la question : quels sont les effets, qui peuvent avoir une influence sur le renforcement ou l'affaiblissement du second bruit. Il est évident que la force du bruit dépendra principalement de la tension du système sanguin. Ici nous devons discerner deux compréhensions : la hauteur et la force du bruit.

Comme nous le savons, le deuxième bruit se forme au dépend : 1° de la vibration des valvules de l'aorte ; 2° de la vibration des parois artérielles. Si la qualité des corps vibrants se transforme (la sclérose, l'infiltrat), par cela même la période des vibrations (T) peut changer, c'est-à-dire la rapidité de vibration $T = 1/N$ (quantité de vibrations) et le bruit peut devenir plus élevé.

C'est pourquoi il n'est pas rare d'observer que le second bruit de l'aorte est sonore ce qui se remarque dans l'hypotonie ; car le renforcement du second bruit est dû non à la transformation de sa force, mais à celle de sa hauteur.

Quant à la modification de la force du deuxième bruit, elle ne dépend que de l'augmentation de l'amplitude des vibrations dans les mêmes conditions, ceci, à son tour, dépend de l'intensité du choc du sang contre les parois et les valvules de l'aorte. Si ces dernières ne sont pas modifiées, l'intensité de la tension n'attirera pas de renforcement du bruit, il n'y aura qu'une accumulation de force car suivant les règles acoustiques, les vibrations harmoniques d'un corps élastique sont isochrones.

La formule nous donne : la force du bruit W dépend de : 1° de l'épaisseur du milieu, et 2° de la grandeur de l'ouverture acceptant le bruit et de la vitesse du bruit S. V ; 3° de l'amplitude de la vibration A, et 4° de la période T.

$$W = \frac{2 \Pi^2 A^2 SdV}{T^2}$$

De ce qui vient d'être exposé nous pouvons établir que l'accumulation de la force du deuxième bruit dépend principalement de l'intensité de la tension systolique.

G.-I. Katz propose de se servir de ces symptômes comme appréciation de la tension systolique maximum ; en effet, si le second bruit à sa pointe est égal au premier ou même plus fort, cela prouvera que nous avons affaire à une hypertonie, car à son état normal il est deux fois plus faible que le premier.

Simultanément nous verrons toujours que le second bruit de l'aorte surpasse le premier non pas de deux fois et demie, comme à son état normal, mais de cinq à six fois. Au cours de notre pratique nous pourrons facilement discerner la sonorité du second bruit (l'aortite-tension normale) de sa force (hypertension). Cette distinction spécifique s'acquiert même avec un peu de pratique.

A l'hypotonie nous remarquerons au contraire que le second bruit à sa pointe n'est pas deux fois plus faible, mais de cinq à six fois plus faible que le premier.

Le second bruit de l'aorte peut égaler le premier, ou lui être imperceptiblement plus faible. On recueille facilement toutes ces données à l'auscultation habituelle. Elles ne sont pas plus difficiles à trouver que les comparaisons habituelles des deuxièmes bruits de l'aorte et de l'artère pulmonaire pour définir l'accentuation.

Ce moyen donne d'excellents résultats, surtout chez les personnes qui souffrent de l'incapacité des muscles cardiaques sans bruits sonores. Les malades ayant une souffrance chronique des valvules exigent une ouïe plus exercée, mais dans tous les cas ce moyen donne d'excellents résultats si l'on peut distinguer le bruit du battement.

Nous reportant à ce qui vient d'être dit, nous répétons que la méthode de G.I-. Katz n'a pas la prétention d'évincer les moyens d'appréciation de la tension systolique maximum avec l'application d'un appareil comme diagnostic, mais au contraire les deux méthodes se complètent et se vérifient l'une l'autre.

Mais, prenant en considératien l'inexactitude des méthodes d'application d'un appareil, la méthode décrite mérite toute considération du médecin praticien. Elle est surtout précieuse à l'ambulance où le médecin, tout en ayant une affluence de malades, se servant de cette méthode, peut se prononcer sur l'état de la tension systolique de chaque malade.

Effectivement on peut dire avec précision : la tension systolique est normale (normotonie), elle est affaiblie (hypotonie), elle est renforcée (hypertonie) et même avec une certaine habitude on peut définir le degré de l'hypertension : hypertonia mediæ, magnæ et permagnæ.

Pour le diagnostic et l'indication d'une cure thérapeutique à suivre, ces données sont parfois suffisantes.

Parmi les résultats que nous avons obtenus, sur 2.000 observations de maladies cardiaques qui ont été vérifiées simultanément par les méthodes G.I-. Katz et Riva-Rocci-Korotkov nous rapportons au choix quelques exemples caractéristiques.

1° C..., 49 ans, employé. Il se plaint d'essoufflement et de vertiges. Les poumons, les organes abdominaux, le sang, les urines sans modifications particulières.

L'examen du cœur montre le diamètre transversal du cœur augmenté d'un travers de doigt à gauche et à droite. A la pointe, les bruits du cœur sont sourds, le deuxième par sa force surpasse considérablement le premier, le second bruit de l'aorte dépasse considérablement le premier. La radio montre une dilatation du ventricule droit et du ventricule gauche. Diagnostic porté à la policlinique : miocardiosclérose, hypertonie. Rivo-Rocci-Korotkov : 200-130 mm. au mercure.

2° B..., 36 ans, artiste de cinéma. Elle se plaint d'essoufflements, de céphalées, vertiges, douleur du sternum d'un caractère spasmodique. Anamné ; soues à 16 ans.

Les poumons, les organes abdominaux, les urines sans modifications particulières, le sang R-W (++++). L'examen du cœur montre : bruits assourdis à la pointe, le premier bruit est deux fois plus fort que le second. Bruit de l'aorte bref, claquant, le second est excessivement sonore et d'un timbre haut. La radio montre une dilatation de la partie semi-lunaire de l'aorte. Diagnostic porté à la policlinique : aortite syphilitique. Normotonie. Riva-Rocci Korotkov : 125 80 mm. au mercure.

Ici nous devons bien distinguer les conceptions : la hauteur et la force du deuxième bruit de l'aorte ; malgré la hauteur peu considérable du bruit la force en est restée normale, ce qui s'établit par le rapport normal des bruits de la pointe.

3° L..., 28 ans, ouvrier. Ne se plaint de rien. Les poumons, les organes abdominaux, le sang, les urines, rien à signaler. L'examen du cœur montre que les limites cardiaques sont augmentées de 2 cent. vers la gauche. Le second bruit à la pointe sensiblement affaibli (considérablement plus faible). Le second bruit de l'aorte insensiblement plus faible que le premier ; la pulsation cardiaque et artérielle : 56 pulsations par minute. La radio montre : augmentation peu considérable du ventricule gauche. Le diagnostic porté à la policlinique : vagotonie, hypotonie. Riva-Rocci-Korotkov 100-62 mm.

4° G..., 30 ans, employé. Il se plaint de vertiges, vapeurs, saignement de nez Les poumons, les organes abdominaux, le sang et les urines sans modifications particulières

L'examen du cœur montre le diamètre transversal du cœur augmenté vers la gauche de deux travers de doigt. Le second bruit à la pointe dépasse nettement le premier ; le second bruit de l'aorte prédomine par sa force plusieurs fois le premier La radio montre : dilatation du ventricule gauche. Diagnostic porté à la policlinique : hypertonie essentielle. Riva-Rocci Korotkov 280-210 mm.

5° D..., 56 ans, ouvrier. Il se plaint d'un peu d'essoufflement. Les poumons, les organes abdominaux, le sang, les urines sont normaux. L'examen du cœur montre : forte augmentation des limites cardiaques vers la gauche et la droite. Les bruits sont très sourds.

A la pointe le premier bruit dépasse considérablement le second (le second est nettement affaibli), le second bruit de l'aorte identique au premier. La radio montre : forte augmentation du ventricule gauche, ainsi que celui de droite. Diagnostic porté à la policlidique : miocardiosclérose, hypotonie. Riva-Rocci-Korotkov : 110-75 mm.

6° E..., 38 ans, employé ; pas de plaintes. Les poumons, les organes abdominaux, le sang et les urines sont normaux. L'examen du cœur montre : les limites du cœur normales, le premier bruit de la pointe deux fois plus fort que le second ; le second bruit de l'aorte deux fois et demie plus fort que le premier. La radio montre : cœur normal. Diagnostic porté à la policlinique : cœur normal, normotonie. Riva-Rocci-Korotkov 130-85 mm.

En sorte que, d'après ce qui a été dit, nous en venons à la conclusion que :

1° Si le premier bruit de la pointe prédomine par sa force le second et que le second bruit de l'aorte dépasse de deux fois et demie celui du premier bruit de l'aorte, la tension systolique est normale (normotensio).

2° Si le second bruit de la pointe dépasse le premier et que celui de l'aorte prédomine considérablement le premier, nous avons affaire à l'hypertension (hypertensio).

3° Si le premier bruit de la pointe prédomine nettement le second (le second est nettement affaibli) et que le second bruit de l'aorte est égal ou plus faible que le premier, nous avons devant nous l'hypotension (hypotensio).

3° La méthode du Dr G.-I. Katz est très commode à la réception des malades à l'ambulance, elle nous donne la possibilité de définir sur place, au cours de l'auscultation, sans appareil, l'état de la tension systolique maximum et de prescrire une cure thérapeutique correspondante.

BIBLIOGRAPHIE

La folie au XXe siècle. *Etude médico-sociale*, par A. Rodiet et G. Heuyer. Un volume de 360 pages, 40 fr. Masson et Cie, éditeurs, 120 boulevard Saint-Germain, Paris.

L'aliénation mentale a-t-elle progressé à Paris depuis la guerre ? A-t-on découvert de nouvelles formes de psychopathies ? Les réactions des aliénés sont-elles différentes ? En un mot, le bouleversement social de 1914 à 1918 a-t-il modifié l'évolution de la folie dans la capitale au XXe siècle. C'est ce que les auteurs, grâce à une documentation énorme et soigneusement classée, étudient et traitent dans cet ouvrage.

Après avoir résumé les conclusions d'une étude sur la folie, aux armées, pendant la guerre, examiné la société issue de la guerre et les nouvelles mœurs parisiennes, les auteurs ont orienté leurs recherches vers le centre psychiatrique où sont groupés les aliénés avant leur internement, ainsi ils ont pu se procurer les chiffres, statistiques et observations permettant d'étudier la question de la folie à Paris.

Après avoir, dans une première partie, examiné les causes possibles de recrudescence de la folie au XXe siècle, les auteurs étudient dans la deuxième partie les statistiques et les tableaux d'entrée des sujets envoyés à l'infirmerie spéciale pour expertise psychiatrique, ils recherchent la provenance de ces malades ainsi que les causes sociales de leur envoi aux fins d'examen mental.

Dans la troisième partie ils étudient les psychopathies les plus fréquemment observées, et, après avoir rappelé les symptômes essentiels de chacune de ces psychopathies, d'après le cadre nosographique encore admis en France depuis Magnan, ils observent les réactions médico-légales habituelles aux malades, réactions qui ont nécessité l'examen et l'internement.

Dépistage de la syphilis en pratique obstétricale et prophylaxie de la syphilis héréditaire, par P. Rudaux et H. Montlaur. Un volume de 146 pages (*Collection Médecine et chirurgie pratiques*) : 20 fr. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Fruit de la collaboration d'un accoucheur et d'un syphiligraphe, cet ouvrage pratique traite du grave problème de l'hérédo-syphilis tant au point de vue médical que social.

En présence du grave danger que présente au point de vue individuel et social, la transmission héréditaire de la syphilis, les différents Congrès et les assemblées réunies pour organiser la lutte contre le péril vénérien se sont mis d'accord sur plusieurs points, entre autres la nécessité d'empêcher toute possibilité de transmission congénitale de la shyphilis aux descendants.

Ce résultat ne peut être acquis que par un dépistage systématique (*enquête familialle, examens clinique et sérologique*), par le traitement non seulement des enfants atteints, mais aussi des géniteurs avant la procréation et de la mère pendant la grossesse.

En raison du danger social que présentent les contaminations nouvelles, des résultats appréciables ne peuvent être obtenus dans la lutte contre la syphilis que si les mesures considérées comme efficaces sont appliquées partout et intégralement.

Le livre de MM. Rudaux et Montlaur sur le dépistage de la syphilis en pratique obstétricale et sur la prophylaxie de la syphilis héréditaire permettra une application immédiate des mesures jugées indispensables. Il intéresse au plus haut point les médecins et les pouvoirs publics.

La pratique médical illustrée **L'acrodynie infantile**, par Ch. Rocaz. Un volume in-8° de 96 pages, avec 20 fig. dans le texte : 25 fr. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Ce livre paraît au moment opportun. Si, en effet, l'Acrodynie infantile, dont on a signalé de nombreuses épidémies à l'étranger, paraissait rare en France jusqu'à ces derniers temps, il n'en est plus de même aujourd'hui. Les cas observés sur notre sol et publiés, depuis trois ans, atteignent déjà un chiffre élevé. Et ce chiffre est bien inférieur à la féquence de la maladie qui, peut connue de la plupart des médecins, est encore rarement diagnostiquée. Cet ouvrage la fera connaître.

Après avoir fait un tableau complet de la forme classique de l'Acrodynie infantile, l'auteur étudie minutieusement ses formes anormales, et particulièrement les formes frustes, sur l'importance et la fréquence desquelles il a été le premier à attirer l'attention. Une documentation personnelle importante, jointe aux notions acquises antérieurement, lui permet d'établir le diagnostic de ces formes qui exposent le médecin non averti à de graves erreurs cliniques.

La pathogénie de cette affection, si curieuse et, jusqu'à ce jour, quelque peu mystérieuse, s'éclaire, dans cet ouvrage, par l'exposé de faits nouveaux et personnels qui conduisent l'auteur à la classer dans le groupe des névraxites dont on connaît la diversité et l'importance.

De nombreux clichés, fixant les traits caractéristiques de l'Acrodynie infantile, illustrent le texte, rédigé dans un style clair et précis.

Ce livre n'est pas seulement destiné aux pédiatres. Il sera lu avec grand profit par tous les praticiens, qui y trouveront les moyens de reconnaître et de traiter une maladie qu'ils sont aujourd'hui exposés à rencontrer fréquemment.

Notre-Dame de Paris, par Denise Jalabert Un volume in-8 (20 × 13). 46 gravures et un plan en couleurs. Broché, 7 fr. 50. H. Laurens, éditeur, 6, rue de Tournon, Paris (6e).

Mlle Denise Jalabert publie dans la collection des *Petites monographies des grands édifices de la France*, un volume sur Notre Dame de Paris.

Les admirateurs de Notre-Dame liront avec un vif intérêt cette étude historique et archéologique d'une érudition très sûre et d'une concision remarquable qui met en évidence tous les mérites, toutes les beautés de la grande cathédrale parisienne. Et les visiteurs de Notre-Dame trouveront dans cette *Petite Monographie* un guide très précieux où la structure du monument et tous les détails de la construction sont expliqués avec une clarté parfaite ; où toutes les scènes sculptées aux portails, autour du chœur et ailleurs dans l'édifice sont racontées et analysées d'une manière fort intéressante et instructive.

En décrivant les différentes parties de la cathédrale dans l'ordre où elles ont été édifiées, Mlle Jalabert marque à chaque étape les progrès réalisés par les constructeurs, et suit ainsi pas à pas l'évolution de l'architecture et celle de la sculpture pendant deux siècles, du XIIe au XIVe.

Nouveautés d'Etrennes 1932, Librairie Henri Laurens,
6, rue de Tournon, Paris-6e.

Dans la collection « Les Chefs-d'Œuvre à l'usage de la jeunesse » **Les contes de Schmid**, illustrations de Louis Morin. Un volume (28 × 22,5), 80 illustrations en noir et 8 en couleurs. Broché 15 ; fr. Relié 30 fr.

Les *Contes de Schmid* ont une réputation universelle. Les dessins coloriés de Louis Morin qui font revivre ces pittoresques époques seront un charme de plus...

Dans la collection « Plume et Crayon », **L'île des Centaures**, par A. Robida. Un volume (18,5 × 24,5) 4 planches hors texte en couleurs et nombreuses gravures en noir. Broché 9 fr. ; Relié, 15 fr.

Avec son crayon prestigieux, Robida a su évoquer ces hommes-cavaliers, leur demeure, leur campagne. C'est tout un monde nouveau qui apparaîtra à nos jeunes lecteurs.

Dans « Le Petit Coloriste » paraît **Fremières fleurs**, de G. Auriol. Album (28 × 22.5) avec texte donnant le modèle en couleurs et la planche à colorier. Huit planches et couverture en couleurs. Cartonné, 6 fr.

L'enfant se promènera avec plaisir à travers ce jardin et il gardera un souvenir parfumé de cette première leçon de peinture faite devant les fleurs.

Dans « Les Imageries françaises sur des Thèmes français » **Maître patelin**. Illustrations de Henry Morin. Un volume (28 × 22,5) 8 planches et couverture en couleurs. Broché, 5 fr. : Cartonné, 8 fr.

Les scènes sont illustrées merveilleusement par le maître Henry Morin.


IODAMÉLIS
Le spécifique
CARDIO-VASCULAIRE TOTAL
chez les
ARTÉRIO-SCLÉREUX
Uricémiques
Hypervisqueux
chez les
HYPERTENDUS VEINEUX
Cyanotiques
Variqueux
IODAMÉLIS
Iodo-Iodure de Potassium et Hamamélidine
Doses :
25 gouttes
aux deux principaux repas,
3 semaines par mois.
LABORATOIRES J. LOGEAIS - BOULOGNE-sur-SEINE PRÈS PARIS


Blédine
JACQUEMAIRE
Après le lait maternel
ou à défaut du lait maternel
mais toujours avec du lait,
sauf quand il n'est pas toléré,
veuillez penser à
la Blédine
JACQUEMAIRE
aliment biologiquement complet
d'une digestibilité parfaite
pour compléter le lait de vache,
pour le rendre plus digestible,
pour favoriser la croissance
et préparer le sevrage progressif
Dans les cas les plus difficiles
c'est aussi votre aliment de secours
car son emploi facultatif
au lait frais, au lait condensé,
pour suspendre l'allaitement
et y revenir progressivement.
Établissements JACQUEMAIRE
VILLEFRANCHE (Rhône)


Blécao
Toutes
les qualités
de la Blédine
ALIMENT COMPLET
dans
un délicieux
déjeuner instantané
adapté au goût et aux besoins nutritifs des enfants de plus de deux ans et des adultes, et qui s'accorde avec tous les régimes.
toutes les qualités
de la Blédine se retrouvent dans le
Blécao
reconstituant vitaminé
d'une digestibilité incomparable
5 F 50 la boîte
de 275 grammes
pour 20 déjeuners


Verrulyse
Une Boîte
constituant
un traitement complet
sera envoyée
avec la brochure " LES VERRUES ", sur demande
aux Etablissements JACQUEMAIRE à VILLEFRANCHE (Rhône)

THÉRAPEUTIQUE

Les voies conduisant à l'analgésie et aux médicaments analgésiques

Par E. STARKENSTEIN (de Prague)

Lorsque nous nous trouvons en présence d'un sujet atteint de maux de dents, de mal de tête ou d'une algie traumatique violente, et que nous lui administrons un médicament analgésique qui fait disparaître ses douleurs souvent au bout de quelques minutes, nous considérons ce phénomène comme tout à fait naturel, sans nous rendre compte exactement de l'importance de cette conquête thérapeutique. Le fait accompli fait souvent oublier le chemin long et pénible qu'il a fallu parcourir pour atteindre ce but.

Nous avons surtout perdu de vue à quel point la médecine était désarmée en présence de différentes affections avant la découverte de méthodes et de produits supprimant la douleur.

Le désir de voir la souffrance calmée ou atténuée remonte indubitablement à l'origine de l'humanité et ce désir se trouve déjà exprimé dans la littérature classique des anciens, de même que dans les aphorismes d'Hippocrate. Quelques médicaments destinés à calmer la douleur sont également mentionnés chez les anciens, et les médecins de cette époque étaient forcés de s'en contenter n'en connaissant pas d'autres. Nous trouvons, en tête de ces médicaments « le pavot somnifère » et l'opium qu'on en extrait. Si nous passons en revue les calamités provoquées par l'administration de l'opium et de la morphine, l'analgésie provoquée par cette dernière aboutissant à l'euphorie et finalement au morphinisme chronique, si nous calculons combien de malheurs se sont déversés par ce fait sur des individus, des familles et sur des peuples entiers, nous comprendrons aisément qu'on exige, de plus en plus énergiquement, une circonspection tout à fait particulière dans la prescription des analgésiques précités et leur limitation au strict minimum.

Nous devons remarquer qu'autrefois les opiacés étaient les seuls produits analgésiques à la disposition du médecin et que, en conséquence, il les ordonnait comme en témoigne la littérature ancienne, dans toute douleur quelle qu'elle soit. C'est la raison pour laquelle nous comprenons la tendance à introduire dans l'arsenal thérapeutique d'autres préparations ayant le même pouvoir, mais ne présentant pas les dangers inévitables inhérents aux opiacés.

A côté de la morphine nous trouvons un autre produit : « la mandragore » destinée au même emploi. On l'administrait sous forme d'alcoolat, surtout avant une intervention chirurgicale ; nous attribuons aujourd'hui l'effet produit par la mandragore à la scopolamine contenue dans ses racines ; cet alcaloïde possédant une action inhibitrice sur les centres nerveux.

Les possibilités de développement et de progrès de l'art chirurgical dépendent toujours d'une anesthésie efficace, et le fait que la chirurgie est restée pendant des siècles dans le marasme ne s'explique pas autrement, et cela prouve aussi que l'opium et la mandragore ne correspondaient guère aux postulats que l'on était en droit d'attendre d'un bon anesthésique.

Ce n'est que le milieu du 19e siècle qui fait augurer d'une nouvelle époque dans la médecine par la découverte des propriétés anesthésiques de l'éther et du chloroforme ; et c'est à partir de ce moment que la chirurgie a pu progresser à pas de géant pour arriver rapidement au point de développement que nous constatons aujourd'hui.

La recherche de nouvelles méthodes et la découverte de nouvelles préparations analgésiques ont encore eu ce résultat qu'il a fallu procéder à une révision de l'essence même de l'analgésie, notamment des points d'attaque des médicaments la procurant. Cela a permis d'étudier, plus à fond, les points d'attaques périphériques et centraux de ces produits ; à savoir la paralysie des terminaisons nerveuses sensibles d'une part, et d'autre part la sédation et la paralysie du centre algique. On a pu, de cette façon, circonscrire d'une manière plus précise, les champs d'indications de ces préparations.

Jusqu'à ces derniers temps l'anesthésie a toujours été liée à une paralysie ou, tout au moins, à une obnubilation de la conscience ; c'est pourquoi toute sédation d'une douleur était accompagnée d'états plus ou moins narcotiques. Il est clair que les faits précités restreignaient la possibilité d'administration des narcotiques en tant que moyens analgésiques ; des douleurs d'une espèce banale comme les maux de tête ou de dents demandaient un traitement qui ne dût apporter nulle entrave aux occupations journalières et le résultat ne pouvait être obtenu ni par l'opium, ni par la morphine, ni par l'inhalation d'éther ou de chloroforme, ni enfin, par la mandragore ou d'autres solanées.

Evidemment, il fut trouvé dans le quinquina et dans nombre d'autres produits ou extraits végétaux certaines propriétés analgésiques ; mais leur action n'était pas énergique et elle se manifestait, de préférence, en même temps que les effets thérapeutiques généraux inhérents à ces produits.

Ce furent plutôt les effets antipyrétiques que les propriétés analgésiques du quinquina qui donnèrent à la chimie synthétique l'élan qui la mit au service de la synthèse pharmaceutique ; c'est ainsi que s'orientèrent les recherches pour remplacer le quinquina par des médicaments obtenus par la synthèse chimique.

C'est ainsi que les chimistes furent conduits à la synthèse de l'antipyrine et, par la suite, du pyramidon, grâce auquel on avait, semblait-il, atteint le point culminant dans la préparation des produits analgésiques.

La grande importance de ces préparations réside dans le fait qu'elles provoquent une sédation de la douleur, tout en laissant intacts l'état conscient et les autres fonctions nerveuses, ne portant par conséquent aucune entrave aux occupations habituelles du patient. Il est encore une autre différence de principe entre les médicaments précités et ceux qu'on employait jadis : c'est le fait que, les premiers ont été cherchés et créés aux fins d'une indication nettement déterminée tandis que, dans les drogues naturelles, l'indication, au contraire, était, dans la plupart des cas, le résultat d'un effet thérapeutique purement fortuit.

Tous les efforts tendant à perfectionner les produits synthétiques de la catégorie ci-dessus aboutirent à la préparation d'un grand nombre de produits similaires quant à leur constitution et à leur effet ; sans toutefois que l'on puisse obtenir une augmentation sensible, quantitative ou qualitative, de leur puissance analgésique. Comme tous les médicaments, les produits précités étaient confinés dans un champ qui limitait leur action. On intensifiait cette action, là où elle ne suffisait pas, par l'administration d'une dose plus massive, mais il apparut bientôt que l'augmentation de l'effet était accompagnée de manifestations accessoires pénibles, de sorte qu'il a semblé que l'on avait atteint le point culminant dans la préparation des produits simples.

Pour obtenir des résultats supérieurs, on mit au service de l'analgésie la *thérapeutique combinée*. L'augmentation de l'effet des « composés » comparativement à celui de chacun des « simples » a été constatée d'une manière empirique et fortuite. E. Burgi fut le premier à établir les lois qui régissent ces problèmes. Il a reconnu les bases selon lesquelles la thérapeutique combinée rend possible l'augmentation de l'effet des composants employés. Cependant, cette intensification entraînait derrière elle une augmentation des phénomènes accessoires dus aux produits qui composaient la préparation combinée. Tout ce qui précède nous a incité à chercher les voies et les moyens permettant, par une combinaison adéquate, d'augmenter, d'une part, l'effet principal, c'est-à-dire l'analgésie, et de faire disparaître, d'autre part, les effets secondaires.

Ce but peut être atteint de deux façons :

1) Par l'administration simultanée d'un second produit qui a une action antagoniste vis-à-vis du premier : par ce moyen, nous n'obtenons que la disparition des phénomènes secondaires

sans influence sur l'effet principal, que ce soit dans le sens d'une intensification que ce soit dans le sens d'une inhibition.

2o Par le mélange de différents médicaments il est possible d'agir simultanément sur l'effet principal et sur les effets accessoires, de façon à ce que la deuxième composante intensifie l'effet principal et fasse, en même temps, disparaître, l'effet accessoire. Les deux méthodes sont naturellement basées sur la connaissance des points d'attaque des produits employés.

Il est clair qu'afin de pouvoir réaliser de semblables combinaisons, la notion précise des effets pharmacologiques de chacune des substances employées est de première importance, surtout lorsqu'il s'agit de la méthode mentionnée en premier lieu ; l'administration simultanée d'un médicament antagoniste.

L'antagonisme ne doit atteindre que les organes qui sont, en l'occurence, le siège des manifestations accessoires et il est important que l'antagonisme n'influe pas, en même temps, sur l'effet principal.

L'effet différent d'une excitation ou d'une inhibition du système sympathique ou parasympathique sur la fonction d'un organe nous fournit un exemple type pour ce qui précède.

La disparition d'un effet secondaire sans influence sur l'action principale peut être obtenue, en dehors de l'addition d'un deuxième produit, par un mélange approprié de plusieurs matières mélange dans lequel la dose de chacun des composants a été réduite, et où l'effet thérapeutique total a été obteun exclusivement par la combinaison des différents effets partiels.

Ce qui précède peut être démontré par les formules schématiques ci-dessous :

I. produit l'effet a + b + c — d.
2. » » a + d
3. » » a + c
4. » » a + b

a) Figure l'éffet thérapeutique que l'on désire obtenir tandis que b, c, et d figurent les phénomènes accessoires intéressant le cœur, l'intestin et les centres nerveux. Si nous employons la dose curative entière de chacun des médicaments sus-mentionnés, nous aurons toujours des manifestations accessoires. Mais si, par contre, nous n'employons qu'un quart de la dose totale de chacun des composants, en réunissant ensuite les quatre quarts, nous obtenons :

$$\frac{1 + 2 + 3 + 4}{4} = \frac{A}{2} + \frac{B}{2} + \frac{D}{2} + \frac{C}{2}$$

ce qui veut dire que si l'on se sert d'un quart de chacun des composants, on atteint intégralement l'effet principal, tandis que les phénomènes accessoires se trouvent refoulés au-dessous de leur action limite.

Quoiqu'une combinaison semblable se manifeste par une régularisation de l'effet dans ce sens que nous nous trouvons en présence d'un effet principal sans phénomènes accessoires, le but idéal consiste pourtant à obtenir une intensification de l'effet principal avec élimination simultanée des phénomènes accessoires ; ce qui devient possible si la combinaison est calculée de telle façon qu'elle se compose d'un élément de synergie pour l'effet principal et d'un élément antagoniste pour les manifestations accessoires.

L'idéal serait, par conséquent réalisé si, dans le mélange, le « remède cardinal » se trouvait porteur des effets principaux et accessoires tandis que « le remède adjuvant » était en même temps, un « correctif » influençant simultanément par synergie l'effet principal et était antagoniste sur les phénomènes accessoires.

Cette combinaison pourrait être exprimée par le schema suivant :

effet de 1 = (a + b)
» 2 = (a + c)

étant bien entendu que c = - b

Par conséquent l'effet total de

$$1 + 2 = (a + b) + (a - b) = 2\,a.$$

Les recherches faites dans ce sens ont abouti à la préparation d'une combinaison de Pyramidon et d'acide diéthylbarbiturique (Véronal).

Dans la formule ci-dessus le I figure le Pyramidon. Ses deux effets a + b sont l'analgésique (a) et l'augmentation de l'excitation des centres nerveux (b). Le deuxième composant l'acide diéthylbarbiturique possède également un effet analgésique (a) et, à côté de cela, un effet c (paralysie des centres nerveux). D'où il ressort que c = — b, de sorte que par addition de 1 + 2 il doit résulter une intensification de l'effet, savoir 2 a ce qui veut dire que même en diminuant les quantités de chacun des composants, nous arrivons au même effet thérapeutique que lorsque nous employons la dose curative seule. Par contre nous aboutissons à l'intensification de l'effet lorsque nous combinons a + b.

Il est possible de démontrer expérimentalement que les considérations théoriques ci-dessus correspondent à la réalité. Soit trois lapins. On administre au premier une dose toxique de Pyramidon, ce qui déclenche des convulsions graves. Un deuxième lapin reçoit une dose correspondante de Véronal : il présente des symptômes caractéristiques de paralysie. Un troisième lapin se voit administrer les deux doses toxiques simultanément et demeure dans un état normal aussi longtemps que les deux matières agissent de concert. Ce n'est qu'après élimination ou destruction de l'effet excitant que nous pourrons assister à de légers symptômes d'une action paralysante. Par conséquent, tandis que les deux manifestations accessoires toxiques, excitation et paralysie, s'annihilent mutuellement, nous trouvons l'effet principal, appartenant aux deux composants, intensifié ; cela se manifeste beaucoup moins lors des expériences de laboratoire qu'au cours des observations cliniques. C'est ainsi que le Veramone justifie pleinement les hypothèses purement théoriques. Il y a pourtant une conditions essentielle. La formule mathématique qui figure cette combinaison, exprime nettement le principe qui demande que les proportions des quantités des deux composants soient choisies de façon à satisfaire à l'équilibre désiré.

Le but essentiel de la combinaison consiste dans l'intensification de l'effet analgésique sans que le composant excitant ou paralysant puisse se manifester.

Ceci est naturellement d'une importance capitale, car une analgésie pendant la période de veille ou de travail, qu'il s'agisse de maux de dents ou de maux de tête, ne doit pas être accompagnée de somnolence ; c'est pourquoi le malade appréciera le fait que le composant paralysant est contre-balancé par le composant excitant sans que l'effet thérapeutique recherché en soit diminué.

Les travaux et les recherches de R. MAGNUS concordent avec les nôtres : ce qui a permis d'étayer les bases de ces recherches.

De multiples observations cliniques faites dans les directions les plus différentes ont confirmé que les thèses théoriques et les recherches expérimentales dont nous venons de parler pouvaient servir de base pour la composition d'un nouveau médicament, le Veramone, qui représente le résultat de ces considérations. Le Veramone donne, en effet, une intensification sensible de l'effet analgésique comparé à celui de ses composants, ce qui se manifeste surtout par la rapidité de la sédation ou de la disparition complète des douleurs. Mais ce qui constitue bien plus la nouveauté de cette préparation, en dehors de son effet analgésique, c'est qu'il a été possible, tout en intensifiant le pouvoir thérapeutique désiré : l'analgésie, de provoquer une annihilation mutuelle des manifestations accessoires inhérentes aux composants, de sorte que la toxicité de la combinaison est pratiquement inexistante, ce qui a été prouvé par de nombreuses observations cliniques.

De tout ce qui précède, il ressort que l'emploi des produits thérapeutiques combinés d'après les principes que nous venons d'exposer peut être considéré comme une nouvelle étape dans la voie de l'analgésie pharmaco-thérapeutique.

Dans les intoxications graves par les hypnotiques, Brochner (*Zentralblatt für innere Medizin*, 21 mars 1931.) conseille de faire, après le lavage de l'estomac, une ponction lombaire aussi précoce que possible, et de la faire suivre d'une injection souscutanée d'une grande quantité de sérum glycosé isotonique additionné d'éphrédine. Dans l'intoxication par la morphine on ajoutera les inhalations d'oxygène.

CHRONIQUE

Bactériologie des salpingites

Dans un intéressant article (1), DOUAY insiste sur la fréquence de la salpingite tuberculeuse : « Pour reconnaître la fréquence de la tuberculose annexielle il faut y penser souvent avec l'idée que la fréquence de cette affection est bien plus considérable qu'on ne le croit communément. Si on se contente de classer, dans la tuberculose annexielle, les cas avec nombreuses granulations apparentes, on reste dans la proportion infime de 3 % des salpingites opérées. Si l'on recherche avec soin les granulations discrètes plus ou moins apparentes sous la séreuse du ligament large, si on recherche le tubercule caséifié à la coupe de l'ovaire ou de la portion isthmique de la trompe, la fréquence augmente de 3/4 et atteint 8 à 10 %. Mais si on a la patience d'examiner au microscope la totalité des salpingites opérées ou seulement celles qui apparaissent suspectes, comme nous l'avons fait en 1922 avec l'aide de mon ami CHAMPY, la proportion monte à 12 % Cette proportion n'est pas encore la vraie. Car le microscope peut, encore, en laisser échapper quelques-unes. En voici un exemple : salpingite double opérée, tuberculose probable. L'examen histologique montre une lésion inflammatoire banale, mais les suites opératoires me laissent penser qu'il y a une raison à la lenteur de la cicatrisation à l'aspect spécial des bords de la plaie ; je cherche la pièce gardée au laboratoire, je fais un nouveau prélèvement choisi avec soin et, cette fois, le microscope trouve la lésion tuberculeuse caractéristique. »

Et après avoir passé en revue les signes cliniques de l'affection : 1° peu de phénomènes douloureux et constatation d'une grosse masse annexielle ; 2° évolution capricieuse ; 3° antécédents tuberculeux ; 4° règles irrégulières diminuées ou absentes ; 5° signes généraux d'imprégnation tuberculeuse, DOUAY insiste sur le grand intérêt que présente aux fins d'un bon diagnostic, la réaction de BESREDKA.

∴

A l'inverse de cette opinion il faut citer celle de DENTON et DALLDORF (2). Ces auteurs ont consacré un intéressant article anatomo-pathologique et clinique, aux salpingites pseudo-tuberculeuses. Sur 78 cas, où l'examen microscopique avait amené au diagnostic ferme de salpingite tuberculeuse et où, parfois, l'examen histologique semblait confirmer ce diagnostic, 34 cas ont été démontrés ne pas être imputables à la tuberculose.

∴

Je rappellerai, à ce propos quelques statistiques américaines sur la bactériologie des salpingites.

GOLDSTINE (3), sur 328 salpingites, relève 197 cas d'origine gonococcique, 43 cas d'origine puerpérale, 86 cas d'origine divers (dont douze avec des adhérences appendiculaires).

CURTIS qui a fait des travaux très appréciés sur la bactériologie gynécologique a publié un intéressant mémoire sur la bactériologie des annexites (4). Il a trouvé le gonocoque dans les trois quarts des cas, le streptocoque vient ensuite. et, en troisième lieu, le bacille de Koch. Le gonocoque disparaît souvent après quelques semaines et après la chute de la température ; mais la réinfection est fréquente et se fait souvent aux dépens des glandes cervicales infectées. La tuberculose est généralement méconnue faute d'examen histologique.

(1) DOUAY et IEPUREANO. — Diagnostic de la salpingite tuberculeuse. *Gynécologie et Obstétrique*, 1930, t. XXI, p. 385.
(2) *Surgery, Gyn. and Obst.*, avril 1930.
(3) *Surg., Gyn. and Obst.*, 1915, tome XXI, p. 1915.
(4) Pathologie et bactériologie des trompes de Fallope, *XLVIe Congrès de l'American Gynecological Society*.

C.-H. DAVIS, d'autre part, a publié une très intéressante étude sur la bactériologie des ovarites chroniques (1) étude faite en collaboration avec ROSENOW et suivant la méthode de celui-ci. Pour DAVIS, comme LAWSON TAIT l'avait suggéré, beaucoup d'ovarites résultent d'une infection hématogène. Il a examiné 62 cas chroniques et trois cas aigus. Dans 56 cas il y avait une affection abdominale concomitante (18 fibromes avec 15 ovaires infectés, 11 salpingites, avec neuf ovaires infectés, 11 appendicites avec huit ovaires infectés, huit cholécystites avec six ovaires infectés, etc.).

Chez un grand nombre de femmes les accidents n'avaient jamais été aigus et leur début remontait à un rhume pendant la menstruation ou à une amygdalite. Un bon nombre de ces femmes étaient vierges : l'une d'entre elles avait, même, une imperforation vaginale, ce qui élimine toute infection ascendante.

DAVIS reproduit l'ovarite par inoculation des germes isolés à des animaux de laboratoire : on sait que, d'après ROSENOW, les germes inoculés vont se fixer électivement sur les organes de l'animal inoculé que ceux de l'animal malade dont ils proviennent.

Sur les 62 cas d'ovarite chronique avec dégénérescence micro-kystique, on trouvée dans la moitié des cas, du streptocoque Dans dix cas, on ne put déceler de microbe. Le gonocoque fut trouvé dans un cas aigu et dans un cas chronique. Le bacille de WELCH existait dans 33 % des cas ; il ne semble avoir été la cause déterminante d'ovarite chez les animaux quoi qu'il soit capable de jouer un rôle dans l'infection puerpérale humaine. DAVIS considère les staphylocoques et pseudo-diphtériques trouvés par lui comme étant des hôtes accidentels, car jamais il n'a pu, avec eux, reproduire expérimentalement d'ovarite suivant le principe de ROSENOW.

La fréquence du streptocoque explique la fréquence des récidives après excision des lésions limitées : plutôt que d'exciser et suturer, il vaut mieux détruire les kystes au thermocautère ; la fréquence de cette infection explique aussi, sans doute, pourquoi on observe si souvent la dégénérescence des ovaires greffés.

Henri VIGNES.

(1) CARL-HENRY DAVIS. — A contribution on the etiological study of ovaritis. *Surgery, Gyn., and Obst.*, novembre 1918, p. 560.

Nouveaux toxiques utilisés par les toxicomanes — « De nouveaux dérivés allemands de l'opium ont trouvé des amateurs obstinés ; le *dicodide, l'eucodal*, et le *dilaudide* (benzoylmorphine) ; l'*eucodalisme* frappe le voisinage des usines qui produisent l'eucodal ; citons encore la *trivaline* et l'*eumekone* qui sont d'autant plus dangereux que la personne qui s'y adonne ignore la nature réelle du produit (?).

Le *Mescal* ou *Peyoll* produit de l'Amérique Centrale semble avoir été propagé par la littérature exotique, on en extrait un alcaloïde le « *sulfate de mescaline* ». Cette drogue provoque des visions kaléïdoscopiques, ce produit s'utilise mélangé à d'autres plus communs. » (*Le Mouvement sanitaire*).

« La plupart de nos concitoyens acceptent de confier à un maître quelconque cette chose précieuse entre toutes : l'intelligence de leur enfant et se croient atteints dans leur dignité si on leur signale un défaut physique ou un incident pathologique. Que l'on ne crie pas au paradoxe. Hélas ! mille fois j'ai pu le constater. Les examens en série des écoliers révèlent chez plus de 60 % d'entre eux des phénomènes pathologiques (minimes, il est vrai, pour la plupart), ignorés des parents et les trois quarts du temps, ceux-ci sont loin d'en être reconnaissants ; je ne crois pas qu'un seul médecin ayant l'habitude de ces examens me démentira. » (P. CHAILLEY-BERT. L'éducation physique dans l'enseignement secondaire. *Le Bulletin Médical*, 20 août 1931.)

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Appareil circulatoire

L'importance étiologique du rôle de la syphilis dans les maladies des artères est en général surestimée, disent MM. Lian, A. Blondel, R. Barrieu et Ribas Soberano.

Aortites. La syphilis est pratiquement toujours à l'origine des anévrysmes aortiques ; elle est très fréquente (81 p. 100 des cas) dans les aortites avec insuffisance aortique sans rhumatisme articulaire aigu dans les antécédents ; elle n'est qu'assez fréquente dans les aortites chroniques sans insuffisance aortique ni anévrysme.

Chez les sujets de 40 à 60 ans la sclérose de l'aortite sans anévrysme ni insuffisance aortique relève tout au plus de la syphilis dans la moitié des cas. Chez les sujets plus âgés, le rôle de la syphilis dans la genèse des scléroses aortiques est beaucoup moindre.

Syphilis et athérome. L'artérite syphilitique est une lésion caractéristique propre aux sujets infectés par le tréponème, l'atherome est un processus dégénératif artériel relevant de troubles humoraux causés suivant les cas par diverses intoxications ou infections parmi lesquelles la syphilis.

Artérites pulmonaires. L'origine syphilitique de toutes les artérites pulmonaires a été formulée par M. Arrillaga. Opinion trop exclusive. La syphilis ne joue qu'un rôle effacé dans les artérites pulmonaires secondaires d'une cardiopathie mitrale — un rôle plus important dans les artérites pulmonaires secondaires à une sclérose broncho-pulmonaire — un rôle très important dans les arterites pulmonaires primitives.

Artérites cérébrales. Différence fondamentale à faire selon que les sujets n'ont pas atteint ou ont dépassé la cinquantaine. L'aphorisme classique disant qu'un sujet hémiplégique sans cardiopathie doit être considéré comme étant presque toujours syphilitique, vise les sujets jeunes. Au delà de la cinquantaine et surtout au delà de la soixantaine, l'hémiplégie par thrombose cérébrale, relève le plus souvent d'un athérome banal.

Artérites oblitérantes des membres inférieurs. La syphilis ne joue qu'un rôle effacé dans l'étiologie des artérites sténosantes des membres inférieurs.

Artérites sténosantes de l'artère sous-clavière. Présomption, mais non certitude de syphilis.

Anévrysmes artériels périphériques. La syphilis en est la cause déterminante, même lorsqu'un traumatisme intervient.

Angines de poitrine d'origine cardio-artérielle. L'existence d'une angine de poitrine d'origine cardio artérielle (ancienne angine vraie) ne constitue pas une présomption de syphilis. L'origine ne semble être syphilitique que dans un tiers des cas environ.

Angor aigu coronarien fébrile. Il semble que la syphilis joue un rôle étiologique plus effacé que dans la forme commune des angors cardio-artériels.

Hypertension artérielle. La proportion des cas d'origine syphilitique par rapport à la totalité des hypertensions permanentes se place entre le tiers au moins et la moitié au maximum. L'origine syphilitique est d'autant plus à soupçonner que le malade est plus jeune — non pas d'autant plus que l'hypertension est plus forte.

Hypotension artérielle. Ce n'est pas la syphilis acquise, mais l'hérédo-syphilis qui seule pourrait être en cause, elle ne joue vraisemblablement ici qu'un rôle effacé.

A signaler l'opinion de Meineri — opinion un peu trop tranchée, disent les auteurs — qui considère que l'hypotension prolongée chez les syphilitiques est un signe d'évolution de leur maladie. (C. Lian, A. Blondel, R. Barrieu, Fr. Ribas Soberano. Remarques critiques sur le rôle étiologique de la syphilis dans les principales maladies des artères. *Paris Médical*, 4 juillet 1931.)

Le polymorphisme symptomatique des endocardites infectieuses est bien connu. MM. P. Harvier et A. Lafitte rapportent l'observation d'une « endocardite aortique, ayant évolué à bas bruit, sans fièvre, pendant sept mois, sous le masque d'une splénomégalie avec anémie. Ce n'est que dans le dernier mois que se sont manifestées deux poussées fébriles, au cours desquelles les hémocultures sont restées négatives. La lésion valvulaire n'a été dépistée que dans les jours qui ont précédé la mort.

L'augmentation de volume de la rate n'était pas due à la présence d'infarctus, mais à une splénite infectieuse, d'un type un peu spécial, caractérisée par une remarquable hyperplasie du réticulum.

Cette forme anatomo-clinique très atypique confirme une fois de plus la notion du polymorphisme des endocardites, spécialement lorsque celles-ci sont localisées à l'orifice aortique. »

(P. Harvier et A. Lafitte. Splénomégalie avec anémie symptomatique d'une endocardite aortique latente. *Paris Médical*, 10 octobre 1931.)

Chez les **hémophiles** *les contre-indications opératoires* sont tout à fait différentes de ce qu'elles étaient autrefois. Les hémophiles ont cessé d'être des gens qu'on ne peut toucher.

L'abstention est souvent plus grave que les risques opératoires. Si chez ces malades, les interventions restent chose grave — la décision d'intervenir pleine d'angoisse — ne pas intervenir, laisser un hémophile atteint d'ulcère de l'estomac, succomber à une hématémèse, est une décision qui entraine autant de responsabilité. La situation sera exposée aux parents, telle qu'elle se présente.

Les risques opératoires sont diminués si avant d'opérer, on corrige les lésions sanguines par des injections de sérum sanguin et des transfusions. La veille de l'intervention, on fera une injection de 20 à 40 cmc. de sérum sanguin et une heure avant l'intervention, une transfusion de sang à la dose de 200 à 300 cmc.

Par ce traitement préventif, on sera à l'abri des hémorragies consécutives à l'acte chirurgical, tout au moins dans les opérations bien réglées et si le chirurgien pratique une hémostase soigneuse portant même sur les petites veines. Par contre, des hémorragies se produiront secondairement, quand la correction des lésions sanguines aura cessé, dans les opérations lésant les tissus (chirurgie dentaire) ou ne permettant pas d'hémostase (chirurgie rhinologique).

Chaque opération nécessite des précautions spéciales et la collaboration intime du médecin et du chirurgien. Les contre-indications opératoires seront tirées non de l'importance de l'intervention et de la gravité des lésions hémophiliques, mais de la docilité du patient et de l'état de son système veineux — le chirurgien ne devant intervenir que si l'enfant malade est docile, capable de se laisser faire des transfusions et que s'il possède de belles veines.

(P.-Emile Weill. Les interventions chirurgicales chez les hémophiles. *La Presse médicale*, 8 juillet 1931.)

Varia

Un mode d'administration des cultures du bacille bulgare plus rarement pratiqué et qui s'adresse surtout aux cas d'ulcérations des régions basses du gros intestin consiste à employer les cultures par lavements à la sonde. Les quantités administrées sont en général supérieures à celles ingérées. Les résultats thérapeutiques sont parfois remarquables, notamment dans les cas de rectites ou de sigmoïdites.

(Dr A. Thépenier, *Gazette des Hôpitaux.*)

La rupture de l'utérus au cours de l'accouchement est assez peu fréquent et cependant elle n'est pas exceptionnelle.

Fleurent en a observé 5 cas en vingt ans de pratique.

Kupferberg 19 cas en vingt années.

Scheyer en a rencontré 10 sur 11.300 accouchements.

Laffont et Laribere, à la Maternité d'Alger en ont relevé 18 cas sur 6.500 accouchements.

Il faut s'attacher à faire au plus vite le diagnostic de la déchirure, ensuite et surtout dire et répéter que ce diagnostic comporte l'intervention immédiate, sans hésitation. Malheureusement, quand il n'y a pas d'opérateur à proximité, le temps qui passe emporte avec lui les chances de survie, et c'est là un inconvénient impossible à éviter. Le praticien qui reconnaîtra une rupture opératoire de l'utérus, quand il sera loin de tout secours, saura qu'il lui reste un moyen de traitement et qu'en pratiquant un large tamponnement dans la brèche même, il combattra l'hémorragie dans la mesure du possible, évitera l'inoculation du bassin, et donnera à la patiente des chances de guérison.

(Jean Murard. De la conduite à tenir en présence d'une rupture de l'utérus au cours du travail. *La Presse médicale*, [illegible] juin 1931.)

Il semble que le système nerveux malade soit plus sensible que le système nerveux normal aux modifications sanguines provoquées par l'hyperpnée. Tout se passe comme si, pour un degré d'alcalose modéré, le système nerveux lésé était capable de libérer des phénomènes pathologiques, tandis qu'il faut un degré d'alcalose plus prononcé pour que se manifestent les phénomènes tétaniques normaux.

(Laruelle et Heernu. L'hyperpnée dans le diagnostic des lésions localisées du système nerveux. *Presse médicale*, 27 juin 1931).

Gutmann s'élève à juste titre à mon avis contre l'emploi du mot ulcère duodéno-pylorique, dernier vestige de la bourrasque d'avant-guerre. Je suis entièrement de son avis, un ulcère est ou gastrique ou duodénal. Chaque fois, ses symptômes sont différents, et ses images radiologiques différentes.

(Noël Fiessinger. *Journal des Praticiens*.)

La médication sucre-insuline possède une action tonique très efficace dans l'insuffisanee cardiaque des sujets présentant de l'alternance du pouls.

(N. Kisthinios et D. M. Gomez. *La Presse médicale*).

La protéinothérapie spécifiqne des cancers est capable de donner des résultats très remarquables et mérite de retenir dès à présent l'attention de tous les chirurgiens.

(Laurence. Société des chirurgiens de Paris.)

Certains ont reproché au Propidon l'intensité de la réaction générale qu'il détermine et qui se traduit par des frissons et par de l'élévation thermique accompagné de nausées, de céphalée, de courbature et parfois de vomissements : il semble bien cependant que cette réaction, loin d'être nuisible, soit au contraire favorable, car plus elle est importante, et plus l'action du vaccin est manifeste.

(Tourneux. Les inflammations aiguës du sein. *Le Concours médical*, 28 juin 1931.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er décembre 1931

Au sujet d'une consultation publique et gratuite d'hygiène. — *R. Dujarric de la Rivière*. Persuadé qu'en prenant un contact immédiat avec le public, les médecins hygiénistes, tout en servant les intérêts particuliers de celui-ci, rendraient à la cause de l'hygiène un réel service, l'auteur vient d'ouvrir dans un quartier populeux de Paris une « consultation publique et gratuite d'hygiène ».

Ce nouveau service n'est ni un dispensaire, ni une consultation et il n'y est pas donné de soins aux malades. La « consultation d'hygiène » est ouverte à tous ceux qui désirent avoir des avis sur les questions d'hygiène individuelle ou collective; par exemple : Principes généraux d'hygiène individuelle : hygiène de l'habitation, alimentation rationnelle, exercices physiques, bains, piscines ; Hygiène particulière : du nourrison de l'enfant, de l'écolier, du vieillard ; Hygiene du travail : orientation professionnelle ; Lutte contre les fléaux sociaux ; Lutte contre les maladies infectieuses : où peut-on pratiquer une analyse de produits contagieux provenant de malades, une analyse d'eau ? comment désinfecter après une maladie contagieuse ? où et comment peut-on se faire vacciner contre la fièvre typhoïde, la diphtérie ? adresses de dispensaires et d'œuvres d'hygiène sociale ; Distributions de tracts et prospectus concernant l'hygiène : renseignements sur la législation sanitaire.

Ce qui caractérise essentiellement ce nouveau service, c'est le contact immédiat du médecin hygiéniste avec le public et surtout le caractère *individuel* des avis qui y seront donnés. Des prospectus et des tracts relatifs aux notions générales d'hygiène y seront distribués. Mais ce ne sera jamais qu'à titre complémentaire de véritables consultations qui y seront données par un médecin hygiéniste spécialisé, consultations portant sur des problèmes particuliers auxquels on s'efforcera de donner une solution aussi adéquate que possible.

Recherches cliniques et radiologiques sur la sclérose pulmonaire. — *M. Laurent Moreau*. Nous n'avons aucun signe, clinique ou radiologique, qui nous permette d'individualiser la silicose comme maladie professionnelle diagnosticable. En particulier la radiologie, par suite de l'insuffisance de visibilité de la silice, ne peut la mettre en évidence, contrairement à ce qu'on pourrait penser, ni radioscopiquement ni radiographiquement, et les images qu'elle nous offre n'ont aucune spécificité qui nous autorise à en poser avec certitude le diagnostic.

Traitement du tétanos par l'association urotropine et sérum. — *M. L. Couvy*. Le traitement des tetaniques à l'Hôpital indigène de Dakar a été institué sur les bases suivantes, depuis le mois de mars 1931 : tout d'abord le malade reçoit une injection intraveineuse de 20 cent. cubes de sérum ; puis, après 1 h. 30 à 2 heures, il est procédé à une injection dans la veine de 0 gr. 50 à 1 gramme d'urotropine, suivie elle-même, après une demi-heure, d'une nouvelle inoculation de sérum.

Les jours suivants, le traitement comporte une ou deux injections quotidiennes de sérum, précédées chacune d'administration d'urotropine.

Les doses de sérum thérapeutique utilisées ont varié, pour les malades de cette série, entre 320 et 620 cent. cubes, suivant l'âge des malades et l'évolution de la maladie.

Dans un cas, la guérison a été obtenue, chez une fillette de trois ans, avec 70 cent. cubes seulement de sérum.

La dose initiale de sérum a été de 80 à 120 cent. cubes pour les adultes.

Chez quelques enfants la voie endoveineuse ne put être utilisée ; et ont dut avoir recours à l'injection sous-cutanée, avec, semble-t-il, des résultats identiques.

Chez deux nourrissons atteints de tétanos ombilical très grave, l'urotropine fut administrée par ingestion : l'un reçut 240 cent. cubes de sérum et 9 grammes d'urotropine en quatorze jours ; le second 175 cent. cubes de sérum et 7 grammes d'urotropine en onze jours.

Tous les deux ont guéri.

Dix-sept malades, dont plus de la moitié présentaient une atteinte très sévère, ont été traités d'après cette technique générale ; ils n'ont donné qu'un seul décès, survenu après trois jours de traitement, chez une fillette de sept ans, malade depuis trois jours au moment de son entrée à l'hôpital.

Sur quelques observations de contagion dans des cas d'emphysème ou d'asthme secondaires à des scléroses pleuro-pulmonaires. — *M. Desbouis*.

Election d'un membre titulaire dans la VIe section (pharmacie) : Classement des candidats. — En première ligne : M. Bougault ; en deuxième ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique : MM. Bertrand, Bridel, Goris, Guerbet, Hérissey.

M. Bertrand est élu par 57 voix. Obtiennent : M. Bougault : 23 voix ; M. Goris et M. Hérissey : 1 voix.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 23 novembre 1931

Sur les propriétés immunigènes de la cryptotoxine diiodosalicylique. — *M. H Vincent et L. Vellux*. Le diiodosalicylate de sodium neutralise complètement la toxine tétanique à la dose de cinq dixièmes de milligramme pour 500 doses mortelles de celle-ci.

Cette cryptotoxine, à l'exemple des autres cryptotoxines colloïdales (savons) ou non colloïdales, a conservé son pouvoir antigène. Si on injecte au cobaye ou au lapin des doses progressives de cryptotoxine diiodosalicylée en diminuant la proportion de l'anticorps chimique ajoutée à la toxine, on obtient en quelques semaines, et après cinq et même trois injections, une immunité telle que les cobayes résistent complètement à l'injection d'épreuve de 800 doses mortelles dans le premier cas, 50 doses mortelles dans le deuxième cas, de toxine tetanique pure. Les lapins, ayant reçu six injections de la même cryp-

totoxine, ont reçu également sans inconvénient en neuf jours 5, puis 10, puis 20 cc. de toxine pure. Leur sang *in vitro* est fortement antitoxique.

Les agents cryptotoxiques dissocient la fonction immunigène de la fonction toxique du poison tétanique. *La toxine y subsiste à l'état latent.* Dans le complexe ainsi formé, elle n'est pas détruite, mais seulement dissimulée et immobilisée car on peut la mettre en évidence en acidifiant le milieu jusqu'à un pH = 4,7 ; il devient alors tétanigène.

Le fait qu'aucun des animaux protégés par les injections de cryptotoxine n'a accusé aucun symptôme même très discret ou très fugace de tétanos, démontre que la neutralisation de la toxine, aux doses respectives d'antigène et d'anticorps chimique utilisées, est réalisée intègralement. La forte immunité obtenue n'est pas fonction d'un excédent de toxine libre, mais est due à l'action du complexe cryptotoxique.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 20 novembre 1931

Deux observations d'infection streptococcique au cours de tuberculoses osseuses. — *M. A. Raiga* fait un rapport sur deux observations de *M. M. Galland* (de Berck) : la première concerne l'infection secondaire d'un abcès issu d'une coxalgie par un streptocoque parti d'un foyer de mastoïdite opérée, infection que des ponctions successives et répétées ont suffi à guérir ; la deuxième est celle d'un enfant porteur d'une para-coxalgie et chez lequel survint une ostéomyélite pubienne qui, sans modifier le cours de la lésion tuberculeuse, guérit par incision simple de l'abcès et qui présenta tardivement une élimination d'un séquestre. Le rapporteur se demande si, dans ce dernier cas qui revêt l allure clinique d'une ostéomyélite staphylococcique, le streptocoque isolé ne représenterait pas un staphylocoque en état de mutation.

Traitement orthopédique du mal de Pott sous-occipital (variété inter-alto-axoïdienne). — *M. R. Massart* fait un rapport sur un travail de *M. M. Galland* (de Berck) où l'auteur montre que cette lésion se caractérise essentiellement par une tendance à l'inclinaison avec glissement en bas et en avant de l'atlas sur l'axis. Après avoir insisté sur les signes radiographiques du mal de Pott inter-alto-axoïdien, l'auteur montra qu'on peut obtenir par un traitement approprié la correction de l'inclinaison et du glissement. L'appareil qu'il utilise de préférence aux minerves plâtrées est un appareil en celluloïd à mentonnière amovible et à bandeau frontal dont l'action peut être rigoureusement réglée.

Le cancer de l'estomac. — *M. G. Luquet* fait un rapport sur un travail de *M. Madureira* (de Lisbonne) dans lequel l'auteur insiste sur la part de l infection dans le cancer gastrique, infection non seulement locale mais encore ganglionnaire à distance (ganglions sus-claviculaires). Il recule de ce fait les limites classiques de l'opérabilité. A l'appui de cette thèse il apporte l'observation d'une jeune femme, mourante, présentant un énorme cancer de l'estomac avec ganglions, chez laquelle il fit avec plein succès une gastrectomie totale atypique avec survie de deux ans.

Eventration ombilico-sus-pubienne avec occlusion et gangrène de l'iléon. *M. G. Léo.* Chez une femme de 54 ans, au niveau d'une éventration qui occupait toute la longueur d'une incision de laparotomie faite cinq ans auparavant par un autre chirurgien, l'auteur a observé une occlusion intestinale datant de cinq jours avec sphacèle d'une anse d'intestin grêle qui a nécessité une résection intestinale longue de 41 cm., mesurée sur le bord mésentérique. Une suture termino-terminale a amené une guérison simple et rapide. Il cite une observation presque semblable, mais sans résection intestinale, publiée par le Dr Iliesco, de Bucarest, en 1930.

Gros calculs vésicaux. — *M. G. Luys* présente deux gros calculs vésicaux pesant, l'un 128 grammes, l'autre 133 grammes, enlevés par taille hypogastrique. Leur grande dimension contre-indiquait la lithotritie. Pour les extraire, il est nécessaire de faire une grande incision de la paroi antérieure de la vessie, d'employer les tenettes et de drainer la vessie pendant longtemps. Les fistules hypogastriques consécutives sont longues à fermer.

Abcès sous-phrénique. Perforation duodénale. — *M. Victor-Pauchet* et *MM. R. de Butler d'Ormond* et *Sourdat* (d'Amiens) communiquent l'observation d'une malade opérée d'un abcès sous-phrénique dû à une perforation du duodénum. Tamponnement du foyer ; gastro-entérostomie pré-colique et jéjuno-jéjunostomie au bouton. Apparition d'une fistule duodénale guérie grâce à l'application d'une sonde de Pezzer dont le chapeau, formant bouchon, vint occlure l'orifice duodénal.

La lombalisation. — *M. Rœderer.* La lombalisation bien moins connue que la sacralisation et plus récemment étudiée, a, à son actif plus de scolioses que la sacralisation et un tableau clinique plus précis avec une symptomatologie douloureuse plus localisée. La coïncidence avec le spondylolisthésis n'est pas constante ; aussi, serait-ce une erreur de confondre comme l'a fait Léri, l'habitus extérieur du lombalisé avec celui du malade atteint de glissement en avant d'une vertèbre lombaire. Dans quelques observations, les malades effectivement lombalisés, ainsi qu'en témoignait la radiographie, faisaient néanmoins des tuberculoses vertébrales. Il faut être d'une grande prudence avant d'affirmer qu'un syndrome peut être rapporté à une anomalie.

Lombalisation de la première vertèbre sacrée. — *M. Muller* (de Belfort) communique l'observation d'un homme de 38 ans souffrant depuis treize ans de douleurs lombaires, plus violentes depuis sept mois, s'irradiant vers l'épigastre et ayant fait croire à une gastropathie. L'aspect et la mobilité de la colonne vertébrale sont normaux. La pression des apophyses épineuses lombaires, du sacrum et de la crête iliaque droite est douloureuse. La radiographie montre une lombalisation totale de la première vertèbre sacrée et un crochet de spondylose de la cinquième vertèbre lombaire. On fait deux séances de radiothérapie ; les douleurs ont disparu au bout de six mois.

Fracture de Dupuytren vicieusement consolidée. — *M. Dupuy de Frenelle* présente le résultat obtenu par une opération de fracture de Dupuytren vicieusement consolidée, opérée deux ans après l'accident. L'opérée, qui marchait sur le bord interne de son pied, marche maintenant correctement sur la plante du pied. L'opération a consisté à reporter à sa place la malléole interne qui était transplantée sous la surface articulaire du tibia, à tailler une loge dans la face externe du tibia pour la malléole externe qui était basculée en dehors, à visser le tout avec de longues vis, boulonnées à leur extrémité, pour parfaire le rapprochement de la mortaise tibio-péronière. Les vis restent parfaitement tolérées depuis cinq mois. Toutefois la malade se plaint du frottement sous la peau qui fixe la malléole interne du tibia.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 novembre 1931

Un cas de méningite séro purulente primitive à gonocoques. — *MM. P.-Emile Weill, Duchon* et *Bertrand* rapportent un cas de méningite primitive séro-purulente gonococcique, d'évolution grave, qui dura deux mois et finit par la guérison. La ponction lombaire montra un liquide céphalo-rachidien trouble, renfermant des polynucléaires mais pas de microbes à l'examen direct. La culture permit d'en retirer un diplocoque en grain de café. Gram négatif ; c'était non un méningocoque, mais un gonocoque, comme le prouvèrent les caractères morphologiques et chimiques des cultures, les diverses réactions biologiques des humeurs et la thérapeutique. La guérison fut obtenue par un autolysat-vaccin, fait en partant du germe rachidien, alors que le malade cachectique commençait à présenter des eschares.

A ce propos, les auteurs passent en revue les rares observations de méningite primitive gonococcique qu'on trouve dans la littérature. La difficulté de poser le diagnostic étiologique de telles méningites permet de penser qu'elles restent souvent méconnues. Il convient donc de s'efforcer de faire à la gonococcie la part à laquelle elle a droit dans la pathologie des méninges. Pour cela, il faut : *a*) rechercher l'existence d'états méningés, même frustes, au cours de la blennorragie et du rhumatisme blennorragique : *b*) s'efforcer de caractériser


Dragées
ADRIAN
AU CHLORURE DE
MAGNÉSIUM PUR
Tonique d'une puissance extrême régénérant les tissus empêchant l'évolution des tumeurs de toutes natures.
ADRIAN & Cie 9, RUE DE LA PERLE - PARIS (3e)
AMINASE
ADRIAN
Chlorure de magnésium
dissimulé et
stabilisé
25

ces états par la culture et l'examen du liquide céphalo-rachidien, la gonoréaction et les épreuves thérapeutiques.

M. Coste relate un cas de méningite aiguë chez une femme ayant présenté de la métrite ; la ponction lombaire montra un liquide purulent contenant un gonocoque dûment identifié. Ultérieusement, la malade, guérie de sa méningite, fit une arthrite pseudo-phlegmoneuse du poignet gauche. L'auteur insiste sur la thérapeutique non spécifique qui donna les deux fois de bons résultats : les injections intra-rachidiennes et intra-musculaires de protéine méningococcique amenèrent la disparition des signes méningés en dix jours, et les injections intra-articulaires de la même protéine méningococcique entraînèrent la guérison de l'arthrite.

M. Netter souligne l'intérêt de ces faits venant prouver qu'il existe vraisemblablement une parenté étroite entre les deux agents pathogènes, méningocoque et gonocoque.

Agranulocytose bismuthique. — *MM. Sézary et Boucher* rapportent un cas d'agranulocytose bismuthique remarquable par son étiologie. L'intoxication bismuthique était due à l'usage prolongé pendant trois ans de suppositoires contenant ce métal et celui-ci avait été absorbé à la faveur de saignements quasi-permanents des hémorroïdes sur lesquelles ils étaient appliqués. Après une stomatite bismuthique typique, le malade eut une agranulocytose (10 % de leucocytes granuleux dans le sang) accompagnée d'anémie et d'hémorragies, contre laquelle trois transfusions demeurèrent inutiles.

Les auteurs insistent sur l'étiologie insolite de ce cas et pensent que l'intoxication bismuthique a provoqué ce syndrome non seulement à cause de sa longue durée, mais encore et surtout en raison de l'état général antérieur précaire du malade et peut-être aussi du long séjour qu'il avait fait plusieurs années auparavant dans une usine où il respirait des vapeurs de benzol.

Ablation d'adénome parathyroïdien pour lésions diffuses du squelette avec décalcification évolutive. Guérison. — *MM. Etienne May et J.-A. Lièvre* présentent une nouvelle observation d'adénome parathyroïdien avec décalcification évolutive du squelette. La maladie avait débuté, chez un homme de 35 ans, par une crise de coliques néphrétiques ; de violentes douleurs osseuses, une fracture spontanée, des tuméfactions avaient révélé les lésions osseuses. Dix ans après le début de la maladie, l'impotence était absolue, l'état général très mauvais ; la moindre pression sur les os, tout essai de mobilisation réveillaient d'intenses douleurs. La décalcification était telle que le bassin n'était plus visible sur les radiographies.

Les auteurs firent pratiquer l'exploration parathyroïdienne (Dr Moulonguet). Après ablation d'un adénome parathyroïdien, survint une tétanie grave, jugulée seulement par des injections intra-veineuses massives de chlorure de calcium. Mais l'hypercalciurie avait disparu, le bilan calcique devenait positif ; bientôt s'améliorèrent tous les signes, cliniques, chimiques, électriques, radiologiques de l'affection. Le malade transformé au point de vue physique et moral put commencer à se mobiliser.

Les auteurs insistent sur l'importance des signes viscéraux et neuro-musculaires de la maladie, montrent la contingence du taux du calcium sanguin et l'importance primordiale du bilan calcique ; sur celui-ci on juge du caractère évolutif de la maladie et de la transformation du motabolisme apportée par l'opération.

Sous-nitrate de bismuth et kaolin. — *M. Hayeem*, raconte avec humour l'histoire de deux medicaments qu'on n'utilise peut-être pas assez largement à l'heure actuelle et auxquels il reconnaît, pour les avoir déjà prônées jadis et vérifiées depuis de longues années des qualités qui méritent de retenir davantage, l'attention des praticiens. — Le sous-nitrate de bismuth peut être employé à hautes doses (jusqu'à 40 grammes par jour, sans déterminer de phénomènes d'intoxication sauf, en cas de stricture intestinale. Il agit surtout sur les extrémités nerveuses, calme les douleurs gastriques, atténue le spasme ; en outre c'est un hémostatique remarquable et un excellent antiseptique. — Le kaolin, moins onéreux peut dans bien des cas remplacer le sous-nitrate de bismuth, et produire des effets analogues. L'auteur préconise le mélange des deux substances (trois parties de kaolin pour une partie de sous-nitrate de bismuth) à la dose quotidienne de 20 grammes par jour, à prescrire en

une à trois fois selon l'intensité des douleurs. Ces médicaments ont en outre l'avantage de conserver leur pouvoir calmant de la douleur quel que soit le chimisme gastrique.

Mutations dans les services hospitaliers. — M. Beaudoin va à l'Hôtel Dieu, Paisseau à Trousseau, Ameuille à Cochin, Chiray à Bichat, Pasteur Vallery-Radot à Bichat, Milhit à Hérold, Troisier à Beaujon, Tinel à Larochefoulcaut. Touraine à Saint-Louis, M. P.-Weill à Saint-Antoine, René Bénard à Laënnec, Flandin à Bichat, Rouillard à Tenon, Gauthier à la Maison-Dubois, Binet à Necker, Pruvost à Tenon, Moreau à Bicêtre, Jacquet à Sainte-Périne, Léon Kindberg à la Salpêtrière, Cathala à Debrousse, Alajouanine à Bicêtre, Henri Bénard à la Charité, De Gennes à Bicêtre, Tzanck à Broca, Marchal à Broussais, Jacob à Ivry, Etienne Bernard à Bicêtre.

Michelle VALENTIN.

NOUVELLES

Association générale des étudiants. — La Section de médecine de l'Association générale des étudiants organise le 5 décembre à 22 heures, à l'Hôtel Colbert, 15, rue de la Bûcherie, Ve, un grand bal de nuit. Intermède artistique avec le concours de Parisys, Georges Pomies, Raymond Souplex. Entrée : 20 francs ; membres de l'Association, 8 francs.

Première conférence de la Société internationale de pathologie géographique. — Au début du mois d'octobre dernier, s'est tenue à Genève, la première conférence internationale de pathologie géographique. A cette conférence assistaient un grand nombre de médecins, cliniciens et pathologistes venus des différents pays d'Europe d'Amérique, d'Asie et d'Afrique.

La question étudiée à cette première réunion était celle de la *cirrhose hépatique*, dont les causes et les manifestations cliniques et anatomiques, variables suivant les différents pays, ont été l'objet de nombreuses et d'intéressantes discussions.

De cet échange de vues, il est apparu que la proportion des cirrhoses était particulièrement forte dans certains pays, et que, parmi les facteurs étiologiques de la cirrhose, les boissons alcooliques, et surtout les apéritifs, semblaient jouer un rôle de premier plan. Quant au rôle de certains métaux, comme le cuivre, de certains poisons inhalés dans des établissements industriels ou encore de certains parasites végétaux ou animaux, il est apparu que ces facteurs étaient encore discutables.

Il fut aussi entendu, à Genève, que sous l'expression de « cirrhose de Laënnec » on devrait comprendre désormais, non seulement la « cirrhose à petit foie granuleux » avec ascite, grosse rate et circulation collatérale, mais aussi la « cirrhose à gros foie » qu'en France nous appelons « cirrhose de Hanot et Gilbert » terme qui peut entraîner à des confusions avec la cirrhose de Hanot.

Dans le cadre ainsi élargi de la « cirrhose de Laënnec », il faut donc placer deux variétés anatomo-cliniques : la « forme atrophique » et la « forme hypertrophique » qui souvent se distinguent l'une de l'autre par des caractères cliniques et pronostiques mais dont le substratum histologique est le même. Entre elles, existent de nombreuses formes intermédiaires.

La première conférence de la Société internationale de pathologie géographique a été un réel succès tant par le nombre et la qualité des membres qui y participèrent, que par la valeur des rapports qui ont été exposés.

Il a été entendu qu'une réunion analogue se réunirait, dans trois ans, dans un pays qui reste à désigner.

Association amicale des anciens médecins des Corps combattants (74, rue du Rocher, Paris-VIIIe). — Le Comité de l'Association amicale des anciens médecins des corps combattants rappelle à ses camarades que le prochain dîner est fixé au samedi 5 décembre, à 20 heures, à l'Hôtel Claridge, 57 *bis*, rue de Ponthieu, à Paris.

Il sera présidé par le Médecin général inspecteur Dopter, directeur du Service de santé au ministère de la Guerre, membre de l'Académie de médecine.

Croisière de la « Revue générale des sciences » dans le monde polaire. — *Norvège, Spitzberg et Banquise.* — Expédition touristique se rapprochant le plus du pôle du 28 juillet au 21 août 1932, à bord du luxueux paquebot-yacht *Prince Olav.*

Programme. — Jeudi 28 juillet, départ de Paris pour Londres par le train du soir via Dunkerque-Tilbury. — Vendredi 29 juillet, arrivée à Londres le matin et départ immédiat pour Edimbourg par le « Royal Scot », où l'on arrivera à la fin de l'après-midi. Embarquement à bord du *Prince Olav* qui lèvrera l'ancre à 19 heures. Dîner à bord. — Samedi 30 juillet, en mer : Dans la soirée on arrive en vue de la côte norvégienne et après une courte escale à Bergen on repart vers les contrées légendaires du Soleil de Minuit. — Lundi 1er août, arrivée le matin à Trondheim. Dans la matinée promenade en automobile aux cataractes de Lerfossen. Déjeuner à Fjeldseter d'où l'on jouit d'une vue splendide sur la ville et les fjords. — Mardi 2 août, la croisière entrera dans le cercle polaire et escalera l'après-midi au Svartissen, glacier qui recouvre la côte continentale sur une longueur de 55 km. et qui descend jusque dans la mer. Dans la claire nuit d'été on apercevra l'immense mur des Lofoten. — Mercredi 3 août, dans l'après-midi escale à Tromso. — Samedi 6 août, arrivée dans la matinée au Spitzberg, pays du soleil de minuit. — Samedi 6 août, dimanche 7 août, lundi 8 août, tour à tour la croisière visitera depuis King's Bay, Cross Bay, toute pleuplée d'icebergs, Magdalene Bay, où d'extraordinaires édifices de glace ont maintes fois effaré les navigateurs, jusqu'à Green Harbour, Sassen Bay, Temple Bay, Advent Bay. Au cours de cette visite, le navire se dirigera vers le nord à la rencontre de la banquise, qu'il longera d'assez près pour permettre à chacun d'admirer le spectacle toujours changeant du paysage polaire. Le *Prince Olav* a atteint le 9 août 1930, la latitude nord de 81°25' point qu'aucun bateau de touriste n'avait approché jusqu'alors. — Mardi 9 août, après avoir quitté le Spitzberg on passe en vue de l'Ile aux Ours. — Mercredi 10 août, arrivée l'après-midi au Cap Nord. — Jeudi 11 août, escale à Hammerfest. — Vendredi 12 août, escale à Lyngseidet. Excursions en carrioles norvégiennes chez les Lapons. — Samedi 13 août, navigation à travers les îles Lofoden. On passera par Raftsund et Trollfjord bordés par une impressionnante rangée de montagnes tombant à pic dans la mer et dans lesquels la plupart des autres bateaux ne peuvent pas pénétrer. Dans l'après-midi on relâchera à Svolvaer, port pêcheur le plus important de l'archipel. — Dimanche 14 août, on passe en vue de l'îlot de Torghatten très curieux par le tunnel naturel qui le traverse de part en part. — Lundi 15 août, arrivée tôt le matin à Nes à l'extrémité du Romsdal-Fjord. De là excursion à Bjorli par une route empruntant la vallée du Romsdal qui prend au début l'apparence d'un parc boisé traversé par la torrentueuse rivière Rauma. Goûter à Biorli. Après une escale à Molde on s'engagera dans le Geirangerfjord jusqu'à Merok qui en est le point extrême et où l'on arrivera tard dans la soirée. — Mardi 16 août, au départ de Merok, excursion en automobile au lac de glace de Djupvanshytten. On quitte Merok dans l'après-midi en remontant le Geirangerfjord, l'un des plus sinueux. — Mercredi 17 août, arrivée dans la matinée à Bergen. — Jeudi 18 août en mer. — Vendredi 19 août, arrivée dans la matinée à Edimbourg, la cité de Marie Stuart, capitale de l'Ecosse. Pendant l'escale, on visitera : le château, le monument aux morts écossais, la cathédrale Saint-Gilles, le Parlement, le Palais et l'abbaye de Holyrood, le monument de Walter Scott, le monument à Nelson, le mémorial de Waterloo, etc. Dans l'après-midi on repart à nouveau sur le *Prince Olav*. — Samedi 20 août, navigation côtière le long de l'Angleterre. — Dimanche 21 août, arrivée à Boulogne, tôt le matin. Départ pour Paris.

Conditions du voyage. — Le prix de la croisière est établi en livres, soit au cours actuel à partir de 5.670 francs (prix applicable jusqu'au 1er janvier 1932 dans la mesure des places disponibles). Le prix de la croisière comprend tous les frais de l'embarquement au débarquement : transports maritimes et terrestres, nourriture, excursions, frais de batellerie, fauteuils de pont, pourboires à bord et à terre et les billets de chemin de fer et de bateau en 1re classe de Paris à Edimbourg et de Boulogne à Paris, par les trains mentionnés ainsi que les repas en wagon-restaurant.

Les cabines sont toutes à une ou deux couchettes, non superposées, extérieures et munies du confort le plus moderne. Le *Prince Olav* ne comportant qu'un nombre restreint de cabines, nous ne saurions trop conseiller aux personnes désireuses de choisir leurs places de s'inscrire dès maintenant.

Le prix de base spécial de 5.670 francs sera consenti aux lecteurs de ce journal qui s'inscriront avant le 1er janvier 1932.

Inscriptions et renseignements. — Au secrétariat de l'Association de la Presse médicale française, 23, rue du Cherche-Midi. Téléphone : Littré 14-61.

Grandes conférences internationales latines organisées sous les auspices de l'UMFIA. — Le président-fonda-


TABLETTES
HOVA
DES AFFECTIONS NERVEUSES
UTÉRAMINE
AMPOULES & GOUTTES
EN INJECTIONS HYPODERMIQUES
POUR L'USAGE INTERNE
ACTION CONSTANTE DANS TOUTES LES
HÉMORRAGIES
SELF DÉFENSE DE L'ORGANISME
LIPODÉTERPÉNOL
LIPOÏDES
ESSENCES DÉTERPÉNÉES
VITAMINES NATURELLES A & D
CAMPHRE
INFECTIONS CHRONIQUES
AMPOULES DE 3 CMS TOUS LES 2 JOURS.
POMMADE EN FRICTIONS ALTERNÉES
GOUTTES
PILKA
1 À 10
5 À 30
AFFECTIONS DES BRONCHES
Zyma. 4, Rue Bellart, Paris

teur, le Docteur Dartigues a eu l'idée de créer des Conférences internationales faites par de grandes personnalités scientifiques du monde latin et sous les auspices de l'Umfia. Ces conférences qui porteront principalement sur les diverses nations qui font partie de l'Umfia et envisagées dans leur activité scientifique et médicale contribueront à faire mieux connaître et affirmer le mouvement de spiritualité qui unit les divers pays de la latinité. Le Docteur Dartigues a créé une caisse pour subvenir aux dépenses nécessitées pour la location de grandes salles où seront invités les membres de l'Umfia, pour les frais de correspondance, etc.

Les premiers conférenciers inscrits sont, dans l'ordre : M. le Professeur FORGUE (de Montpellier), conférence sur l'Espagne ; M. le Professeur SERGENT, sur le Canada ; M. le Professeur Jean-Louis FAURE, sur le Brésil.

Ces conférences seront faites sous la haute présidence d'un Ambassadeur du pays qui fera l'objet de la conférence.

Les souscriptions sont reçues au siège social de l'Umfia, 81, rue de la Pompe, Paris-16ᵉ. Les noms des donateurs seront publiés ultérieurement.

Congrès des Ecrivains français. — Le Congrès des écrivains français aura lieu à Lille les 15 et 16 juillet 1932. A cette occasion le *Mercure Universel* va publier en juin 1932 le *Cahier des desiderata de l'Intelligence française.*

Pour constituer cet important document le *Mercure de Flandre* et le *Mercure Universel* font appel aux écrivains, romanciers, poètes, essayistes, journalistes et critiques qui peuvent en quelques lignes ou en quelques pages (minimum 5 pages) résumer clairement leurs désirs en vue de donner à l'Intelligence française dont ils sont l'expression, l'essor et la prépondérance qu'elle mérite.

Adresser toute correspondance et demande de renseignements à Valentin Bresle, 204, rue Solférino, à Lille.

« En médecine, il peut y avoir des erreurs nuisibles, il n'y a pas d'erreurs stériles. » (COLLET. Cité *in* M. PIERY et J. ROSHEM Histoire de la tuberculose.)

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifiant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter, en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

L'action pathogène des variations de la pression barométrique. — *Dans le* Mouvement Sanitaire (31 octobre 1931) *M. le Professeur Rochaix, de Lyon, consacre un article au* rôle pathogène des Vents *et au* rôle pathogène de la Pression Atmosphérique. *En voici un passage* :

«... L'influence des dépressions barométriques, surtout des chutes brusques, est des plus importantes sur la santé de l'homme. Quand la pression baisse, on note une accélération du pouls (Parrot, Lortet, Veraguth, Jaccoud, Mermod, etc), transitoire (Mosso) pouvant aller jusqu'aux palpitations. La tension artérielle est modifiée, mais l'accord n'est pas fait entre les observateurs. Pour les uns (Veraguth, Lazarus et Sirumski) elle serait diminuée ; pour les autres (Liebig, Aron), elle serait augmentée ; pour les derniers enfin (Frœnkel et Gepert, A. Lévy, Reynaud), elle serait sans modifications.

Budai a récemment souligné les perturbations que causent les dépressions brusques de la pression atmosphérique sur le cœur des scléreux. Elles comportent pour ce cœur les mêmes dangers que les efforts d'altitude ou les émotions. Il suffit d'ailleurs chez ces malades d'une simple diminution de pression, annonçant la pluie deux jours à l'avance, pour provoquer une recrudescence d'accidents morbides.

Pour cet auteur, ces accidents seraient consécutifs à une modification dans la structure colloïdale du protoplasme, survenant à la suite des oscillations barométriques et provoquant ainsi d'importantes modifications dans la fonction des vaisseaux capillailes, ce qui équivaut à une barosensibilité de leur protoplasma endothélial.

Fritz, de son côté, a récemment démontré la diminution de la tension de l'oxygène dans le sang, sous l'influence de la diminution de pression, qui détermine une acidose et une exagération de désintégration des protéines.

Foveau de Courmelles invoque l'influence des chocs radiants. Nous y reviendrons à propos de l'influence de l'état électrique de l'air et des diverses radiations.

Sur les *tuberculeux*, l'action de la dépression barométrique est indiscutable. C'est une cause occasionnelle fréquente des hémoptysies, des poussées thermiques, et plus généralement des poussées congestives, plus ou moins évolutives au cours de la tuberculose pulmonaire, Cette action paraît s'exercer plus spécialement sur les formes congestives, qu'il s'agisse de lésions fondamentales abortives fibro-caséeuses ou fibreuses. Depuis qu'en Belgique, vers 1895, Van Ryn a attiré l'attention sur ce fait, il a été confirmé par nombre d'auteurs : Baudou (de Buenos-Aires), Courcoux, Sergent, le professeur Stoicesco, de Bucarest, etc.

D'ailleurs, d'une façon générale, il semble bien que, chaque fois que la pression diminue, la température des *fébricitants* augmente. Récemment, Brocq-Rousseu demandait qu'on mît à l'étude ce point particulier de l'influence de la pression atmosphérique sur les fébricitants ; il pourrait être en effet, contrôlé facilement et rapidement dans tous les hôpitaux.

***

La pression barométrique joue un rôle important en épidémiologie. Ses variations, comme l'a montré Trillat, ont de multiples effets. Elles amènent d'abord un changement dans la forme de l'humidité de l'air, en condensant plus ou moins les vapeurs d'eau, sous forme de gouttelettes visibles ou invisibles et peuvent provoquer leur chute. Elles déterminent, d'autre part, surtout si elles sont brusques, la sortie du sol et des objets, des gaz qui y sont renfermés et qui proviennent de la décomposition végétale ou animale et fournissent ainsi à l'atmosphère les aliments gazeux, nécessaires à la conservation et à la multiplication des germes dans l'air. On sait que ces gaz, renfermant tous les éléments de la cellule, sont capables d'alimenter les germes et de réveiller ceux qui sont atténués comme nous l'avons rappelé antérieurement.

L'étude de la grippe de 1889-1890 paraît démontrer cette influence de la baisse de la pression atmosphérique. Cette étude, faite à Paris par Masson, à Lyon par Joseph Teissier et en Russie montre qu'outre la température et l'humidité, il faut faire intervenir la pression barométrique, qui change la composition chimique de l'air et la forme de l'humidité.

Pour la grippe de 1918, la courbe générale de pression ne permet de tirer aucune indication et a donné lieu à des discussions. La réalité est, que cette courbe ne représente qu'une moyenne de pressions hebdomadaires et ne donne aucune idée des oscillations barométriques *rapides*. Or, l'épidémie avait bien été accompagnée par de grandes perturbations dans les milieux extérieurs et par une série de basses pressions barométriques.

Les variations de cet agent atmosphérique n'interviennent pas seulement dans les épidémies transmissibles par l'air, mais aussi dans celles qui sont transmissibles par l'eau.

Pour la fièvre typhoïde, Balestre, de Nice, avait déjà attiré l'attention sur la relation qui semblait exister entre les épidémies typhiques et la pression atmosphérique. Il a constaté que de 1906 à 1911, les maxima de morbidité et de mortalité correspondaient aux pressions barométriques minima, sans pouvoir donner d'ailleurs, aucune explication.

Wolter, directeur de l'Institut des recherches d'épidémiologie de Hambourg, a, dans une série de publications où il étudie les épidémies de fièvre typhoïde de Auklam, de Hanovre, en 1926, de Pforzheim, en 1919, montré le rôle des facteurs climatiques dans l'apparition et la marche des épidémies typhoïdiques. Il soutient, après avoir montré le rôle des précipitations atmosphériques plus ou moins abondantes, de la température de l'air et de la pression atmosphérique, que ce dernier acteur joue un rôle important dans la genèse des épidémies.

Voici quelle serait la conception de l'auteur. Après une période de sécheresse plus ou moins prolongée, l'élévation de la température et les variations de la pression atmosphérique provoqueraient la sortie de gaz, de « miasmes » du sol desséché, alors que, quand le sol est humide, cette exhalaison est plus difficile. Ces gaz, émanés du sol constitueraient le premier en date et le facteur primordial de la genèse de la maladie. Les bacilles typhiques ou paratyphiques n'interviendraient que secondairement sur l'organisme dont le sang serait intoxiqué par les gaz du sol, par la voie des organes respiratoires.

L'auteur, comme on voit, revient à l'ancienne doctrine de Pettenkofer, sur le rôle étiologique du sol.

Ainsi s'expliquerait la moindre fréquence de la fièvre typhoïde dans les périodes de plus grande humidité du sol (printemps, début de l'été) et sa plus grande fréquence dans les périodes de plus grande sécheresse du sol (automne et début de l'hiver).

Notons aussi la coïncidence de l'augmentation des bactéries dans les eaux des fleuves ou des puits pendant la durée de l'épidémie de 1889-1890 (Buchwid, Boubakhine).

Comme le fait également remarquer Trillat, la baisse de la pression barométrique provoquerait la sortie des « gaz aliments » susceptibles de provoquer un réveil des germes atténués qui s'emmagasinent dans l'eau et donnerait l'explication des épidémies foudroyantes qui frappent les poissons d'eau douce et les écrevisses, à la suite des orages qui sont généralement accompagnés de dépression barométrique... ».

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie. — R. C. C. 426.

FONDÉ EN 1873. — N° 51 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 12 DÉCEMBRE 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V^e^)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Étudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Étranger 1re zone	70 fr.
Étranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance publique à Paris. — SERVICE DE SANTÉ. — *Concours d'assistant d'électro-radiologie des hôpitaux.* — Epreuve de radiologie. Séance du 28 novembre. — Technique radioscopique de l'examen du cœur et des gros vaisseaux de la base, faire un orthodiagramme (face et profil) en marquant les points principaux.

MM. Falcoz, 11 ; Bernard, 15 ; Corbier, 17 ; Deliencourt, 14 ; Duval, 14 ; Damond, 12.

Classement des candidats reçus : MM. Bernard, 27 ; Duval, 24 ; Deliencourt, 24 ; Corbier, 23 ; Damond, 22 ; Falcoz, 20.

— *Concours de l'internat.* — Oral : Séance du samedi 28 novembre 1931. — Questions : 1° Symptômes et diagnostic du cancer de l'œsophage ; 2° Formes cliniques de l'asystolie.

MM. Feuillet, a filé ; Mlle Œmichen, 17 ; Zhâ, 23 ; Gelbert, 18 ; Bigey, 17 ; Genty, 19 ; Perreau, 23 ; Mallamé, 24 ; Brinon, 19 ; Meyer Jean, 14 ; Le Cœur Pol, 17.

Séance du 30 novembre. — 1° Complications des varices des membres inférieurs ; 2° Symptômes et diagnostic de la syphilis linguale.

MM. Dechaume, Moncharmont, 17 ; Sidi, 24 ; Lanthier, 21 ; Nomblot, 21 ; Gérard, 18 ; Prunet, 18 ; Nastorg, 18 ; Fuchs, 13 ; Leroy, 18 ; Guichard, 8 ; Catinat, 20.

— SERVICE DE SANTÉ. — *Concours de l'internat.* —Séance du mardi 1er décembre. — *a*) Diagnostic et pronostic des fractures malléolaires ; *b*) Formes cliniques des cirrhoses alcooliques du foie.

MM. Esquirol, 18 ; Brincourt, 22 1/2 ; Bour, 20 ; Adrianopoulos, 20 1/2 ; Debray, 21 ; Giard, 18 ; Rambert, 17 ; Bouley, 21 ; Grèze, 13 ; Fontaine, 17 ; Frotot, 18.

Séance du mercredi 2 décembre 1931. — *a*) Causes et signes de l'occlusion intestinale aiguë ; *b*) hémoptysies tuberculeuses.

MM. Gibert, 21 ; Sambron, 23 ; Fasquelle, 21 ; Brunhes, 19.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 7 décembre. — M. ZADOC KAHN. Les anomalies électro-cardiaques appliquées au cours de la diphtérie.

10 décembre. — M. BARET : L'assistance médicale publique à la Réunion (1924-1929).

Académie de médecine. — PRIX DÉCERNÉS EN 1931. — *Prix Albert Ier de Monaco* (100.000 francs). — M. VEILLON.

Prix Argut (800 francs). — M. le Dr LACHARITÉ, de New-York.

Prix Berraute (Un titre de 3.092 francs de rente 3 %). — Arrérages du prix à MM. OBERLING et GUÉRIN, à Paris.

Prix Blondet (20.000 francs). — M. CHABANIER, de Paris, et M. LOBO-ONELL, de Santiago, 6.000 francs chacun pour leur mémoire : Exploration fonctionnelle des reins.

Mme Yvonne SCHAEFFER, de la Seine, 3.000 francs pour son travail sur : Les ferments.

M. le Dr FLEURET, de Nancy, 3.000 francs, pour son ouvrage : Le rôle des glucides dans la formation de certains acides organiques chez le sujet normal et pathologique.

Prix Boggio (4.800 francs). — M. le Dr BAYLE, de Paris : Influence des injections sous-cutanées d'extrait splénique sur l'évolution de la tuberculose expérimentale.

Prix Bourceret (1.200 francs). — MM. les Dr Ch. LAUBRY et Adalbert VAN BOGAERT, de Paris : Etudes de la dynamique artérielle normale et pathologique.

Prix Buignet (1.600 francs). — MM. Etienne et Philippe BARRAL, de Lyon : Précis d'analyse chimique biologique générale.

Prix Buisson (12.000 francs). — M. Jules AUCLAIR, de Paris : Vaccination préventive et curative du cobaye et du lapin contre la tuberculose humaine ; ses indications et ses effets chez l'homme.

Mention très honorable à MM. LEROY, médecin-chef et MÉDAKOWITCH, chef de laboratoire à l'Asile Sainte-Anne : Paralysie générale et malariathérapie.

Prix Cailleret (500 francs). — M. le Dr Claude BOUYSSET, de Lyon : Les gangrènes diabétiques des membres et leur traitement.

Prix Capuron (2.000 francs). — MM. les Dr Paul BARON, de Paris et Pierre MERLE, de Montpellier.

Prix Clarens (500 francs). — M. le Dr SCHAPIRO, de Paris : L'hygiène alimentaire des Juifs devant la science moderne.

Prix Desportes (1.500 francs). — M. le Dr VELLARD, de Rio-de-Janeiro : Ensemble de travaux sur les animaux du Brésil et leurs venins (750 francs) ;

MM. A. et R. SARTORY et J. MEYER, de Strasbourg : Contribution à l'étude des onychomicoses (250 francs chacun).

Fondation Ferdinand Dreyfous (1.400 francs). — M. Robert WORMS.

Prix Godard (1.000 francs). — M. le Dr Paul BLANCHET, de Lyon : Les causalgies post-traumatiques de Weir-Mitchell et leur devenir.

Prix Guérétin (1.500 francs). — MM. PASTEUR VALERY-RADOT et Lucien ROUQUÈS, de Paris : Les phénomènes de choc dans l'urticaire : 375 francs chacun.

MM. WORMS et LE MÉE, de Paris : Les foyers amygdaliens : 375 francs chacun.

Mention très honorable à M. le Dr JACQUEMIN, du sanatorium de Larressore : Complications soustractives de la tuberculose pulmonaire.

Prix Guzman (Un titre de rente de 2.500 francs). — Arrérages de ce prix, avec partage égal entre eux, à MM. Pierre GLEY et KISTINIOS, de Paris : Recherches expérimentales et cliniques sur l'action des extraits pancréatiques dans certaines affections cardio-vasculaires.

Prix Helme (2.500 francs). — M. le Dr COUTURE, de Lyon : Contribution à l'étude des stérols, leur action photochimique et leur pouvoir d'oxydation.

Prix Herpin (de Genève) (3.000 francs). — M. le Dr MOLLARET, de Paris : La maladie de Friedreich.

Prix Huchard (8.000 francs). — L'Académie partage le prix entre le Dr René MORIN, médecin principal de 1re classe de l'Assistance médicale de l'A. O. F. au Sénégal, et le Dr PHAN VAN LU, de l'hôpital indigène de Cholon (Cochinchine).

Mention très honorable à M. Georges PERRIN, interne des hôpitaux, qui, en des circonstances graves, a fait preuve d'un grand esprit de sacrifice.

Prix Hugo (1.000 francs). — Mme le Dr Mélina LEPINSKA, de Paris : Les femmes et le progrès des sciences médicales.

Des mentions très honorables sont décernés à : M. le Dr Armand ROBERT : Ambroise Paré, médecin légiste ; M. le Dr Léon PALÈS : Paléopathologie et pathologie comparative ; M. le Dr Jacques VIÉ : Les aliénés et les correctionnaires à Saint-Lazare aux XVIIe et au XVIIIe siècles ; M. le Dr Raymond

Boissa[illegible] la Mort de Voltaire. Ev[illegible]

Prix Huguier (4.000 fra[illegible] Paris : La perméabilité et les obturations tubaires.

Prix Infroit (3.000 francs). — Le Dr ISER SOLOMON, de Paris : Travaux de radiologie.

Prix Jacquemier (2.500 francs). — M. le Dr Raymond MAHON, de Bordeaux : L'utérus parturient rachianesthésié.

Prix Laborie (7.000 francs). — M. Jean PATEL, de Paris : Les accidents précoces des traumatismes cranio-encéphaliques fermés

Prix Larrey (500 francs). — M. le Dr Raoul HURSTEL, de Paris : Les accidents oculaires du travail, 250 francs.

MM. WORMS et BOLOTTE, de Paris : L'insuffisance respiratoire nasale, 125 francs chacun.

Prix Laval (1.200 francs). — Arrérages à M. Jean CAUCHOIX, pupille de la Nation, étudiant de première année.

Prix Le Piez (2.000 francs). — MM. les Drs WORMS, DELAFARGE, de Paris : Les séquelles traumatiques cranio-faciales d'allure réflexe, 250 francs chacun.

M. le Dr IMBERT, de Paris : La périlobulite et le retour à la notion de la tuberculose pulmonaire intertitielle, 500 francs.

Mlle le Dr Juliette SCHERRER, de Paris : De quelques formes cliniques des pleurésies rhumatismales, 500 francs.

M. le Dr FISCHER, de Bordeaux : Les dysmorphies congénitales, 500 francs.

Prix Louis (4.500 francs). — Mme et M. Jacques TREFOUEL, de Paris.

Prix A.-J. Martin (1.000 francs). — M. le Dr Horace GOLDIE, de Paris.

Prix Claude Martin (800 francs). — M. RUBBRECHT, de Gand : [illegible]

Prix Mège (1.500 francs). — Dr Jean DUBLINEAU, de Paris.

Prix Meynot (3.000 francs). — M. le Dr BAILLART, de Paris, pour son : Ensemble de travaux sur la circulation rétinienne.

Mention très honorable à M. le Dr KELLER, de l'Ecole de médecine d'Hanoï, pour son Essai sur les affections oculaires en Indochine.

Prix Monbinne (1.500 francs). — M. le Dr SCHMUTZ, directeur des Service d'hygiène et de la Santé publique dans le Bas-Rhin : Note sur le développement de l'épidémie de poliomyélite aiguë dans le Bas-Rhin en été 1930.

Prix Oulmont (1.000 francs). — M. Paul THIROLOIX.

Prix Pannetier (4.000 francs). — MM. LORTAT-JACOB et SOLENTE : La cryothérapie.

Prix Pourat (1.500 francs). — Mlle Jeanne LÉVY, de Paris : Etude chimique et pharmacodynamique de quelques substances sympathomimétiques du type de l'éphédrine.

Prix Redard (5.000 francs). — M. Paul FUNCK-BRENTANO, de Paris : Les pseudarthroses du col du fémur.

Prix Reynal (1.500 francs). — M. le Dr Eugène BRIAU, de Paris : Hors l'amour, pas de baisers ; mention honorable à M. le Dr EYLAND, de la Gironde : Les assurances sociales en France et la protection de la santé publique.

Prix Ricord (800 francs). — M. le Dr ROUCAYROL, de Paris : La d'Arsonvalisation directe dans le traitement de la blennorragie.

Prix Marc Sée (1.200 francs). — M. Philippe BELLOCQ, de Strasbourg : Anatomie médico-chirurgicale.

Prix Tarnier (4.000 francs). — Mention très honorable à

M. le Dr BIDOIRE, de Paris : Contribution à l'étude des thrombophlébites utéro-pelviennes d'origine puerpérale.

Prix Testut (1.500 francs). — Arrérages par moitié au Dr PEDRO BELOU, de Buenos-Ayres : Atlas de anatomia de organo del oido y de las regiones con el vinculadas, et au Dr VILLEMIN, de Bordeaux : Précis d'anatomie topographique.

Prix Vernois (800 francs). — M. le Dr POZERSKI, de Paris : Hygiène alimentaire (600 francs) et M. Henri BOUQUET, de Paris pour son Encyclopédie des connaissances médicales (200 francs).

— SERVICE DES ÉPIDÉMIES. — 1° *Rappels de médailles d'or* : M. le Dr EMERIC, médecin inspecteur départemental d'hygiène de la Loire ; M. le Dr GINESTOUS, de Bordeaux ; M. le Dr PAQUET médecin inspecteur départemental d'hygiène de l'Oise.

2° *Médaille d'or* : M. le Dr BARBARY, médecin inspecteur départemental d'hygiène des Alpes-Maritimes.

3° *Médailles de vermeil* : M. le Dr MAILLARD, médecin inspecteur départemental d'hygiène de la Côte-d'Or ; M. le Dr PIQUET, médecin inspecteur d'hygiène du département de Constantine.

4° *Médailles d'argent* : M. Robert EUVÉ, maire de Feucherolles (Seine-et-Oise).

M. SCHMUTZ, directeur des Services d'hygiène de la Santé publique du Bas-Rhin.

Concours pour la nomination d'un médecin chargé du service antituberculeux au dispensaire public départemental d'hygiène sociale des Pyrénées-Orientales. — Un concours sur titres pour l'emploi de médecin spécialisé du dispensaire public départemental d'hygiène sociale des Pyrénées-Orientales service antituberculeux est ouvert du 5 décembre 1931 au 12 janvier 1932.

Les candidats devront être Français, âgés de 25 ans au moins et de 45 ans au plus munis du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat) et du diplôme d'un Institut d'hygiène de Faculté française. Ils devront avoir satisfait à la loi militaire. La limite d'âge ci-dessus, est reculée d'un temps égal à la durée des services antérieurs civils ou militaires.

Les candidats devront établir leur demande sur papier timbré et l'adresser avant le 12 janvier 1932 à M. le Président du Conseil d'administration du dispensaire public départemental d'hygiène sociale à Perpignan, 2, rue Petite-la-Monnaie, avec le dossier comportant les pièces ci-après : 1° Adresse exacte à laquelle la décision d'acceptation ou de rejet de candidature devra être envoyée ; 2° acte de naissance ; 3° copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine ; 4° extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ; 5° certificat établissant la situation du candidat au point de vue militaire ; 6° exposé des titres, travaux, états de service et références notamment en phtisiologie, laryngologie et radiologie ; 7° principales publications ; 8° engagement formel pour le cas où il serait nommé de renoncer à faire de la clientèle et de se consacrer uniquement à ses fonctions ; de ne prétendre, par conséquent, à aucune fonction ou mandat public ; 9° engagement en cas de nomination de rester en fonction dans le département pendant une durée minimum de trois ans ; 10° engagement en cas de démission ou de nomination à un nouveau poste, après le délai de trois ans, ci-dessus indiqué, de continuer à assurer son service dans le département des Pyrénées-Orientales, pendant trois mois au minimum ; 11° engagement de ne pas s'installer dans le département des Pyrénées-Orientales, en cas de cessation de fonction, pendant une période de trois ans à dater de cette cessation.

Le registre portant inscription des candidatures sera irrévocablement clos le 12 janvier 1932.

Le candidat désigné pour remplir les fonctions, ci-dessus, prendra son service à partir du 1er février 1932 et sera immédiatement titularisé.

En outre du service antituberculeux du dispensaire, ce médecin sera chargé des services d'hygiène publique à la Préfecture.

Le traitement est fixé à 50.000 francs par an, avec augmentation de 3.000 francs tous les trois ans, jusqu'à concurrence de 62.000 francs, une indemnité annuelle de 20.000 francs est en outre prévue pour les frais de déplacement.

Médaille offerte au Docteur Albert Mouchet. — A l'heure où le Docteur Albert Mouchet va quitter son service hospitalier, ses élèves et amis lui offrent une médaille souvenir dont l'exécution a été confiée à M. Charles Pillet, grand prix de Rome, médaille d'honneur du Salon des artistes français.

Toute souscription de 100 francs donnera droit à un exemplaire de la médaille. Adresser les souscriptions à M. Georges Masson, trésorier de la souscription, boulevard Saint-Germain, 120, Paris,-6e. Compte chèques postaux, Paris 599.

Service de Santé. — Les élèves de l'Ecole du Service de santé militaire ci-après désignés sont nommés au grade de médecin sous-lieutenant et reçoivent les affectations suivantes :

Boron, hôpital militaire de Nancy ; André, hôpital milit. d'instruc. Desgenettes, Lyon ; Maclou, Martin, Siau, hôpital milit. d'instruct. du Val-de-Grâce, Paris ; Silvestre, Zeude.

Camelin, hôpital milit. d'instruct. Desgenettes, Lyon ; Laugier; Mathieu, hôpital milit. d'instruc. du Val-de-Grâce, Paris ; Raymond, Tripier, hôpital milit. d'instr. Desgenettes, Lyon ; Cosset, Autan, hôpital milit. d'instr. du Val-de-Grâce, Paris ; Germain, Rouquet, hôpital milit. d'instruct. Desgenettes, Lyon ; Barbier, hôpital milit. d'instr. du Val-de-Grâce, Paris ; Chifflot, hôpital milit. d'instr. Desgenettes, Lyon ; Dargein, hôpital milit. d'instr. du Val-de-Grâce, Paris ; Denayrolles, hôpital milit. d'instruc. Desgenettes, Lyon ; Jacowski, hôpital milit. d'instr. du Val-de-Grâce, Paris ; Lacroix, hôpital milit. d'instr. Desgenettes, Lyon ; Mabille, hôpital milit. de Nancy ; Sabatier, salles milit. hospice mixte de Montpellier.

Par le même décret et par application de la loi du 6 janvier 1923, ces officiers prennent rang dans le grade de médecin sous-lieutenant du 31 décembre 1928 et sont promus au grade de médecin lieutenant pour prendre rang au 31 décembre 1930.

Vacances de Noël et du jour de l'An sur la Côte d'Azur. — La Société médicale du littoral méditerranéen offre, aux médecins qui ne disposent que de courtes vacances une participation réduite à son grand voyage annuel de Noël.

Le programme entier comprend deux parties : 1° Marseille, Aix, Toulon, Hyères, Fréjus, Saint-Raphaël, Valescure, Agay, Cannes, Le Cannet, Grasse, le golfe Juan, Juan-les-Pins, Antibes, Nice, du 26 décembre au 4 janvier ; 2° Nice, Cimiez, la Grande Corniche, Roquebrune, le Cap Martin, Menton, Grimaldi, Bordighera, San-Remo, Monaco, Monte-Carlo, Beaulieu, le cap Ferrat, le Mont-Borron, Nice, du 1er au 9 janvier.

Pour la première fois, cette année, des participations à quelques journées seulement seront admises, au gré de l'adhérent, sans que l'adhésion au programme entier, ou à l'une de ses parties, soit nécessaire. Ainsi, la Société espère pouvoir répondre au désir de ses correspondants et leur rendre possible l'accès de la Côte d'Azur, pendant le peu de temps dont ils disposent. Elle les prie seulement, pour faciliter sa tâche, de lui adresser leurs demande un assez longtemps à l'avance, afin qu'elle puisse leur réserver les journées choisies par eux, sans gêner la marche générale du voyage.

La Société médicale espère que ce nouvel effort sera apprécié. Comme pour les voyages précédents, les facilités accordées s'étendront aux membres de la famille qui accompagneront le médecin, ainsi qu'aux étudiants en médecine. En outre, des permis de parcours à demi-tarif, sur les chemins de fer français et italiens, à l'aller et au retour, seront mis à la disposition des adhérents qui les demanderont en temps utile.

Pour les adhésions et tous autres renseignements, écrire au secrétariat de la Société médicale du littoral, 24, rue Verdi, à Nice.

Voyage en Sicile. — Le prochain voyage de La Nomade, Société universitaire de tourisme, aura lieu à Pâques, du 23 mars au 3 avril 1932, en Sicile, où l'on visitera Taormine (l'Etna), Catane, Syracuse, Agrigente, Palerme et ses environs.

Conditions détaillées (et liste des voyages futurs) sur demande écrite au Docteur Cavro, 15, rue Jules-Ferry, à Paris, XIIIe.

Concours d'internat. (Hospice Paul-Brousse et centre anticancéreux de la banlieue parisienne.) — Un concours pour la nomination à trois emplois d'interne en médecine et la désignation d'internes provisoires à l'hospice et au centre anticancéreux s'ouvrira le lundi 1er février 1932.

Pourront prendre part au concours : 1° les élèves des hôpitaux de Paris ; 2° les étudiants en médecine possédant dix inscriptions de doctorat.

Epreuves du concours. — 1° Une épreuve écrite de quatre heures sur : *a*) L'anatomie, l'histologie et la pathologie ; *b*) La pathologie interne ; *c*) La pathologie externe.

2° Une épreuve orale de cinq minutes sur une question de pathologie interne ou de pathologie externe.

3° Une épreuve clinique consistant en un examen de malade et une épreuve pratique de laboratoire.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine, Service de l'Assistance départementale, 3e bureau (annexe de Lobau, escalier A, deuxième étage, porte N° 227) de 10 heures à 12 heures et de 14 heures à 17 heures du lundi 4 au mardi 19 janvier inclus. Tous renseignements complémentaires sont dès à présent fournis à ce bureau.

Situation des internes. — Dutée du stage : deux ans, avec possibilité de prolongation d'un an, sous réserve de l'agrément de l'Administration.

Traitement. — Première année 12.640 francs, deuxième année 13.040 francs, troisième année 13.440 francs.

L'hospice Paul-Brousse est par tramway « Ligne 85 » à 35 minutes du quartier de facultés et des grandes écoles.

Absorption cutanée

La peau représente le plus vaste organe d'absorption du corps humain. Cette expression fait comprendre toute l'activité qu'on peut retirer d'un pareil élément. Organe de respiration à grande



Ce dessin indique d'un coup d'œil la méthode et le procédé.

grande surface et à grand débit la peau présente en outre cet avantage de dialyser, c'est-à-dire de choisir et de régler la vitesse d'absorption. Elle laisse pénétrer sans à coup et sans shock ce qu'elle sent n'être pas nocif et en quantité voulue. Elle défend l'organisme en se défendant elle-même, elle ajoute à sa facilité d'assimilation une certitude d'équilibre qui fait qu'on peut solliciter son concours à tous les âges.

Elle est certainement le seul organe auquel on puisse demander un travail aussi sûr et aussi subtil, sauf la voie rectale peut-être.

L'estomac n'est le même nulle part. Vous ne pouvez sans risque lui faire avaler du goudron, de la créosote, etc., en même temps que des aliments. Et ce n'est pas une raison parce qu'on ne signale pas d'accidents pour qu'il n'y en ait pas.

Donc ne fatiguez pas vos malades. Ne troublez ni l'équilibre général, ni l'équilibre des voies digestives. *Utilisez la peau,* agent dialytique merveilleux et faites absorber, gaïacol, terpinol, hélénine, eucalyptol et sève de pin sous la forme commode de Bronchodermine.

Faites enduire la peau du dos, les aisselles, quel que soit l'âge du nourrisson ou du vieillard, et vous aurez fait absorber le maximum de ce que le malade peut assimiler d'activité médicamenteuse, en évitant l'ingestion de drogues qui, dans cet ordre d'idées ne sont jamais sans inconvénient. Cette médication nouvelle et spécialement dosée donnera beaucoup plus que ce qu'on peut attendre d'elle. Le traitement cutané des maladies des voies respiratoires c'est un nouvel avenir thérapeutique. La figure indique le mode d'emploi simple et qui permet le traitement actif ou préventif à tous les âges, partout, à l'école, au bureau, en voyage ou chez soi. Et c'est la

BRONCHODERMINE [1]

(1) Echantillon : Laboratoire du Dr Tissot, 34, boulevard de Clichy, Paris, 18e.

Concours pour le recrutement d'un médecin-inspecteur de l'Office public d'hygiène sociale. — Un concours sur titres est ouvert en vue de la nomination d'un médecin inspecteur à l'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine.

Ce médecin inspecteur ne peut exercer en clientèle privée.

Pourront seuls prendre part à ce concours les candidats du sexe masculin français ou naturalisés français, âgés de moins de 40 ans et munis depuis cinq ans au moins du diplôme de docteur en médecine délivré par une Faculté française.

La limite d'âge de 40 ans est prorogée d'une durée égale aux services accomplis effectivement dans l'armée active pour satisfaire aux obligations de la loi sur le recrutement.

Les candidats devront être en outre titulaires du diplôme d'hygiène délivré par une Faculté de médecine et avoir exercé pendant deux années au moins des fonctions dans un service public sanitaire ou d'hygiène sociale.

Pour être inscrits les candidats devront produire les pièces suivantes : 1° demande d'inscription ; 2° expédition de l'acte de naissance ; 3° certificat de nationalité française ou de naturalisation ; 4° diplôme de docteur en médecine ou copie certifiée conforme ; 5° diplôme d'hygiène délivré par une Faculté de médecine ; 6° certificat constatant que les intéressés ont effectivement rempli des fonctions pendant deux années au moins dans un service public sanitaire ou d'hygiène sociale ; 7° note indiquant les situations occupées antérieurement et contenant l'indication des titres et travaux scientifiques ; 8° certificat de position militaire.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 24 décembre 1931 inclusivement à l'Office public d'hygiène sociale, 9, place de l'Hôtel-de-Ville, dimanches et fêtes exceptés.

Les candidats absents de Paris ou empêchés devront adresser leur demande et les pièces jointes par lettre recommandée de manière qu'elle parvienne au plus tard à l'Office à la date ci-dessus indiquée.

Toute demande d'inscription parvenue après cette date ne pourra être accueillie.

Les candidats ne seront admis à concourir qu'après avoir été reconnus, après examen radiographique, aptes à remplir les fonctions par M. le médecin en chef de la Préfecture de la Seine.

La liste des candidats admis à concourir sera arrêtée par le Préfet de la Seine.

Les traitements du médecin inspecteur de l'Office sont les suivants : 1re classe, 60.000 francs ; 2e classe, 55.000 francs ; 3e classe, 50.000 francs ; 4e classe, 45.000 francs (retenue de 6 % effectuée pour versements à la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse) ; indemnité de résidence de 2.240 francs ; indemnité de fonctions de 2.000 francs ; le cas échéant, allocation pour charges de famille ; frais de déplacement.

Nécrologie. — Dr Dupuy, de Poulaines (Indre). — Dr Giraudeau, de Burles (Ch.-Inf.). — Dr Jordanis, de Chamalières (P.-de-D.). — Sir David Bruce, décédé à Londres, à l'âge de 76 ans. Il était l'auteur de la découverte du micrococcus melitensis. — Dr Paulesco, ancien interne de l'hôpital Saint-Joseph, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Bucarest. — Dr Savas, professeur d'hygiène et de bactériologie à la Faculté de médecine d'Athènes.

BIBLIOGRAPHIE

Collection Guillaume Budé. — Vient de paraître dans cette collection : **Suétone. Vie des douze Césars.** Tome I. César-Auguste. Texte établi et traduit par Henri Ailloud. Un vol. Prix : 25 fr. Société d'Edition « Les Belles-Lettres », 25, boulevard Raspail, Paris.

Poèmes et Sonnets du Docteur. Les laboratoires Camuset — parenté oblige ! — ont eu l'heureuse idée d'offrir au Corps médical une réimpression des *Sonnets du Docteur.* L'illustration en a été confiée à J. Touchet dont les dessins colorés, vivants, rehaussent le texte sans le trahir. Un premier fascicule a paru. D'autres suivront. Les demander aux Laboratoires Camuset, 18, rue Ernest-Rousselle, Paris, 13e.

L'Art du Livre, par Jean Malo-Renault, Un vol. Prix: 25 fr. Librairie Garnier, 6, rue des Saints-Pères, Paris.

Ce livre fait partie de la *Collection artistique Garnier* publiée sous la direction de M. Louis Réau. Fort bien illustré, très clair, il présente la glorieuse histoire du Livre, jusqu'à la fin du XIXe siècle, résumée dans ses lignes essentielles.

SÉANCE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

FÉLIX GUYON
(1831-1920)

Eloge prononcé à l'Académie de Médecine dans la Séance du 8 Décembre 1931

par M. le Professeur **Félix LEGUEU**

Mesdames,
Messieurs,

« Il est des hommes qui, après avoir acquis de leur vivant la plus haute renommée, conservent après leur mort toute leur autorité et ne perdent rien de leur prestige. Leur œuvre garde toute sa puissance. La gloire qui s'attache à leur nom rayonne sur leur pays et continue de s'étendre bien au delà de ses frontières. »

C'est ainsi que Félix Guyon commençait un jour l'éloge d'Ollier, et avec quelle vérité nous pouvons lui appliquer aujourd'hui le jugement qu'il portait sur le grand chirurgien lyonnais.

Déjà près de dix ans ont passé depuis qu'il est entré dans l'Histoire. C'est plus qu'il n'en faut pour disperser la poussière des œuvres fragiles ; mais son œuvre à lui reste entière ; sa clinique de Necker, qui fut sa joie et sa fierté, à laquelle il donna toute sa vie, avec une partie de son cœur, vibre encore de tout l'impulsion qu'il lui communiqua, et son nom réveille partout au dehors un frémissement de respect et d'admiration.

Héritier de sa chaire, et depuis plus de trente ans légataire de sa pensée et de ses traditions, je n'ai jamais senti aussi vivement qu'aujourd'hui le besoin d'une inspiration heureuse.

Notre secrétaire général a bien voulu me confier un éloge pour lequel il aurait utilisé ces dons si précieux d'éloquence avec lesquels ils nous charme périodiquement. De cette faveur, j'apprécie tout le prix, mais aussi je sens tout le poids. Elle me trouble et m'inquiète doublement, car je dois aussi m'élever à la hauteur d'un Maitre, que j'ai beaucoup aimé pour le montrer tel qu'il fut et tel qu'il apparaîtra toujours aux générations de l'avenir ; dans l'ordre scientifique, un créateur : dans l'ordre intellectuel, un maitre, un chef d'école ; dans l'ordre moral, la personnification de la concsience et de la dignité professionnelle. Et c'est ce que je vais essayer de rappeler, en le suivant, l'histoire en mains, dans les diverses périodes de son activité : dans ses débuts, dans sa carrière scientifique, dans sa vie familiale et dans sa retraite.

I

Lorsqu'en 1867 Civiale mourut, il n'y avait personne pour le remplacer. Civiale, qui n'était pas chirurgien des hôpitaux, avait depuis quelques années, obtenu de l'Assistance publique, quelques lits d'urinaires à Necker, pour pratiquer la lithotritie dont il était, sinon l'inventeur, du moins un des promoteurs les plus convaincus et celui-là même qui l'avait le premier appliquée sur le vivant.

Mais il n'avait pas su faire école, il n'avait pas d'élèves. Personne, par ailleurs, n'enviait cette succession, la place ainsi échoua aux derniers nommés.

Guyon, déjà chirurgien des hôpitaux depuis deux ans, venait justement de recevoir, en 1864, un service d'accouchement à la Maternité, mais il ne se sentait aucune aptitude pour l'obstétrique : il ne demandait qu'à en sortir. La place de Civiale lui est l'occasion désirée, et le 9 juillet 1867, il vient à Necker. Mais là encore, il ne se sent tout d'abord aucune affinité pour la spécialité qui lui est confiée ; il pense même l'abandonner, et on ne le retient qu'avec cette promesse qu'un service de chirurgie générale sera, à la fin de l'année, ajouté aux quelques lits de spécialité qui lui étaient tout d'abord attribués.

Il reste donc, et c'est dans ce même service, qui sera, en 1890, transformé en chaire de clinique des Maladies des voies urinaires, qu'il restera pendant trente-neuf ans, jusqu'à la retraite en 1906.

C'est là qu'avec une patience digne des Romains, quand ils édifiaient ces merveilles d'art ancien, qui ont résisté jusqu'à nos jours dans leur majestueuse solidité, c'est là qu'il va édifier, pierre par pierre, par les seules forces de son génie, un monument si pur en sa conception et si solide en ses fondations, qu'il passera dans son intégrité aux générations suivantes. Il va d'un geste créateur assurer la consécration scientifique de l'Urologie il va la diffuser dans le monde entier, et par la continuité d'un effort raisonné, s'élever, sans le vouloir, jusqu'aux plus hautes cimes de la célébrité.

Quel était donc ce jeune chirurgien, à peine sorti des concours à qui la fortune allait sourire d'une façon si gracieuse ? Devait-il trouver dans ce nouveau territoire les éléments dispersés d'un trésor, qu'il lui suffirait de réunir pour se parer d'un incomparable prestige ? Allait-il plus simplement s'incorporer au mouvement d'une évolution ascendante au point de s'en attribuer le mérite et les bénéfices ?

Non, Messieurs, ce ne sont pas les circonstances qui font l'homme : c'est l'homme, par lui-même, qui apporte aux circonstances la richesse de ses dons et les forces créatrices de sa nature. Ainsi, Guyon apportait à Necker les énergies encore latentes d'une heureuse hérédité et d'une profonde formation.

Son grand-père paternel était originaire du Périgord où la famille posséda longtemps une petite propriété. Il était pharmacien de marine. Mais il avait huit enfants et peu d'argent ; alors il partit à l'Ile Bourbon et là, avec des plantations gagna rapidement une petite fortune.

Son fils aîné, le père de Félix Guyon, était lui aussi entré dans la marine comme chirurgien. Embarqué avant d'être docteur, il fut envoyé à Madagascar, où il tomba malade et de là, à l'Ile Bourbon. Il y rencontra Mme Guyon mère, il se maria et c'est ainsi que Félix Guyon naquit le 21 juillet 1831, dans cette île, qui ne reprit son nom « de la Réunion » qu'en 1848.

C'est à l'âge de trois ans, qu'il vint en France avec son père, qui devait se faire recevoir docteur, et qui, d'une santé délicate, mourut quelques années plus tard. Restée veuve et sans fortune, sa mère, d'une haute intelligence, se consacra à l'éducation de ses trois enfants et dans le cours d'une vie modeste leur donna l'exemple de la dignité, le goût du travail et le culte de la droiture.

A la fin de ses études au petit séminaire de Guérande, deux carrière s'offrent à son choix ; l'enregistrement, que lui propose son tuteur et la médecine, qui était la profession de son père, et ni l'une, ni l'austre ne l'attirent particulièrement .

Mais puisque, comme le dit Barrès : « Notre raison, cette reine déchainée, nous oblige à placer nos pas sur les pas de nos prédécesseurs », il choisit la médecine, sans doute pour cette seule raison que son père l'y avait précédé, mais peut-être aussi parce qu'il pense y trouver plus facilement de quoi vivre.

Il sait, en effet, que sa mère n'a pas de fortune, et qu'il lui faut vite travailler pour lui venir en aide : il compte que pour arriver dans l'enregistrement, deux années de surnumérariat sont nécessaires et qu'on n'obtient qu'au bout de trois ans un traitement de 1.200 francs. Il dit que, pendant cette période de cinq années, il a le temps de se faire une situation médicale et il opte de suite pour la médecine.

Il entre donc à l'Ecole de Médecine de Nantes ; il y vient avec l'entrain de la jeunesse, et aussi avec cette force que lui donne la notion de ses faibles ressources et la nécessité de se créer une situation. Il sait qu'il ne peut que compter sur lui ; il se met au travail avec ardeur, et en dix-huit mois, il est reçu premier à l'internat et avec son premier traitement, 100 francs par an, il peut s'acheter sa première montre.

Mais déjà il s'inquiète des responsabilités qui pèsent sur lui. « Je n'ai jamais eu le vertige des grandeurs, dira-t-il souvent plus tard, mais j'ai toujours eu celui des hauteurs. » Il s'ouvre à son maitre Lafond de ses préoccupations, et celui-ci, qui a remarqué la précoce maturité de son élève, l'invite à venir le chercher quand, la nuit ou le jour, il se sentirait embarrassé devant un cas

trop grave. Et, de fait, plus d'une fois le jeune interne eut recours à l'expérience et à la bienveillance de son maître.

Et, cependant, il subissait peu à peu l'imprégnation de ce pays de Bretagne, où les éléments eux-mêmes concourent à forger les âmes ; au contact de la lande sauvage s'épure l'austérité du caractère ; la violence des vagues démontées rappelle les grandes luttes de la vie ; la solidité des rocs apprend à la volonté comment briser les obstacles et toutes ces légendes elles-mêmes, qui volent autour des calvaires, apportent à cette âpreté une douceur et une espérance, en entretenant toujours vivante la flamme du sentiment religieux.

C'est de ce pays imprégné tout à la fois de force et de mystère, et dont le charme correspond si heureusement aux aspirations de son être, c'est de ce pays où, cinquante ans plus tard, il reviendra se fixer après la retraite, pour attacher ses enfants à une terre où tout le fascine et l'attire, c'est de là, qu'en 1852, Félix Guyon partait pour Paris à l'instigation de ses maîtres, pour suivre le chemin sur lequel Laënnec, Chassaignac, Maisonneuve et Alphonse Guérin avaient avant lui laissé une traînée lumineuse.

Le voici maintenant seul dans la grande ville des « multitudes déracinées ». Il n'a de richesse que son travail, d'espérance que sa volonté, de fierté que son avenir.

Et c'est avec cette fortune qu'il entre dans sa génération.

Un an après, il est déjà interne et il va recevoir avec avidité l'empreinte de maîtres illustres comme Roux, Laugier, Aran, Richet et Velpeau.

Mais parmi ceux-ci, Laugier et Velpeau firent sur lui l'impression la plus profonde et imposèrent à son âme une empreinte et une formation qu'il conserva toute sa vie.

Un jour, Velpeau avait dit à propos de l'histologie, qui commençait à faire le fond de certaines discussions scientifiques et même chirurgicales, Velpeau avait dit : « Je n'aime pas les chirurgiens microscopiques ». Et Verneuil, qui était de très petite taille, avait senti la pointe et n'était pas content. Mais, pour Guyon, le mot ne fut pas perdu et quand il se présenta à Velpeau pour lui demander une place d'interne, il lui dit : « Vous pouvez me prendre, vous êtes sûr avec moi de ne pas avoir un chirurgien microscopique. » Velpeau répondit par un sourire et donna la place.

Guyon admirait dans Velpeau la belle énergie, le travail opiniâtre de cet ouvrier forgeron reçu officier de santé, qui, venu de Tours, avait en quelques années forcé les portes de l'Institut et donné à la chirurgie, avec ses travaux d'anatomie topographique, une orientation nouvelle et définitive.

Il subissait l'ascendant de cette grande figure, de cet homme courageux, ardent, conquérant, qui se raidissait contre les atteintes de la vieillesse et disait : « Je suis né vieux, j'ai vécu vieux, je veux mourir jeune ».

Aussi, c'est une sorte de piété filiale que Guyon conserva toujours pour son maître, c'est un véritable culte qu'il lui voua toute sa vie, il en parlait sans cesse et toujours avec la plus haute déférence et la plus admirative expression.

Laugier était l'opposé de Velpeau : il était la raison, la sagesse, l'expérience calme et réfléchie, aussi il ne l'aimait pas et disait de lui : « On dit qu'il a de l'esprit, mais cela lui est venu trop tard ».

Quelles que soient ces divergences et peut-être même à cause d'elles, Guyon confondit toujours ces deux maîtres dans une même affection, et cet attachement à ses maîtres traduit un des côtés les plus nobles de son caractère ; cette fidélité du souvenir, cette admiration sans réserve pour celui à qui l'élève doit le meilleur de ce qu'il pense et une partie de ce qu'il sait, quand elle se maintient pendant toute une existence, et persiste même jusqu'au delà du moment où son propre rayonnement vient à dépasser celui du maître, ce sentiment fait plus d'honneur encore à celui qui l'éprouve, qu'à celui qui en est l'objet. C'est quand l'âme du disciple a la limpidité du cristal, que l'auréole du maître s'y réfléchit et s'y fixe pour toujours ; ainsi, l'âme de Guyon était faite des essences les plus pures et des vertus les plus rares.

En tout cas, c'est sous l'influence de ces maîtres que l'originalité de Guyon, qui se cherchait depuis quelques années, se fixa définitivement ; et au sortir de l'internat il entra pour toujours dans la chirurgie.

Les étapes de l'adjuvat et du prosectorat sont vite franchies, et dès son second concours du Bureau central, il était nommé contre Péan, chirurgien des hôpitaux.

En 1860, il avait concouru pour la première fois à l'agrégation avec une thèse sur : « Les corps fibreux de l'utérus ». Il fut argumenté par Houel, qui fut nommé ; Guyon échoua.

Pour se perfectionner, il fit alors avec Panas des conférences publiques de pathologie externe à l'Ecole pratique, et au concours suivant, ils se trouvèrent en bonne posture. Cette fois, Guyon eut pour thèse : « Les vices de conformation de l'urètre ». Il fut argumenté par Lefort : tous les deux furent nommés. Cette promotion comprenait, en outre, Panas et Labbé.

Et déjà quelques-uns des caractères prédominants de Guyon se dessinent dans cette première période : c'est d'abord une profonde imprégnation de droiture, qu'il tient de ses plus anciennes origines ; c'est une rigoureuse discipline de l'esprit qu'il reçut de l'hérédité paternelle ; c'est une haute culture générale acquise dans les luttes des concours ; c'est encore une certaine distinction de manières, qui sera comme l'éveil du prestige ; c'est, enfin, l'amour du travail, de ce travail dans lequel il voyait la vraie vocation et dont il disait, en 1877, dans l'éloge de Giraldès, ces paroles qui s'appliquent si justement à lui-même : « Nous avons vu le travail plus d'une fois conduire les nôtres à tous les honneurs de la profession et même à la fortune. Il peut bien plus encore, il suffit à remplir la vie tout entière. Il console de ce qu'il ne fait pas obtenir, en élevant l'esprit, en ornant l'intelligence, en donnant le savoir ».

Et, maintenant, le voici pour toujours à Necker ; c'est là que la destinée l'attendait et chaque étape y marquera désormais pour lui une ascension nouvelle sur les marches de la gloire.

II

A cette époque, la spécialité n'était qu'un champ inculte, que la science n'avait pas encore défriché ; elle attendait l'heure de l'éveil ; elle attendait l'homme assez fort pour la libérer de ses entraves, assez ingénieux pour lui infuser des énergies nouvelles, assez patient pour l'élever par le seul effort de sa puissance et de son travail à des hauteurs jusqu'alors inconnues.

Guyon commence par apprendre en silence ; à ceux qui, comme Lasègue, le pressent de faire immédiatement des leçons, il demande un délai.

L'enseignement n'a de raison que la profondeur des connaissances ; de valeur, que l'autorité du savoir. Sans ces garanties, il ne serait qu'une réclame pour lui, pour les autres qu'une duperie.

Il refuse donc et continue d'observer avec lenteur, car « l'esprit clinique, dira-t-il un jour, ne doit pas être impatient de découvertes, mais avide de constatations précises. Celui qui veut le posséder ne sera pas anxieux de se signaler, mais résigné à beaucoup apprendre. ».

Il fait lui-même les consultations ; il s'adapte à des opérations nouvelles ; à leur exécution il apporte un soin méticuleux, à leur indication une conscience scrupuleuse.

On se le dit, le chiffre des malades augmente rapidement et bientôt Guyon se sent assez fort pour commencer un enseignement auquel il va consacrer une partie de sa vie.

Nommé en 1877 professeur de pathologie externe à la Faculté en remplacement de Dolbeau, il fait officiellement le cours d'été dans le grand amphithéâtre et le continuera pendant plus de treize ans.

Maintenant, il y ajoute les leçons sur sa spécialité : il les fait à Necker le mercredi et le samedi, et celles-ci vont avoir tant de succès que, en 1890, le directeur de l'Enseignement supérieur, M. Gavarret, frappé de cette notoriété croissante, propose à Guyon de créer pour lui une chaire de clinique des Maladies des voies urinaires, Guyon accepte, mais sans enthousiasme : M. Liard qui lui transmet la demande s'en étonne et s'attire cette réponse : « Si vous m'aviez proposé cette permutation dix ans plus tôt, j'aurais refusé, car la spécialisation ne peut être pour moi qu'un couronnement ».

Cependant, conduits par la renommée, les élèves affluent autour du maître ; Guyon les attire par cette influence personnelle d'un chef dont le cœur ne le cède pas à l'esprit, et se les attache par sa haute autorité, une autorité faite du savoir qui domine, d'une dignité qui rayonne et d'un discernement qui rassure ;

Guyon les dirige dans les voies qu'il juge conformes à leurs aptitudes et à leur activité. Il leur offre les matériaux de son expérience, corrige les inévitables emballements de la jeunesse, encourage quand il le trouve nécessaire, mais exige le maximum d'effort, et le disciple à son tour fortifié d'une protection qui l'élève, encouragé d'une confiance qui l'honore, voit s'ouvrir devant lui des horizons inespérés.

Ainsi l'Ecole de Necker s'élevait par étapes sur les ailes de la renommée ; sa couronne s'enrichissait des plus grands noms de la chirurgie française en ces soixante dernières années et elle allait briller dans le monde d'un éclat qui ne sera égalé que par l'Ecole de la Salpêtrière et de Saint-Louis.

Dans cette ascension glorieuse, dans ce rayonnement qui dépasse vite les limites de son pays, quelles sont les idées directrices dont le Maître s'inspire ?

Elevé à l'Ecole de la chirurgie, il va tout d'abord utiliser, dans le champ nouveau que le hasard l'amène à défricher, la culture générale dont il est imprégné : Claude Bernard vient de tracer les principes de la médecine expérimentale : il s'en inspire et va se servir de l'observation clinique avec ses répétitions comme d'une expérience incessamment renouvelée.

En outre, imbu des doctrines pastoriennes qui s'imposent à la chirurgie, il va développer les notions d'infection et d'intoxication et apporter à la grande et petite chirurgie urinaire l'action bienfaisante de l'antisepsie.

Pour l'application de ces principes, il s'entoure des compétences nécessaires et règle leur répartition. Les collaborateurs, il sait les choisir, il a pour lui l'expérience et le jugement ; les coordonner, il a le sens de l'ordre ; les entrainer, il est un chef et un animateur.

Ainsi il fonde un laboratoire de chimie, qu'il met entre les mains de Chabrié, mort récemment professeur à la Sorbonne. Il ouvre un laboratoire d'anatomie pathologique, et le confie à Noël Hallé.

A Albarran, qui s'adonne après Claro à la bactériologie et dont il apprécie la lumineuse intelligence, il donne sa première place de chef de clinique, et bientôt en fait son agrégé.

La blennorragie demande, par son importance, une direction spéciale ; c'est à Janet qu'il confie cette fonction. Enfin, à Boisseau du Rocher, il confie le soin d'adjoindre à son service la cystoscopie, découverte par Nitze après Désormeaux.

C'est dans ce cadre ingénieusement disposé qu'il va édifier le progrès par une observation clinique si minutieuse, que quarante ans après, avec des moyens perfectionnés de laboratoire ou d'exploration, on ne peut que confirmer ses découvertes.

Par exemple, il étudie les syndromes il commence par en définir les modalités et de ces modalités il va tirer des conclusions si précises pour le diagnostic des tumeurs de la vessie que, pour la première fois, ces tumeurs sont classées en deux catégories, suivant qu'elles sont ou non pédiculées. Il reconnait les premières à l'abondance de l'hématurie, seul symptôme : il reconnait les secondes aux petites hémorragies qui s'accompagnent du syndrome de la cystite. Le palper prend en ses mains une importance particulière : il sent une induration, une interposition à droite ou à gauche et il diagnostique la tumeur infiltrée, c'est-à-dire le cancer, avec une sûreté dans la localisation, que la cystoscopie, la cystoradiographie ne peut aujourd'hui que confirmer. Tout cela, Guyon le déduisait des seules données de la clinique.

De même pour les rétentions vésicales, elles sont minutieusement décrites ; la rétention, avec distension en particulier, est schématisée en des pages qui restent un chef-d'œuvre d'observation et auquel les méthodes modernes d'exploration n'ont rien ajouté. L'intoxication de ces malades et leur aptitude à l'infection, l'atteinte sérieuse à la fonction rénale, la gravité profonde en un mot et les dangers mortels de cette phase au moment où l'on croit par le cathétérisme soulager le malade ; tout cela Guyon l'a vu, analysé et décrit.

L'intoxication de Guyon, c'est aujourd'hui l'azotémie de Widal ; elle se mesure de nos jours d'après sa concentration dans le sang, mais elle se définissait alors par l'état général, et Guyon avait dû en tracer un tableau si exact, qu'au point de vue clinique, il n'y a presque rien à ajouter.

L'étude du cancer de la prostate, de ce qu'il appelle la carcinose prostato-pelvienne, est décrite en des traits définitifs. Aujourd'hui, après quarante ans, on peut lire encore avec profit les pages qu'il a écrites sur ce sujet, dans son livre sur les *Maladies de la Prostate*, dans ce livre qui n'eut qu'une édition parce qu'il n'eut jamais le temps de le refaire et ne permit à aucun de ses élèves de le rééditer à sa place.

C'est surtout à la vessie normale et pathologique qu'il donne toute son attention. Pour la première fois il apporte à l'observation le contrôle physiologique. Il étudie les contractions de l'organe ; il en déduit des conclusions pratiques pour le traitement des cystites et surtout pour la technique de la lithotritie.

Il connait sa sensibilité à la tension ; il sait le sens de ces contractions, leurs causes et les éléments qui les provoquent comme les conditions qui les atténuent. Et ainsi il peut aborder en connaisseur la pratique de la lithotritie et la conduire « physiologiquement ».

Tout d'abord, il prépare la vessie avant de l'aborder, car il sait que, même sous le chloroforme, il ne serait pas maître de ses contractions. Et ainsi, pour réduire les dernières résistances de l'organe préparé, il n'a besoin que d'un minimum d'anesthésie générale et sa mortalité atteindra à peine et ne dépassera pas 2 p. 100.

Ses manœuvres dans la vessie sont réglées d'une façon méthodique : au lieu de chercher la pierre, il l'attend dans le point déclive où il lui tend un piège. Il sait qu'elle y viendra toujours, car, entre ses mains, « l'enchâtonnement n'existe pas », il ne résulte en effet que des contractions de la vessie ; en les calmant avant l'opération, il a déjà fait disparaître les conditions de l'enclavement.

L'évacuation des fragments est réglée avec le même souci physiologique ; le vrai moyen d'évacuation est le lavage, le lavage mécanique, mais pour qu'il soit convenablement exécuté, pour que le mouvement qu'il détermine réalise son maximum d'effet, il faut que la vessie se contracte sur le liquide qu'elle reçoit aussi le malade doit-il être un peu réveillé et la vessie doit-elle retrouver une partie de ses contractions. L'aspiration, au contraire, n'est qu'un complément du lavage, elle n'est destinée qu'à retirer les derniers fragments, les fines poussières. Mais il faut pour qu'elle s'exécute bien, il faut que les contractions ne viennent pas gêner l'action aspirante, il faut que la vessie soit profondément endormie et par conséquent que le malade prenne à ce moment plus de chloroforme.

C'est par tous ces détails que Guyon acquit pour cette opération une maitrise que personne n'a jamais pu dépasser, ni même atteindre.

Nos opérations chirurgicales exigent le concours de deux sens à la fois : la vue et le toucher ; mais la part des yeux est prépondérante pour la perception et la fixation des impressions qui commandent l'action.

Pour la lithotritie, au contraire, la vue ne compte plus, le toucher seul intervient : l'opérateur perd ainsi une partie de sa valeur sensorielle, il ne peut remédier à cette déperdition que par un affinement du tact, il lui faut une hypersensibilité tactile. C'est là qu'était la force et la supériorité de Guyon ; ses doigts avaient reçu ou plutôt acquis par l'usage une sensibilité telle qu'ils pouvaient percevoir en même temps que le malade et presque avant lui les moindres mouvements de sa vessie.

Ces doigts, qui percevaient seuls et transmettaient au cerveau la sensation, étaient les mêmes qui recevaient aussitôt la commande ; ainsi, la sensation et l'action, la demande et la réponse se fusionnaient en un geste presque simultané, adéquat à la sensibilité pathologique de la vessie.

C'est en cela et par cela que Guyon était supérieur à ses collègues ; ceux-ci, n'ayant pas les qualités compensatrices à l'exécution de son opération, se trouvaient désemparés lorsque, forts de leur chirurgie à ciel ouvert, ils voulaient s'essayer aux difficultés de cette opération en vase clos et obscure.

Ils n'y trouvaient que ténèbres. Guyon seul y percevait la lumière parce qu'il avait, avec l'habileté du chirurgien, la dextérité du spécialiste.

Et c'est dans cette différence seule que réside la raison de ces discussions, passionnées d'alors, sur les inconvénients de la lithotritie et les avantages de la taille.

Ce n'était qu'une question de doigté dans laquelle Guyon avait un avantage qu'on lui pardonnait d'autant plus difficilement,

◆◆◆

qu'on ne pouvait ni le contester ne le méconnaitre. Aussi ces discussions ne troublèrent jamais ni son calme ni sa certitude ; il les accueillait avec un sourire et y répondait par des résultats qui étaient écrasants pour ses adversaires.

Et de fait il était prestigieux ; conscient de sa supériorité, debout à la droite de son malade à peine endormi, le lithotriteur entre les mains, il donnait la plus belle impression de ce sang-froid qu'il définissait un jour : « Cette force que donne la prévoyance et le savoir ». Il était sûr de lui, sûr qu'il viendrait à bout de toutes les difficultés, sûr que la vessie n'aurait pour lui aucun secret ; ses doigts agiles se remuait sans nervosité, presque avec calme ; pour lui, c'était un jeu toujours sérieux ; pour les assistants, c'était un escamotage éblouissant ; pour le malade, c'était la certitude de la guérison.

Je dis « certitude ». Et si Guyon avait été appelé à opérer à temps l'empereur Napoléon III, qui sait si la face du monde n'eût pas été quelque peu changée, en Europe du moins ?

Guyon ne fut mandé qu'une fois aux Tuileries : c'était dans les premiers mois de 1870. Mais, à peine sollicitée, la consultation fut ajournée sous un prétexte futile et la demande ne fut jamais réitérée : Nélaton avait préféré sans doute diriger seul la chirurgie impériale.

Vous savez le reste : l'empereur incapable de monter à cheval et même d'aller en voiture et devant quand même conduire une guerre qu'on lui imposait, l'empereur devant discuter de sa captivité, dans la double infériorité que lui causent ses souffrances physiques et morales, et s'en allant enfin mourir en exil d'une opération trop tardive.

Sa Majesté avait une fois au moins passé, sans le savoir, à portée de la guérison : quand un jour elle pensa la retrouver, il était trop tard ; le destin allait achever pour elle le cycle du malheur et de la fatalité.

En même temps que la lithotritie, Guyon réglait, avec le même souci du détail physiologique, la technique de l'urétrotomie interne.

Cette opération était pratiquée bien avant lui. Reybard, Maisonneuve l'avaient perfectionnée, et ce dernier venait d'imaginer le merveilleux instrument qui a passé jusqu'à nous. Mais la mortalité de cette opération restait encore énorme, et atteignait jusqu'à 50 et 60 p. 100.

Elle était une des plus redoutées de l'époque, et de nos jours encore on voit, dans la terreur que cette opération inspire à quelques malades, un écho lointain du discrédit dans lequel elle était tombée.

Mais Guyon vient, et par l'addition d'un détail il va bouleverser cette opération ; il met une sonde à demeure, il met ainsi comme un pansement à la plaie urétrale, il évite les résorptions toxiques et infectieuses et parvient à abaisser de 60 à 2 p. 100 la mortalité de cette opération insignifiante en elle-même, et avant lui terrifiante par ses conséquences. D'un détail, il a fait une conquête.

La fièvre urinaire, il la connaissait à fond et en décrivait minutieusement les formes et les variétés ; il la savait infectieuse bien avant d'en connaitre l'agent causal, et depuis longtemps il se préoccupait d'en combattre les effets et d'en prévenir l'apparition en appliquant pour la première fois à son territoire l'antisepsie de Lister. La désinfection des instruments, la stérilisation des sondes avaient été depuis 1876 l'objet constant de ses préoccupations et l'introduction dans la pratique du nitrate d'argent, encore aujourd'hui couramment utilisé, concourait à diminuer, dans une sensible mesure, la virulence des infections qu'il avait à combattre.

Pour l'exploration du rein, il définit ce procédé du ballottement, qui porte son nom, et est resté classique ; il montre la valeur du varicocèle pour le diagnostic des cancers du rein, et fait appliquer, dès 1896, les bénéfices de la radiographie au diagnostic des calculs du rein.

Par ce qu'il appelle les réflexes vésico-rénal, réno-rénal, et réno-urétéral, il prévoit et esquisse déjà ce dynamisme urétéral qui ne deviendra évident que bien plus tard, lorsque j'aurai par la pyéloscopie démontré son existence, ses modalités et son importance.

Dans l'ordre opératoire, il substitue la taille hypogastrique à la taille périnéale, jusqu'alors seulement employée, et l'applique pour la première fois avec Bazy aux tumeurs de la vessie.

Il invente avec Périer ce tube siphon qui conserve encore aujourd'hui toute sa valeur pour le traitement de la vessie après la taille.

Il propose l'opération en deux temps des ruptures urétrales dans les cas où l'étendue des lésions ne permet pas de faire avec sécurité la suture des deux bouts. Cette méthode, que j'ai recueillie de ses mains, que j'ai appliquée pour la première fois sous ses yeux, s'est étendue, généralisée ; elle est une manière aujourd'hui classique de traiter les grandes ruptures urétrales qu'on ne peut suturer entièrement, comme sont restés classiques ses procédés pour la ligature de la carotide externe et de l'amputation sus-malléolaire, qui datent de ses premières années chirurgicales.

Je me borne à parcourir à grands traits ce domaine de l'urologie, où on ne peut faire un pas sans fouler son souvenir ; partout la marque de Guyon est définitive et tout ce qu'il a innové demeure ; partout il a créé avec une telle perfection, que l'édifice reste aujourd'hui tel qu'il l'a conçu dans son plan et réalisé dans ses détails.

Même aujourd'hui, son livre de *Leçons cliniques* reste l'évangile de l'urologiste. C'est lui-même qui le fit tout entier, lui-même qui le réédita quatre fois, avec une conscience dont j'ai été le témoin. Il rédigeait tous les chapitres, et jusque dans la mise en page il apportait encore des corrections, des additions qu'il jugeait nécessaires. Sur le livre paru, il écrivait encore des notes pour une édition ultérieure. Cette puissance de réflexion concentrée dans ces lignes donna à ce livre une autorité qui lui a permis de prolonger sa valeur jusqu'à nos jours.

Guyon n'a pu réaliser tous les grands progrès qui ont renouvelé l'urologie dans ces dernières années. Mais il avait un don si prodigieux de perfectibilité et d'adaptation, qu'il resta toute sa vie accessible à des idées neuves alors même qu'elles venaient parfois modifier ce qui avait été le fruit de ses méditations et de ses réflexions. Le progrès, il le favorisait lui-même en perfectionnant le cadre dans lequel ses élèves allaient le situer à leur tour, sous son égide, avec son approbation et ses conseils.

Et si, aujourd'hui, vingt-cinq ans après la retraite de Guyon, une floraison prodigieuse nous montre une accumulation de progrès auxquels il n'a pu prendre part, du moins il est juste devant la moisson qui lève de remonter par la pensée jusqu'au semeur qui fertilisa de son travail les champs de l'urologie ; il est juste, en face d'un édifice qui s'élève et s'embellit chaque année, de rappeler le souvenir de celui qui, par le seul effort de son travail, en constituait l'armature et les fondements avec une solidité qui défiera toujours l'intempérie des années.

La gloire de Guyon, c'est d'avoir assuré la consécration scientifique de l'urologie, c'est-à-dire d'y avoir introduit l'esprit et les moyens qui sont utilisés pour l'étude des sciences médicales.

Il montrait, par sa pratique et son exemple, qu'il y avait bien une spécialité de technique, mais qu'il ne devait pas y avoir de limitation des conceptions.

Il demandait, il exigeait que le spécialiste soit pourvu de connaissances générales et que l'investiture ne soit accordée qu'à celui qui, par son passé, par son expérience, avait déjà acquis et prouvé la hauteur de ses vues et l'étendue de ses connaissances.

Ainsi, la spécialisation s'élevait avec lui à une hauteur jusqu'alors imprévue ; avec lui, elle passait de l'empirisme à la science d'observation, et cette limitation qu'est la spécialisation et qui était devenue la conséquence nécessaire du progrès allait à son tour en favoriser l'essor avec une ampleur inconnue. Ainsi, se préparait une ère nouvelle, dont les conséquences heureuses allaient se dérouler dans les années à venir ; et c'est de cette évolution que nous voyons aujourd'hui, Messieurs, le splendide épanouissement.

En outre, sous son égide et par son rayonnement, se préparait un grand mouvement de décentralisation. C'est sous son inspiration que se sont formés partout ces centres secondaires qui brillent aux quatre coins du monde de l'éclat qu'ils ont puisé à sa lumière.

Depuis qu'il eut fondé avec Desnos et Pousson les Congrès français et international d'Urologie, partout dans le monde, en Europe et en Amérique se fondaient des Sociétés semblables ; partout, dans tous les pays, il y a aujourd'hui des chaires, des

Sociétés, des Congrès d'urologie, et jusqu'au fond de l'Amérique je retrouvais cette année même à Rio, à Montevideo, à Buenos-Aires, partout je retrouvais vivant son souvenir et son empreinte tracée en caractères ineffaçables.

De cette expansion bienfaisante, Guyon reste le générateur incontesté et c'est à lui et à lui seul, que, par une pente insensible, remonte le courant qui a entraîné une diffusion si heureuse pour le progrès scientifique.

Il n'est donc pas exagéré de dire que dans l'urologie Guyon a été un de ces créateurs qui apparaissent comme nécessaires à certaines périodes : « tout se teint de leur couleur, partout s'impriment leurs traces, ils ouvrent des horizons d'où jaillissent des faisceaux de lumière » et leur œuvre est si solide, à la fois et si large, que le progrès y lèvera de lui-même après eux, à la place même et dans le cadre qu'ils ont su lui préparer de leur vivant.

Cette longue période se traduisit pour Guyon par un lustre incomparable. Il était le premier chirurgien du monde en sa spécialité et pendant vingt ans son étoile resplendit d'un éclat particulièrement brillant.

Mais s'il faut , comme disait Montaigne, « pour juger à point d'un homme », « le surprendre dans ses à tous-les-jours », si « la vertu d'un homme ne se voit pas moins par des efforts, mais par ce qu'il fait d'ordinaire », soulevons à notre tour le voile de l'officialité et voyons ce qu'était, derrière cette façade brillante, l'homme dans sa vie intime et familiale.

III

Guyon avait eu des débuts difficiles et ceux qui l'ont connu à l'apogée de sa puissance ne pouvaient se douter de la patience avec laquelle il avait dû attendre la prospérité.

En ce temps-là, le diplôme ne comportait pas ces rendements immédiats qu'on exige de nos jours ; en ce temps-là, on savait mieux attendre, au besoin même se priver jusqu'au jour où avec l'expérience on arrivait par étapes à une situation proportionnelle à ses efforts et à ses mérites.

Sans doute les temps étaient alors moins durs, mais aussi la conscience n'avait pas encore fléchi et continuait à dominer seule et de très haut tous les actes et toutes les pensées de la profession médicale.

De 1858, date de son doctorat, jusqu'en 1870, Guyon fit toutes ses visites à pied. Il n'eut sa voiture que l'année de la guerre et encore ne la prenait-il que le matin. Jusquen 1878, il garda même ce que les médecins appellaient « un fixe » ; pour 200 francs par an, il allait tous les matins à Montmartre pour y faire la visite à une association de garçons de recettes.

Pendant le siège, il resta chirurgien de Necker et partagea avec ses malades et ses blessés les privations et les souffrances. On n'avait pas de charbon pour chauffer les salles, les malades gelaient, et les médecins devaient faire leurs visites sans quitter leur pardessus, alors que les obus tombaient en masse sur l'hôpital et blessaient les malades.

Inspecteur des Ambulances, Guyon avait conservé sa voiture. Une fois, une note du Ministre de l'Agriculture le prie de présenter son cheval à la réquisition pour le livrer à l'alimentation de Paris. Guyon se rend au Ministère à l'heure prescrite ; il demande le Ministre, M. Magien, mais il n'est pas encore arrivé. Il demande le chef de bureau, celui-ci est également absent comme le Ministre. En faisant les cent pas dans l'antichambre, Guyon regarde par la fenêtre et voit, dans la cour, du bois bien rangé, de quoi se chauffer tout un hiver, puis une voiture superbement attelée de deux chevaux.

Il s'informe, c'est la voiture de Mme Magien, la femme du Ministre. Alors, dans la fierté de son indépendance, il prend une plume et écrit au Ministre : «J'ai besoin de mon cheval pour exécuter de Montmartre au VIe arrondissement un service commandé ; si on a besoin de chevaux, qu'on prenne ceux de Mme Magien. »

On ne lui demanda plus son cheval.

Mais il n'avait pas oublié le tas de bois, et quelques jours plus tard, sur le bulletin de décès d'un malade à l'hôpital, il écrivit : « Mort de froid ». La presse s'en empara, mais je ne sais si le Ministre comprit l'allusion.

C'est en 1867, qu'il fut décoré ; Velpeau et Nélaton avaient été chargés par le Ministre Duruy , de rédiger à l'occasion de l'exposition internationale un rapport sur la chirurgie au XIXe siècle. Au dernier moment, ces deux chirurgiens ne purent remettre leur travail, il n'était même pas commencé ; ils s'en déchargèrent sur Guyon et Labbé, qui plus jeunes et moins occupés mirent en quelques mois l'œuvre sur pied.

C'est pour les récompenser de ce travail considérable, qu'ils furent ensemble décorés.

Au lendemain de la guerre, en souvenir de ses services dans les ambulances, le Duc de Broglie proposa la rosette à Guyon, mais celui-ci jugea cette distinction prématurée, et avec un désintéressement dont on trouverait rarement l'exemple, il refusa. Ne connaissant que la dépendance des ses devoirs, il ne voulut jamais rien demander et il lui fallut attendre vingt ans pour recevoir cette promotion : il était depuis seize ans professeur à la Faculté, et déjà Membre de l'Académie des Sciences, lorsqu'en 1892, au Jubilé de Pasteur, le président Carnot s'étonna de voir le professeur Guyon simple chevalier, et détacha de son contingent personnel une rosette pour la lui donner.

Il ne fut Commandeur que longtemps après la retraite.

C'est à partir de 1880 que Guyon devint très occupé, et jusqu'en 1900 sa situation ne fit que croître. « Je n'ai jamais recherché la clientèle, disait-il, mais elle m'a beaucoup recherché. »

Partagé entre son service d'hôpital, sa clientèle et ses obligations professorales, il organisait son temps avec la méthode et la régularité de ceux qui veulent doubler leur activité.

Mais de toutes ses fonctions, celle à laquelle il attachait le plus grand prix, c'était cette visite quotidienne de l'hôpital qui le mettait en contact avec ses malades.

Pour le chirurgien, l'opération constitue la tâche la plus noble à la fois et la plus émouvante ; Guyon en ressentait les émotions avec toute sa conscience scrupuleuse. Mais il en est une autre également pleine de noblesse et de grandeur, c'est d'examiner minutieusement ses malades pour ne rien laisser au hasard, c'est de fixer nettement l'indication opératoire et d'en faire accepter à une volonté consciente le principe au nom d'une autorité bienveillante, tout en consolant la détresse morale que va causer la décision.

Ces heures où nous sommes les acteurs de ce grand drame de la vie, où nous nous mêlons si intimement à la douleur pour sécher « les larmes qui depuis l'origine du monde coulent sans trève des yeux de l'Humanité », ces heures qui permettent de montrer à un être désemparé qu'il a près de lui quelqu'un qui partage son angoisse, et dépense pour la lui éviter son temps, sa peine et toute sa science, ces heures-là sont des heures vraiment divines et rien au monde ne saurait les égaler. Leur souvenir, quand elles ne sont plus, suffit à enrichir notre existence et à entretenir en nos âmes un dernier rayon de soleil, lorsque l'amertume de la douleur nous impose à notre tour des souffrances, que nous avons tant de fois consolées chez les autres.

C'est dans ce contact avec ses malades que Guyon mettait sa joie et sa fierté ; aux soins du plus modeste, il apportait la considération, je dirais mieux la condescendance qu'il donnait aux princes ; pour lui, la profession resta toujours un sacerdoce, l'exercice n'en diminua jamais la grandeur, il en découvrait au contraire chaque jour les beautés avec la ferveur et l'enthousiasme d'un néophyte.

Après ses visites à Saint-Jean-de-Dieu, après sa longue visite à l'hôpital et ses opérations, il rentrait chez lui vers midi vingt, prenait à peine le temps de déjeuner et repartait de suite, trois fois par semaine, aux examens, qui, à cette époque, avaient lieu à une heure.

Quelles que fussent ses occupations si nombreuses, il ne se fit jamais remplacer et pendant toute sa vie de professeur, il remplit sa mission avec la conscience qu'il apportait en tout ce qu'il faisait.

C'est qu'il avait au plus haut degré le sentiment du devoir : le labeur acharné lui apparaissait comme la raison de la vie, il était pour lui un besoin, il constituait même sa seule distraction : il n'allait jamais au théâtre et sortait très rarement pour diner en ville. Il travaillait le soir, il travaillait le dimanche. Pendant longtemps il ne venait à Louveciennes, dans cette propriété où sa famille passait une partie de l'été, que le dimanche après déjeuner ; il arrivait à trois heures et en repartait le soir après

diner. Ce n'est que bien plus tard, qu'il prit l'habitude d'y venir tous les soirs pendant la belle saison.

En vacances il emportait encore des épreuves, il continuait la rédaction de ses livres et préparait cette première clinique de novembre à laquelle il voulut toujours une solennité et une importance prépondérante.

Durant toute cette période, Guyon rayonnait comme une des plus grandes figures de la chirurgie mondiale. Les chirurgiens de l'Allemagne eux-mêmes reconnaissaient sa supériorité quand ils le faisaient proclamer par Israël comme leur Maître à tous. Aussi, éprouvait-on une réelle fierté de le voir porter à l'étranger, à Saint-Pétersbourg, à Rome et ailleurs le drapeau de la chirurgie française.

De tout son extérieur se dégageait une impression de noblesse et de distinction, de valeur et de simplicité. Une haute stature, une tête puissante, un front magnifique d'ampleur et de clarté, des traits réguliers peu mobiles, encadrés de favoris à l'anglaise, dans toute la tenue une indéfectible correction, tout indiquait en lui l'équilibre et la mesure, la force à la fois et la sécurité.

Il parlait peu, car il avait horreur de la conversation inutile : dans le monde il écoutait avec déférence, quelquefois avec une pointe d'indulgence. C'est dans l'intimité qu'il se donnait tout entier ; sa figure ordinairement impassible avec bienveillance, s'animait et ses lèvres très fines traduisaient, avant l'expression, les fluctuations de sa pensée ; à certain sourire discret, on pouvait prévoir un de ces jeux de mots qui l'amusaient facilement ; mais tout de suite la conversation prenait, avec lui, un ton et une allure en conformité avec la hauteur de ses vues, et il trouvait alors pour la résumer des formules brèves qu'on pouvait accepter comme un programme et retenir comme une leçon.

Dans le courant ordinaire de la vie, toujours pressé, quoique sans hâte, Guyon donnait l'impression d'une certaine froideur et troublait quelquefois son interlocuteur par son abord réservé ; et quelques malades eurent à subir les atteintes de sa sévérité, surtout ceux qui le considéraient comme un spécialiste.

Pour lui, le mot de spécialiste était une injure, il le rabaissait. Et quand quelqu'un, entrant dans son cabinet, lui disait : « Vous êtes bien le spécialiste ? » Guyon répondait : « Non, je suis chirurgien ». « Ah, je croyais, disait le client interloqué, que vous étiez professeur des maladies urinaires ». « Oui, reprenait Guyon, j'ai beaucoup travaillé ces questions, mais si vous voulez un spécialiste, je vais vous donner une adresse ».

Mais quand un importun apportait un trouble à ses occupations, voire même à son repos, il se fâchait et sa colère prenait une majesté qui foudroyait le perturbateur.

Ce sentiment, je l'ai éprouvé une fois : je venais un jour de novembre, en 1885, demander à Guyon, que je n'avais jamais vu, une place d'interne pour cinq ans plus tard ; c'était un dimanche, il ne recevait pas, je forçais sa porte. Il vient à moi, dans la majesté de sa démarche, et me reproche de le déranger ; je formule ma demande ; il y répond par un refus net, et m'ouvrant la porte, me montre que pour lui l'entretien est terminé.

Quoique écrasé sous le poids de l'accueil, je proteste, je réclame et me défends. Et après quelques instants, vaincu tout de même par la solidité de mes raisons, il accepte d'étudier mon cas avec les références que je lui apporte.

Ma ténacité l'avait emporté d'une épreuve terrible, que dis-je ma détresse avait apaisé sa révolte et touché sa bonté, et c'est à cette circonstance que j'ai dû certainement le plus heureux de ma carrière, et aussi l'honneur de parler aujourd'hui devant vous, Messieurs, d'un Maître qui m'a toujours, depuis, protégé d'une sollicitude paternelle.

Au fond Guyon était doué d'une grande sensibilité ; il se penchait trop souvent sur la douleur pour ne pas en ressentir profondément l'amertume. Mais sa bonté ne voulait se traduire qu'en action ; aussi, devait-il se raidir pour ne pas s'abandonner, et sa volonté plus forte parvenait à maîtriser son impressionnabilité, ou du moins à la masquer sous le voile de la sévérité.

En 1885, il avait quitté la rue de la Ville-l'Evêque pour venir habiter rue Roquépine, dans un hôtel qui allait être pendant près de vingt ans le rendez-vous du Tout-Paris médical et mondain, artistique et intellectuel.

C'est là, c'est dans ce cadre conforme que Mme Guyon put développer pour le monde tous les charmes de sa nature et contribuer, pour sa part, à accroître sensiblement le prestige de son mari.

Dans les premières années de leur mariage, à l'époque des débuts difficiles, elle avait su déjà réaliser, avec autant d'art que de discrétion, les compressions nécessaires. Mais maintenant dans ce cadre nouveau, à cette grande période de leur vie, elle pouvait enfin, donner libre cours à ses goûts de faste et d'élégance ; elle s'ingénia à orner, pour son mari, de la façon la plus gracieuse un intérieur somptueux et elle s'y fit naturellement et sans contrainte la parure de sa vie, le luxe de sa carrière et le plus heureux complément de sa valeur.

Dans ces réceptions où elle brillait d'un éclat sans pareil, elle ne trouvait pas seulement une distraction, elle y voyait même un devoir ; elle pensait qu'une des gloires de la chirurgie se devait de montrer la culture et le charme que la tradition française est capable de procurer aux grands esprits de la Science : elle voulait rappeler qu'au-dessus du chirurgien il y a l'homme, et que si celui-là s'élève par des qualités exceptionnelles de science, c'est aussi un des privilèges de notre race de susciter, chez celui-ci, le goût de la littérature et des arts, le culte de la musique et de la beauté.

Elle n'avait même pas à se grandir pour s'élever à la hauteur de sa dignité ; il lui suffisait d'être elle-même. Avec elle c'était la chirurgie française qui recevait, c'était la Faculté qui se révélait sous les aspects d'une grande dame de haute distinction, que dis-je c'était la France elle-même qui, parée de toutes ses grâces et riche de ses plus belles traditions, se montrait dans la splendeur de sa noblesse et de sa beauté.

Cette collaboration était d'autant plus nécessaire à Guyon, que par lui-même il se serait peut-être contenté d'un rôle plus modeste. Cet homme, qui occupa les plus hautes fonctions de sa carrière, qui eut toutes les présidences et fut couronné de tous les honneurs, craignait beaucoup de paraître en public ; parler l'effrayait plus encore, et jamais il ne put prendre la parole sans inquiétude, ni sans avoir un papier à la main.

Il écrivait intégralement toutes ses leçons et les composait le dimanche dans la journée. Il travaillait avec le même soin les discours qu'il était appelé à prononcer au nom de la Société de Chirurgie, de la Faculté ou de l'Académie qu'il présidait en 1901. C'est ainsi qu'il fit à Tours, en 1887, l'éloge de Velpeau : en 1896, celui d'Alphonse Guérin ; à Lyon, en 1904, celui d'Ollier, et en 1913, il fit à l'Institut, comme président des cinq Académies, l'éloge de Cailletet, de Picard et de Championnière. Partout, la profondeur de sa pensée sait trouver une expression heureuse ; il n'y a aucun lieu commun, aucun artifice, tout est sincère, digne et profond. Il admire ce qu'il aime et vante sans s'en rendre compte ses propres vertus ; le travail, l'ordre, la volonté, la dépendance de ses devoirs.

Pendant toute cette période, Guyon fut un homme vraiment heureux, toutes les faveurs de la gloire et de la prospérité lui étaient réparties généreusement.

Les malades accouraient à lui du monde entier ; ils lui restaient attachés par les liens de la reconnaissance et de l'admiration, presque de l'adoration.

Les hommes les plus célèbres de son temps l'honoraient de leur amitié, Pasteur, Bertrand, Brown-Séquard, Panas, Ollier, Marey, Alexandre Dumas, ses pairs s'inclinaient tous devant la noblesse et la dignité de sa vie, et ceux mêmes que ses succès avaient gênés ne pouvaient s'empêcher d'admirer une carrière toute d'honneur et de travail.

Mais il allait entrer bientôt dans la retraite, à soixante-quinze ans, et la vieillesse allait lui apporter le lourd tribut des épreuves réservées à ceux qui ont le malheur de vivre trop longtemps.

IV

C'est en 1906 qu'atteint par la limite d'âge, il quitta son service d'hôpital. Il avait une seule fois permis à l'affection de ses élèves de le fêter publiquement.

C'était en 1897, à ses trente ans de Necker, tous ses amis se réunirent autour de lui, sous la présidence de Championnière, en une journée que n'ont pas oubliée tous ceux qui y prirent part. Mais au jour de la retraite, l'action qui avait été la raison de sa vie ne lui était plus permise, alors il voulut le silence pour entrer dans l'oubli et il se retira sans manifestation.


SÉDOBROL
"ROCHE"
Tablettes d'extrait de bouillon concentré achloruré et bromuré
1 tablette Sédobrol Roche = 1gr NaBr
Traitement bromuré intensif dissimulé
Tous les états nerveux :
Neurasthénie. Épilepsie.
Hyperexcitabilité.
DOSE :
ADULTES : 1 à 5 tablettes par jour
ENFANTS : 1/2 à 2 tablettes, selon l'âge
Echantillon & Littérature sur demande :
PRODUITS F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges PARIS

Il laissait sa chaire à Albarran, qui avait été son premier agrégé ; il appréciait ses dons prodigieux d'intelligence et d'activité, il sentait en lui la maîtrise nécessaire à la prospérité de son œuvre ; mais il n'était pas sans inquiétude, car il le savait déjà frappé. Il eut en effet le chagrin de le voir mourir en 1912, et en juillet j'étais appelé à le remplacer.

Mon entrée à Necker fut, pour mon maître, une dernière joie : avec moi, il savait que c'était un peu de lui-même qui rentrait en sa maison, il savait que j'y serais toujours le gardien de son souvenir. Il assistait en novembre à ma première leçon et sentit vibrer à cette occasion les sentiments que la postérité conserve à sa mémoire.

Dans la retraite cependant, il ne consentit pas à laisser inactives les forces de son intelligence : « A quoi sert de vivre encore, disait-il, si on ne peut plus travailler. » Et avec le même souci qu'il avait apporté à sa Clinique de Necker pour la léguer en bon état à ses successeurs, il organisa sa terre de Bot-Conan.

Lorsqu'on va par la route de Fouesnant jusqu'à Beg-Meil, cette avancée jusqu'à la mer de la lande sauvage, on voit sur la gauche, à l'origine d'un chemin de traverse, un poteau sur lequel est écrit : Bot-Conan, terre de roi.

On suit le chemin au milieu des hortensias en fleurs, puis le sol s'incline en pente douce vers la mer, l'horizon s'élargit et une vue splendide se découvre jusqu'à l'infini. En face : la Baie de Concarneau, large et silencieuse ; à gauche, la Baie de la Forest, où la mer eassagie semble chercher le calme et le repos : et à droite, au delà de Beg-Meil, la mer immense et agitée, la mer de Bretagne.

C'est devant ce panorama grandiose dans une lumière éclatante et un climat assez doux pour permettre aux camélias de pousser en pleine terre, c'est là que Guyon, à soixante-douze ans, bâtit en bordure de la mer et presque sur la grève une propriété dont il voulut régler lui-même tous les détails : le plan de la maison, les allées, les vues sur le large et l'envolée vers les bateaux de pêche, qui chaque jour à la marée montante gagnent la haute mer et colorent l'horizon des teintes bleues de leurs filets.

Là, jusque dans les plus petits détails, on retrouve son esprit d'organisation et son goût profond pour la nature. A Louveciennes, il avait accumulé toute une collection d'arbres rares ; il en connaissait tous les noms. A Bot-Conan, il planta encore une nouvelle collection très variée, en tenant compte des points de vue, des incidences du soleil ; et jusque dans ses derniers séjours je l'ai vu déplacer tel arbre, après y avoir longtemps réfléchi, parce que la couleur de ses feuilles à telle époque devait se fusionner plus heureusement avec la couleur de la mer. « Je ne le verrai pas, disait-il, mais mes petits-enfants verront que j'avais raison. »

Aussi cette propriété, qu'il avait faite lui-même, il l'aima toujours d'une sollicitude particulière et, pendant près de quinze ans, elle fut le plaisir et le repos de sa vieillesse.

C'est à cette époque surtout que, libéré de ses grandes occupations, nous aimions à le retrouver dans l'intimité, heureux de nous recevoir, d'encourager nos travaux et de nous donner sur les hommes et les choses des appréciations pleines de justesse à la fois et d'élévation ; avec lui les grands intérêts s'élevaient toujours au-dessus des questions de personne et on sentait à chaque pas vibrer, sous des formes diverses, ce qui avait été la passion de sa vie : l'amour de la patrie et le culte de la vérité.

Depuis longtemps il sentait la guerre fatale, il la voyait venir et, pour satisfaire les aspirations de son patriotisme, il donna toute la force de son expérience à l'organisation chirurgicale de la Société de secours aux blessés militaires.

De concert avec la comtesse d'Haussonville et avec le marquis de Voguë, il fondait l'hôpital des Peupliers, il y installait une école d'infirmières, sous la direction d'une femme d'élite, Mlle Génin, et c'est à lui que cette Société dut d'avoir, aux premiers jours de la guerre, un magnifique contingent d'infirmières bien formées et dont la collaboration éclairée fut si précieuse et si appréciée dans l'affolement des premières hostilités.

Cependant, la vieillesse lui apportait peu à peu l'inévitable cortège de ses amertumes et de ses douleurs ; à part une grave maladie, qui mit sa vie en danger en 1886, il avait toujours bénéficié d'une résistance extraordinaire ; il avait cependant, en 1893, perdu l'œil droit, ce qui ne l'empêcha pas d'opérer encore pendant vingt ans. En 1911, une chute dans son escalier déterminait une fracture partielle de la colonne cervicale et lui laissa une déformation permanente de l'attitude, avec une sensible inclinaison de la tête.

Mais c'est autour de lui que le malheur frappait des coups de plus en plus durs ; la destinée marquait d'une cruauté chacune des joies qu'elle lui avait données, et le séparait pour toujours de ceux qu'il avait le plus aimés. Il perdait successivement son gendre, qu'il aimait comme un fils, puis l'un de ses fils en qui il avait mis tout son cœur et son espoir, et enfin sa femme, cette femme intelligente et cultivée, qui avait été la fierté de sa vie, l'associée de sa gloire. Pendant des années, il la vit décliner à ses côtés et son affection multiplia vainement pour la guérir les attentions les plus délicates, et devant l'inévitable son cœur se brisa de douleur.

Et voici qu'il perdait aussi ses élèves les plus chers : Duchatelet, l'ami de tous les jours, le collaborateur fidèle de toutes ses opérations ; Albarran, dont il était si fier ; Segond, qu'il aimait comme un enfant gâté et Championnière, son premier interne interne et dont il venait de faire à l'Institut son collègue et son successeur.

Et lui, la hache du bûcheron l'épargnait toujours ; au milieu de ces tombes il vivait encore, drapé dans sa douleur, et consolant avec la douceur de ses souvenirs l'amertume de ses regrets, mais surtout soutenu par la piété, le dévouement et la tendresse de sa fille et de ses petits-enfants, auxquels il léguait en pleine confiance l'hérédité d'un beau nom et les traditions d'un grand caractère.

Il me faisait à moi-même deux recommandations : la première, c'était de garder toujours à ses salles de Necker le nom de ses maîtres : Laugier et Velpeau, qu'il leur avait lui-même attribués; la deuxième, c'était de m'opposer à tout monument destiné à perpétuer sa mémoire.

Et dans ces volontés suprêmes quelle grandeur à la fois et quelle simplicité !

Au bord de la tombe, il se retourne une fois encore pour donner à ses Maîtres une pensée de reconnaissance et d'affection, et prolonger au delà de lui-ême la fidélité qui leur conserva toujours.

Mais pour lui-même, il ne veut que se confondre avec l'œuvre qu'il a fondée, et il accepte seulement que j'ajoute son nom à la Clinique dont il fait lui-même le monument définitif de son souvenir : elle est et restera toujours la Clinique Guyon.

Cependant, son heure n'était pas encore venue, et la guerre allait, hélas, lui apporter un nouveau fardeau d'inquiétudes et de préoccupations.

Il vécut les grandes émotions du début, la tristesse des premiers revers ; puis cet admirable sursaut d'énergie qui aboutit à la victoire de la Marne, et ce grand et merveilleux prodige d'une nation dressée tout entière devant l'ennemi héréditaire, et donnant à la plus sainte des causes tout son sang, toute sa jeunesse, toutes ses énergies actuelles et toutes ses espérances du lendemain.

Il vécut ces longues heures d'inquiétude et d'angoisse où nous attendions l'issue de ce grand drame, le plus grand que l'Histoire ait jamais connu, et où les peuples s'affrontaient, les uns pour la domination du Monde, les autres pour le triomphe du Droit.

Mais il vécut aussi ce jour béni de l'Armistice, et du fond de sa retraite il partagea l'enthousiasme de tout un peuple qui fêtait dans la reconciliation des partis la joie de vivre et de vivre dans la victoire.

Et quand il entendit plus tard le canon de la Paix annoncer au Monde le retour de Metz et Strasbourg à la mère-patrie, il se sentit pénétré d'une joie immense et profonde.

Depuis cinquante ans, toutes les fibres de son cœur, toutes les aspirations de son être attendaient en patience la réalisation de ce beau jour.

Il resta longtemps silencieux, les yeux à l'infini, et comme fixés par un spectacle grandiose qui illuminait ses traits d'un

bonheur et d'une fierté qu'on ne lui connaissait plus ; dans une de ces visions d'avenir réservées à ceux dont l'âme va bientôt quitter la terre, il voyait la France plus belle et plus grande que jamais, refaire dans la gloire l'unité de ses enfants ; il la voyait donner l'exemple de la modération dans la victoire et de la loyauté dans les engagements ; il la voyait réparer seule devant un ennemi réfractaire ses dévastations et ses ruines, et corriger elle-même les imprudences de ses propres folies ; il la voyait enfin acquérir tant de prestige et d'équilibre que les nations venaient implorer les conseils de son expérience et l'appui de ses ressources ; et la France à son tour répondait à la détresse du Monde en montrant qu'elle était toujours la « Fraternité vivante ».

C'est dans ce beau rêve qu'il s'endormit pour toujours : c'était le 20 juillet 1920, le dernier jour de sa quatre-vingt-neuvième année.

* * *

Telle fut, Messieurs, en ses étapes glorieuses, la vie de Félix Guyon.

Et aujourd'hui, en l'année de son Centenaire, plus de dix ans après sa mort, sa grande figure loin de perdre de son éclat semble au contraire recevoir du temps ces reflets d'or que les années apportent aux chefs-d'œuvre de l'art le plus pur, et nous pouvons avec plus de vérité encore en dégager les enseignements.

Par la noblesse et la distinction de toute sa vie, il fut l'honneur de la profession médicale ; par sa conscience, par son travail il fut un modèle, et lorsque sera disparu le dernier de ceux qui parmi nous ont pu bénéficier de son exemple et du rayonnement de sa valeur, il restera encore marqué du doigt de la Postérité comme un créateur.

Dans ce vingtième siècle, si riche de gloire et de magnifiques conquêtes, dans ce siècle de Claude Bernard et de Pasteur, des rayons X et de l'anesthésie, il a fixé sa place à côté des plus grands noms, en imprimant à sa spécialité une orientation définitive.

Les années à venir accumuleront de nouvelles conquêtes ; la Science marchera à pas de géant dans un monde prodigieux de merveilles encore insoupçonnées, mais aucune de ces conquêtes réalisées ou à venir ne diminuera l'éclat de son nom ; son œuvre initiale et profonde restera entière ; et si haut, si large que soit jamais élevé l'édifice du Progrès, on verra toujours resplendir d'une lumière éclatante le sillage de Guyon au firmament de l'Histoire.

La soif a été attribuée par certains auteurs à une diminution de la sécrétion salivaire qui dessècherait bouche et pharynx. Mary F. Montgomery (*Amer. Journ. of Physio.*, tome XCVI, p. 221) a extirpé la totalité des glandes salivaires à des animaux. Ceux-ci ont parfaitement guéri (ce qui, soit dit en passant, prouve que ces glandes n'ont pas, comme le pancréas, une sécrétion interne indispensable à l'organisme). Or, la muqueuse buccale resta humide et normale et les animaux ne burent pas plus d'eau que les témoins. Donc la sécrétion salivaire n'a que peu à voir avec la soif. A. M.

Diabète. — Un médecin de Vichy, le Dr Sérégé vient de publier l'histoire clinique d'« Apparition simultanée chez deux époux d'une glycosurie de cause émotionnelle », in *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 24 mai 1931, p. 323. Il y a eu simultanéité presque parfaite d'apparition de la glycosurie chez ces deux époux ne présentant aucune tare héréditaire ni acquise, ni suralimentation, ni alcoolisme, ni syphilis, vivant la même vie paisible de gens pondérés, ayant un système nerveux bien équilibré, présentant tous deux les mêmes conditions d'existence et de santé qui obligent par leur netteté, leur précision à retenir comme seul élément étiologique, en dehors de toute autre cause, le choc émotionnel ressenti par eux, dans l'espèce, la mort d'un fils unique, âgé de trente ans. A. M.

TRAVAUX ORIGINAUX

Hémorragies tardives du post-partum

Par Mme le Dr Lucie Léon-Borcéa
Médecin-chef à l'hôpital de la Maternité de Jassy

Ces hémorragies sont à l'ordre du jour et présentent une importance toute particulière. On tend, de plus en plus, à en arriver à la conclusion que toute malade atteinte d'une hémorragie grave *post-partum* doit subir l'hystérectomie. Couvelaire, en mars 1926, apporta à la *Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris* des observations d'après lesquelles il démontre l'aggravation des phénomènes infectieux à la suite du curage de l'utérus et plaida pour l'hystérectomie d'emblée. Il soutient que (1) : « toute manœuvre intra-utérine, curage ou curettage, est susceptible de déclancher chez les accouchées présentant ces syndromes septico-hémorragiques une diffusion de l'infection dont on ne peut prévoir les conséquences. La simple exploration intra-utérine, ablation digitale d'un cotylédon décollé, sont habituellement suivies d'une forte élévation de la température et de frissons. Et lorsque l'utérus a été violenté par un curage s'acharnant à enlever un cotylédon adhérent, ou par un curettage aveugle et incomplet, cette réaction, loin d'être passagère, n'est habituellement que le prélude d'une infection générale à marche rapide.... Tels sont les principes généraux qui dirigent actuellement notre conduite. Ils peuvent se résumer en une formule très simple : suivant les circonstances cliniques, nous optons entre le traitement médical, en nous abstenant de tout curage ou curettage, ou l'hystérectomie d'emblée sans curettage préalable. »

Après Couvelaire, toute une série d'autres obstétriciens ont plaidé dans le même sens. Toutefois, la rétention de fragments placentaires à la suite d'accouchements à terme est beaucoup plus fréquente qu'on ne l'a généralement cru, et rien n'est plus audacieux que d'affirmer qu'il n'y a pas de rétention de fragments placentaires. Il est arrivé plus d'une fois qu'après avoir minutieusement contrôlé le placenta et lui avoir trouvé l'aspect d'un placenta parfaitement complet ; il est survenu une hémorragie tardive, et qu'après avoir procédé à un curettage, on a trouvé des fragments placentaires.

Lorsque la rétention détermine des hémorragies sans élévation de température, le curage digital ou le curettage est tout indiqué. Mais le problème le plus angoissant de l'obstétrique est celui qui se pose quand la rétention placentaire est compliquée d'hémorragie et de fièvre. Qu'y a-t-il à faire en pareil cas ?

L'hémorragie réclame l'intervention d'urgence.

Ici, les avis sont partagés : la plupart des spécialistes se prononcent pour l'hystérectomie. Quant à nous, c'est toujours au curettage utérin que nous avons eu recours, même lorsque la température s'élevait jusqu'à 40 degrés.

Pour que le curettage soit efficace, *il faut l'effectuer complètement*, en d'autres termes, l'utérus étant bien et intégralement nettoyé, de façon qu'il ne reste rien dans les angles, on doit entendre le cri utérin, lequel diffère du cri utérin que l'on perçoit lorsque la grossesse est peu avancée. Celui là est beaucoup plus doux, moins strident.

Nous convenons du fait qu'un curettage *post partum* n'est pas chose aisée, étant donné que l'utérus est volumineux, mou, légèrement sanguinolent, et que de gros caillots de sang s'interposent entre la curette et la paroi

(1) *Gynécologie et obstétrique*, 1928.


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS


CHLORO-CALCION
SOLUTION STABILISÉE, RIGOUREUSEMENT DOSÉE, DE CHLORURE DE CALCIUM CHIMIQUEMENT PUR
80 gouttes ou ½ cuiller à café = 1gr. Ca Cl²
Recalcifiant
Hémostatique
Déchlorurant
DIRECTEMENT ASSIMILABLE
Littér. Echant. LABORATOIRE MICHELS 9, Rue Castex – PARIS (IVe)

utérine. Il faut employer de grandes curettes bien tranchantes ; sinon, on risque de passer par-dessus les fragments placentaires sans pouvoir les détacher.

Dans la présente note préliminaire, nous n'offrons qu'une seule observation que nous trouvons toutefois très typique. Le cas que nous décrivons est tout particulièrement intéressant par le fait que la patiente a subi quatre curettages après son accouchement et, comme il ressort de notre observation, la malade a eu une infection traitée, entre autres aussi, par un abcès de fixation, avant le premier curettage qui a suivi l'accouchement. Par la suite, elle a encore eu quatre enfants.

N° 435 du registre. La femme Marie R..., âgée de 38 ans, mariée, enceinte pour la neuvième fois, entre à l'hôpital de la Maternité de Jassy le 27 mai 1930, grosse de neuf mois, et ayant eu le placenta adhérent lors de ses quatre derniers accouchements.

Antécédents hérédo-collatéraux : rien à signaler.

Antécédents personnels : a eu la scarlatine à l'âge de 12 ans ; à 15 ans, elle a souffert des fièvres paludéennes. A l'âge de 14 ans, elle a eu sa première menstruation. Ses menstrues sont régulières, douloureuses, abondantes et durent de six à sept jours. Elle s'est mariée à l'âge de 17 ans ; au bout d'un an, elle a eu son premier enfant. La grossesse, l'accouchement, les couches, tout a été normal : l'enfant est sain. La deuxième grossesse et la troisième ont été normales, il en a été de même des accouchements et des couches. Enfants sains. La quatrième grossesse s'est arrêté à cinq mois et demi ; elle a avorté spontanément, chez elle ; placenta adhérent : elle a de violentes hémorragies ; l'extraction se fait manuellement. Une infection s'étant déclarée, on conduisit la malade à l'hôpital où elle demeura quatre semaines ; elle ne se souvient pas qu'on lui ait fait de curettage, mais elle se rappelle qu'elle a eu un abcès de fixation. La cinquième grossesse comporta deux jumeaux ; elle a accouché à terme chez elle ; premier accouchement cranien, second accouchement pelvien. Placenta adhérent, hémorragie abondante. On conduit la malade à l'hôpital : le placenta est extrait à la main ; on lui fit un curettage utérin. Au bout de la sixième grossesse, elle accouche chez elle, à terme ; placenta adhérent, hémorragie abondante. On l'amène à l'hôpital, où on lui extrait à la main le placenta ; on effectua le curettage ; dix-huit jours plustard elle sort bien portante de l'hôpital. En ce qui concerne sa septième grossesse, elle avorta au bout de trois mois. A la fin de sa huitième grossesse, elle a accouché à terme, chez elle ; cette fois encore, le placenta est adhérent et l'hémorragie est abondante ; on conduit l'accouchée à l'hôpital où on lui extrait à la main le placenta ; elle subit un nouveau curettage.

La neuvième grossesse arrive à son terme. La femme accouche à l'hôpital ; elle a une hémorragie abondante ; le placenta est extrait à la main, il est très adhérent. Trois jours après l'accouchement, elle commence à avoir un peu de fièvre, 37-38° ; la fièvre se maintient dans ces limites pendant quelques jours ; le sixième jour, le thermomètre accuse plus de 39°, tandis que le pouls bat à la vitesse de 96. On lui administre : urotropine, collargol, lavement (clystère) comportant du sérum goutte à goutte. Le septième jour, elle perd un peu de sang ; le huitième jour, elle en perd davantage ; le neuvième jour elle a une hémorragie abondante. Bien que la température de la malade soit élevée, nous nous décidons à procéder au curettage utérin : on extrait de grands et nombreux fragments placentaires. On introduit dans l'utérus un tampon imbibé d'iode et on l'y laisse pendant quelques heures, après quoi on l'extrait. Le lendemain du curettage, la température descend et oscille entre 36 et 37° ; pouls, 84. Le surlendemain du curettage, le thermomètre ne s'élève pas au-dessus de 36°5 ; pouls, 80.

Etat actuel. — La malade, de constitution moyenne, présente des téguments et des muqueuses très pâles. Le tissu osseux est normal, ainsi que le tissu musculaire et le tissu sous-cutané. Rien à signaler au sujet des appareils respiratoire, circulatoire et digestif. L'urine contient de l'albumine. Réaction de Wassermann dans le sang : intensément positive. L'enfant vit ; il pèse 3.300 grammes. La patiente est restée dix-sept jours à l'hôpital, après quoi elle en est sortie, très bien portante, avec son enfant.

Quelque concluant que soit le cas que nous venons de décrire, il va de soi que l'on n'en peut pas tirer une conclusion d'un ordre plus général. Néanmoins, nous possédons une statistique qui s'étend sur dix années et qui comporte les bons résultats que l'on a obtenus par la pratique du curettage dans les hémorragies tardives en *post-partum*. Notre intervention a été couronnée de succès, même dans les cas fébricitants ; toutefois, il est évident qu'il ne faut pas intervenir après que l'infection est passée dans le sang ; mais il faut agir dès le principe, même lorsqu'il y a élévation de température. Sauf cette restriction, la température s'abaisse après que l'on a effectué le curettage.

Toute l'importance de la question réside, donc, dans le fait qu'il ne faut pas laisser échapper le moment opportun où il s'agit d'intervenir.

Dans les cas à dénouement fatal — cas rares d'ailleurs — qu'offre notre statistique, on a pu constater, en procédant à l'analyse du sang, que le streptocoque avait pénétré dans le sang avant que le curettage n'eût été effectué. Mais si le curettage a eu lieu à temps voulu et dans de bonnes conditions, il ne peut plus être question d'infection. Toutes les fois qu'après l'accouchement, on constate une élévati on de la température et que l'on soupçonne la présence de fragments placentaires, on observe un abaissement immédiat de la température dès que l'on a procédé au curettage.

Nous insistons donc sur cette conclusion : tout le problème réside dans le fait que l'intervention doit être effectuée en temps utile et dans de très bonnes conditions.

Nous avons, aussi, relevé des cas où, après curettage, on a observé des frissons et même une élévation de la température jusqu'à 40°, mais cette haute température s'est abaissée progressivement pour redevenir normale au bout de quelques jours. Plus tôt le curage s'effectue, plus les chances de guérison augmentent. D'ailleurs, lorsqu'il s'agit de l'hystérectomie, si l'on pratique cette dernière après que l'infection a passé dans le sang, on ne peut en tirer aucun profit.

Il y a cependant des *cas exceptionnels où les fragments placentaires adhèrent si fortement aux parois de l'utérus qu'il est impossible de les en détacher* (*ces cas sont appelés placenta acreta*) : *dans ces conditions, il est de toute évidence que l'hystérectomie est indiquée.*

Nous sommes également d'avis que l'hystérectomie doit être pratiquée dans les cas de forme hémorragique de l'infection puerpérale. En effet, les hémorragies suivies d'infection ne proviennent pas exclusivement des fragments de cotylédons ; il y en a qui sont aussi causées par des lambeaux de caduque épaissie, ce que nous avons maintes fois observé lors du curettage utérin et que nous avons ultérieurement contrôlé au moyen de sections histologiques.

En résumé, pour ce qui nous regarde, — abstraction faite des exceptions ci-dessus mentionnées — nous suivons la méthode classique qui consiste à éviter la mutilation à des femmes qui sont encore en état de donner naissance à d'autres enfants.

« ..... Les primevères ne sont pas les seules plantes « dermatologiques ». Tout le monde connaît l'érythème passager que provoque l'ortie. Le *rhus toxicodendron* (appelé aussi d'un nom vulgaire qui fait image : *arbre à gale*) a fait en Amérique l'objet d'importants travaux. Les anémones, les chrysanthèmes peuvent aussi, paraît-il, provoquer des éruptions et même les asperges et le céleri. Mais les primevères battent tous les records de ce genre. Aussi ne me suis-je pas étonné d'en voir un pot dans le cabinet du professeur Rash à Copenhague. Elles étaient comme le symbole ou comme les armes parlantes de la Dermatologie... ». (Clément SIMON. Lettres à un médecin praticien sur la dermatologie et la vénéréologie. *Bulletin médical*, 6 juin 1931).

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Chirurgie

Il est classique de distinguer deux formes cliniques de PÉRITONITES A PNEUMOCOQUES : la forme diffuse et la forme localisée, ayant chacune leur thérapeutique particulière (abstention opératoire dans le premier cas, évacuation et drainage d'une collection purulente dans le second). Ce schema vrai dans l'ensemble ne correspond pas à toutes les modalités cliniques.

L'auteur, qui rapporte une série de treize cas personnels, bactériologiquement prouvés — ce qui élimine la presque totalité des cas non opérés — distingue quatre formes.

1° Septicémie pneumococcique à tableau péritonéal prédominant, sans pus franc dans le péritoine.
2° Péritonite pneumococcique purulente généralisée.
3° Abcès de la totalité de la grande cavité péritonéale.
4° Péritonite localisee.

Dans les treize cas observés par l'auteur on trouve douze filles, sur les onze cas opérés, quatre guérisons : deux guérisons sur sept péritonites généralisées, une guérison pour les cas d'abcès de la totalité de la grande cavité péritonéale, une guérison sur les deux cas de péritonite enkystée. Les deux cas non opérés ont guéri, l'un après évacuation d'un abcès par le rectum, l'autre après intervention pour pleurésie purulente à pneumocoques.

Au point de vue symptomatique, l'auteur insiste sur différents points. La douleur abdominale (régions péri-ombilicale et sous-ombilicale — plus accusée à droite) est le premier signe fonctionnel.

Dans un cas on a noté l'absence de vomissements — dans neuf cas ou le fonctionnement intestinal a été soigneusement noté, la diarrhée a manqué quatre fois.

Dans d'autres cas la contracture était peu intense, contrastant avec l'intensité de la douleur provoquée.

Il ne faut pas compter d'une façon absolue, pour le diagnostic, sur les signes de pneumococcémie (pommettes rouges, herpès). Il faut rechercher s'il n'existe pas un foyer d'infection : amygdalite, lésions pulmonaires et avant tout vulvite, s'il s'agit d'une petite fille.

« La voie ascendante d'origine génitale, comme voie de pénétration de l'infection tant invoquée par certains Américains, nous parait fréquente, dit l'auteur. »

Elle explique la fréquence de la péritonite à pneumonoques chez les fillettes. Le diagnostic qui se pose avant tout avec l'appendicite aiguë, peut être facilité par le laboratoire, non pas tant par la leucocytose, ni par la recherche directe du pneumocoque dans le sang, que par l'hémoculture et l'examen de la gorge ou des sécrétions vulvaires qui montrent du pneumoocque presque pur.

Au point de vue thérapeutique, l'auteur conseille, comme il est classique, de s'abstenir, pendant la phase aiguë, d'intervenir lorsqu'il y a localisation, de toujours drainer lorsqu'on est intervenu.

(Manuel Fèvre. Péritonites à pneumocoques. *Gazette des Hôpitaux*, 30 septembre 1931.)

Dans l'ostéosynthèse de la diaphyse fémorale, la plupart des chirurgiens abordent le fémur par la voie externe, cette voie devant théoriquement respecter le quadriceps fémoral

Dans son travail, l'auteur se propose de montrer, et apporte trois observations à l'appui, que dans presque tous les cas, on peut remplacer avantageusement la voie externe, — préconisée et admise par presque tous les chirurgiens, — par la voie antérieure transcrurale. L'ostéosynthèse par voie antérieure (technique s'appliquant surtout aux fractures de la diaphyse fémorale siégeant au tiers moyen) est plus facile d'exécution et donne un résultat fonctionnel aussi bon, même meilleur

« La voie antérieure transcrurale doit, dit l auteur dans ses conclusions, remplacer la voie externe dans toutes les fractures de la partie moyenne de la diaphyse fémorale.

« En plus, dans les fractures complexes, l'incision peut être agrandie facilement en haut et en bas, donnant alors un jour énorme sur le fémur.

« On peut même poursuivre l'incision vers le bas jusqu au niveau de l'articulation du genou, récliner la rotule et le quadriceps en dehors et intervenir dans les fractures de l'extrémité inférieure du fémur. »

(Jean Duval, du Havre. Ostéosynthèse de la diaphyse fémorale par la voie antérieure transcrurale. *La Presse Médicale*, 7 novembre 1931.)

Plèvres

La pleurésie interlobaire est beaucoup plus rare qu'on ne l'a cru à la suite de l'enseignement de Dieulafoy. La plupart des cas ainsi étiquetés appartenaient, semble-t-il, à des abcès du poumon. « En dix ans environ, nous n'avons vu, écrit M. le Professeur Sergent dans son *Traité de diagnostic radiologique*, contre une cinquantaine de suppurations et d'abcès du poumon, trois pleurésies séro-fibrineuses et une pleurésie purulente ». Kourilsky, dans sa thèse inspirée par MM. Sergent et Lemierre, conclut ainsi :

« 1° *La pleurésie interlobaire est très rare.* Il en existe très peu d'observations nécropsiques : la plupart sont imprécises et même l'exploration chirurgicale ne permet pas d'acquérir la certitude de leur localisation intra-pleurale.

« 2° *La suppuration pulmonaire est la règle* : chaque fois qu'on hésite entre collection interlobaire et collectien pulmonaire suppurée, la vérification opérataire et nécropsique est en faveur de ce dernier diagnostic neuf fois sur dix.

« 3° En réalité nous n'avons *personnellement* pas encore rencontré jusqu'ici un cas authentique de pleurésie interlobaire. »

L'observation et les radiographies rapportées par MM. Donzelot et Marc Iselin montrent très nettement les relations entre l'abcès du poumon et la pleuresie interlobaire. La radiographie montre une large barre horizontale très bien délimitée, surmontée d'un volumineux abcès : par conséquent pleurésie interlobaire avec abcès du poumon.

L'intervention chirurgicale, envisagée à un certain moment fut rejetée à cause de l'état précaire du malade. La mise en position déclive (pieds du lit surelevés sur des chaises) et un traitement par les arsénobenzols produisirent une telle amélioration que le malade entré à la Maison Dubois le 16 février 1931, sortit de l'hôpital le 15 mars engraissé, apyrétique, n'expectorant par jour que quelques crachats purulents mais peu fétides. A ce moment la radiographie montrait cependant la persistance de l'abcès. L'ombre transversale interlobaire avait disparu.

Revu le 1er septembre, le malade ne crachait plus, avait engraissé de 18 kgr. Guérison clinique parfaite.

L'épanchement pleural était donc bien conditionné par l'abcès puisque le traitement médical a pu faire disparaître la pleurésie sans supprimer la cavité pulmonaire.

(E. Donzelot et Marc Iselin. Pleurésies interlobaires et abcès du poumon. *La Presse Médicale*, 7 novembre 1931.)

Varia

Je suis persuadé, que, comme l'avait dit Malgaigne, et comme l'a précisé Destot, le pronostic des fractures du calcanéum tient tout entier dans le diastasis scaphoïdo-astragalien et dans l'arthrite sous-astragalienne.

Je crois que c'est peine perdue de chercher à corriger le déplacement et à redresser les fragments.

Je crois que la sagesse, en présence d'une fracture du calcanéum, est d'attendre environ deux mois, un mois d'immobilisation, un mois de reprise progressive de la marche. Si, au bout de ce temps, les douleurs rendent la marche intolérable, la double arthrodèse est justifiée.

(Raoul Charles Monod. Traitement des fractures du calcanéum. *Le Bulletin Médical*, 31 octobre 1931).

* * *

Si, dans le traitement de la syphilis on emploie plus fréquemment les injections intra-veineuses arsenicales que les intramusculaires, ce n'est pas parce que les premières sont plus actives, c'est tout simplement, pour éviter la douleur aux malades. (Professeur Gougerot. Leçon clinique. *Concours Médical.*)

* * *

La créosote mérite d'entrer dans la thérapeutique des affections broncho-pulmonaires aiguës non tuberculeuses. Son emploi n'empêche d'ailleurs en rien la mise en œuvre des traitements classiques, révulsions, bains et enveloppements, médication tonique et désinfectante. Rappelons enfin que le traitement créosoté doit être mis en œuvre aussi précocement que possible. (*La Presse Médicale*, 11 novembre 1931.)

Il serait extrêmement désirable que des moniteurs de transfusion sanguine fussent attachés aux cliniques chirurgicales et obstétricales de même qu'il existe dans les hôpitaux d'enfants des moniteurs de tubage et de trachéotomie.

Ayant constaté la carence de toute organisation rationnelle de la transfusion sanguine à l'armée, nous avons cru devoir la signaler aux Pouvoirs publics. J'ai notamment rédigé en novembre dernier, en collaboration avec Tzanck, un rapport que nous avons adressé au ministre de la Guerre. Nous n'en avons plus entendu parler.

(R. Weismann-Netter. Il faut organiser la transfusion sanguine aux armées. *La Presse Médicale*, 11 novembre 1931.)

* * *

L'acrodynie doit-être considérée comme une maladie infectieuse, à virus encore inconnu, neurotrope, frappant le névraxe et dans celui-ci, particulièrement la région infundibulo-tubérienne. C'est, suivant la conception de M. Kuiper, une « diencéphalite ».

(M. Péhu et H. Jarricot. La conception de l'acrodynie. *Paris Médical*, 7 novembre 1931.)

* * *

Les grandes causes de la mort des enfants avant le dixième jour sont :

1° Assez rarement le traumatisme ;

2° Rarement les malformations ;

3° Avec une très grande fréquence la débilité congénitale liée soit à des incidents locaux qui, seuls ou sous l'influence du surmenage de la mère, aboutissent à l'accouchement prématuré, — soit à des maladies maternelles au premier rang desquelles se place la syphilis, — soit à des états pathologiques conditionnées par la gestation.

(A. Couvelaire, P. Lereboullet et Lacomme. Les causes de la mortalité des dix premiers jours de la vie. Les moyens de l'abaisser. *Paris Médical*, 7 novembre 1931.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 novembre 1931

M. Lenormant, président, fait part à la Société du décès de M. Vallas, membre correspondant national.

Maladie de Dupuytren. — M. *Routier* insiste sur la nécessité d'une dissection fine des lambeaux cutanés et sur l'importance de l'absence de toute suture

Spondylite typhique. — *M. L. Bazy* relate une observation de *M. Y. Delagenière*. Celui-ci utilisa la voie postérieure et sans réséquer l'apophyse transverse, il effondra le corps de la 3e vertèbre lombaire et arriva à l'abcès. Guérison dans des délais très rapides

Sympathectomie péri-artérielle. — *MM. Charbonnel et Massé* (de Bordeaux). *M. Robineau*, rapporteur. — Leur premier cas concerne une malade atteinte de maladie de Raynaud avec un excellent résultat. Un autre malade fut opéré pour un faux syndrome de Raynaud avec tachy-arythmie et asystolie. Le résultat fut mauvais ; au bout de trois mois, le malade mourrait. Une troisième observation concerne une femme atteinte de sclérodermie bilatérale, chez qui fut faite une sympathectomie périartérielle des deux axillaires. Effet absolument nul : seule une pigmentation anormale fut définitivement supprimée. Un autre cas est un cas de rétraction de l'aponévrose palmaire : résultat nul.

D'autres faits concernent des sympathectomies dans les ostéoparoses traumatiques. L'effet ne fut pas probant. Un cas a trait à une gangrène des orteils à la suite d'une phlébite, les douleurs disparurent et la gangrène se stabilisa. Un malade atteint de maladie de Volkmann fut sympathectomisé, sans résultat manifeste.

M. Robineau, rappelle que les indications de la sympatectomie péri-artérielle ne sont pas fixées encore à l'heure actuelle.

Infarctus de l'intestin. — *M. Moulonguet* relate deux observations de *M. Bachy* (de Saint-Quentin). La première concerne une femme de 56 ans ayant une hernie crurale étranglée; l'intestin était infarci en deçà et au delà de la partie étranglée.

M. Moulonguet a retrouvé deux autres observations analogues dans la littérature (Walther, Patel)

La deuxième observation a trait à un homme en occlusion depuis plusieurs jours. A la laparatomie, on trouve plus d'un mètre d'intestin infarci. Mort le sixième jour ; à l'autopsie, la thrombose avait continué son évolution. Histologiquement, il s'agissait de lésions veineuses.

Hernies du diverticule de Meckel. — *M. Couniot* (d'Alger) et *M. Morice* (de Caen). Rapporteur : *M. Auvray*. — Le premier cas concerne un homme ayant depuis quinze jours une hernie inguinale avec phénomènes douloureux. Le cours des matières est normal. Les téguments sont normaux. On pense à une épiplocèle étranglée. A l'opération, on ouvre une cavité abcédée. Dans le fond, il existe une portion de muqueuse intestinale. Hernio-laparotomie ; il s'agit d'un diverticule de Meckel qui s'enfonce dans la hernie. Extirpation du diverticule par une technique analogue à celle de l'appendicectomie. M. Couniot pense qu'il s'agissait d'une diverculite plutôt que d'une perforation d'un ulcère.

L'observation de M. Morice concerne un homme examiné huit heures après le début d'accidents aigus abdominaux (avec selle sanglante). Dans le canal inguinal, il sent une tuméfaction profonde. Ouverture d'un sac herniaire ; on trouve là une petite masse qu'il ne peut identifier. Hernio-laparotomie : il s'agissait d'un diverticule de Meckel. Résection du diverticuls au niveau de la base. Guérison.

Infarctus intestinal. — *M. Moulonguet* rapelle l'observation de MM. Gosset et Petit Dutaillis. Elle se rapproche d'un cas que M. Moulonguet a observé avec Lecène. Il s'agissait dans les deux cas d'un infarctus de la muqueuse intestinale sans qu'il y ait aucune trace de thrombose dans les artères et les veines. Ce sont des cas d'«entérite ulcéreuse segmentaire», plutôt que des cas d'infactus vrai. M. Moulonguet propose une nouvelle classification en formes médicales et formes chirurgicales.

M. Moure montre que le terme d'infarctus groupe des lésions fort différentes, mais qui aboutissent toutes à la gangrène de l'intestin.

Présentation d'instruments. — *M. Bœver* présente un fixateur externe pour traitement des fractures diaphysaires.

Séance du 2 décembre 1931

Sympathectomie péri-artérielle. — *M. Gouverneur* rapporte un cas intéressant de syndrome de Raynaud traité par sympathectomie.

Amélioration pendant 15 jours, puis reprise des douleurs, mais avec cicatrisation complète des lésions gangréneuses. Depuis deux ans, guérison parfaite. Il est intéressant de plus de noter l'âge relativement avancé du malade (44 ans) et la pathogénie qui paraît remonter à une gelure des mains.

Parathyroïdectomie dans la sclérodermie. — *M. Moulonguet* communique une observation d'échec complet quoi qu'il se soit agi d'un gros adénome parathyroïdien.

Recherche sur la circulation thyroïdienne. — *MM. Grégoire* et *Folliasson*, par des radiographies prouvent bien qu'une seule artère thyroïdienne suffit largement à vasculariser l'ensemble de l'appareil thyroïdien.

Nouvelles recherches sur les ulcères expérimentaux. — *M. P. Duval* rapporte un important travail de *MM. Weiss, Graves* et *Guriarran*. Le rapporteur rappelle les anciennes expériences des auteurs, et les critiques formulées, en particulier par M. Leriche. Puis il analyse les expériences nouvelles et montre comment elles arrivent à réfuter toutes les critiques soulevées. En particulier, si l'abouchement duodéno-fundique détermine l'apparition d'ulcères dans 80 % des cas, l'abouchement duodéno-antral n'est, lui, jamais compliqué d'ulcère.

Par ces expériences, l'auteur voit l'explication du bon fonctionnement des gastro-entérostomies larges, et faites très à droite, dont la constatation n'était qu'empirique jusqu'à ce jour.

Lympho-granulomatose splénique et syndrome de Banti. — *M. Proust* relate trois observations de *M. Mirizzi* (de Cordoba).

Il est d'avis de conserver le cadre nosologique de syndrome de Banti sans préjuger de l'histologie. Dans le premier cas, l'intervention fut trop tardive et ne permit qu'une survie de quelques mois. Le dernier cas concerne une lympho-granulomatose maligne.

Splénectomie pour maladie de Banti. — *M. Mathie* en rapporte deux observations, l'une de *M. Ferey* (de Saint-Malo), l'autre de *MM. Lamare* et *Larget* (de Saint-Germain).

M. Grégoire rappelle les caractères cliniques de la maladie de Banti et les contre-indications formelles tirées de l'examen du sang et de l'examen ganglionnaire.

M. Cunéo ne voudrait pas qu'on élargisse trop le cadre de la maladie de Banti.

Sur l'infarctus intestinal. — *M. Lapointe* a observé un cas d'infarctus intestinal d'origine artérielle guéri par entérectomie.

L'auteur insiste sur la rareté relative de l'infarctus par embolie artérielle.

M. Riche a vu un cas où l'anse thrombosée reprit vie sous du sérum chaud. Réintégration. Guérison.

A propos de la perméabilité tubaire. — *M. Caraven* a observé un rétrecissement tuberculeux de la trompe. Il a réséqué la trompe et rapproché l'ovaire de la portion isthmique de la trompe.

M. Leveuf a eu un succès par résection d'un nodule et anastomose bout à bout de la trompe.

Traitement chirurgical des hémorragies digestives. — *M. Pauchet* utilise actuellement la duodéno-gastrectomie avec cæcostomie de vidange.

G. Menegaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 4 décembre 1931

Ostéopathie fibrogéodique décalcifiante de Recklinghausen. — *MM. Marcel Labbé, Escalier* et *Justin-Bezançon* rapportent un cas d'ostéopathie fibrogéodique qui débuta en 1924, se montra complètement développé en 1925 avec les douleurs des membres, les tuméfactions limitées sur les os, et les aspects géodiques sur les os des membres, avec décalcification révélée par la radiographie. Un traitement antisyphilitique se montra inactif. La malade fut soumise pendant plusieurs années à la radiothérapie profonde. En 1931, elle était améliorée, souffrait moins, présentait une recalcification et un processus de condensation osseuse ; les images géodiques anciennes s'étaient en partie effacées, quelques nouvelles avaient apparu.

Le sang offrait une hypercalcémie (143 milligrammes), une hypophosphorémie (P. total 315; P. lipidique 117; P. organique non lipidique 170 ; P. minéral 28 milligr.). Le bilan du phosphore était négatif, celui du calcium positif. Après traitement par des injections de calcium et d'ergostérol irradié, le bilan du calcium lui-même devint positif (Fabrykant). La chronaxie explorée par Bourguignon était normale. L'épreuve d'hyperpnée ne donnait point de tétanie.

Ces caractères chimiques et radiologiques distinguent la maladie de Recklinghausen de la maladie de Paget.

L'ostéopathie fibrogéodique est due à un adénome des glandes parathyroïdes avec hypersécrétion de parathormone. Par l'injection à des animaux de parathormone, on peut reproduire l'hypercalcémie et la calciurie ; avec des doses modérées et prolongées Jaffe a pu reproduire chez le porc, l'ostéopathie.

Le traitement consiste dans la parathyroïdectomie, ou l'ergostérol irradié qui peuvent amener la guérison ; la radiothérapie profonde produit une amélioration.

M. Sainton croit qu'il est difficile à l'heure actuelle de faire le point de départ pathogénique entre la maladie de Paget et la maladie de Recklinghausen. Cette dernière paraît bien liée à l'hyperparathyroïdisme ; aussi convient-il dans ces cas de rechercher la diminution de la chronaxie qui présente une réelle valeur diagnostic. Il insiste sur la nécessité, au cours de la parathyroïdectomie, d'explorer toutes les glandes parathyroïdes, plusieurs d'entre elles pouvant être le siège d'adénomes que — par ailleurs — on ne trouve pas toujours.

M. May pense que les recherches actuelles doivent tendre à limiter le cadre de l'hyperparathyroïdisme responsable des signes cliniques de la maladie dite de Recklinghausen et vraisemblablement d'autres syndromes encore mal étudiés et mal connus.

M. Decourt souligne la fréquence des troubles sympathiques observés dans la maladie de Paget : hyperthermie locale, augmentation de la T. A. et de l'indice oscillométrique, hypertrichose, éruptions diverses etc.

Hémophilie passagère avec hématome et hémarthrose au cours d'une infection grippale bénigne. — *MM. Bederich* et *Mamon.*

Rhumatisme tuberculeux subaigu à poussées successives. — *MM. Bederich, Mamon, Mme Arager* et *M. Léonard* rapportent l'observation d'un homme, de 54 ans qui présenta une poussée aiguë de polyarthrite rappelant la maladie de Bouillaud, Quatre ans après la guérison de cette première atteinte survint une nouvelle crise polyarticulaire d'allure subaiguë, cédant mal au salicylate de soude à hautes doses (10 gr. *per os* et 2 gr. intra-veineux). Cette deuxième poussée se termina à la période de défervescence (après une recrudescence passagère) par une hydarthrose persistante du genou.

L'inoculation au cobaye de la sérosité de l'hydarthrose détermina chez l'animal des lésions tuberculeuses type Villemin, et l'on retrouva des bacilles de Koch sur les coupes. Les auteurs pensent que la tuberculose peut plus souvent qu'on ne le croit, prendre l'allure de la maladie de Bouillaud. Ils insistent sur deux faits pouvant aider au diagnostic étiologique : la résistance au salicylate, et la localisation du processus à une jointure après la flambée polyarticulaire aiguë ou subaiguë.

Deux cas mortels d'encéphalite de la vaccine. — *MM. J. Mornat* et *Vigneron* (de Blois) communiquent deux cas mortels d'encéphalite de la vaccine, qui, calqués l'un sur l'autre, sont survenus chez des enfants de 10 à 11 ans, douze jours après une revaccination. Ils se sont manifestés par de l'hypermie, de la céphalée, une somnolence évoluent aapidement vers le coma, des convulsions, de la rétention d'urine et sans paralysies, et par une réaction méningée nette mais plus marquée au point de vue cytochimique que du point de vue clinique. La mort est survenue dans les deux cas cinp jours apres l'apparition des premiers symptômes.

Sur un cas de Kala-Azar. — *MR. A. Marquézy, Monnier* et *H. Borrien* rapportent l'observation d'un cas de Kala-Azar chez un enfant de 7 ans, contracté sur la Riviera. Du point de vue clinique il s'agit d'un cas typique : fièvre très irrégulière, splénomégalie considérable, anémie intense avec leucopénie et mononucléose. L'examen direct et la culture de la pulpe splénique retirée par ponction, mirent en évidence de nombreuses leishmanie.

Le traitement stibié dura près de trois mois. Si son action fut lente à se manifester, la guérison fut néanmoins définitive. Depuis cinq ans, l'enfant se maintient en parfaite santé.

Ils insistent d'autre part sur les conditions dans lesquelles a été contractée la maladie et essaient de préciser la durée de l'incubation.

Variations du taux du cholestérol chez les basedowiens après radiothérapie. — *M. Max Lévy.* — S'inspirant du travail d'Esptein et Landé qui ont établi que le taux du cholestérol est élevé chez les myxœdémateux et bas ou normal chez les basedowiens, l'auteur a pu démontrer dans un travail antérieur que la thyroxine à doses suffisantes abaisse toujours le taux du cholestérol du sang, dans les cas ou il est supérieur à la normale. Il apporte des faits montrant que chez les basewiens traités par radiothérapie le taux du cholestérol s'élève quand le métabolisme basal diminue, sans qu'il y ait de lien d'ordre quantitatif entre ces deux phénomènes. Il pense qu'il existe un lien entre sécrétion thyroïdienne et cholestérol du sang.

Rhumatisme chronique déformant traité avec succès par l'extrait parathyroïdien. — *M. Max Lévy* rapporte l'observation d'un rhumatisme chronique déformant très grave et très étendu qui fut amélioré d'une façon remarquable par l'extrait parathyroïdien Collip (parathormone), alors que des extraits parathyroïdiens sans étalonnage physiologique avaient été administrés sans résultats.

Recherches expérimentales sur les exophtalmies de type basedowien. — *M. L. Justin-Besançon, Mlle D. Kohler,*

Mme Schiff-Wertheimer et M. P. Soulié. — Les auteurs rapportent ici les resulta s des expériences effectuées sur un très grand nombre d'animaux dans les laboratoires des Professeurs Marcel Labbé et Maurice Villaret, et présentent à l'appui de leurs recherches un film expérimental réalisé par M. J. Comandon.

Admettant que l'exophtalmie de type basedowien ne s'accompagne ordinairement ni d'augmentation du tonus du globe, ni d'œdème orbito-palpébral, ni surtout de mydriase, ils se sont donné pour but de réaliser et d'étudier méthodiquement sur l'animal ce type très spécial d'exophtalmie.

Appliquant à ces recherches les méthodes d'investigation pharmacodynamique, ils démontrent l'autonomie physiologique très particulière du système de protrusion du globe oculaire. qui présente une sensibilité élective a certaines substances du groupe sympato-mimétique, alors que d'autres drogues du même groupe sont beaucoup moins actives bien qu elles determinent d'autres effets tres intenses d'excitation sympathique.

Les auteurs démontrent qu'on peut réaliser expérimentalement une ophtalmie considérable s'accompagnant de myosis, de bradycardie, de salivation, en un mot de tous les phénomènes physiologiques qui relèvent de l'excitation para-sympathique.

Ils ont réussi à montrer que la thyroxine administrée avant l'excitation du sympathique sensibilise l'appareil de protrusion du globe oculaire aux effets de cette excitation. Ils donnent une explication de ce mécanisme en étudiant les effets d'un autre sensibilisateur sympathique (cocaïne) et par des recherches sur les animaux décapsulés.

Ils démontrent que l'exophtalmie obtenue dans leurs expériences est indépendante des variations de la pression artérielle et du rythme cardiaque.

Les exophtalmies expérimentales qu'ils déterminent persistent après la mort et s'accompagnent d'une tendance à la divergence des globes oculaires. Par contre, elles ne sont pas liés à l'hypertension intra-oculaire, aux modifications des vaisseaux rétiniens, ni à l'œdème ni enfin aux modifications de tension de muscle extrinsèques de l'œil.

L'élargissement de la fente palpébrale s'accompagne d'une déformation du globe oculaire dans le sens transversal.

Toutes les exophtalmies de type basedowien réalisées dans leurs expériences ont régulièrement sous l'influence de l'yohimbine.

Etudes sur la pathogénie des exophtalmies de type basedowien. — *MM. Marcel Labbé Maurice Villaret, L. Justin-Bezançon* et *P. Soulié* font une étude critique des théories pathogéniques classiques de l'exophtalmie de type basedowien.

S'appuyant sur des arguments cliniques et expérimentaux, ils démontrent que l'exophtalmie ne saurait relever directement de l'hyperthyroïdie, celle-ci n'étant ni nécessaire, ni suffisante à la constitution de l'exophtalmie.

La protrusion du globe oculaire observée dans le syndrome basedowien ne peut pas non plus être expliquée par une irritation locale du sympathique cervical ni par une excitation générale de l'orto-sympathique.

Ils exposent ensuite leurs recherches sur l'homme.

Une malade intoxiquée par la thyroxine (10 mgr. par jour) présente des signes d'hyperthyroïdie, mais sans exophtalmie ; cependant, chez elle, les modifications neuro-végétatives sont intenses puisque la pression des globes oculaires arrête le cœur pendant 4 secondes 1/2.

Dans deux essais successifs, l'un avec l'éphédrine et l'avec l'éphédrone, les auteurs ont réussi à produire l'exophtalmie chez cette malade hyperthyroxinée.

Dans certains cas, l'administration de sympathomimétiques à des hyperthyroïdiens sans exophtalmie a permis aux auteurs de produire la protrusion du globe oculaire.

Ils présentent enfin une malade atteinte d'un syndrome basedowiforme avec tachycardie extrême et une forte exophtalmie datant de 3 ans, mais ne présentant ni goitre ni amaigrissement, ni forte élévation du métabolisme basal. En quelques jours, à la suite d'injections d'yohimbine, l'exophtalmie a disparu d'un côté puis de l'autre, pour ne reparaître que 3 mois plus tard.

S'appuyant sur ces faits nouveaux et sur l'étude expérimentale présentée dans la note précédente, les auteurs s'efforcent de démembrer le chapitre des syndromes oculaires de la maladie de Basedow dont les diverses formes semblent relever de mécanismes pathogéniques différents.

La transformation d'un myxœdème en goitre exophtalmique par la sommation thyroxi-adrénalinique. — *MM. Paul Sainton* et *Didier Hesse.* — La reproduction du syndrome de Basedow complet, tachycardie, tremblement, exophtalmie, troubles psychiques, troubles du métabolisme, a été

rarement réalisée, soit expérimentalement, soit cliniquement. De tous les symptômes, le plus irréductible est l'exophtalmie. Se fondant sur les expériences antérieures réalisées par l'un d'eux en collaboration avec Simonnet, concernant la sommation thyroxi-adrénalitique chez les animaux, les auteurs se sont demandé si l'on ne pourrait pas essayer de réaliser, par cette sommation sur un sujet déterminé, non point une expérience, mais une intervention thérapeutique plus active qu'avec le produit thyroïdien ou thyroxinien seul.

S'adressant à une malade atteinte de goitre, puis de myxœdème, très rebelle aux traitements thyroïdien ou thyroxinien, ils ont vu sous l'influence de la sommation thyroxi-adrénalinique (injection de 1 à 2 mmgr. de thyroxine synthétique et ingestion de 60 gouttes d'adrénaline) se produire un syndrome basedowien temporaire typique, tachycardie, exophtalmie, tremblement, amaigrissement de 20 kilogr., modifications du métabolisme basal de — 30 à + 59 %, en une quinzaine de jours.

La suppression de l'adrénaline amena une diminution immédiate des accidents, quoique la thyroxine fût continuée. La malade revint à un état normal : mais il est à noter que l'examen montra qu'il se produisait chez elle un syndrome de lipodystrophie progressive.

Cette observation montre le rôle actif que peut jouer la sécrétion adrénalinienne dans la provocation du syndrome de Basedow, par son action sur le sympathique. Elle montre aussi comment les syndromes thyroïdiens peuvent se transformer les uns dans les autres, et la parenté qui peut exister entre eux et la lipodystrophie progressive.

Michelle VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 novembre 1931

Traitement du rhumatisme chronique par les sels d'or. — *M Henry Forestier* presente un cas de rhumatisme chronique du type polyarthrite infectieuse chez une femme de 67 ans, traité par les sels d'or et soufre, et nettement en voie de guérison. Il s'est basé sur le test de la sédimentation globulaire exagérée pour appliquer la chrysothérapie, les autres médications ayant échoué.

Corps étranger du poumon. Péricardite gangréneuse. Guérison. — *M. Pierre Mabille* présente un malade de 25 ans qui fut atteint de péricardite gangréneuse traumatique avec volumineux pneumo-péricarde. L'incision et le drainage de la cavité péricardique amenèrent la guérison.

Ictère hémolytique. Splénectomie. Guérison. — *MM. Pierre Mabille* et *Lafond* présentent une malade atteinte depuis de longues années d'anémie profonde avec amaigrissement et crises douloureuses simulant une lithiase du cholédoque. La splénectomie, suivie de transfusion sanguine guérit la malade dont la formule sanguine passa de 2.900.000 à 4.800.000 le mois suivant.

Contribution à l'étude des plis de la muqueuse digestive. — *MM. Ch. Guilbert* et *Tardieu* pensent que l'examen radiologique de la muqueuse digestive par la méthode de la couche opaque mince est moins une étude des plis réels de la muqueuse qu'un témoignage de sa souplesse et aussi de la tonicité de la musculeuse. Cette méthode ne donne pas à l'heure actuelle, un diagnostic de certitude, surtout pour l'ulcus au début ; on peut espérer obtenir pour elle, par une technique modifiée, des images plus précises, analogues à celle de l'imprégnation de l'intestin, grâce aux colloïdes de thorium. L'étude des plis de la muqueuse, tant de l'intestin que de l'estomac, doit entrer dans l'usage courant des laboratoires radiologiques s'occupant de gastro-entérologie. La confrontation d'images multiples permettra d'obtenir précisément ce diagnostic de certitude et de perfectionner la technique actuelle.

Radiothérapie dans les gangrènes artéritiques par MM. Zimmern, Chavany et Brunet. — *M. Marcel Labbé.* — Le traitement des gangrènes ne peut pas être fondé sur une règle fixe ; suivant les cas, diverses méthodes peuvent donner de bons résultats. La méthode de Leriche qui consiste à réséquer le sympathique péri-artériel au niveau du triangle de

Scarpa a donné dans quelques cas, rares, il est vrai, des résultats remarquables, soit contre la gangrène, soit contre les douleurs de l'artérite.

Quand il s'agit du diabétique dont les tissus sont en état de moindre résistance, à cause de l'infiltration par le glucose, le premier traitement consiste à désucrer le malade ; on obtient bien souvent ainsi des résultats immédiats qui ont permis de conserver des membres que le chirurgien s'apprêtait à amputer. Il est probable que la méthode proposée par notre collègue Zimmern pourra, non dans tous les cas, mais dans quelques cas choisis donner des résultats curatifs.

Inattention et distraction chez l'enfant. — *M. Gilbert Robin* distingue ces deux défauts d'attention tant au point de vue psychologique qu'au point de vue clinique.

L'habitation et l'hygiène audi-mentale. — *M. Gommès* étudie dans ce qu'il nomme *Hygiène audi mentale* toute la question des sous-bruits, trépidation dont les villes souffrent de plus en plus. Il montre les troubles variés cérébraux et circulatoires qui en résultent et énumère les différents moyens de défense, malheureusement encore trop imparfaits ; procédés individuels, domestiques, [illegible] de la technique [illegible] partie du bagage de l'hygiéniste. Il s'agit d'une vent[illegible] maladie sociale.

P. Prost.

« ... Tout bien examiné, on peut affirmer que la médecine est de moins en moins artistique ; mais que cette qualification lui est de plus en plus applicable à mesure qu'on remonte vers les débuts de son histoire. Cependant rien n'est tout à fait absolu et dans tous les temps on trouve des médecins qui sont des artistes ; dans tous les temps aussi il en est qui furent des hommes de science ; parfois même les deux qualités se combinent dans le même homme... » (C. G. Cumston, M. D., Histoire de la médecine du temps des pharaons jusqu'au 18e siècle.)

NÉCROLOGIE

Eugène REVILLIOD (de Genève)

La grande famille de l'Internat des hôpitaux de Paris vient de perdre à quelques jours d'intervalle deux de ses membres Suisses, Albert Mayor et Eugène Revilliod (de Genève) Le premier était membre correspondant de l'Académie de médécine, dans les *Bulletins* de laquelle seront rappelés ses titres scientifiques. Ici je veux évoquer le souvenir du second, dont les qualités morales et la valeur professionnelle étaient égales à sa modestie.

J'ai conté en 1922, dans le numéro du *Progrès médical* consacré au « Cinquantenaire » de ce journal, ce qu'était en 1882 la salle de garde des Internes en médecine à la Salpêtrière ; c'est là que je me suis lié avec Eugène Revilliod d'une amitié qui, malgré le temps et l'éloignement, ne s'est pas démentie. Mon ami était neveu du Professeur Léon Revilliod, qui, interne à Paris en 1861, a enseigné à la Faculté de Genève de 1876 à 1900. C'est en 1881 qu'Eugène Revilliod a conquis à son tour la « calotte » enviée, et il a été un interne modèle, menant de front le travail et les distractions saines du sport. Grand, vigoureux, agile et gai, c'était un habile et agréable adversaire en escrime. C'est peut être à cette qualité qu'il dut la vive amitié d'un de ses chefs, le chirurgien Felizet, lui même très friand de la lame, jusque sur le terrain

Il est plus difficile d'expliquer comment il conquit l'affection d'un autre de ses maîtres, le chirurgien Armand

Desprès, célèbre par ses paradoxes et sa résistance à l'antisepsie ; car Revilliod, plein de bon sens, ne pouvait faire chorus aux lazzis extravagants de son chef. Mais il était d'une grande habileté manuelle et Desprès, habile opérateur lui-même, s'il était systématiquement malpropre, appréciait la dextérité à sa façon, lui qui disait un jour à propos de son collègue Jarjavay, sa bête noire : « On vante son ambidextrie, mais être ambidextre, c'est être gaucher des deux mains ». Ce qui est certain, c'est que Desprès, qui avait introduit Revilliod dans sa familiarité, le poussait énergiquement à s'installer à Paris, lui promettant de le soutenir matériellement et moralement aussi longtemps qu'il faudrait. Revilliod, très attaché à son pays et à sa famille, déclina cette offre

Après avoir terminé ses études par une Thèse faite à l'hôpital des Enfants-Malades dans le service de Cadet de Gassicourt en 1886, il s'installa à Genève et s'adonna exclusivement à la pratique. Il exécutait avec une dextérité rare la trachéotomie en un seul temps. Médecin d'un hôpital d'Enfants pendant 44 ans, il y soigna quelque dix mille enfants français « zoniers » petits Savoyards, avec tant de sollicitude qu'il fut fait chevalier de la Légion d'Honneur par notre gouvernement Il était aussi médecin d'un asile de vieillards et d'un hospice de convalescents.

Se tenant au courant de tous les progrès scientifiques, tout en conservant les solides qualités cliniques qu'il avait emportées de Paris et augmentées par une pratique étendue à Genève, il vécut, père de famille adoré des siens, jusqu'à la longue maladie, vaillamment supportée, qui vient de l'enlever à leur affection comme à l'amitié et à la haute estime de tous ceux qui l'ont connu et dont je me fais ici l'interprète.

Paul Le Gendre

BIBLIOGRAPHIE

Hippocrate, par Gaston Baissette. Un volume in-8 écu sur alfax : 20 fr. Editions Bernard Grasset, 61, rue des Saints-Pères, Paris (6e).

Depuis près de 3.000 ans plusieurs centaines de compilations ont été écrites sur Hippocrate. Et jamais on n'a cherché le sens de son existence mystérieuse et pleine d'aventures. Jamais pourtant une existence n'a témoigné d'une aussi intime fusion d'actes et de pensées. L'auteur a montré qu'elle se présentait comme une somme atteignant les faîtes de la poésie, de la philosophie, de la médecine, et que les doctrines d'Hippocrate naissent comme des cristallisations d'actes intensément accomplis.

Pour la première fois dans ce livre on voit vivre le « divin » *Hippocrate* d'une vie réelle et attachante par ce qu'elle atteint en chacun de nous de profondément humain et universel. Son enfance dans le Temple des Asclépiades et sur les rives de Cos, son expédition chez les Amazones, sa lutte avec les devins, ses rencontres avec Socrate et ses contemporains, ses courses à travers le monde à la recherche d'une vérité, et surtout l'inoubliable rencontre avec Démocrite fou, composent une trame hallucinante mais d'une toujours rigoureuse tenue scientifique.

Le n° de Noël du Crapouillot. — Le « Crapouillot » publie son traditionnel numéro de Noël « Le Jardin du Bibliophile », véritable panorama de l'édition française en 1931. En tête de cette luxueuse livraison, Jean Galtier-Boissière, sous le titre « Liberté chérie ! » proteste énergiquement contre les mesures arbitraires — interdiction de vente et saisie générale dans les postes — prises contre son numéro spécial « Les Anglais » et qui, à la suite du *tollé* de la presse parisienne viennent d'être en partie levées. (Le « Crapouillot » 12 fr. le numéro, 3, place de la Sorbonne, Paris).

Le Larousse mensuel de décembre : L'*Art colonial*, la *Littérature hongroise contemporaine*, la *Politique intérieure et extérieure*, le *Plan de campagne allemand*, la *Métrophotographie*, les *Fumées et poussières*, l'*Action du tabac sur l'organisme*, etc. etc. ; ces quelques titres, pris parmi les vingt grands articles que contient ce numéro, donnent une idée de l'intérêt encyclopédique du *Larousse mensuel*.

Tous ces articles sont copieusement documentés et magnifiquement

illustrés (51 gravures et 3 plans), et le même numéro contient encore plus de 50 comptes rendus de livres, pièces et films, un bulletin chronologique du mois, etc. Il représente à lui seul, au prix modique de 4 francs, la matière d'un fort volume. Véritable Larousse de l'actualité, le *Larousse mensuel* est la plus complète, la plus variée, la plus sûrement informée de toutes les revues. Abonnement d'un an (France). 44 francs. Librairie Larousse 17, rue Montparnasse, Paris (6e).

Encyclopédie par l'image. **Le Théâtre**, par Georges G. Toudouze. Un vol. in-8°, avec 100 illustrations, papier de luxe, couverture en 4 couleurs, broché : 5 francs. Librairie Hachette.

Texte attrayant et riches illustrations nous donnent l'histoire du théâtre, envisagée sous l'aspect des réalisations scéniques dans tous les temps et dans tous les âges, de l'âge du *plein air*, à l'âge de la *salle fermée*.

Si chaque époque historique, chaque grand milieu géographique a connu une forme spéciale de théâtre, un aspect original des réalisations scéniques, notre époque les emploie toutes parallèlement, avec un grand esprit d'érudition. Elle cherche en même temps, dans l'utilisation intensive des procédés matériels scientifiques, des expressions originales pour la poursuite desquelles se modernisent les exigences scéniques découvertes au cours de cette évolution séculaire toujours en marche vers le nouveau.

Les Géorgiques de Virgile : Texte et traduction avec une introduction et des Notes par Raymond Billiard. Préface de Pierre de Nolhac, Un volume in-16 jésus, de 304 pages, Prix : 25 fr. Collection des « *Belles œuvres littéraires* ». Editions Jules Tallandier, 75, rue Dareau, Paris.

En entreprenant, après tant d'autres, ce travail, M. Raymond Billiard, ainsi que l'écrit M. Pierre de Nolhac dans une belle et lumineuse préface, savait qu'il faisait œuvre réellement nouvelle, grâce à son expérience d'agriculteur, à sa pratique d'homme des champs qu'il est seul à posséder grâce aussi à sa parfaite connaissance des deux langues, latine et française.

M. Raymond Billiard a écrit auparavant trois magnifiques ouvrages, « L'Abeille et l'Apiculture dans l'Antiquité, d'après les ouvrages des auteurs grecs et latins », « La Vigne dans l'Antiquité » et « l'Agriculture dans l'Antiquité d'après les Géorgiques », qui sont comme la préface et le commentaire de l'œuvre qu'il donne aujourd'hui. Il en résume l'essentiel dans les notes qui accompagnent la traduction actuelle ; et ces notes constituent l'explication la plus juste et la plus complète du poème.

M. Raymond Billiard s'est avant tout attaché à ce qui constitue : « l'idée, le fond, la substance même de l'œuvre ». Dédaignant une « élégance qui ne serait qu'un vain cliquetis de mots », il a voulu nous faire apprécier, avec toute leur force et leur saveur naturelles, « la propriété du terme employé par l'auteur, la justesse de l'épithète, la vigueur du vocabulaire de métier », et nous rendre, dans une traduction exacte et précise, riche et poétique, la moelle de l'œuvre virgilienne ; ainsi a-t-il exprimé toute l'harmonie souple et nuancée de la langue, et fait jaillir la beauté profonde et vraie du poème.

L'église Saint-Philibert de Tournus, par Jean Virey. Un volume in-8 (20 × 13), 37 gravures et 3 plans. Broché 7 fr. 50. H. Laurens, éditeur, 6, rue de Tournon, Paris, 6e.

L'ancienne église abbatiale Saint-Philibert de Tournus est l'un des édifices les plus curieux non seulement de la Bourgogne mais de la France. L'âge reculé de nombre de ses parties, les dispositions originales de sa construction qui font d'elle un type exceptionnel, sa crypte, son beau narthex à étage, ses clochers, frappent tous ses visiteurs. Quant aux archéologues, elle leur est un objet d'étude et de discussion d'un intérêt passionnant.

Au cours de son histoire et de sa construction, Saint-Philibert de Tournus a connu bien des vicissitudes et des ruines dont s'étonne celui qui dès l'abord se laisse prendre à l'unité apparente de ce grand édifice. Cependant on a travaillé au gros œuvre durant trois siècles, le Xe, le XIe et le XIIe, et l'architecture porte la marque des influences subies tour à tour, les unes venues de l'Italie du Nord, les autres de l'Auvergne. Saint-Philibert est un magnifique spécimen du premier art roman qui a marqué fortement de son empreinte nombre d'églises rurales de la vallée de la Saône et des régions voisines de Tournus.

Peu de constructions réunissent au même degré les progrès techniques réalisés à une époque de tâtonnements et les perpectives imposantes. Une quarantaine d'illustrations et trois plans complètent la documentation de cet excellent ouvrage.

FONDÉ EN 1873. — N° 52 LE NUMÉRO 50 Centimes 19 DÉCEMBRE 1931

Le Progrès Médical

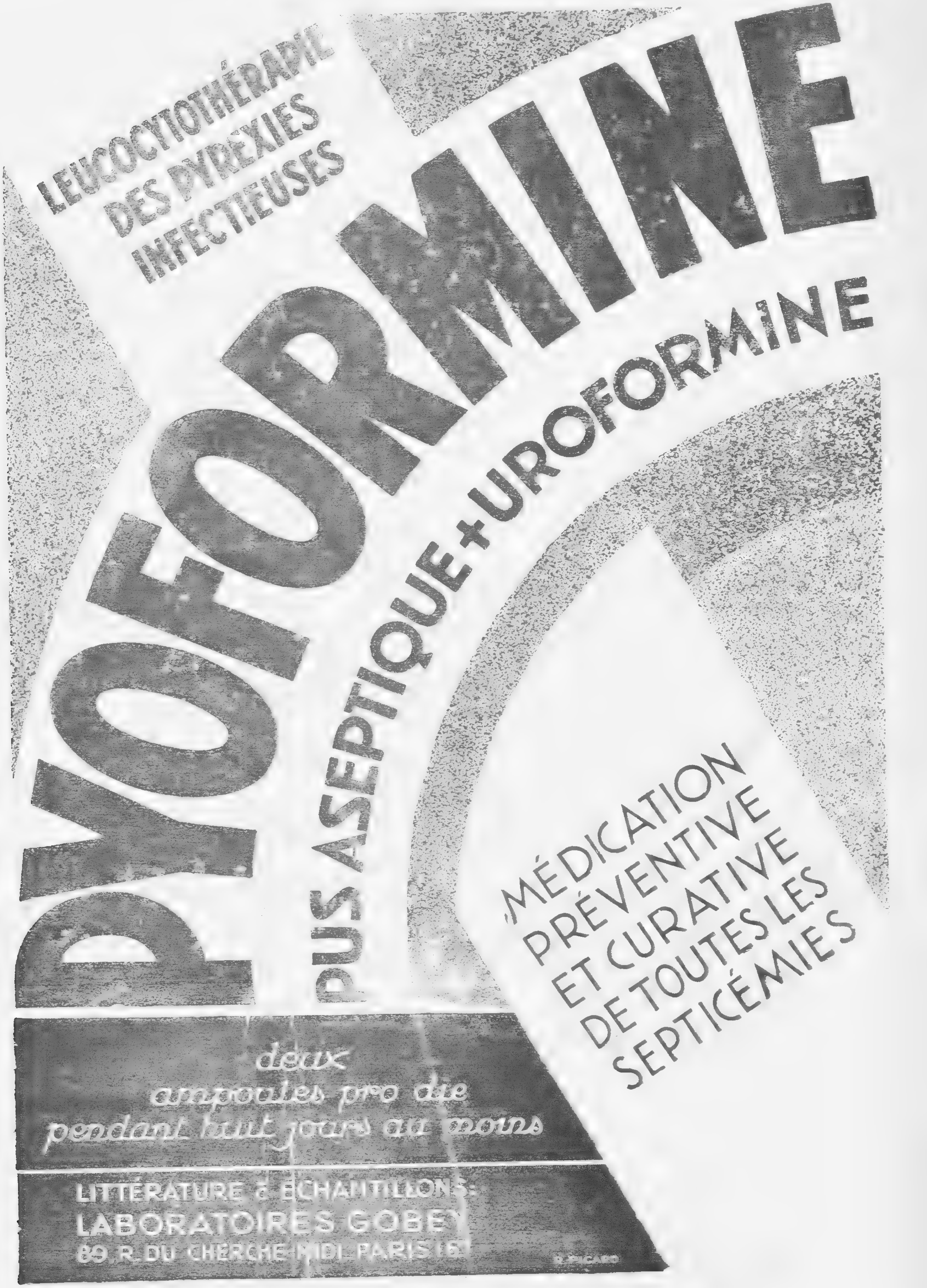
HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS (Ve)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.
... et Colonies .... 40 fr.
... . 30 fr.
... . 45 fr.
... 1re zone .... 70 fr.
... 2e zone .... 90 fr.

SOMMAIRE


LEUCOCYTOTHÉRAPIE
DES PYREXIES
INFECTIEUSES
PYOFORMINE
PUS ASEPTIQUE + UROFORMINE
MÉDICATION
PRÉVENTIVE
ET CURATIVE
DE TOUTES LES
SEPTICÉMIES
deux
ampoules pro die
pendant huit jours au moins
LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS:
LABORATOIRES GOBEY
89, R. DU CHERCHE-MIDI, PARIS

NOUVELLES

Concours de l'internat. — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — 1. MM. Boulet, Bréhant, Fresnais, Gahinet, Schumann, Strée, Varengot, Debray, Willot, Soubrane.
11. Israël, Gibert, Sambron, Dulot, Robert, Sabourin, Bensaude, Wetterwald, Stewart, Ferroir.
21. Cachin, Livieratos, Esquirol, Bourdial, Mlle Jammet, MM. Stérin, Arnal, Lichtenberg, Bastien, Delorme.
31. Escrivan (d'), Camelot, Zhâ, Genty (Philippe), Perreau (Pierre), Olivier, Lauret, Vauclin, Baumgartner, Grollier.
41. Aboulker, Macrez, Fourestier, Ghozland, Chevallier (Roger), Dreyfus, Brouet, Bloch (Henri), Tran-Quang-Dé, Yovanovitch.
51. Boisseau, David, Soyer, Mlle Gagneur, MM. Brincourt., Guillaumat, Caby, Soulignac, Klotz, Lachmann.
61. Pergola, Abaza, Hanaut, Judet, Roux, Pourquié, Pescarolo, Mlle Spire, MM. Maspétiol, Bidou.
71. Desvignes, Mallarmé, Chapireau, Landrieu, Fontaine, Boulle, Morax, Bonnet (Pierre), Mme Longuet, MM. Voisin,
81. Vial, Coussieu, Brocard, Rodier, Gaultier.

Externes en premier. — 1. MM. Moulinier, Bour, Marre, Camus (Jean), Boussoulade, Douay, Allilaire, Lanthier, Grossiord, Mlles Huguet.
11. Abadi, MM. Sidi, Pécher, Roy (André), Aliker, Levaditi, Bonnet (Georges), Séguin, Mlle Lion, MM. Benassy.
21. Hertz, Adrianopoulos, Sauvain, Dormay, Porge, François, Demartial, Chareire, Botton (de), Dechaume-Moncharmon.t
31. Catinat, Kaplan, Lafon, Dubois, Beaufils, Findjanjian, Debidour, Bigey, Simon, Terver.
41. Boissonnet, Dutray, Mlle Abraham, MM. Pointud, Brunhes, Genty (Pierre), Bonhomme, Yaitch, Carrez, Mlle Hahn.
51. MM. Arvay, Leroy (Louis), Delort, Benoist (Daniel), Perrot, Dupeyrat, Coldefy, Legry, Amante, Béquignon.
61. Fasquelle, Nastorg, Morono, Velez, Offret, Scheid, Trombert, Kipfer, Chatain, Goyer.
71. Vendriyes, Perret, Delaitre, Mlle Courrier, MM. Pierra, Seringe, Boursat, Huguier, Vildé, Gelbert.
81. Rambert, Pellier.

Concours de l'externat. — *Liste alphabétique des candidats reçus :*

Mlle Abraham, M. Adam (Roger), Mlles Adda, Aghion, MM. Aharfi, Ajuriaguerra, Albaric, Mlle Aldou, MM. Andréota, Anglade, Arnoux, Arrighi, Arsitch, Artisson, Mlles Aubert-Champerré, Aubin, M. Audry, Mlle Augée, MM. Auger (Léon), Auslander, Ayrignac, Azouz, Azvelos. Bachellier, Badinier, Balkhouche, Bancaud, Barbier (Jacques), Bargain, Mlle Barnaud, M. Baron, Mlle Barret, MM. Baussan, Beaufils, Bécuwe, Bellin, Ben Bahim, Bergeron, Mlle Besnard, MM. Biardeau, Billard, Mlles Blairon, Bonnot, MM. Bouche, Boulenger, Bourdin, Boureau, Bourier, Boutzolakis, Bouvier (Jean-Baptiste), Brunet, Bugaut, Butzbach.

Mlle Cabessa, MM. Cahen, Campagne, Mlle Canet, MM. Canetti, Carasso, Carle, Mlle Carlet, M. Carrière, Mlle Casalis, MM. Cauchoix, Cenac, Céoara, Cerf, Chabanon, Champagne, Charpentier (Georges), Chassagne, Chastagnol, Chausselat, Chevallier (Robert), Chirac (de); Colletas, Mlle Commerson, M. Comte (Joseph), Mlle Conty, MM. Cornet, Corrion, Coupin, Couturier, Crescenci.

Daniels, Danmézon, Mlle Daubail, MM. David (Rubin), Davidovici, Debelut, Debost, Debray, Defougy, Degand, Deguillaume, Delabroise, Delain, Delhaye, Delort, Demarquet, Dénès, Dennewald, Denoix, Depardieu, Depierre, Deroïde, Dervaux, Deschamps (Gabriel), Desclaux (Pierre), Desmarquest, Destouches, Dietrich, Dorey, Dos-Ghali, Doudeuil, Douville, Dramez, Mlle Dreulle, MM. Dreyfus, Droguet, Drouet, Mlles Dubois (M.-Th.), Duclaux, MM. Duflot, (Henri), Dufour (André), Dufour-Lamartine, Dugrenot, Dupertout, Dupont (Pierre) Durand (Georges), Duret, Mlle Durrande, Duss.

MM. El Baz, Ennuyer, Etienne, Eudel, Mlle Eyraud, MM. Eyriès,

Faugeroux; Faure (Jean), Faye, Fayet (Jacques), Feinmann, Feld, Ferrari, Feuillette, Fischer, Fouassier, Fouilloy, Fournial, Mlle Fournier, MM. François, Fretet, Friez, Friszberg, Froissant.

Galimard (Pierre), Gallant, Ganty, Garelly, Gaudin, Gazel, Geismar, Gibon, Girard (Louis), Giraud (Lucien), Girault (Louis) Goldman (Michel), Gouffier, Goulène, Gout, Gouzé, Grain, Grand, Grandin, Grégoire, Mlle Grinblatte, MM, Guénon des Mesnards, Guiot.

Hacker, Hadjidimo, Hanoune, Mlles Hervé, Huard, MM. Huber.

Jalladeau, Janeau, Joly, Mlle Jooss, MM. Jouannard, Jugnet, Mlle Juster.

MM. Korner, Krenner.

Lac (du), Lafon (Jacques), Lafont (Louis), Laik (Henry), Lambert (Raymond), Landau, Laneuville, Laquintinie, Lartigue, Lascaux, Mlle Latron, MM. Laubry, Laure, Laurence, Lavoué, Lazar, Lazarovici, Le blond. Le Cudonnec, Mlle Lefèvre, Legros, Lemanissier, Mlle Lemarchand, MM. Lenoir, (Pierre-Georges), Lenoir (Jean-Pierre), Leprêtre, Lervi, Lesca, Lesieur (Jean), Le Sourd, Le Tensorer, Lévy (Robert), Liermain, Lignon, Lion, Livory, Loiseau, Mlle Loloum, MM. Longraye, Loze, Lucas, Lucquin.

Magne-Rouchaud, Mannoni, Mlle Marquis, MM,. Marre, Martin (Joseph), Martinon, Maschas, Matteo (di), Mayaud, Mercadier, Merle, Mestries, Meyer, Milliez, Misserey, Monier (Henri-Adrien), Mlle Monin, MM. Moreau (Jean-Paul), Morel-Fatio, Motte, Mouchot, Mousseau, Mozziconaci, Musset,

Nepoulos, Neveu (Jean), Nobili (de), Nonique,

Mlle Olivier, M. Ollier, Mme Orgeolet, MM. Oudot(Maurice),

Paingault, Perdrix, Persatre, Petit (Camille), Picard (Georges), Picot (Pierre-François), Pinet, Pizon, Pocoule, Poirier (Michel), Pollak, Prialnik, Prunel.

Rault (André-Louis), Raut (Jean-Achille), Raymondaud, Raynaud, Reignier, Reinert, Roche, Rouge, Rougean, Rougier, Roulland, Rousset, Rouveix, Royer.

Mlle Saguez, M. Saïdi, Mlle Saint-Paul, MM. Saliou, Saira Mlle Saulnier, Schaefer (Geroges), Schaffer (Herbert), Schaplié Schechter, Schiller, Schneider, (André), Sénéchal (André)

Sénéchal (Jean), Sevileano, Sierra, Sikarov, Silberstein, Sorin, Soubiran, Souriac, Mlle Stalhand MM. de Stoppani, Stutinsky,

Tarchiani, Tardieu, Temime, Mlle Teodoresco, MM. Tétreau, Teyssier, Thaler, Thaon, Mlle Thévenot, Thieullen, MM. Touati, Toulouse, Tulou, Turpin-Rotival,

Vallade, Valletta, Van-Kim, Vassal, Vatner, Vercier, Vialatte, Mlles Vidal de la Blache, Vigneron, MM. Vionnet, Vitanyi,

Wagner, Walther (Roger), Weill (Francis), Weydert, Wiehn, Winierzki, Mlle Wirz, M. Worré,

Zahler, Zuckermann,

Mutations des chirurgiens des hôpitaux. — 1° A l'hôpital Boucicaut (Dr Dujarier, décédé), M. le Docteur Labey, de l'hôpital Lariboisière ; à l'hôpital Lariboisière, M. le Docteur Cadenat, de l'hôpital Saint-Louis ; à l'hôpital Saint-Louis, M. le Docteur Moure, de la Maison municipale de santé ; à la Maison municipale de santé, M. le Dr Guimbellot, titularisé ;

2° A l'hôpital Saint-Antoine (Dr Lapointe, limite d'âge), M. le Docteur Bréchot, de l'hôpital Broussais ; à l'hôpital Broussais, M. le Docteur Mondor, titularisé ;

3° A l'hôpital Saint-Louis (Dr Mouchet, limite d'âge), M. le Docteur Martin, de l'hospice d'Ivry ; à l'hospice d'Ivry, M. le Docteur Deniker, titularisé ;

4° A l'hôpital Lariboisière (Dr Marlon, limite d'âge), M. le Docteur Heitz-Boyer, de l'hôpital Saint-Louis ; à l'hôpital Saint-Louis (urologie), M. le Docteur Gouverneur, titularisé ;

5° A l'hôpital Bichat (1er service nouveau), M. le Docteur Kuss, de l'hôpital de la Charité ;

6° A l'hôpital Bichat (2e service nouveau), M. le Docteur Capette, titularisé.

— Mutations des oto-rhino-laryngologistes. — A l'hôpital Saint-Louis (Dr Lemaître, nommé professeur de clinique d'oto-rhino-laryngologie à Lariboisière), M. le Docteur Halphen, titularisé.

Ces mutations partent du 25 décembre.

Confédération des Syndicats médicaux français. — L'Assemblée générale statutaire de la Confédération des Syndicats médicaux français tiendra sa réunion les vendredi 18, samedi 19 et dimanche 20 décembre 1931, en l'Hôtel des Syndicats médicaux, 95, rue du Cherche-Midi.

Comité national de défense contre la tuberculose. — Le Comité exécutif de l'Union internationale contre la tuberculose, qui vient de se réunir à Paris, a arrêté, d'accord avec l'Association néerlandaise contre la tuberculose, les dernières précisions concernant la prochaine Conférence internationale, la huitième organisée par l'Union.

Cette conférence aura lieu du 6 au 9 septembre 1932 à La Haye et Amsterdam, sous la présidence du Professeur Nolen.

Les questions suivantes y seront discutées :

I. *Relation entre l'allergie et l'immunité.* Rapporteur principal : Prof. Jules Bordet (Belgique). Co-rapporteurs : Prof. Aldershoff (Pays-Bas), Prof. S. Lyle-Cummins (Grande-Bretagne), Prof. J. de Daranyi (Hongrie), Prof. Debré (France), Dr K. A. Jensen (Danemark), Prof. R. Kimla (Tchécoslovaquie), Prof. B. Lange (Allemagne), Prof. Ottalenghi (Italie), Dr A. Wallgren (Suède), Dr W. C. White (Etats-Unis).

II. *La chrysothérapie.* Rapporteur principal : Prof. Sayé (Espagne). Co-rapporteurs : Dr J.-B. Amberson (Etats-Unis), Dr Ameuille (France), Prof. Bocchetti (Italie), Dr L. S. T. Burrell (Grande-Bretagne), Prof. Knud Faber (Danemark), Dr Jacquerod (Suisse), Prof. W. Noumann (Autriche), Prof. Rencki (Pologne), Dr G. Schröder (Allemagne), Prof. J. Valtitis (Grèce).

III. *L'assistance post-sanatoriale.* Rapporteur principal : Dr Vos (Pays-Bas)). Co-rapporteurs : Dr J. Blanco (Espagne), Dr E. Brosky (Tchécoslovaquie), Dr Brieger (Allemagne), Dr R. Courtois et E. Olbrechts, en collaboration (Belgique), Dr Guinard (France), Dr N. Heitmann (Norvège), Prof. E. Morelli (Italie), Dr H. A. Pattison (Etats-Unis), Dr D. A. Stewart (Canada), Dr Harley Williams (Grande-Bretagne).

Après lecture des rapports, présentés par des orateurs élus à l'avance sur une longue liste de candidatures, s'ouvrira une discussion libre à laquelle pourront s'inscrire les membres de l'Union internationale, ainsi que les membres de la conférence, présentés officiellement par les Associations nationales affiliées à l'Union.

Comme la coutume s'en est établie, un voyage d'études organisé par l'Association néerlandaise de lutte antituberculeuse, réunira les participants qui se seront inscrits à l'avance.

Concours de l'internat en médecine des asiles de la Seine. — Un concours s'ouvre annuellement au mois de mars pour 7 à 10 places d'internes dans les asiles de la Seine : Sainte-Anne, Villejuif, Ville-Evrard, Maison Blanche, Perray-Vaucluse Moisselles l'hôpital Henri-Rousselle (centre de prophylaxie mentale) et l'infirmerie spéciale du Dépôt recrutent aussi leurs internes dans ce cadre.

Avantages : traitement, indemnités diverses, logement, nourriture ; Débouchés : cadre des médecins aliénistes de l'Etat, clinicat des maladies mentales, postes d'assistants à l'hôpital Henri-Rousselle, etc.

Les épreuves se composent d'une composition écrite d'anatomie et de physiologie du système nerveux (sur 20), et d'une triple épreuve de pathologie : copies de P. interne et externe, question orale d'urgence (coefficient total 50).

MM. Masquin, chef de clinique psychiatrique, et d'Heucqueville, interne à l'hôpital Henri-Rousselle dirigent respectivement, depuis le 1er novembre, des conférences préparatoires à ces deux épreuves.

S'adresser : 1 rue Cabanis, Paris-14e.

Hôpital Bretonneau. — *Conférences cliniques de médecine infantile.* — M. H. Grenet, médecin de l'hôpital Bretonneau, fera tous les vendredis, à 10 h. 45, une conférence clinique de médecine infantile, avec présentation de malades (salle de l'ancienne consultation de médecine).

Première conférence : le vendredi 8 janvier 1932 (la première conférence portera sur un sujet de déontologie.)

Amphithéâtre d'anatomie.— Un cours (hors série) d'opérations chirurgicales (chirurgie ophtalmologique), en dix leçons, par MM. les Docteurs V. Morax, ophtalmologiste honoraire, membre de l'Académie de médecine, Magitot, Bollack et E. Hartmann, ophtalmologistes des hôpitaux, commencera le lundi 4 janvier 1932, à 14 heures, et continuera les jours suivants à la même heure.

Les auditeurs répètent individuellement les opérations sur l'œil humain et l'œil animal. Droit d'inscription : 350 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Un deuxième cours analogue, en anglais et français, aura lieu fin juin 1932 s'il réunit un minimum de six inscriptions.

Programme du cours. — 1. Opérations sur les muscles oculaires. — 2. Opérations sur la conjonctive et la cornée. — 3. Opérations sur les paupières. Opération du ptosis. — 4. Opérations sur les voies lacrymales. — 5. Opérations antiglaucomateuses. — 6. Opérations palpébrales. Autoplasties. — 7. Opérations sur les nerfs de l'orbite et de la face. — 8. Opérations sur les paupières. Marginoplasties. — 9. Opérations sur le cristallin. — 10. Opérations sur l'orbite.

Inauguration de l'Hôtel Chambon (Hôtel des Syndicats médicaux français) et **Commémoration du cinquantième aniversaire de la création des Syndicats médicaux français.** — Cette double cérémonie aura lieu à l'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi, Paris-VIe, le samedi 19 décembre 1931, à 17 heures, au cours de l'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux, dans la grande salle des séances sous la présidence de M. Paul Doumer, Président de la République et en la présence de M. Landry, ministre du Travail et de M. Blaisot, ministre de la Santé publique.

A propos d'une publication. — Le Docteur Pierre Vachet nous prie de dire que sa traduction et adaptation du livre allemand des Docteurs Magnus Hirschfeld et Abraham, intitulée « Perversions sexuelles » a été publiée sans que la moindre épreuve lui ait été soumise et, par conséquent, sans qu'il ait délivré le bon à tirer. Il décline toute responsabilité sur le texte de cette œuvre, ainsi que sur la publicité qui a pu être faite. Il confie la défense de ses droits à Me Maurice Garçon.

Bal de la Médecine française. — Le VIe bal de la Médecine française aura lieu le lundi-gras 8 février 1932 à la Maison de la Mutualité, 24, rue Saint-Victor, 5e (rue Monge) au profit des veuves et orphelins du Corps médical.

A 22 h. 30, Soirée artistique avec le concours de nombreuses vedettes parisiennes et la *Revue des Actualités médicales* composée et interprétée par les étudiants en médecine de Paris.

A minuit, souper par petites tables servi sous la direction du Docteur de Pomiane, de l'Institut Pasteur.

Prix des cartes : Bal et soirée artistique, 70 francs ; bal, 50 fr. ; jeunes gens, jeunes filles, étudiants (bal seulement), 25 francs ; souper, 40 francs.

S'inscrire d'avance chez M. Henri Labbé, 52, avenue de Saxe (15e) Ségur 89-16 (de 9 h. à midi).

S'adresser pour les cartes : Société F. E. M., 95, rue du Cherche-Midi (6e) Littré 48-12 ; Maison de la Mutualité, 24, rue Saint-Victor, (5e) ; chez les Dames du Comité.

Nécrologie. — Dr Henry CARRET, de Lyon. — Dr DESPIERRE, de Wambrechies (Nord). — Dr FOURNAISE, de Brunstatt (Ht-Rhin). — Dr FRANÇOIS, décédé à Nancy. — Dr Félix GANTOIS, de Watten (Nord). — Dr Lucien HENNON, de Jouars-Pontchartrain (S.-et.-O.). — Dr Titus KONTESCHWELLER, de Paris, 69, r. Wattignies. — Dr Fortuné MAZEL, ancien président de la Société de médecine du Gard. — Dr Maurice PIERRE, de Mulhouse. — Dr Auguste LEDOUX, de Marche (Belgique). — Dr Léon MARIQUE, de Liège. — Dr Henri VERNEUIL, ancien président de la Société belge de chirurgie. — Dr O. MEYE[illegible] (Suisse). Dr Auguste PAREL, de Peseux (S[illegible] — Dr Willi[illegible] ELDER, neurologiste écossais, décédé à l'[illegible] 67 ans. — Prof. John WHITRIDGE WILLIAMS, professeur d'[illegible]ique à la John HOPKINS University, décédé à l'âge de 65 [illegible] Prof. MINAKOFF, directeur de la chaire de médecine légale à la Ire et IIe Universités de Moscou, décédé à l'âge de 64 ans. — Prof. KRYSTALOWICZ, président de la Société de dermatologie, polonaise, décédé à l'âge de 64 ans.

BIBLIOGRAPHIE

Vers l'homme meilleur, par Henri DAMAYE, médecin-directeur des Asiles d'aliénés. Alcan, éditeur. 12 francs.

Ce volume est une œuvre d'apôtre médical. D'abord, comme en tous ses travaux, M. Damaye montre que sans la médecine générale il ne saurait exister de médecine mentale. Ensuite, l'auteur prouve aussi éloquemment, que les meilleurs sociologues sont les psychiatres et, d'une [illegible] générale, les médecins, les biologistes. Sans la psychiatrie, sans la [illegible]e, la sociologie est purement littéraire, purement historique. L'au[illegible] voit dans la psychiatrie le grand moyen d'améliorer le cœur de l'homme, de le rendre plus moral, partant plus charitable, plus honnête. Il pense que l'Etat devrait enseigner soigneusement partout la religion [illegible]*le*, la seule efficace et inoffensive. Par contre, M. Damaye n'accorde [illegible]onfiance aux religions *révélées*, systèmes politiques échafaudés sur [illegible] et de nature à diviser les hommes plutôt qu'à les concilier. L'ou[illegible] expose comment la psychiatrie transformera notre système pénal [illegible]essif, comment elle rénovera l'enseignement secondaire. A signaler [illegible]gue et fort intéressante étude sur la vogue progressive des études [illegible]les. L'ouvrage est une condamnation du « Système D » par[illegible]rop florissant. M. Damaye s'étend longuement aussi sur les tares [illegible]milles et leur rapport avec la dénatalité. Il montre, en psychiatre [illegible]médecin averti, que l'avenir de la science psychiatrique n'est pas [illegible]es établissements provisoires que sont les asiles d'aliénés. L'avenir [illegible]chiatrie est à l'hôpital et au laboratoire de bactériologie. D'où la néce[illegible]té d'hôpitaux neuro-psychiatriques et de médecins instruits, re[illegible]s judicieusement que par l'actuel piètre concours des asiles [illegible] Le nouvel ouvrage de M. Damaye intéresse vivement tous les

TRAVAUX ORIGINAUX

Sang maternel et contamination morbilleuse

Par **Pierre JOANNON**

Professeur agrégé d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris
Médecin-inspecteur des épidémies à la Préfecture de Police

Pour apprécier et conjurer les risques que la contamination morbilleuse fait courir à un enfant, on s'abstient encore trop souvent de mettre à profit un certain nombre de notions relatives au pouvoir virulent ou à la valeur immunisante du sang maternel. Nous allons résumer ces notions et indiquer les déductions pratiques qu'on en peut tirer.

I. Notions biologiques

Ces notions, que nous avons exposées avec Robert Debré dans une étude d'ensemble (1), ont trait les unes à la mère, les autres à l'enfant.

A. Notions relatives à la mère

Il y a lieu de se préoccuper de la virulence du sang au cours de la rougeole et de sa richesse en immunisines à la suite de la maladie

Le sang est certainement virulent pendant toute la période des manifestations cliniques. Il semble, en outre, qu'il puisse l'être durant la période d'incubation. En conséquence une parturiente bien portante au moment de son accouchement, et atteinte de rougeole quelques jours après celui-ci, peut avoir contaminé son enfant par voie transplacentaire, si la naissance de ce dernier est postérieure au début de l'incubation de la maladie maternelle. Nous avons observé dans le service de notre Maître le Professeur Pierre Teissier un cas typique de rougeole congénitale liée à une contamination intra-utérine aussi précoce et inattendue. Comme le passage du virus à travers le placenta peut se faire au cours de l'incubation, de l'invasion ou de l'éruption de la rougeole maternelle, l'intervalle qui sépare les deux exanthèmes, celui de la mère et celui de l'enfant, est variable. La rougeole congénitale se manifeste donc soit peu de jours, soit une semaine, une décade ou davantage, après la rougeole maternelle. Le défaut d'uniformité de ce délai est une notion qui doit être présente à l'esprit des accoucheurs.

C'est du septième au neuvième jour de la convalescence (comptée à partir du début de l'apyrexie) que le sang est le plus riche en substances antimorbilleuses. Du dixième au quinzième jour, cette richesse décroît. Après trente jours, la diminution est très nette : mais les immunisines ne disparaissent jamais complètement : même après quinze ou vingt ans le sang possède une réelle valeur immunisante. Aussi une femme enceinte qui fut atteinte de rougeole de longues années auparavant transmet-elle à son enfant sa propre immunité. Cette transmission s'effectue par voie humorale (2). L'immunité ainsi transférée au nouveau-né est passive et transitoire : mais, après qu'elle a disparu, l'enfant peut à nouveau, et grâce, cette fois, à l'intervention médicale, être protégé par le sang de sa mère.

B. Notions relatives à l'enfant

Trois éventualités doivent être envisagées. Le sort de l'enfant diffère, en effet, selon que la mère a eu la rougeole avant la conception, en est atteinte pendant la gestation ou enfin ne l'a encore point contractée au moment de l'accouchement.

Première éventualité : la mère a été atteinte de rougeole antérieurement à la gestation.

Les risques courus par l'enfant, en cas de contagion morbilleuse, dépendent de son âge. On peut schématiquement les définir comme suit :

1° *De zéro à trois mois*, l'enfant dispose d'une immunité absolue, léguée par sa mère. Exposé à la contamination morbilleuse, il ne contractera sûrement pas la maladie, ou pour mieux dire il n'aura pas plus de chances de la contracter que sa mère, autrefois atteinte de rougeole, n'en aura d'en être affectée une nouvelle fois ; or, les médecins soucieux de distinguer rubéole et rougeole savent que les récidives de cette dernière sont tout à fait exceptionnelles.

2° *De trois à six mois*, l'immunité n'est plus que relative. L'enfant qui aura été soumis à la contagion aura peut-être la rougeole mais celle-ci, contrariée par un reliquat d'immunité d'origine maternelle, sera fruste et bénigne ; il y aura lieu, notamment, de ne pas être surpris, le cas échéant, par la durée anormalement longue de son incubation, éventualité qui contribue à justifier dans les pouponnières un isolement des entrants pendant une vingtaine de jours.

Le caractère encore franchement tutélaire de l'immunité relative dont jouit l'enfant au cours du second trimestre, et, en particulier, vers le cinquième mois, est prouvé par les expériences d'Herrman, de New-York.

Cet auteur prend des enfants arrivés au cinquième mois de leur existence, bien portants, nés de mères ayant eu la rougeole, et leur inocule le virus morbilleux en apposant sur leur muqueuse nasale du mucus prélevé dans le nez de rougeoleux vingt-quatre heures avant l'apparition de l'exanthème. Voici les résultats qu'il a ainsi obtenus dès 1922 : 165 enfants ont été inoculés ; 84 ont présenté une réaction consistant en une élévation de température du huitième au seizième jour avec ou sans quelques taches sur la face ou le corps. Parmi ces enfants, 75 ont été suivis pendant quatre à huit ans : 5 d'entre eux seulement ont contracté la rougeole et 70 sont demeurés indemnes ; 45 de ces derniers ont été directement exposés à la contagion. Il y a lieu de noter qu'aucun de ceux qui avaient présenté une réaction évidente n'a contracté la rougeole.

Ce que cet auteur américain provoque, le hasard le réalise fréquemment, mais le plus souvent sans qu'on s'en doute. Chez un enfant dont la mère a eu autrefois la rougeole, cette période de la vie est la seule où la réceptivité vis-à-vis de la rougeole n'est que relative au lieu d'être absolue. En conséquence l'immunité antimorbilleuse peut être acquise au prix d'un épisode infectieux sommaire, à peine perceptible, à propos duquel le diagnostic de rougeole est rarement porté, même si la notion de contagion existe. Aussi est-il parfois possible d'apprendre au sujet d'une personne qui passe pour n'avoir jamais eu la rougeole, que vers l'âge de quatre ou cinq mois, elle fut en contact avec un rougeoleux sans cependant, dit-on, avoir contracté la maladie.

Lorsque la rougeole pénètre dans une famille de plusieurs enfants dont la mère a eu autrefois la rougeole, il ne faut donc pas s'étonner de voir le dernier-né, s'il a de trois à six mois, échapper, réellement ou en apparence, à l'épidémie ; s'il présente des manifestations morbides brèves et frustes, elles constitueront presque certainement, malgré leur ambiguïté clinique, l'équivalent d'une rou-

◆◆

(1) La rougeole, épidémiologie, immunologie, prophylaxie. Masson, édit., 1926.

(2) Nous nous sommes assuré que le sang du cordon pouvait contenir des immunisines antimorbilleuses en quantité suffisante pour que l'injection d'une quantité relativement faible eut une action préventive.

geole typique et conféreront une immunité définitive.

3° *De six à neuf mois*, l'immunité héréditaire est négligeable ou nulle. L'enfant exposé à la contagion morbilleuse aura probablement la rougeole et celle-ci sera, selon toute vraisemblance, typique.

4° *A partir de neuf mois*, l'immunité d'origine naturelle n'existe plus. L'enfant est réceptif et, abstraction faite d'éventualités exceptionnelles sur lesquelles nous ne pouvons pas nous étendre ici, il contractera la rougeole dès qu'il en rencontrera le virus.

Deuxième éventualité : la mère est atteinte de rougeole au cours de la gestation.

Le sort de l'enfant va être subordonné à la perméabilité du placenta.

Quand celui-ci résiste au passage du virus, l'enfant bénéficie des immunisines acquises par sa mère, pourvu qu'il ait le temps de les recevoir, c'est-à-dire à la condition qu'il n'y ait pas expulsion prématurée. Si la grossesse est interrompue par la rougeole il ne sera pas doté à sa naissance de l'état réfractaire passif et transitoire dont nous venons de parler.

Lorsque le virus traverse le placenta, l'infection morbilleuse se développe dans l'organisme fœtal. S'il n'y a pas expulsion prématurée, cette infection reste inapparente ; lors de la naissance de l'enfant aucun stigmate n'en fournit la preuve rétrospective (au contraire de ce qui se passe pour la variole intra-utérine) ; seule une immunité durable, puisque acquise, attestera la réalité de cette rougeole pré-natale (1).

S'il y a expulsion prématurée, éventualité d'autant plus à craindre que la grossesse est plus avancée, l'enfant naît infecté ; tantôt les signes de la rougeole existent d'emblée, tantôt ils n'apparaissent qu'après la naissance. L'infection dont le nouveau-né est atteint est en retard sur la rougeole maternelle d'un nombre de jours dont nous avons précédemment expliqué le caractère variable. Si l'enfant réussit à guérir il dispose d'une immunité définitive.

Troisième éventualité : la mère n'a été atteinte de rougeole ni avant ni pendant la gestation.

L'enfant naît entièrement réceptif, mais il y a lieu de souligner que s'il rencontre le virus morbilleux durant les premiers mois de sa vie, la rougeole dont il sera atteint ne sera probablement pas typique, tout en ayant les plus grandes chances d'êtres sévère. Cette rougeole fruste et grave est due à l'inaptitude à réagir classiquement dont fait preuve le jeune nourrisson : elle est donc à opposer à la rougeole fruste et bénigne qu'on peut observer chez les enfants qui, de trois à six mois disposent encore d'une immunité relative.

Sans doute à partir de neuf mois, et même très souvent dès le sixième, la réceptivité de l'enfant né d'une mère antérieurement atteinte de rougeole devient semblable à celle de l'enfant dont la mère n'a jamais eu cette maladie. Mais une différence pratique subsiste. Si une contamination morbilleuse a lieu, l'utilisation du sang maternel est possible pour protéger le premier et ne l'est pas pour préserver le second.

II. Déductions pratiques

Les principales déductions qu'on peut tirer des notions précédentes ont trait à la prophylaxie de la rougeole : quelques autres concernent le traitement de cette maladie.

A. Déductions prophylactiques

En ce qui concerne les enfants exposés à la contamition morbilleuse, il convient de distinguer trois sortes de cas.

(1) Un certain nombre de personnes qui sont considérées comme n'ayant jamais eu la rougeole doivent à une rougeole prénatale méconnue leur indifférence au virus morbilleux.

1° *Lorsque la contagion affecte un enfant dont la mère a eu la rougeole avant la gestation*, la décision à prendre est subordonnée à plusieurs facteurs au premier rang desquels il faut placer l'âge de l'enfant.

De zéro à six mois, toute injection immunisante est inutile.

De six mois à deux ans, il est indiqué de recourir à une injection de sang maternel pour empêcher ou, de préférence, atténuer la rougeole.

Entre deux et trois ans l'injection de sang maternel est facultative et dépend de la gravité de la rougeole du contaminateur, de l'état de santé de l'enfant contaminé et de ses conditions d'existence. Elle est opportune si la rougeole du contaminateur est sévère, si l'enfant contaminé est malade ou débile, ou si le milieu auquel il appartient favorise les surinfections.

Il importe, naturellement, d'interroger et d'examiner la mère pour s'assurer que sa santé est satifaisante, car l'injection de sang total parmettrait le transfert de virus présents dans la circulation. L'impossibilité de faire la réaction de Bordet-Wassermann oblige, en particulier, à s'assurer que la syphilis ne peut être soupçonnée. Toutefois une des raisons qui doivent, précisément, faire préférer le sang de la mère à celui d'un autre adulte, est que si une infection, en phase latente, échappe aux investigations, il y a des chances notables pour qu'elle ait déjà été transmise à l'enfant soit *in utero*, soit après la naissance, du fait de l'intimité habituelle des contacts entre une mère et son nourrisson.

Quelle quantité de sang maternel faut-il injecter à un enfant de moins de trois ans? Certains auteurs ont obtenu de bons résultats avec 10 à 12 cmc., dose qui à la vérité est faible. Une dose de 30 à 35 cmc. peut être considérée comme forte : c'est celle qui offre le plus de garantie. Lorsqu'on ne peut prélever qu'environ 20 cmc. on est encore à même d'agir très efficacement, car cette dose moyenne est en général, suffisante pour obtenir une atténuation de la maladie (1).

Nous ne pouvons étudier ici d'une manière détaillée la mise en œuvre de cette méthode prophylactique et en particulier le moment où l'injection de sang maternel gagne à être effectuée. Nous avons envisagé ces divers points dans un travail antérieur (2). Nous rappelons qu'en ce qui concerne le prélèvement et l'injection, la technique est très simple et diffère peu de celle de l'autohémothérapie. On fera bien de ne pas injecter plus de 15 cmc. de sang dans une même fesse, afin de faciliter la résorption de l'hématome que l'on constitue artificiellement.

D'une manière générale, en clientèle et dans les crèches de quartiers, l'atténuation de la rougeole est préférable à l'absorption, alors qu'une formule inverse est applicable à l'hôpital et notamment aux crèches hospitalières. L'abortion est obtenue au prix d'une immunité passive et éphémère : la rougeole ne se produit pas, mais au bout de quelques semaines l'enfant est à nouveau pleinement réceptif. L'atténuation de la rougeole permet au contraire, ainsi que l'a établi Robert Debré, d'acquérir à peu de frais une immunité définitive.

Ce même auteur a démontré que si l'on administre une quantité suffisante d'immunisines, on obtient, pour ainsi dire à volonté, l'abortion ou l'atténuation de la rougeole, selon qu'on effectue l'injection dans la première ou dans la seconde moitié de la décade correspondant à la période d'incubation. Mais si l'on peut, lorsqu'on se sert du sérum de convalescent, apprécier assez exactement la dose d'immunisines que l'on injecte, il n'en va pas de même quand on emploie le sang maternel, c'est-à-dire le sang d'un adulte atteint autrefois de rougeole. Aussi conseillons-nous de n'attendre la seconde moitié de l'incubation que

(1) Nous mettons depuis quelques temps à l'essai une posologie répondant à la formule suivante : 12 cmc. de sang maternel au cours de la première année et 1 cmc. de plus par mois d'âge jusqu'à 36 cm. chez les enfants de 3 ans.

(2) Remarques sur l'hémoprophylaxie de la rougeole et de la coqueluche, *Journal médical français*, mai 1931.

si l'on injecte une dose importante : une règle commode consiste alors à procéder à cette administration cinq jours après le début de l'éruption observée chez le sujet contaminateur. Si la dose injectée est faible mieux vaut intervenir dans la première moitié de l'incubation, quitte à obtenir une abortion, au cas où le sang maternel serait particulièrement riche en immunisines, en raison par exemple, de la rencontre récente et réitérée du virus morbilleux.

2° *Dès lors qu'un enfant naît d'une mère atteinte de rougeole au moment de l'accouchement*, il convient de lui injecter le plus tôt possible du sérum de convalescent (au moins 3 cmc.) ou à défaut du sang d'adulte antérieurement atteint de rougeole, par exemple du père. Si le nouveau-né n'a pas été contaminé *in utero* on prévient ainsi les effets de la contagion à laquelle l'exposent ses contacts avec sa mère. S'il a déjà été contaminé par voie transplacentaire, les immunisines qu'il reçoit à sa naissance arriveront peut-être à temps pour empêcher ou en tout cas atténuer la maladie.

3° *Quand la contagion morbilleuse affecte un enfant dont la mère n'a jamais eu la rougeole*, sa protection par une injection immunisante est nécessaire même s'il a moins de six mois, mais le sang maternel ne peut naturellement pas être utilisé. Il faut recourir soit au sang d'un autre adulte soit au sérum de convalescent.

B. Déductions thérapeutiques.

Lorsqu'un enfant dont la mère a été autrefois atteinte de rougeole est victime d'une infection morbilleuse grave peut-on compter sur des injections de sang maternel pour en améliorer le pronostic ? Nous avons à diverses reprises procédé à de telles injections mais sans succès. Peut-être ces injections furent-elles trop tardives. En tout cas, il n'est pas interdit de penser que, même si la sévérité de la maladie est due à des infections surajoutées, le sang maternel puisse contenir des immunisines actives vis-à-vis d'elles.

Un nourrisson contaminé par sa mère peut bénéficier du taux élevé d'immunisines que celui-ci possède vers le septième jour qui suit la défervescence : ce moment a, en effet, de grandes chances de correspondre au début de l'exanthème observé chez l'enfant.

S'il s'agit d'une rougeole congénitale, le décalage entre celle-ci et la rougeole maternelle n'est pas toujours suffisant pour permettre d'administrer, en temps voulu, au nouveau-né le sang ou le sérum de la mère, devenu convalescente. Dans les cas où cette thérapeutique est possible on en peut tirer de remarquables résultats. Nous avons eu l'occasion dans le service du Professeur Pierre Teissier d'appliquer cette sérothérapie à un cas désespéré. Des doses élevées et répétées de sérum maternel ont paru tout à fait efficaces. L'observation dont il s'agit peut se résumer ainsi.

Un nouveau-né est atteint de rougeole congénitale dont l'éruption survient six jours après celle de la mère. La vie de l'enfant est rapidement compromise et dès le lendemain de l'apparition de l'exanthème il paraît en agonie. Des injections réitérées de sérum maternel, prélevé à partir du quatrième jour de la convalescence (sang prélevé le matin, sérum injecté l'après-midi) transforment la situation. Le petit malade reçoit en cinq jours 184 cmc. de sérum maternel, auxquels s'ajoutent 15 cmc. de sérum de convalescent injectés durant les quatre jours qui précèdent l'éruption, (donc trop tard pour avoir une action prophylactique). L'enfant guérit et se développe normalement par la suite.

« Au Secrétariat des Facultés on inscrit toujours les postulants sans se soucier aucunement si, dans les pavillons de dissection, dans les salles d'anatomie, dans les amphithéâtres de clinique, il y a place pour les recevoir. » (F. JAYLE. L'encombrement de la carrière médicale, *La Presse médicale*, 10 oct. 1931.)

Tyramine et principe adrénalinique du genêt à balai [1]

Par H. BUSQUET et Ch. VISCHNIAC

Depuis bientôt dix ans que nous avons signalé l'existence d'un principe à effets adrénaliniques (Strictoforme) dans le genêt à balai, *Spartium scoparium L* (2), une littérature abondante a paru sur ce sujet. Nos travaux ont été confirmés par ceux des autres chercheurs qui ont apporté des preuves supplémentaires de la parfaite identité pharmacodynamique entre notre principe vaso-constricteur et l'adrénaline. Ainsi L. Binet, Cardot et Mlle Fournier (3) ont étudié l'effet de spléno-contraction se produisant *in vivo* et *in vitro*, aussi bien sous l'influence de l'adrénaline que sous celle du genêt. Tournade, Hermann et Senevet (4) ont signalé l'identité d'action du principe vaso-constricteur du genêt et de l'adrénaline sur la glycémie. Les mêmes auteurs ont constaté (5) encore d'autres ressemblances. Le genêt, comme l'adrénaline, augmente le volume du cerveau, inhibe le tonus et les mouvements péristaltiques de l'intestin et provoque de la sécrétion salivaire. Enfin, Raymond-Hamet a décrit récemment un autre caractère d'identité dont il sera question plus loin. On pouvait donc présumer la présence dans le genêt, soit de l'adrénaline, soit d'une substance chimiquement voisine. Les recherches pour la détermination de cette substance n'ont pas abouti jusqu'à présent, bien que tout laisse prévoir qu'elle appartient au groupe des composés oxyaminobenzéniques.

Tout dernièrement, deux auteurs allemands (6), H. Schmalfuss et Heider, ont abordé l'étude chimique du genêt à un autre point de vue. Etudiant les causes de noircissement de certaines plantes coupées, ils ont constaté que ce phénomène était dû à la présence de composés oxybenzéniques, lesquels, sous l'influence de l'oxygène de l'air, prennent une couleur foncée. En ce qui concerne le genêt, Schmalfuss et Heider, suggestionnés par nos travaux, ont envisagé la possibilité de rattacher le noircissement à l'existence d'un produit du groupe adrénalinique. Après de laborieuses recherches, ces auteurs ont mis en évidence, dans les gousses de la plante, la tyramine et l'oxytyramine et ils ont attribué la coloration foncée de la gousse morte à ces composés oxyaminobenzéniques. Dès lors la question se posait pour nous de savoir si cette amine était le principe à effets adrénaliniques du genêt.

Pour résoudre ce problème, nous avons cherché à reproduire, avec la tyramine, cinq réactions caractéristiques communes à l'adrénaline et à notre préparation active du genêt. Les cinq réactions choisies par nous sont les suivantes :

1° L'effet hypertenseur.

A un chien chloralosé, on injecte, par voie intraveineuse, 0 gr. 0003 de chlorhydrate de tyramine par kilogr. On observe une élévation notable de la pression, dont les particularités sont tout à fait identiques à celles du genêt. Au point de vue qualitatif, les effets sont donc de même nature. Cette notion est, d'ailleurs, classique et il est inutile de s'y appesantir. Mais une différence apparaît au point de vue quantitatif. Si on se rapporte aux chiffres donnés

(1) H. BUSQUET et Ch. VISCHNIAC. — *C. R. Soc. Biol.*, 1931, t. CVIII, p. 403.
(2) H. BUSQUET et Ch. VISCHNIAC. — *C. R. Soc. Biol.*, 1922, t. LXXXVII, p. 116.
(3) L. BINET, CARDOT et Mlle FOURNIER. — *C. R. Soc. Biol.*, 1927, t. XCVI, p. 521.
(4) A. TOURNADE, H. HERMANN et G. SENEVET. — *C. R. Soc. Biol.*, 1928, t. XCVIII, p. 483.
(5) Id. *C. R. Soc. Biol.*, 1928, t. XCVIII, p. 491.
(6) Hans SCHMALFUSS und Alfred HEIDER. — *Biochemische Zeirschrift*, 1931, T. 236, p. 226.

par les auteurs allemands, relatifs à la teneur des gousses en tyramine, on constate que le genêt possède un pouvoir hypertenseur au moins cinq fois plus grand que ne permettrait de le prévoir son titre en tyramine.

2° Syncope produite par le genêt sur l'animal chloroformé.

En 1925 (1), nous avons montré que chez l'animal chloroformé, l'injection intraveineuse de préparation de genêt provoque, comme l'adrénaline, une syncope cardiaque mortelle, phénomène confirmé tout récemment par Hermann et Morali (2). La tyramine, même à des doses très élevées (1,5 mmgr., par kgr.), dépassant cinq fois, au point de vue de leur pouvoir vaso-constricteur, les doses efficaces de genêt, sont incapables de provoquer une syncope tyramino-chloroformique.

3° Inversion par l'yohimbine de l'effet hypertenseur.

Raymond-Hamet a montré (3) que si, avant d'injecter à un chien l'adrénaline, on lui administre par voie intraveineuse 0 gr. 002 de yohimbine par kgr., l'hypertension adrénalinique est remplacée par une chute de pression : il y a donc inversion de l'effet habituel. Avec le genêt, on retrouve une inversion identique, ainsi que nous l'avons signalé. Si, au contraire, nous injectons la tyramine dans les mêmes conditions, l'élévation de la pression est considérablement diminuée, mais elle n'est pas remplacée par une chute. La réaction de la tyramine diffère donc, dans ce cas également, de celle de la préparation de genêt.

4° Influence de la cocaïnisation sur l'action hypertensive.

On sait que l'administration préalable de cocaïne augmente l'action hypertensive de l'adrénaline (Frohlich et Loewi) (4) et celle de la préparation de genêt (Raymond-Hamet) (5). Au contraire, la cocaïne diminue la grandeur de l'hypertension produite par la tyramine, comme on le sait depuis les travaux de Tainter et Chang (6). Ici encore, le principe vaso-constricteur du genêt et la tyramine se comportent d'une manière différente.

5° Effet sur l'intestin isolé du lapin.

Ainsi que l'ont montré Tournade et Hermann, le principe vaso-constricteur du genêt inhibe les contractions de l'intestin isolé du lapin, entrenu en survie dans le liquide de Tyrode. A cet égard encore, il se comporte comme toutes les substances sympathico-mimétiques et, en particulier, comme l'adrénaline. Nous avons essayé comparativement la tyramine et le genêt au point de vue de leur action sur la motricité intestinale. Même à des doses très élevées (1 pour 100 dans la solution nutritive), la tyramine ne modifie pas sensiblement les contractions intestinales ni comme nombre, ni comme grandeur. C'est encore là une importante différence d'action entre le genêt et la tyramine.

Il résulte de toutes ces expériences que l'effet pharmacodynamique de la tyramine n'est pas superposable à celui de la préparation active du genêt. Si les deux produits ont le caractère commun d'élever la pression artérielle, ils diffèrent sous beaucoup d'autres rapports. Il faut donc admettre que le genêt contient, en dehors de la tyramine, une substance qui lui confère ses propriétés adrénaliniques.

On peut émettre également une autre hypothèse aussi plausible. Dans la plante, la tyramine ne se trouve pas comme telle, mais sous forme d'un dérivé peu stable, possédant les propriétés de l'adrénaline, et qui, au cours des manipulations assez brutales de son extraction, aboutit à la tyramine.

(1) H. Busquet et Ch. Vischniac. — *C. R. Soc. Biol.*, 1925, T. XCIII, p. 1434.
(2) Hermann et A. Morali. — *C. R. Soc. Biol.*, 1931, T. CVII, p. 829.
(3) Raymond Hamet. — *C. R. Acad. Sc.*, T. CLXXX, p. 2074.
(4) Frohlich et G. Loewi. — *Archiv. f. exper. Pathol. u. Pharma. Kol.*, 1910, T. 62, P. 159.
(5) Raymond Hamet. — *C. R. Soc. Biol.*, 1931, T. CVII, P. 817.
(6) M. C. Tainter et D. K. Chang. — *Jour. of Pharmacol.*, 1927, T. 30, P. 193.

Un cas d'adhérence du placenta

Par le Dr Lucie LÉON-BORCÉA

Médecin en chef à l'Hôpital de la « Maternité », Jassy

Dans un article antérieur : « *Hémorragies tardives en post-partum* », nous avons démontré qu'il était exagéré de pratiquer l'hystérectomie sur n'importe quelle malade qui présenterait une grave hémorragie post-partum, accompagnée de fièvre. Le problème est émotionnant, surtout lorsque la rétention placentaire est compliquée de fièvre. La méthode classique du curettage peut, cependant, être employée avec succès, pourvu que ce curettage soit effectué intégralement et en temps utile.

Pour étayer notre opinion, nous communiquerons un nouveau cas qui paraît tout à fait concluant. Il s'agit d'une patiente, reçue dans notre service, laquelle avait des frissons et accusait une température élevée. D'autres médecins, à deux reprises, avaient antérieurement soumis la malade à un curettage, mais ce curettage n'avait pas été intégral. Malgré les frissons et malgré la fièvre, nous procédons à un nouveau curettage, mais celui-ci a été effectué dans des conditions irréprochables. La patiente a été sauvée. Nous devons, tout d'abord, mentionner que le médecin qui avait fait le précédent curettage nous a assuré que cette opération avait été parfaitement exécutée, et qu'un nouveau contrôle utérin ne servirait à rien. Néanmoins, après avoir été soumise à un traitement local et à un traitement général pendant quelques jours au cours desquels, on la tint strictement en observation, on l'examina minutieusement : on trouva des fragments placentaires dans le col. Nous avons, alors, décidé de procéder à un nouveau curettage. D'assez nombreux et volumineux fragments ont pu ainsi être extraits.

Nous insistons sur le fait que ce curettage a été effectué en plein frisson, tandis que la température de la malade s'était élevée à 40°. Dès le lendemain, la température est descendue à 36° ; l'état général s'est rapidement amélioré et l'on n'a plus observé d'élévation de la température tant que la malade est encore demeurée à l'hôpital.

Nous ne préjugeons en rien sur les cas exceptionnels, alors que l'hystérectomie est indiquée sans conteste ; cependant, nous pouvons déduire aussi que certaines objections que l'on met sur le compte des curettages peuvent provenir du fait que les dits curettages n'ont pas été rigoureusement exécutés.

Voici cette observation :

N° 401 du registre.

Marie H., 31 ans, entre dans le service de l'hôpital de la « Maternité », à Jassy, le soir du 27 avril. On constate : fièvre, 39° ; frissons ; pouls, 150 ; facies pâle : céphalée ; état général grave.

Antécédents hérédo-collatéraux sans importance.

Antécédents personnels : étant enfant, elle a eu la rougeole. Menstruée à 12 ans. Les menstrues viennent régulièrement, durent trois-quatre jours et sont indolores. Elle s'est mariée à l'âge de 27 ans ; le caractère des menstrues ne s'est pas modifié. Elle n'a pas eu de leucorrhée. Il y a trois ans et demi, au cinquième mois d'une grossesse, elle a avorté spontanément. On lui fit un curettage instrumental. Il y a deux ans, elle a accouché à terme d'un enfant mort ; une hémorragie s'étant déclarée, on procéda à la délivrance manuelle ; la puerpéralité a été normale.

Historique de la maladie actuelle. — Etant enceinte de cinq mois, le 4 avril, elle ressent des douleurs dans l'abdomen ; quelques heures plus tard, elle avorte. Le placenta n'ayant pas été expulsé, une femme médecin le lui a extrait à la main, après quoi elle lui fit un curettage et installa une mèche iodée intra-utérine qui demeura en place pendant douze heures.

Le lendemain, la température s'étant élevée à 38°, on fit à la malade une injection d'omnadin et d'électrargol et l'on plaça

un pansement intra-utérin imbibé de sérum antistreptococcique. Voyant que l'état ne s'améliore pas (que les phénomènes ne cèdent pas) on a recours à un autre médecin-chirurgien, lequel procède à un second curettage qui est bientôt suivi d'un frisson, pendant que la température s'élève à 40°. Le mal empirant, on se décide à transporter la patiente à la « Maternité ». A son entrée dans notre service, la malade présente un état général grave : facies pâle, céphalée, pouls 150, température 36°. L'utérus se trouve au niveau de l'ombilic ; il est sensible, les culs-de-sac sont libres. A l'examen au spéculum, col diphtérisé, de nombreuses membranes d'un gris sale couvrent les lèvres, offrant un aspect irrégulier et présentant de petites ruptures.

Examen général. — Poumons et cœur normaux. Le foie et la rate n'ont pas augmenté de volume. Les loges rénales sont indolores ; l'urine ne contient pas d'éléments pathologiques. Hémoculture négative.

Traitement. — On provoque un abcès de fixation, injection de septicémine, d'omnadin : on place des tampons imbibés d'eau oxygénée, que l'on change toutes les deux heures. Glace sur l'abdomen. Huile camphrée.

Suites. — 28 avril : Violents frissons ; pouls, 150. On continue à appliquer le traitement de la veille et l'on pratique une injection intra-rectale de sérum, goutte à goutte.

29 avril : Température : matin, 37°5 ; soir, 38°2 ; pouls 130. Application du même traitement.

30 avril : température : matin, 37° : soir, 38° ; pouls, 128. On continue le même traitement.

1er mai : température ; matin, 37°4 ; soir 38°. Le traitement est modifié : on fait à la malade des injections au lantol, huile camphrée ; on continue à administrer le sérum, puis on fait des injections intra-veineuses d'urotropine.

2 mai : température : matin, 37° ; soir, 38°. Pouls, 120. On ouvre l'abcès de fixation. On injecte lantol, urotropine, huile camphrée.

3 mai : température : matin, 36° ; soir 38°. Pouls, 116. Lantol, urotropine, huile camphrée.

4 mai : température : matin, 37°2 ; soir, 38°6. Pouls 120. Frisson. Après le frisson la température s'élève à 40°. Injection de septicémine, électrargol, huile camphrée.

5 mai : température : matin, 37° ; soir, 37°8, septicémine, lantol, huile camphrée.

6 mai : température : matin, 37° ; soir, 38°, Pouls, 108. Traitement : septicémine, lantol, huile camphrée.

7 mai : température : matin, 36°8 ; soir, 37°6, Pouls, 108. Lantol, huile camphrée.

8 mai : température : matin, 37°7 ; soir, 38°2. Pouls, 120. Electrargol, urotropine, huile camphrée.

9 mai : température : matin, 37°5 ; soir, 38°, pouls, 110. Urotropine, électrargol, huile camphrée.

10 mai : température : matin, 36°6 ; soir, 36°8. Pouls, 108 Septicémine, urotropine, huile camphrée.

11 mai : température : matin, 36°6 ; soir, 38°. Pouls, 108. Septicémine, urotropine, huile camphrée.

12 mai : température : matin, 37° ; soir 40° ; frisson. La malade perdant un peu de sang, on l'examine, on observe que le col est ouvert et l'on aperçoit un fragment de placenta dans le col utérin.

Le soir, à 23 heures, aussitôt que le frisson est passé, malgré la température élevée (40°), on procède au troisième curettage : on extrait de nombreux fragments ; on place ensuite une mèche iodée intra-utérine, qu'on laisse là jusqu'au lendemain.

13 mai : température : matin, 36°6. Pouls 108. La température se maintient à ce même degré pendant les jours suivants, jusqu'à ce que la malade sorte de l'hôpital ; l'état général de la malade s'est rapidement amélioré. Elle a quitté la Maternité parfaitement guérie.

« Les médecins d'âge mûr se souviennent avec quel enthousiasme ils accueillirent, vers la fin du siècle dernier et le début de celui-ci, les découvertes de laboratoires, qui semblaient devoir bouleverser les moyens diagnostiques d'alors et surtout apporter beaucoup plus de sécurité dans l'établissement et l'indication des traitements : radioscopie, analyse du suc gastrique, séro-diagnostic, etc.

« Aujourd'hui, ces mêmes médecins, après une expérience suffisante, directe ou indirecte, de ces méthodes, ont vu leur confiance, en certaines d'entre elles, diminuer dans de notables proportions et ils ont pu se rendre compte de l'abus qu'on fait du laboratoire, de nos jours. » (L. PRON. L'abus du laboratoire et l'excès de confiance en lui. *Journal des praticiens*, 1er août 1931.)

CHRONIQUE

Acclimatement

Sous le nom d'acclimatement, on distingue l'ensemble des processus par lequel l'organisme humain, transporté dans un climat nouveau s'adapte à ce climat. A. BERTILLON, dans le *dictionnaire des sciences anthropologiques*, TOPINARD, dans son *Anthropologie* (p. 406-412) ont resumé les principes généraux de cette évolution. BERTILLON, en particulier, a souligné que, pour les races européennes, il existe des différences ethniques dans la faculté de s'acclimater à telle ou telle région.

***

Le Prof. ALBERTO C. GERMANO DA SILVA CORREIA, à l'occasion du cinquième Congrès de l'*Institut international d'Anthropologie* vient de consacrer un intéressant volume (1) aux enfants et adolescents d'origine portugaise à Nova-Goa, aux Indes Portugaises.

L'étude du développement physique des enfants et des adolescents d'origine européenne, nés dans les pays inter-tropicaux, qu'ils soient de pure race blanche, ou qu'ils soient métis, présente une grande importance anthropologique et hygiénique.

Les races indigènes des contrées hyperthermiques se caractérisent, généralement, par une croissance plus rapide du corps et par la manifestation plus précoce des signes de la puberté, que dans les races des pays froids.

On a dit que les races vivant dans les climats chauds présentent une courbe de développement physique presque pareille à celle des groupes autochtones. L'influence modificatrice du climat sur la croissance des races exogènes habitant la même région serait donc incontestable. L'étude de l'évolution du développement physique des enfants et des adolescents d'origine européenne, nés ou demeurant dans un climat chaud, différent de celui du pays de leurs aïeux, permet, donc, d'établir le graphique de la croissance et les anomalies de sa marche aussi bien que les déformations tératologiques et les signes de la déchéance organique, graphique qui traduit l'influence du climat sur la race. C'est à cela que tend le gros ouvrage de DA SILVA CORREIA, en employant les méthodes les plus précises de la biométrie et en utilisant les travaux du grand GODIN (2).

Les sujets mesurés étaient d'origine européenne, nés à Goa, âgés de 10 à 21 ans et de sexe masculin. On en a exclu les anormaux et les sujets qui s'éloignaient manifestement de la moyenne.

Origine ethnique des sujets. — La première tentative de fixation des Portugais aux Indes remonte aux ans de la conquête de Goa, entre 1510 et 1511. Cette tentative n'a pas réussi du tout. Les métis issus de cette première tentative ont disparu en se mêlant avec la population aborigène. On suppose aussi avec quelque vraisemblance que ces métis ne laissèrent aucun vestige de leur existence, parce qu'ils ont disparu dans les luttes fréquentes et meurtrières que les Portugais eurent à soutenir pendant les deux premiers siècles de leur occupation contre les hordes Mahrattes.

La deuxième tentative de colonisation européenne aux Indes et d'installation de familles portugaises de race pure a eu lieu au cours du XVIe siècle. Le gouvernement métropolitain envoya à Goa des orphelines de Lisbonne, nommées d'après les documents historiques de l'époque, «*orphelines du Roi* ». Ces jeunes filles ou jeunes femmes étaient des personnes de bonnes mœurs, appartenant quelques-unes à l'aristocratie portugaise. Les Portugais n'envoyèrent pas aux Indes, pour coloniser ces contrées ou pour y faire souche, des prostituées ou, même, des femmes de mœurs suspectes, comme il arrivait parfois dans d'autres colonies européennes de la zone intertropicale. Toutes les orphelines, qui s'embarquaient à Lisbonne pour venir aux Indes, étaient d'après l'expression de l'époque *pessoas de calidade* (personne de qualité), c'est-à-dire des femmes honnêtes. Parmi ces orphelines il y en a plusieurs appartenant aux familles nobles du Portugal.

(1) ALBERTO C. GERMANO DA SILVA CORREIA. — *Les enfants et les adolescents luso-descendants de l'Inde Portugaise*, Nova Goa, 1931, Tipografia Rangel.

(2) Simple remarque : Si tel ou tel pays avait la bonne fortune de compter parmi ses savants un chercheur de la valeur de GODIN, il ne fait pas l'ombre d'un doute qu'on le comblerait de ces distinctions qui honorent ceux qui les décernent plus encore que ceux qui les reçoivent.

C'est au milieu du XVIe siècle qu'arrivèrent à Goa les premières orphelines, qui s'étaient embarquées en 1553.

Après leur arrivée à Goa, elles restèrent à la charge d'une importante institution de bienfaisance et de charité, fondée par les Portugais aux Indes, appelée *Santa Casa de Misericordia*, qui les abritait et les entretenait. Leur maintien était à la charge du Sénat de Goa, de même que leur mariage était réglé par le vice-roi dont la tâche se facilitait beaucoup par les riches dotes assurées par les rois dans leurs lettres et ordonnances. Les orphelines du roi constituèrent le noyau primordial de la colonisation portugaise aux Indes et leurs descendants ont été renforcés dans le temps, au XVIIIe siècle et au commencement du XIXe, par d'autres envois du Portugal, des ménages complets.

En somme, les actuels descendants des Portugais sont originaires de cette deuxième tentative colonisatrice lusitanienne, nés des mariages entre les orphelines et les militaires en service de ces contrées. Il y a eu d'autres couples, des ménages, qui se fixèrent ici pendant le XVIIIe siècle et dans la première décade du XIXe.

On peut dire d'une façon générale et sans exagération, qu'au moins soixante pour cent des sujets, qui font l'objet du travail de DE S. C., ont leurs parents dans de précaires circonstances économiques. Et parmi eux, il y en a qui vivent tout à fait dans la misère.

Il n'est pas facile de donner à ce propos des chiffres exacts à cause de la gêne qu'éprouvent ces garçons à déclarer qu'ils sont pauvres. C'est une qualité louable très fréquente chez eux et qui les distingue. Un grand nombre d'eux descendent de familles autrefois aisées et, souvent, de nobles acendants ; il est tout naturel que leur dignité d'antan les empêche de révéler leur misère ; au contraire ils tâchent de la cacher en supportant avec un remarquable stoïcisme toute sorte de souffrances physiques et morales.

La nourriture de ceux qui appartiennent aux familles aisées est à peu près du type européen y ajoutant quelques plats locaux, dont le plus typique et purement indien est le riz cuit avec du curry, qui est une sauce piquante faite de piments et du lait de coco, contenant aussi du poisson, des homards, des crevettes ou des légumes.

Mais ce régime alimentaire varié et copieux qui est l'apanage des rares familles aisées, ne constitue pas la nourriture commune chez la plupart de la colonie luso-ethnique acclimatée aux Indes. Le type de nourriture qui est le plus fréquent et habituel chez la plus grande partie des dits Indo-Portugais, consiste en deux ou trois repas par jour de chair ou de poisson avec du pain et accompagné d'un plat de riz cuit à l'eau avec du poisson salé ou quelques condiments à l'indienne tel que le poisson épicé avec une sauce tamarinée et le *miscul* qui est une conserve pimentée de mangue verte. Ordinairement dans les familles de cette catégorie économique, on mange au déjeuner un seul plat de viande ou du poisson avec du pain, sans vin ni bière. Le dîner (habituellement de quatre heures et demie à cinq heures et demie du soir) est constitué par une soupe, un plat de riz au curry, accompagné de condiments épicés ou de poisson et parfois d'un troisième plat de légumes. C'est le régime alimentaire commun chez les employés ou fonctionnaires civils de moyen grade bureaucratique, et chez les officiers militaires à partir du grade de sous-lieutenant jusqu'à celui de capitaine.

Enfin à la troisième catégorie appartiennent les employés civils subalternes, les sous-officiers militaires, les caporaux et les veuves pensionnées. C'est le groupement de chefs de familles pauvres dont les fils forment à peu près 35 %, au moins, de la population scolaire luso-descendante étudiée par DE S. C. Ce sont les enfants et les adolescents de cette catégorie qui montrèrent le plus faible degré de robustesse. Leurs ascendants sont pauvres et surmenés dans une forte proportion. Les garçons, eux-mêmes, sont également pauvres et surchargés de travail ; car, outre leurs études, ils se chargent, pendant l'intervalle des cours, des occupations domestiques pour aider leurs parents en apportant des denrées alimentaires ou en se livrant à quelque autre travail de ménage. Leur nourriture est maigre et relativement insuffisante. Le déjeuner consiste en bouillon de riz avec du poisson salé ou du curry de la journée précédente. Outre ce plat qui est d'usage courant chez les familles de ce groupe, on peut voir à leur table du pain avec du beurre et des fromages indigènes (*lonim queijinhos de leite*). Encore ce faible renforcement nutritif ne peut-il être servi que chez les ménages pas trop pauvres de cette catégorie. Chez le restant, c'est-à-dire dans la presque totalité des familles de ce groupe, une fois par semaine, seulement le dimanches, et à l'occasion de quelques jours de fête, les menus sont améliorés par des mets plus substantiels et relativement de meilleure qualité. Le deuxième repas consiste d'une maigre soupe et du riz assaisonné de curry et accompagné de poisson ou de coquillages. Il est assez rare de voir à la table de ces ménages un plat de viande ou quelque autre aussi substantiel. Enfin le dernier repas, avant de se coucher, n'est plus représenté que par un seul plat de riz avec du curry de poisson frais ou salé et, quelquefois, avec des épices pimentées. Enfin, pendant la saison des fruits, à partir de janvier jusqu'à août, tous les ménages de l'Inde Portugaise peuvent avoir à leur table des acajous, des jaques, des mangues, des melons et d'autres fruits tropicaux, qui à leur époque se vendent relativement bon marché.

Voyons comment, avec un tel régime et avec un climat très chaud et très pluvieux, vont se développer les enfants d'origine européenne.

La croissance de la taille, chez ces enfants et ces adolescents d'origine lusitanienne, est pareille à celle des écoliers portugais de l'Europe, malgré une légère précocité pubertaire. L'accroissement de la stature est, cependant, un peu plus précoce et saccadé chez les adolescents que chez leurs frères européens. Quant aux tailles des âges extrêmes, dans les séries en comparaison, elles sont presque les mêmes dans le groupe portugais et chez les luso-descendants de l'Inde.

Le poids des écoliers de souche luso-européenne, nés dans la colonie, ne diffère pas beaucoup de celui qu'on observe chez les jeunes gens du même âge appartenant aux sous-races ibérique et méditerranéenne.

Le rapport du poids au centimètre de taille, l'accroissement du buste, l'indice crucial et les nombreux indices anthropométriques donnent des résultats variables.

Les renseignements que DE S. C. a obtenus par ses enquêtes parmi les sujets sur leur nourriture, l'ont amené à cette conclusion désolante que presque la totalité des écoliers étudiés par lui sont chétifs et mal développés appartiennent aux familles pauvres dont les menus alimentaires sont excessivements maigres. Sans craindre d'exagérer, il affirme que le pourcentage d'écoliers malingres et arriérés dans leur développement physique comme conséquence d'une nourriture insuffisante, atteint 86 % à peu près. On peut donc en conclure qu'aux influences malfaisantes du climat et des maladies doivent être attribués 14 %, seulement, des imperfections biométriques par rapport aux Portugais de la métropole. Tel est l'explication sûre d'un phénomène qui semblait incompréhensible à plusieurs médecins qui ont observé les jeunes gens luso-descendants nés et grandis à Nova-Goa.

On doit conclure de cette étude que le phénomène de l'influence dégénérative du climat tropical sur les groupes ethniques d'origine européenne est une question encore à étudier et à résoudre ; car on reconnaît de plus en plus, qu'il y a plusieurs types de climats tropicaux et que toutes les races européennes ne s'acclimatent pas avec la même facilité dans toutes les contrées chaudes.

Il est nécessaire de remanier de fond en comble cette question de la capacité d'acclimatation des populations européennes dans les régions tropicales. Il faut faire table rase de toute théorie et reprendre résolument à l'origine ce problème, délaissé depuis plus d'un siècle.

* * *

Le correspondant du *Journal of the American medical Association* à Cape-Town, dans le numéro du 17 octobre 1931 (p. 1164), résume certains travaux faits dans l'Afrique du Sud sur la valeur des immigrants récents et des gens fixés dans le pays. Certaines statistiques montrent que les enfants de troisième génération Afrikaanders sont, physiquement, inférieurs à la deuxième et à la première générations. La critique que l'on peut adresser à ces statistiques est qu'elles se fondent sur de petits nombres. L'intensité des rayons solaires, dans le Veld, un régime riche en glucides sont peut-être des causes de moins belle santé.

* * *

Par ailleurs, le Dr HARGREAVES, inspecteur des écoles de Kenya arrive à la conclusion que les jeunes Anglais fixés à Kenya surpassent en poids et en hauteur leurs congénères de la métropole.

Henri VIGNES.

BIBLIOGRAPHIE

Pathologie de la bouche et des dents, par les Docteurs L. FREY et Ch. RUPPE, 6e édition. I. — *Pathologie de la bouche*, par le Dr Charles RUPPE. Un volume in-18 de 583 pages avec 37 figures : 30 fr. Bibliothèque du chirurgien-dentiste, Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Le premier chapitre groupe les accidents infectieux aigus, d'origine dentaire. Les ostéo-phlegmons et les cellulites ont été décrits au niveau de chaque dent, avec schémas à l'appui. La question si importante des accidents de la dent de sagesse occupe le chapitre 2 et celle des accidents en rapport avec l'inclusion des autres dents, le chapitre 3. Après avoir longuement insisté sur les fractures des maxillaires, l'auteur a enrichi le chapitre 4, de l'étude des fractures du nez, du malaire, des plaies de la face.

Les chapitres 5 et 6 réunissent les malformations buccales et les tumeurs congénitales. Le chapitre 7 concerne la pathologie osseuse. Les chapitres 8 et 9 ont pour objet la pathologie de l'articulation temporo-maxillaire et celle des glandes salivaires. Avec le chapitre 10, l'auteur aborde la pathologie si complexe de la muqueuse buccale. Il donne dans les chapitres 11 et 12 la symptomatologie des abcès de la langue, de l'érysipèle et des affections mutilantes de la face. Le chapitre 13 étudie les causes de névralgies faciales, et le 14 donne tous les renseignements utiles sur cette importante question des stomatorragies. Le chapitre 15 traite des adénites cervicales chroniques et, enfin, un dernier chapitre est consacré spécialement aux accidents consécutifs à la chute des corps étrangers dans les voies aériennes et digestives.

Cet ouvrage s'adresse à l'étudiant et au praticien qui y trouveront toute la pathologie régionale, même les maladies rares avec leur traitement et la technique opératoire réduite au strict nécessaire.

Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier. Année 1929. Vigot frères, éditeurs, 1930.

CONSIDÉRATIONS SUR L'ANÉMIE PERNICIEUSE DE LA FEMME ENCEINTE. — C'est une affection peu fréquente. M. Brindeau insiste sur le signe essentiel : la pâleur qui s'accompagne de troubles digestifs importants, de clochers thermiques et d'albuminurie légère.

Il insiste en outre sur les lésions du sang ; c'est une anémie intense grave, progressive avec une valeur globulaire augmentée et des lésions des globules rouges.

L'*évolution* de la maladie est progressive et souvent mortelle.

La *pathogénie* en est peu connue : purement gravidique ? La syphilis est assez souvent retrouvée dans les antécédents. Mais il semble que l'anémie pernicieuse de la grossesse n'est qu'une anémie pernicieuse se développant chez une femme enceinte.

Le *diagnostic* est parfois délicat : il faut éliminer certaines néphrites, les anémies par hémorragies, les intoxications arsénicales, l'ankylostomiase, l'anémie par l'exposition prolongée aux rayons X, etc...

Le *traitement* consiste dans un traitement causal si possible. Actuellement, la méthode de Whipple est à la mode.

Enfin, la question de l'interruption de la grossesse peut se poser.

DU PSYCHISME AU COURS DE LA PUERPÉRALITÉ, par M. METZGER. — M. Metzger insiste sur l'influence quelquefois considérable du moral sur le physique au cours des différents épisodes de l'état puerpéral.

Il rappelle auparavant quelques faits relatifs au *vaginisme* et aux *fausses grossesses* qui relèvent en grande partie d'un traitement psychique.

Puis il envisage le dérèglement psychique des premiers mois de la grossesse, en particulier les vomissements graves, les troubles mentaux dus aux avortements provoqués ou spontanés.

Au moment de l'accouchement, le psychisme agit de façon curieuse sur la contraction utérine pouvant dans certaines conditions précipiter ou retarder le travail.

Enfin à la période de la délivrance au cours des accidents tels que shocker et hémorragie, l'atmosphère de confiance dont on saura entourer la femme est un précieux adjuvant.

La méconnaissance de la psychothérapeutique dans certains cas risquant de conduire à des catastrophes.

AFFECTIONS CUTANÉES COMMUNES DU NOURRISSON, par RIBADEAU-DUMAS. — M. Ribadeau-Dumas envisage successivement les diverses infections cutanées : les fréquentes infections à staphylocoque sous ses aspects multiples : érythèmes, bulles, pustules, abcès ; la gangrène disséminée de la peau, infection très rare ; le pemphigus épidémique assez souvent observé ; les érythèmes simples ; l'érythrodermie exfoliatrice type Ritter, mortelle, ou type Leiner-Moussus, bénigne, enfin, les diverses sclérodermies où l'origine traumatique a été invoquée.

Il insiste sur l'importance du terrain sur lequel évoluent ces affections cutanées et l'intérêt de l'alimentation, et sur l'importance de l'isolement : des soins prophylactiques et des soins d'asepsie qui permettront d'éviter les infections du nouveau-né si souvent mortelles.

Le scandale du Panama, par Alexandre ZÉVAÈS. Un volume, 12 fr. Editions de la Nouvelle Revue Critique, 16, rue Jose Maria de Heredia, Paris (VIIe).

Comme le boulangisme, comme l'affaire Dreyfus, le Panama est un de ces drames de l'histoire contemporaine, que l'on évoque sans cesse, mais dont on a oublié la genèse et le détail.

Alexandre Zévaès fait revivre toutes les phases de l'affaire dans son récit d'une clarté saisissante, en s'appuyant sur la documentation la plus précise et la plus rigoureuse.

Noël BUREAU et Georges PILLEMENT. — **Les Colonies françaises.** Edition de la Girafe, Paris, 1931.

Il faut recommander aux médecins, aux artistes et, aussi, aux amateurs des choses de l'esprit ce livre auxquels ont collaboré divers confrères, et, en particulier, le bon géant Fernand Vallon et Suzanne Dejust-Defiol. Les divers auteurs ont donné, de nos colonies, une idée synthétique où se mêle du lyrisme (le lyrisme est la plus parfaite des synthèses) et de l'ironie (l'ironie est le relief des choses de l'esprit). Ces synthèses qui, parfois, pourraient être agaçantes, n'en sont pas moins infiniment pénétrantes et représentatives. Typographie splendide. Illustration amusante.

Henri VIGNES.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Accouchements

L'infection des accouchées peut s'effectuer par l'intermédiaire des gouttelettes de Flügge. — En parlant, l'accoucheur — ou une personne l'approchant — peut contaminer soit ses propres mains, soit la vulve de l'accouchée. L'existence de porteurs sains (au sens bactériologique du terme) ou même de porteurs pharyngés malades de streptocoques hémolytiques d'épidémie, ne paraît pas habituellement être prise en considération, disent MM. Paul Courmont et Sédallian, qui rapportent l'histoire d'une épidémie de fièvre puerpérale capitale pour l'étiologie et la prophylaxie de l'infection puerpérale :

Une sage-femme d'une petite ville de province atteinte d'une infection streptococcique tout à fait latente, fait du 24 mai au 11 juin 1931, 11 accouchements : 6 de ces femmes contractent une infection puerpérale et l'une d'elles meurt. Entre temps, le 2 juin, la sage-femme manifeste son infection par une angine à streptocoque hémolytique.

Le germe trouvé dans la gorge de la sage-femme guérie le 2 juillet est bactériologiquement le même qui a infecté une accouchée le 30 mai.

En cherchant, on trouvera des épidémies semblables. La nature épidémique de certaines infections puerpérales à streptocoques ne fait point de doute. Au cours des manœuvres, l'accoucheur peut projeter inconsciemment le germe pathogène sur ses doigts déjà désinfectés ou sur ses gants stérilisés. Voron a soutenu cette cause de contagion qui ne semble pas assez connue.

Les auteurs concluent ainsi :

Le danger des gouttelettes de Flügge évident pour les hygiénistes, qui savent que c'est ainsi que se transmettent les épidémies, est trop facilement oublié.

Les sages-femmes, les infirmières et le personnel subalterne des maternités ne paraissent pas éduqués à ce point de vue. Et enfin, le masque, cependant préconisé par Voron, est-il systématiquement utilisé par l'accoucheur ou les sages-femmes ? C'est pourtant là le seul moyen d'éviter les séries de fièvre puerpérale semblable à celle dont nous avons rapporté plus haut la triste histoire.

(Paul Courmont et P. Sédallian. Epidémie de fièvre puerpérale causée par un même streptocoque d'origine pharyngée. *La Presse médicale*, 9 septembre 1931.)

Rhumatismes

Il n'est pas superflu de rappeler aux médecins l'existence du *nodule rhumatismal de Meynet*, un peu trop oublié en France, où il est cependant connu depuis longtemps par la description qu'en ont donnée les cliniciens français. A l'étranger notamment dans les pays anglo-saxons et germaniques, on signale volontiers son intérêt clinique et sa fréquence.

Son existence entrevue dès 1813 par Chomel (Th. de Paris, 1813), fut démontrée par Meynet, de Lyon (*Lyon médical*, 5 décembre 1875. Soc. méd. des hôp.).

Caractères essentiels : Siège dans le tissu cellulaire sous-cutané. Pas d'adhérence à la peau. Connexion fréquente avec les plans profonds. C'est par la palpation qu'on reconnaîtra le plus souvent leur existence qui peut se révéler par la simple inspection :

Petites tumeurs, de taille variable (grain de mil à une noix), de forme arrondie ou ovalaire de consistance variable, mais dure le plus souvent, indolentes spontanément et à la pression, pouvant être en assez grand nombre (six, huit, dix, parfois par dizaines. Plus de 250 dans certains cas).

Leur localisation est variable, mais se fait de préférence au niveau de la voûte cranienne (occipital et pariétaux), le long des apophyses vertébrales, au niveau des omoplates, au voisinage des articulations. Un caractère important à connaître, signalé d'ailleurs par Meynet ; à savoir que ces nodosités peuvent faire corps avec les tendons ou bien adhérer parfaitement à l'os sous-jacent.

Elles ont été rencontrées dans les muscles, le tissu cutané, mais exceptionnellement.

En général elles durent de trois à quatre semaines et dépassent rarement trois à quatre mois. Leur évolution peut être brève (3 à 4 jours), et parfois excessivement longue, leur durée pouvant se chiffrer par années.

On ne les confondra pas avec certaines petites gommes syphilitiques à leur période de crudité, et dans le cas où ils adhèrent à l'os, on éliminera la gomme, la périostite syphilitique et la tuberculose osseuse.

Les nodosités cutanées, érythémateuses et douloureuses de l'endocardite maligne lente (Osler) n'ont aucun lien avec les nodosités sous-cutanées rhumatismales de Meynet. Dans la région occipitale, il est difficile de les distinguer des ganglions, fréquents à ce niveau dans le jeune âge.

Quant à la nodosité éphémère de Féréol — qui survient chez les arthritiques avérés, apparaît sur la peau du front, évolue en vingt-quatre heures et ressemble à un œdème local — son individualité est incontestable, disent les auteurs.

Le nodule rhumatismal de Meynet réalise une véritable « forme visuelle » de la maladie de Bouillaud. Au point de vue pronostic, l'apparition des nodules de Meynet indique qu'il s'agit d'une forme grave de rhumatisme avec localisation cardiaque sévère.

Letulle, F. Bezançon et M. P. Weill ont insisté sur cette notion que le nodule histologique d'Aschoff, observé dans le myocarde des rhumatisants, est la lésion spécifique, la signature de la maladie de Bouillaud, aussi caractéristique que le follicule tuberculeux ou la gomme syphilitique. Pour les auteurs le nodule d'Aschoff représente « la lésion primitive de la nodosité de Meynet et se trouve par rapport à celle-ci comme est le follicule tuberculeux par rapport au tubercule ou à la gomme tuberculeuse ».

On devrait, disent les auteurs appeler le nodule d'Aschoff « follicule rhumatismal » et la nodosité de Meynet « nodule rhumatismal », cet adjectif désignant la maladie de Bouillaud.

Le problème de la nature du germe rhumatismal peut-il être éclairé par l'étude bactériologique du nodule de Meynet ? Les cultures et examens bactériologiques faits par un des auteurs dans un cas, ont été négatifs. Cependant dans deux cas, Leichtentritt a pu cultiver le streptococcus viridans à partir du nodule de Meynet et dans un autre cas a vu des diplocoques sur les coupes. Dans un cas, Costa et Boyer ont trouvé des cocci, qu'ils assimilent à l'entérocoque.

Les auteurs terminent leur étude en disant :

« La pathologie nous impose l'idée d'un lien, lien sans doute singulier et difficile à définir, entre l'endocardite maligne à évolution lente, toujours déterminée par le *streptococcus viridans*, et la maladie de Bouillaud. Nous avons insisté aussi sur les liens entre la maladie de Still et l'endocardite maligne à évolution lente : la présence de nodules de Meynet dans la maladie de Still, dans un cas de rhumatisme fibreux chronique de l'enfance, rapproche ces faits de la maladie de Bouillaud. Qu'il y ait donc une famille morbide dominée en quelque sorte par la maladie de Bouillaud, où se placent la chorée rhumatismale, la maladie de Still-Chauffard, certains rhumatismes fibreux chroniques de l'enfance et enfin où entre, dans une certaine mesure l'endocardite maligne à évolution lente, le fait ne paraît pas douteux. L'étude ultérieure du nodule de Meynet pourra apporter certaines indications qui aideront à préciser le problème que posent toutes ces parentés morbides. »

(Robert Debré et P. Uhry. Le nodule rhumatismal de Meynet. *Paris médical*, 7 novembre 1931.)

Pédiatrie

Dans toutes les fièvres inexpliquées du nourrisson, il faut penser à la colibacillose et pratiquer systématiquement l'examen des urines. — Dans les livres de pédiatrie, le chapitre des pyuries et des colibacilluries est négligé. Il fut ouvert en 1894 par Escherich, qui publia sept cas de pyurie dus au colibacille. Puis les travaux se suivent ; à l'étranger ceux de Emmet Holt, Finkelstein, Heubner ; en France, ceux de Haushalter et du professeur Hutinel qui consacra une revue aux colibacilloses de la seconde enfance et aux cystites à colibacille.

La question — un peu « *en sommeil* » avant la guerre, en France — est étudiée, après la guerre, par les pédiatres du monde entier.

En 1925, un rapport remarquable du Prof. Görter, lors de la réunion des sociétés de pédiatrie française et néerlandaise à Leyde et à Amsterdam. Dès lors les travaux français se multi-

plient. Lereboullet et Saint-Girons individualisent la *forme comateuse intermittente de la colibacillose du nourrisson.*

Dans les pyuries et les colibacilluries du nourrisson, deux grands groupes de faits ayant un trait commun : la colibacillémie sont à distinguer :

a) les *lésions locales de l'arbre urinaire* (cysto-urétéro-pyélonéphrites).

b) les *septicémies colibacillaires* avec décharges bactériuriques et pyuriques intermittentes.

Les observations rapportées et les nombreux faits cités par l'auteur, montrent que le colibacillose du nourrisson est beaucoup plus fréquente qu'on ne le dit.

Pour la dépister, il faut toujours y penser et la rechercher par l'examen systématique des urines.

Chez un nourrisson de neuf mois, dont l'état était très alarmant, la palpation très attentive de la fosse iliaque droite fit percevoir un gros rein douloureux, tandis que l'examen des urines mit en évidence une pyurie intense avec colibacillurie.

Guérison par une modification du régime alimentaire, le sérum de Vincent, le bactériophage et l'uroformine.

Dans des cas plus rares, une pyélonéphrite colibacillaire méconnue peut mener à l'insuffisance rénale aiguë mortelle.

Les aspects cliniques de la colibacillose du nourrisson sont variés.

La fièvre peut être *continue*, simulant la pneumonie, la typhoïde, la tuberculose, une infection générale indéterminée.

Les formes *larvées*, silencieuses sont encore plus fréquentes. Une observation de l'auteur montre que la pyélo-cystite peut se passer de fièvre.

Comment pratiquer l'examen des urines, qui seul donne la clef du diagnostic ?

Chez le petit garçon, après savonnage, faire pénétrer la verge dans un tube de verre ou un vase stérilisé (urinal spécial de Marfan) et fixé en place par deux bandes de leucoplaste collées à la racine des cuisses.

Chez la petite fille, savonnage de la région vulvaire, puis cathétérisme aseptique. Recherche du méat urinaire peu visible et profond. Introduction de la petite sonde métallique de Marfan. Ensemencement sur gélose et non sur un bouillon des urines recueillies. Centrifugation. Recherche du pus et des germes à l'examen direct et dans le culot de centrifugation plutôt que simple examen entre lame et lamelle. Recommandation importante : les urines ne seront pas prélevées n'importe quand mais en période fébrile, au moment de l'acné thermique. Savoir que dans les formes septicémiques le colibacille peut ne se trouver dans l'urine que quelques heures.

L'observation de *colibacillose à forme comateuse intermittente* rapportée par Lereboullet et Saint-Girons, montre la possibilité de troubles nerveux au cours de la colibacillose, pouvant simuler l'urémie, le paludisme, la thrombose cérébrale, l'abcès du cerveau, etc.

Albarran, Guyon ont soutenu l'origine urinaire ascendante de l'infection coli-bacillaire, théorie reprise récemment par certains auteurs. Lereboullet, tout en reconnaissant qu'il y a peut-être là une part de vérité rapporte la presque totalité des pyuries colibacillaires du nourrisson à l'infection urinaire d'origine sanguine.

Le *pronostic* est plutôt favorable. A condition d'être dépistée assez tôt, cette maladie autorise l'optimisme, dit l'auteur, malgré son allure souvent impressionnante.

Traitement. — 1° *Lutter contre les troubles intestinaux* (stase) par un régime alimentaire approprié. Chez le nourrisson : babeurre, plus tard kéfir. Chez l'enfant éviter l'excès de lait et de farines qui fermentent, d'albuminoïdes qui putréfient. Comme *médicaments* : uroformine, à petites doses au début (irritation formolique de la vessie à craindre), associée ou non au benzoate de soude.

Médication spécifique. — Elle comprend :

a) Les *Vaccins* : le vaccin colitique de Fisch, absorbé *per os* est vanté par l'auteur. On a le choix entre un auto ou un stokvaccin injectable à doses progressives.

b) *Bactériophage d'Herelle* : sera prescrit concurremment soit par voie sous-cutanée, soit *per os*, en cas d'urgence *in situ* dans la vessie (méthode difficile à appliquer chez le jeune enfant).

c) *Sérum anticolibacillaire de Vincent* : donne de bons résultats dans les formes septicémiques ou rebelles.

Ophtalmologie

La kérato-conjonctivite phlycténulaire est-elle toujours liée à un terrain infecté par le bacille de Koch ou existe-t-il des cas d'autre origine ? Telle est la question que s'est posée l'auteur, qui à la clinique ophtalmologique de Strasbourg a soumis — à un examen clinique et radiologique et à la cuti-réaction à la tuberculine — un certain nombre de sujets ayant présenté récemment ou anciennement une kérato-conjonctivite phlycténulaire

Voici les conclusions de l'auteur :

1° Quatre-vingt-cinq p. 100 des enfants atteints de kérato-conjonctivite phlycténulaire présentent une cuti-réaction positive qui habituellement revêt le type scrofuleux.

Dans quinze p. 100 des cas seulement la kérato-conjonctivite phlycténulaire n'est pas en rapport avec une infection tuberculeuse.

2° Dans plus de deux tiers de kérato-conjonctivite récente à cuti-réaction positive, la radiographie montre des lésions hilaires évolutives.

3° Chez ces enfants, qui pourtant ont souvent des lésions hilaires importantes, la mortalité par tuberculose est peu élevée. La kérato-conjonctivite semble influencer favorablement l'évolution de l'infection tuberculeuse.

4° Chez les anciens malades ayant eu une kérato-conjonctivite phlycténulaire deux à six ans auparavant, on trouve avec une régularité remarquable à la radiographie des cicatrices et des foyers calcifiés, très opaques aux rayons X, dénotant une bonne guérison des lésions bacillaires.

(Pierrre Woringer, de Strasbourg. Le sort des enfants ayant présenté une kérato-conjonctivite phlycténulaire. *Paris Médical*, 7 novembre 1931).

Syphilis

L'étude comparée des divers traitements antisyphilitiques est une question difficile, mais d'une grande importance pratique. L'auteur résume cette étude comparative en disant :

« L'arsenic est le plus actif, mais il comporte des dangers incontestables.

Le bismuth est moins rapidement actif que l'arsenic, il est donc suffisant dans les cas où il n'y a pas urgence, il est le médicament de choix dans les cas d'arséno-résistance. Il est le moins dangereux des trois médicaments.

Le mercure est le moins actif des trois, mais il est excellent dans certaines lésions chroniques surtout de syphilis nerveuse, oculaire, cardio-aortique, rénale et hépatique.

Les cures pluri-médicamenteuses ont le maximum de puissance, car elles allient et additionnent toutes les qualités des trois médicaments. Tant qu'il n'y aura pas le médicament idéal, pour lutter avec la syphilis le praticiens devra utiliser tous les antisyphilitiques, soit en les alternant de cure en cure, soit en les combinant dans la même série.

(Prof. Gougerot. Leçon clinique. Etude comparée des divers traitements antisyphilitiques. *Concours Médical*, 8 novembre 1931.)

Radiologie

Les procédés employés pour étudier les *plis de la muqueuse gastrique*, — compression des organes, ingestion d'une petite quantité de gélobarine, de poudre de bismuth et de thorium, combinés ou non à l'insufflation, etc., sont difficiles à bien exécuter dans la pratique courante. Les auteurs préconisent un procédé plus simple et plus rapide :

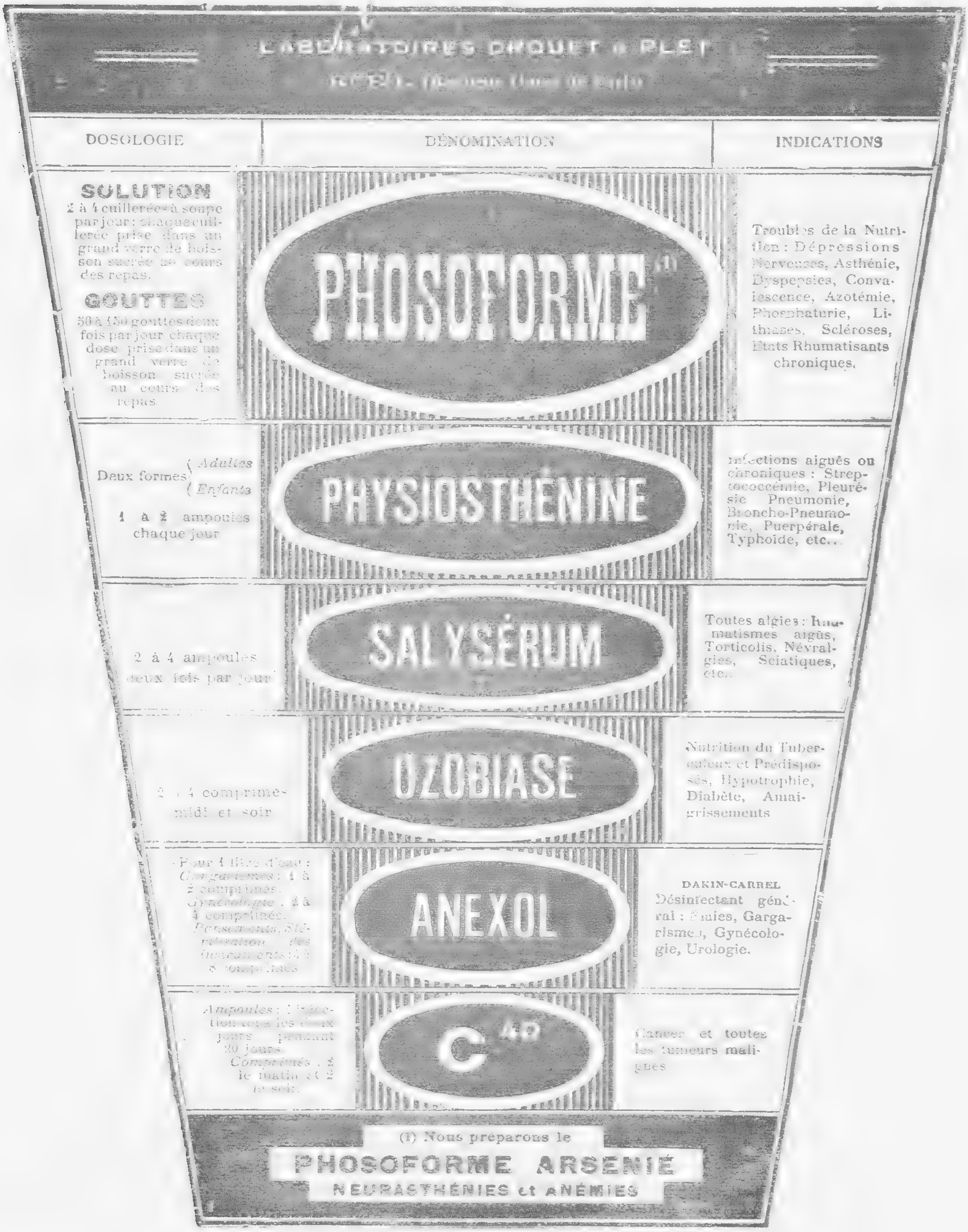
« Nous mélangeons une cuiller à entremets de substance opaque quelconque (gélobarine, carbonate de bismuth, etc.), à deux jaunes d'œuf ; le malade absorbe ce mélange, puis se couche sur les côtés, sur le dos et sur le ventre ; c'est en cette dernière position que sont pris les clichés.

Un seul film peut suffire ; parfois l'estomac est encore un peu trop opaque ; on attend quelques minutes qu'il ait évacué un peu de mélange et l'on radiographie de nouveau.

On a ainsi les images qui permettent d'étudier non seulement, comme par la compression, une partie de l'estomac, mais encore celui-ci tout entier avec le bulbe, le duodénum et, plus tard, les anses grêles. »

L'étude des plis de la muqueuse digestive doit être faite surtout dans des cas spéciaux et assez limités : recherche d'un cancer au début, des limites d'un cancer, d'un ulcère que la clinique fait présumer et dont les méthodes habituelles ne fournissent pas la preuve radiologique ; études sur la gastrite.

On aurait tort de faire de cette méthode une véritable « panacée radiologique ».


DOSOLOGIE
DÉNOMINATION
INDICATIONS
SOLUTION
GOUTTES
PHOSOFORME (1)
Troubles de la Nutrition : Dépressions Nerveuses, Asthénie, Dyspepsies, Convalescence, Azotémie, Phosphaturie, Lithiases, Scléroses, Etats Rhumatisants chroniques.
Deux formes { Adultes { Enfants
1 à 2 ampoules chaque jour
PHYSIOSTHÉNINE
Infections aiguës ou chroniques : Streptococcémie, Pleurésie Pneumonie, Broncho-Pneumonie, Puerpérale, Typhoïde, etc...
2 à 4 ampoules deux fois par jour
SALYSÉRUM
Toutes algies : Rhumatismes aigus, Torticolis, Névralgies, Sciatiques, etc.
midi et soir
OZOBIASE
Nutrition du Tuberculeux et Prédisposés, Hypotrophie, Diabète, Amaigrissements
ANEXOL
DAKIN-CARREL
Désinfectant général : Plaies, Gargarismes, Gynécologie, Urologie.
C 4P
Cancer et toutes les tumeurs malignes
(1) Nous préparons le
PHOSOFORME ARSENIÉ
NEURASTHÉNIES et ANÉMIES

(R. A. Gutmann et Nemours-Auguste. Un procédé simple d'étude des plis de la muqueuse gastrique. *La Presse Médicale*, 7 novembre 1931.)

Chirurgie.

En présence d'une tumeur du cou, on pense rarement à faire le diagnostic de kyste hydatique. — MM. Jean Quénu et R. Moins en publient un nouveau cas. Le premier travail important sur la question est celui de Riedel, paru en Allemagne, en 1882. Coupry, dans sa thèse (thèse de Lyon, 1891) en a réuni 43 observations et Moins (Thèse de Paris) en a rassemblé récemment 18 cas.

Dans l'observation publiée par les auteurs le kyste hydatique du cou coexistait avec un kyste hydatique du foie. Il apparaît cependant le plus souvent comme une manifestation isolée de l'échinococcose. Deux théories pathogéniques pour expliquer cette localisation :

Première théorie. — L'embryon hexacanthe, qui ne s'est arrêté ni dans le foie, ni dans le poumon, arrive dans le cœur gauche d'où il est projeté dans n'importe quel territoire de distribution du système aortique. Les deux carotides, la vertébrale étant comme l'a fait remarquer Thévenot, à peu près dans l'axe de l'aorte ascendante, l'échinocoque gagnera de préférence l'une des nombreuses branches qui vont se perdre dans le cou.

Deuxième théorie. — Perforation du tube digestif par l'embryon hexacanthe qui tombe dans la cavité abdominale et pénètre dans le tissu cellulaire qui tapisse les muscles et les vaisseaux.

Cheminant dans les gaînes vasculaires, il gagne de proche en proche la région cervicale.

Siège. — Antérieur le plus souvent. Prédilection pour les régions latérales du cou (à gauche).

Se développe presque toujours sous le sterno-clédoi-mastoïdien.

Volume. — Variable. Celui d'une noix à celui d'une tête d'enfant. Forme ovoïde, parfois en bissac.

Consistance. — Tantôt rénitente, tantôt fluctuante. Pas de douleur à la palpation.

Mobilité. — Plutôt mobiles quand ils sont petits.

Les grands kystes sont non mobilisables généralement. Pas de participation aux mouvements de la déglutition.

Signes particuliers. — Transparence. Frémissement hydatique. Sonorité particulière perçue par l'auscultation associée à la percussion.

Complications. — D'ordre mécanique. Campression des organes voisins : pharynx, larynx, trachée (dyspnée). Ulcération possible des voies aériennes.

Compression des nerfs de la région : douleurs violentes dans le plexus cervical ou le plexus brachial. Compression et même ulcération des vaisseaux voisins. Ils peuvent suppurer.

Diagnostic. — On pense le plus souvent à un abcès froid ganglionnaire ou à un lipome.

La ponction est la clef du diagnostic (liquide clair. Examen chimique et microscopique). Réactions humorales (Casoni-Wemberg). Dans l'abcès froid, immobilisation assez précoce de la peau, qui dans le cas d'un lipome, durcit par l'application de glace.

A ne pas confondre avec un kyste thyroïdien qui monte et descend avec les mouvements de déglutition, chez l'enfant avec les kystes branchiaux, les kystes séreux congénitaux et s il siège à la nuque, avec le spina bifida.

Traitement. — Uniquement chirurgical. Pas de ponction commme moyen de traitement.

L'extirpation n'est à conseiller que pour les kystes petits, mobiles, faciles à disséquer. Elle est dangereuse pour les autres kystes. L'essentiel est d'inciser la poche après l'avoir ponctionnée, formolée, et d'évacuer tout son contenu Fixer à la peau les lèvres de l'incision et laisser un drain dans la cavité

(Jean Quénu et Raymond Moins. Note sur les kystes hydatiques du cou avec relation d'un cas personnel. *Le Bulletin Médical*, 31 octobre 1931.)

Dr V. G.

Extraits testiculaires. — Laqueur et ses élèves ont extrait du testicule des substances qui agissent sur les organes génitaux comme les extraits d'ovaire. (K. Wislanski et J. Hoffmann. De l'effet des extraits testiculaires sur la matrice isolée. *Gynéc. et obst.*, 1930), ont constaté que ces extraits paralysent l'utérus à la différence des extraits d'ovaire, de corps jaune ou de placenta. H. V.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Diagnostic

« Il y a des malades qui sont opérés d'appendicite alors qu'ils sont en réalité atteints de cholécystite ». — Dix-sept observations, recueillies en vingt ans, par Ch. Finck, de Vittel, montrent que cette confusion, sans être fréquente, n'est pas absolument exceptionnelle.

Le tableau symptomatologique est le suivant : tantôt constipés, tantôt diarrhéiques, ces malades se plaignent d'une douleur intermittente au niveau de la région appendiculaire. Pas de vomissements, parfois des nausées.

La douleur n'est pas aiguë, elle est plutôt sourde, elle ne s'irradie pas.

A la palpation du foie en éveille parfois, mais pas toujours une douleur au niveau de la vesicule biliaire.

L'observation suivante montre les résultats fâcheux d'un mauvais diagnostic :

Une femme se plaignait constamment de la région appendiculaire. Je lui conseillai par mesure de prudence de faire enlever son appendice, ce qui fut fait ; l'appendice n'avait absolument rien. Un confrère opina qu'il s'agissait d'une lésion annexielle. On fit une hystérectomie totale, la douleur persista. Ceci se passait peu de temps avant la guerre. Il y a deux ans, cette femme fit une poussée de cholécystite aiguë. On enleva la vésicule fortement adhérente et la douleur de la région disparut pour toujours.

Il faut cependant excuser toute intervention sur l'appendice en raison des surprises qu'il réserve. (Ch. Finck. Pseudo-appendicites. *Revue médicale de l'Est*, 15 avril 1931.)

Une observation de rupture de la rate simulant un syndrome appendiculaire peu banale est rapportée par Gérard Perdu

Un homme de 45 ans, dans la force de l'âge, m'a été amené à la Clinique de nuit, à 11 heures, avec le diagnostic de crise appendiculaire au début.

La famille contait avec force détails le début de la crise qui se situait à 7 heures du soir. Il avait été pris de douleurs dans la fosse iliaque droite pendant le repas, les douleurs s'étaient irradiées à tout le ventre et depuis ce moment il ne cessait de gémir. Un de nos confrères appelé d'urgence avait posé ce diagnostic et m'avait adressé le malade d'urgence.

J'examinai ce malade aussitôt. Le ventre présentait une grosse défense, la percussion était pour ainsi dire impossible tellement douloureuse. Le point appendiculaire était impossible à toucher. Le sujet y portait d'ailleurs la main fréquemment. Le pouls était normal à 75 pulsations, la respiration abdominale très pénible. Les téguments absolument normaux ne révélaient aucune trace de coups.

J'opérai sur le champ et par l'incision appendiculaire classique je reçus un flot de sang, indice d'inondation péritonéale. J'épongeai et attirai rapidement le cæcum et l'appendice, ce dernier était absolument normal, mais le cæcum présentait un large hématome sous-séreux de sa face antérieure, indice probable d'un trauma.

Je refermai hâtivement le ventre et, tandis que je préparais les champs d'opération pour une incision médiane, je fis interroger la famille qui se trouvait à côt ; j'appris alors que le blessé avait eu dans l'après-midi une querelle au cours de laquelle il avait échangé des coups de poing et de pied.

Le trauma initial remonte à 5 heures de l'après-midi. Le blessé parcourut ensuite 4 kilomètres à pied et mit 2 heures pour cela. Il ne commença à se plaindre qu'en arrivant chez lui.

Impossible par contre d'obtenir une indication, même vague, sur la localisation des désordres possibles.

J'incisai sus et sous ombilical et je découvris, en avant de la rate et la coiffant partiellement, un volumineux hématome : la rate attirée au dehors présentait plusieurs effractions. Je pratiquai la splénectomie de façon plus que sommaire... Les suites furent normales.

L'erreur de diagnostic est « fortement motivée et explicable ». (Gérard Perdu. Rupture de la rate simulant un syndrome appendiculaire. *Gazette médicale de Picardie*, juillet 1931.)

Pédiatrie

Dans une leçon clinique sur la sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson, faite à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier, G. Massabuau insiste tout particulièrement sur le diagnostic.

« Voilà le point essentiel, le nœud même de la question : il

faut savoir faire le diagnostic, et le diagnostic n'est généralement pas fait par le medecin. Je ne dis pas que le problème est facile ; mais je sais que très souvent *on ne pense par* à la sténose hypertrophique du pylore, ni le médecin traitant, ni même le consultant qu'il appelle. Or, y penser c'est déjà avoir fait le diagnostic ».

Les deux autres points essentiels sont l'évolution spontanée fatale et la guérison par la pylorotomie extra-muqueuse. (Massabuau. Sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson. *Languedoc médical*, 10 septembre 1931.)

Chez le tout jeune enfant l'otite peut être absolument latente ; rien n'attire l'attention du côté de l'oreille ; il faut soupçonner l'otite et la rechercher soigneusement, en particulier dans les manifestations méningées :

M..., 15 mois, est convalescent d'une pneumonie, apyrétique depuis huit jours. Un soir la température remonte brusquement à 39° et, dès le lendemain, l'enfant tombe dans un état de prostration extrême, refusant toute alimentation. Il ne paraît pas souffrir.

Le quatrième jour apparition de signes méningés...

L'examen des oreilles ne montre aucun signe congestif. Les tympans sont opaques, plus gris et plus ternes que normalement. Pas de déformation appréciable et en particulier pas de bombement caractéristique.

Une paracentèse exploratrice montre que la membrane est infiltrée et épaissie... L'incision donne issue d'un côté à une goutte de pus. De l'autre côté, l'hémorragie immédiate ne permet pas d'observer l'écoulement de liquide.

Dès le lendemain, les signes généraux s'améliorent nettement et le surlendemain toute réaction méningée a disparu, la température est à 37°.

La démonstration expérimentale de la relation de causalité a été faite, dans ce même cas, par la reproduction exacte des mêmes signes généraux sous l'influence d'une évacuation insuffisante de la collection auriculaire. (J. Quanquin. Manifestations méningées de l'otite latente chez l'enfant. *Bourgogne médicale*, juillet-août 1931.)

Thérapeutique

La chrysothérapie a donné lieu à des jugements variables et opposés ; les uns la considèrent comme inefficace, les autres comme dangereuse ; d'autres enfin en font la méthode idéale et la mettent à toutes les sauces.

Ces trois opinions sont inexactes pour le spécialiste de la chrysothérapie H. Mollard, qui en est arrivé aux trois conceptions suivantes, dont l'originalité et la valeur n'échapperont à personne.

1° *La chrysothérapie est un traitement efficace.*

Les améliorations cliniques sont très fréquentes : elles sont d'autant plus impressionnantes qu'elles se produisent souvent chez des malades qui n'avaient jamais tiré bénéfice d'aucun traitement. De plus dans bien des cas, lex lésions ont perdu leur activité ; les sels d'or ont *freiné* l'évolution.

On peut assister à un remaniement très énergique des lésions pulmonaires ; les *nettoyages radiologiques* existent dans une proportion de 52 %, quand on adopte la posologie indiquée ci-dessous.

2° *La chrysothérapie n'est généralement pas une méthode redoutable.*

Les accidents relèvent beaucoup plus d'une intolérance personnelle que de l'administration du médicament ; ils dépendent beaucoup moins de l'or injecté que de l'organisme auquel on l'injecte.

Au point de vue chronologique on peut distinguer trois variétés d'accidents : l'intolérance idiosyncrasique au début du traitement, l'intolérance anaphylactique ou aquise au milieu, la saturation de l'organisme à la fin.

L'expression clinique des accidents est variable : thermique, digestive, rénale, cutanée.

Les réactions provoquées par les sels d'or méritent beaubeaup plus souvent le nom d'incidents que le nom d'accidents.

3° *La pratique de la chrysothérapie.*

A quels malades faut-il injecter des sels d'or ? En réalité il est préférable de demander avec H. Mollard : A quels sujets faut-il les refuser ? Ce ne sont pas les indications, mais les contre-indications, qui comptent ; or, les vraies contre-indications sont bien réduites : supériorité d'une autre méthode, intolérance idiosyncrasique, cachexie.

Quelles doses faut-il injecter ? D'abord des doses faibles (cinq centigrammes, puis dix) pour explorer l'aurotolérance, puis des doses progressives en recherchant l'aurosensibilité particulière à chaque malade. La dose optima doit être tantôt faible, tantôt forte ; elle varie essentiellement avec chaque sujet.

La quantité totale, déterminée dans certains cas par des symptômes de saturation, ne dépassera pas dix grammes par serie.

On reprend le traitement après une suspension de 2 ou 3 mois. (H. Mollard. P. Lucien et P. Lefèbre. Note sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par les sels d'or. *Revue médicale de la Franche-Comté*, 15 août 1931.)

Pathologie coloniale

L'examen de 12.000 tubes digestifs montre quel peut être l'apport de la radiologie à l'établissement du diagnostic, non pas de l'amibiase chronique intestinale, mais des colites, qui, au Maroc, sont si souvent sous la dépendance de l'amibiase chronique.

Il y a toute une série de types cliniques d'amibiase chronique (asthénique, anémique, etc.), qui ne présentent pas la triade symptomatique (diarrhée, sang, épreintes) et qui tendent à éloigner le médecin du diagnostic réel.

Au point de vue clinique, tous ces malades nient l'existence de troubles intestinaux ou les sous-estiment au point de les considerer comme négligeables.

Dans ces cas l'examen radiologique affirmera qu'il y a de la colite, des troubles du fonctionnement du côlon ou des lésions des parois du côlon quand on n'y pensait pas ; il élimine dans une proportion importante les diagnostics soupçonnés (néoplasme, bacillose, adhérences) ; il apporte des précisions intéressantes, lorsqu'il y a un résultat négatif au laboratoire.

Les signes radiologiques sont ceux des autres colites parasitaires (lamblia, balantidia), des dysenteries infectieuses, typhiques, spirillaires, syphilitiques, tuberculeuses, bilharziennes ; mais ils n'ont pour prétention que d'apporter un diagnostic de localisation et non de poser un diagnostic de nature.

L'examen radiologique permet de découvrir *indirectement* une amibiase chronique dans les formes frustes, anormales ou trompeuses, dans lesquelles on tournait le dos au diagnostic. (E. Speder. Quelques réflexions d'un radiologistes « Marocain » sur l'amibiase chronique. *Maroc médical*, 15 août 1931.)

Où sont les belles triades symptomatologiques des diagnostics évidents ? se demande à son tour Arnaud, de Rabat, aux prises avec les mêmes difficultés et qui conclut ainsi :

« L'amibiase fruste est d'un diagnostic particulièrement difficile. Il faut se souvenir qu'elle affectionne le foie et que, par suite, les symptômes habituels somatiques des localisations dysentériques peuvent rester indécelables. Le laboratoire souvent défaillant n'est pas d'un grand secours. Mais la connaissance d'une atteinte ancienne de dysenterie amibienne aiguë confirmée est d'une importance capitale. Enfin il est indispensable de s'appuyer sur les rayons X, qui peuvent signaler soit des troubles coliques, soit des modifications hépatiques ». (Arnaud. Difficulté du diagnostic des amibiases chroniques. *Maroc médical*, août 1931.)

Deux cas de maladie de Nicolas Favre ont été guéris par la chrysothérapie.

Le premier sujet, a reçu en 40 jours, 8 injections intra-musculaires de thiopropanol sulfonate double d'or et de sodium aux doses suivantes : 5, 10, 15, 20, 25, 25, 25 et 25 centigrammes.

Le second a reçu trois injections à 10, 15 et 20 centigrammes puis une injection hebdomadaire à 25 centigrammes, durée du traitement : 50 jours.

Cette nouvelle application des sels d'or mérite d'attirer l'attention des médecins coloniaux. (E. Lépinay. Deux cas de maladie de Nicolas Fabre [Lymphogranulomatose inguinale] traités et guéris par la chrysothérapie. *Maroc médical*, 15 août 1931.)

Varia

Nul ne guérit de la tuberculose s'il n'a un bon tube digestif. (Eugène Leuret, de Bordeaux.)

La mode des robes courtes nous montre chaque jour les preuves manifestes de l'erreur de ceux qui prétendent, en voyant un enfant aux jambes tordues, que « ça s'arrange tout seul avec le temps ». (J. Poucel, de Marseille.)

J. Lafont.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 décembre 1931

Ma troisième mission au Canada. — *M. Sergent.*

Un cas remarquable de dédoublement de la personnalité. — *M. Marinesco.*

Sur quelques résultats cliniques de l'utilisation des pyréthrines dans le parasitisme intestinal et ses troubles secondaires. — *MM. Anglada, Gaudin et Arcony.* Il semble donc, si l'on en juge par les essais des auteurs sur les enfants et les adultes, que dans nombre de symptômes vagues et mal caractérisés de la pathologie digestive, il faille systématiquement administrer des pyréthrines sous une forme adéquate et à diverses reprises, ne serait-ce que pour éliminer dans la recherche du diagnostic causal de ces symptômes une raison particulièrement fréquente de leur manifestation, raison que les examens de laboratoire répétés ne peuvent pas mettre en évidence, dans le cas d'oxyures, étant donné ce que nous savons de la biologie de ces parasites.

Les pyréthrines tuent également le ténia, si l'on se place pour le traitement dans les conditions très spéciales que nécessite la biologie de ces parasites.

Révision anatomique de la morphologie des artères sur la base de la diaphanisation des pièces anatomiques et de leur artériographie plane et stéréoscopique. — *M. le Professeur Dr Pedro Belou.* — Les résultats obtenus sont si flatteurs que dès ce moment on peut affirmer, qu'au moyen du nouveau procédé on arrivera à fixer en forme définitive et irréfutable, non seulement les grandes trajectoires vasculaires, avec les diverses dispositions de leurs branches collatérales et terminales, mais les trajets intra-parenchymateux, la présentation réelle de la distribution des artères centrales du névraxe, de l'œil, de l'ouïe, des fosses nasales et annexes, du cœur, du poumon, du foie, de la rate, du pancréas, du rein, de la capsule surrénale, du thymus, du corps thyroïde, de l'intestin, du testicule, de l'utérus et annexes, etc... en un mot, de tous les organes comprenant l'irrigation artérielle des os, et si cette contribution n'ajoute pas des nouveautés à ce qui a déjà été enregistré, par l'abondante bibliographie anatomique existant jusqu'à présent, elle aura pour le moment la vertu de confirmer les renseignements déjà recueillis, en les fixant d'une façon induscutable.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 30 novembre 1931

Action curative du bismuth liposoluble dans la syphilis expérimentale inapparente. — *MM. C. Levaditi et Vaisman* rappelant leurs constatations sur les lapins porteurs de chancre à virus Truffi, où ils obtenaient la stérilisation des ganglions lymphatiques aussi bien que celle des lésions spécifiques, c'est-à-dire de sa forme infravisible aussi bien que de sa forme spirochétienne, ont essayé l'action virulicide du bismuth chez la souris où la syphilis évolue sans chancre ; la maladie ne se traduit chez ce rongeur que par la virulence des ganglions lympahtiques, de la rate et du cerveau. Les auteurs ont vu que le bismuth exerce une action profonde et durable dans la syphilis inapparente de la souris. Les propriétés virulicides se manifestent, quelles que soient les phases du cycle évolutif au moment où l'on administre le médicament.

M. PHISALIX

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 décembre 1931

Urticaire par le froid. Traitement par l'accoutumance. — *MM. Pasteur Vallery-Radot* et *Pierre Blamoutier* rapportent l'observation d'une enfant de 10 ans qui avait de l'urticaire chaque fois qu'elle immergeait une partie du corps dans l'eau froide ou qu'elle sortait par un temps froid. Les plaques ortiées siégeaient exactement sur les régions refroidies. Un jet de chlorure d'éthyle provoquait de l'urticaire comme le faisait l'application d'eau froide. Cette urticaire était d'ordre vasomoteur, il n'y intervenait pas de phénomènes humoraux.

Les auteurs se sont demandé si par l'accoutumance on ne parviendrait pas à faire supporter les basses températures. L'immersion des mains dans l'eau froide, répétée plusieurs fois par jour, a eu cet heureux résultat. Actuellement l'enfant supporte l'eau glacée, un jet de chlorure d'éthyle, même une température de — 5° sans faire d'urticaire.

Il semble que certaines manifestations vasomotrices, dues à des causes physiques, peuvent être combattues efficacement par la simple *accoutumance*, au lieu de recourir à des thérapeutiques compliquées et la plupart du temps inefficaces.

Sur un cas de périphrénite tuberculeuse. — *MM. L. Langeron* et *J. Calleus* (de Lille).

Action de l'aurothérapie suivant les formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire. — *MM Ameuille* et *Hinaut*, revenant sur la question de l'aurothérapie dans la tuberculose pulmonaire, essaient de dégager quelles sont les formes les plus particulièrement aurosensibles.

Parmi les lésions cavitaires, il leur paraît qu'ils obtiennent plus facilement des résultats dans les cavernes fraîches, non encapsulées, récemment creusées, en pleine poussée exsudative, et ces cavernes disparaissent en même temps que l'exsudat qui les entoure disparaît ou diminue d'étendue dans à peu près la moitié des cas. Les cavernes plus anciennes, encapsulées disparaissent assez difficilement d'une façon complète, mais dans un très grand nombre de cas, leur diamètre diminue dans tous les sens et elles semblent se rétrécir d'une façon considérable sous l'influence d'une cure par les sels d'or.

Les infiltrats petits ou étendus sont affectés d'une façon variable suivant les cas ; quelquefois ils disparaissent, quelquefois ils diminuent d'intensité et d'étendue, souvent ils ne sont pas modifiés et cela tient probablement au stade anatomique auquel ils en sont arrivés, ceux qui sont les plus proches de la poussée exsudative initiale paraissant les plus sensibles.

Enfin les images nodulaires correspondant à de petits tubercules disséminés ou groupés disparaissent assez difficilement, mais presque toujours se fixent sur place avec augmentation de leur opacité et calcification de leur centre.

Ce qui paraît le plus aurosensible, ce sont les formes infiltrantes initiales avec grosse poussée fébrile, les débuts pseudothyphiques. Dans cinq cas de ce genre, Ameuille et Hinault ont observé la chute immédiate de la température dès les premières applications des sels d'or et une disparition rapide en quelques semaines, sous l'influence de doses relativement minimes, des exsudats radiologiquement constatés. Ils insistent sur la nécessité de faire des doses élevées dans tous les cas qui ne correspondent pas à ces dernières formes. Ils estiment que les accidents très réels qui se produisent ne doivent pas empêcher d'employer une méthode qui donne des résultats indiscutables et souvent surprenants. Ils montrent que les résultats obtenus par les sels d'or sont beaucoup plus nombreux et plus rapides que les guérisons spontanées qu'ils estiment très réelles et pas très rares au cours de la tuberculose pulmonaire.

Gangrène et abcès du poumon traités par bronchoscopie. — *MM. J. Cathala* et *A. Strée* présentent trois malades de leur service auxquels le traitement bronchoscopique a été appliqué par M. Soulas : deux abcès gangréneux, un abcès non putride. Ces trois observations concernent des cas manifestement très graves qui ont guéri rapidement après institution du traitement bronchoscopique. Les présentateurs soulignent la remarquable tolérance et la facile acceptation par les patients d'une méthode qui, malgré son appareil un peu terrifiant, leur procure une amélioration dont, plus que quiconque, ils sont conscients. L'action est remarquable sur la fièvre, l'état général, la reprise de l'appétit et du poids.

M. May est heureux de voir confirmer par de nouvelles guérisons l'efficacité de la méthode dans les abcès putrides ou non gangréneux du poumon, jeunes ou anciens déja passés à la chronicité.

Amylose. Evolution du syndrome rénal. Etude cytologique du foie. — *MM. Marcel Labbé, Raoul Boulin, Ivan Bertrand* et *L. Justin-Besançon* presentent un malade atteint d'amylose hépatique, vérifiée par biopsie et chez qui les trou-

bles rénaux ont pu être suivis dès le début. Il s'agit d'un tuberculeux pulmonaire et osseux dont l'amylose fut soupçonnée en janvier 1930 sur deux seuls signes : hépatomégalie et épreuve au rouge Congo positive. Dans les mois suivants, apparut la splénomégalie. Quant au syndrome rénal il évolua en trois phases : d'abord polyurie avec abaissement de l'azotémie et de la constante d'Ambard puis, phase d'albuminurie simple ; enfin azotémie progressive avec cylindrurie.

L'étude des lésions hépatiques montre qu'il s'agit d'amylose massive. Le fait capital, c'est que l'amylose débute nettement à l'intérieur même des cellules hépatiques. Il n'y a ni dégénérescence graisseuse, ni modification du réticulome, mais des grosses lésions cellulaires.

Cette observation est intéressante au point de vue clinique. Comme les auteurs l'ont fréquemment soutenu, l'amylose aussi bien que le syndrome de néphrose lipoïdique, loin d'avoir une symptomatologie pure, sont fréquemment associés à d'autres manifestations cliniques.

A propos de l'encéphalite vaccinale. — *M. Netter* rappelle que l'on peut enrayer l'évolution extrêmement grave de l'encéphalite vaccinale par les injections intra-veineuses ou même intra-musculaires de sérum ou de sang de sujet récemment vacciné. Entre les mains des auteurs qui ont appliqué cette méthode, 14 cas sur 16 furent suivis de guérison. Il y aurait intérêt à conserver du sérum de vacciné recueilli douze jours environ après la vaccination, date à laquelle apparaissent en règle les propriétés virulicides de ce sérum.

M. Béclère pense qu'il serait plus simple et plus sûr d'avoir à sa disposition du sérum de génisse vaccinée par du sérum humain. Sans doute ce dernier peut-il demeurer virulicide très longtemps après une première vaccination, mais les propriétés virulicides du sérum de sujet revacciné peuvent ne jamais apparaître ou ne persister que quelques semaines ou quelques jours. D'autre part, en employant le sérum de génisse, mieux toléré, on évite tout risque de contagion toujours possible quand on se sert de sérum humain.

Huit cas de tumeurs cérébrales, présentation de sept malades guéris. — *MM. Clovis-Vincent, David* et *Puech* présentent sept malades opérés par eux en 1929 depuis 27 à 31 mois. Le 8e, un enfant porteur d'un kyste crétacé de la poche de Rathke est mort au cours d'une crise d'épilepsie. Tout porte à croire qu'il y eut dans ce cas néoprolifération de la tumeur aux dépens d'un prolongement à l'intérieur du 3e ventricule.

Les sept autres cas faisant partie de cette série sont tous bien portants. Ils comprennent :

1° Un adénome kystique chromophile de l'hypophyse chez une femme opérée il y a 30 mois. La vision qui était à peu près nulle s'est améliorée, permettant à la malade de travailler ; l'acromégalie s'est atténuée, les règles ont réapparu (fait très rare).

2° Un cholestéatome du lobe frontal gauche qui présentait avant l'opération des crises d'épilepsie et des troubles psychiques ; actuellement, ces troubles ont disparu.

3° Un méningiome de la scissure de Sylvius, qui fut examiné trop longtemps après le début des troubles ; l'opération, trop tardive, n'a pas permis au malade de recouvrer une vision suffisante pour travailler, mais il ne présente ni paralysie ni aphasie.

4° Un méningiome de l'aile du sphénoïde, se traduisant par des troubles mentaux, de l'hémianopsie en quadrant, de la stase papillaire. On fit l'ablation d'une grande partie de la tumeur ; un an après, la réapparition de quelques troubles fit pratiquer une seconde extirpation (le 4 juillet 1930). La malade a repris son métier de dactylographe depuis trois mois.

5° Une tumeur de la fosse postérieure avec crises de Jackson ; opérée le 21 mai 1929. Depuis le 18 septembre 1929, la malade a repris son travail dans un bureau et ne présente plus aucun trouble. Il s'agissait d'un astrocytome du vermis.

6° Un hémangiome de la ligne médiane, dont le début fut brutal. Malgré de fortes hémorragies, les suites opératoires furent assez bonnes et le malade est sorti de l'hôpital cinq mois après l'intervention. Depuis un an, il a repris son travail aux champs comme avant l'opération.

7° Une tumeur de la scissure de Sylvius chez un officier qui travaille actuellement à l'Ecole de guerre et ne présente aucun trouble.

Les auteurs signalent que les résultats obtenus ne sont pas toujours aussi heureux. Le neuro-chirurgien ne peut rien contre les tumeurs malignes qui récidivent après l'intervention, ni contre les tumeurs inextirpables du fait de leur siège (tumeurs intra-bulbaires par exemple).

Ils insistent encore sur deux faits : l'intérêt qu'il y a parfois à ne pas extirper la tumeur en totalité pour éviter les troubles dus à la décompression brutale d'une part, et d'autre part la nécessité de ne pas prolonger inutilement les traitements antisyphilitiques dirigés contre une gomme du cerveau éventuelle, cette lésion demeurant d'une extrême rareté (1 gomme pour 500 tumeurs).

Il ne faut pas croire que les opérés de tumeurs cérébrales soient des « non-valeur » au point de vue social. Il faut opérer ces malades dans de bonnes conditions, c'est-à-dire le plus tôt possible, dès que le diagnostic est posé et la localisation de la tumeur précisée.

Michelle VALENTIN.

NOTES DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

Les formes pseudo-néoplasiques de l'iléus biliaire.

Dans l'étude de l'iléus biliaire, il est possible d'individualiser une véritable forme clinique que l'on peut appeler pseudo-néoplasique, dit M. Lucien Partensky (*Thèse de Lyon*, 1931). En éliminant les cas très spéciaux où les accidents de sténose pylorique dus à l'arrêt du calcul dans la portion toute supérieure de l'intestin ont pu faire penser à un néoplasme du pylore, les formes pseudo-néoplasiques de l'iléus biliaire sont caractérisées anatomiquement par l'arrêt d'un calcul en général unique et volumineux dans une portion basse du tube digestif : fin de l'iléon, appendice, cœcum, côlon. Leur allure clinique est particulièrement trompeuse, étant données leur évolution lente, la constitution progressive d'une occlusion intestinale qui n'est complète qu'au bout d'une assez longue période.

La perception dans certains cas d'une tumeur dure, peu douloureuse, vient encore égarer le diagnostic et l'on conçoit aisément, dit l'auteur, toutes les difficultés de ce dernier. L'idée d'un néoplasme intestinal vient en premier lieu à l'esprit et la constatation de l'iléus biliaire est le plus souvent une surprise opératoire. Le pronostic de ces formes reste sévère car il s'agit le plus souvent de femmes âgées dont les fonctions hépatiques sont plus ou moins profondément troublées, et chez lesquelles l'occlusion particulièrement lente conduit à une intervention souvent tardive. Cependant, comme l'obstacle siège dans une portion basse du tube digestif, on peut, malgré tout, espérer les succès plus nombreux que dans les autres variétés d'iléus biliaire. Le traitement doit être uniquement chirurgical et aussi précoce que possible, l'extraction du calcul par entérotomie s'impose dans tous les cas et quelque fois cette opération simple peut être suffisante. Bien souvent, cependant, les lésions de l'anse intestinale, l'intoxication du malade commanderont de faire davantage.

La résection intestinale, grevée d'une très forte mortalité dans ces cas est à rejeter.

— L'anastomose entre les deux pieds de l'anse, avec ou sans extériorisation, semble très recommandable. L'iléostomie de décharge sera souvent d'un grand secours. Dans tous les cas, dit l'auteur, les injections intraveineuses de sérum salé hypertonique sont à utiliser.

Un nouveau sédatif cardio-vasculaire : le valérianate de spartéine.

MM. F. Mercier et L. J. Mercier (Société de Thérapeutique, 10 juin 1931), poursuivant leurs recherches sur les dérivés de la spartéine, présentent un nouveau sel préparé par eux : l'isovalérianate de spartéine, chez lequel les propriétés neuro-sédatives de la spartéine sont notablement augmentées par l'introduction de la molécule isovalérianique. Ils publient un certain nombre d'observations montrant très nettement l'action favorable du valérianate de spartéine dans le traitement de toutes les algies cardiaques, pseudo-angors, angors, palpitations douloureuses dans les troubles fonctionnels des affections cardiaques et cardio-vasculaires : tachycardie, arythmie, extra-systolie, ainsi que dans plusieurs cas d'hypertension spasmodique compliqués de réactions douloureuses et d'insomnie.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifiant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter, en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

Mœurs des Anophèles. — *Passage détaché de la comm[...]tion de M. E. Marchoux à l'Académie de Médecine* (13 [...] 1931), *intitulée* : Variations nouvelles sur le paludisme.

« ... Heureusement pour l'homme, les goûts de l'An[...] contrairement à ceux du Stégomyia, le poussent à rec[...] son alimentation de choix dans le monde des animaux [...] avant tout un rural. Il se trouve partout avant l'hom[...] l'homme pour lui ne compte pas plus qu'un être quelcon[...] tous les insectes appartenant à ce genre sont susceptibles [...] mettre l'évolution de l'hématozoaire, il n'y a cependant [...] espèces fragiles qui pratiquement jouent le rôle d'ag[...] transmission, parce qu'elles recherchent dans les locaux [...]bitation non seulement leur nourriture, mais un abri co[...] intempéries. Un certain nombre d'observateurs avaient [...]qué depuis longtemps l'attrait pour l'Anophèle des anim[...] ferme : mais le mérite revient incontestablement à R[...] d'avoir élevé en doctrine le rôle d'écran protecteur q[...] pour l'homme le bétail en stabulation. L'anophèle est [...] timide que la grande lumière écarte, que le mouvement i[...] et qui recherche dans les locaux réservés aux auxiliaire[...] ferme la demi-obscurité, la douce chaleur qui lui convien[...] des victimes tranquilles qui supportent ses attaques sans [...]

Pour l'attirer, il faut la réunion de ces conditions favorables ; de sorte qu'au point de vue sanitaire, il devient illogique de loger les bestiaux dans des locaux clairs et aérés, sûrement plus hygiéniques pour les animaux, mais inutiles en raison de la courte vie économique des hôtes auxquels ils sont destinés. Là où existent des communs de conception ancienne le nombre des Anophèles croît dans d'énormes proportions, comme dans les Dombes, où l'étang confine à l'étable. Quand ils manquent, comme en Corse, la multiplication des insectes rencontrant des obstacles, le nombre en est moindre, mais c'est la maison qui, seule, leur sert de retraite et l'homme de victime. Que ce domicile soit commun à l'homme et aux animaux, comme dans cer[...] [...]le la Sicile, les moustiques ne font pas de choix et le paludisme y trouve son compte.

C'est la connaissance que nous avons acquise des mœurs de l'insecte convoyeur qui nous explique que le paludisme puisse [...]

[...] sont abrités [...] Swellengrebel [...] paludéenne [...]vu jusqu'alors [...]oins, elle peut [...]

fensifs, parce que l'hiver les accès de fièvre sont extrêmement rares. Mais les deux savants hollandais ont expérimentalement démontré qu'à la faveur de la chaleur entretenue par les foyers, l'infection se fait tout de même, bien qu'elle demeure latente jusqu'au printemps ..... »

A propos du concours d'agrégation. — M. J. Crinon écrit dans l'*Informateur Médical* (6 décembre 1931) :

« Depuis vingt ans, on manie et on remanie le mode de recrutement des agrégés. Et plus on complique les épreuves, plus on les rend illusoires. Une seule réforme serait utile et efficace, c'est l'abolition pure et simple de ce concours qui ne rime à rien et qui n'a d'autre effet que d'abrutir les candidats en les obligeant à des exercices d'entraînement qui réclament d'eux un temps dont ils auraient raison d'être avares.

A *priori*, on peut admettre que tous ceux qui aspirent à l'agrégation et qui ont déjà subi une grande quantité d'examens et de concours sont des personnalités ayant un réel bagage scientifique. Vouloir s'en assurer est tout à fait superfétatoire. Une seule chose importe et dont le candidat doit faire preuve, c'est son aptitude à l'enseignement. Eh bien, qu'on se contente donc de demander aux candidats de faire une leçon publique.

Quel est le rôle assigné à l'agrégé ? L'enseignement. Dès lors, n'allez pas lui demander des épreuves qui ne riment à rien et qui reviennent toujours aux schémas des questions rabâchées depuis l'externat. Inquiétez-vous uniquement de connaître les qualités pédagogiques de ceux qui aspirent à monter dans les chaires de nos facultés. Des savants, on en a à remuer à la pelle. Ce qui manque à beaucoup de nos écoles supérieures ce sont des enseigneurs émérites qui savent exposer clairement aux étudiants les notions indispensables au métier de praticien. »

La loi sur l'exercice de la médecine. — M. Debierre. — Messieurs, au sujet de la proposition de loi qui vous est soumise, j'ai déposé un amendement destiné à renforcer les épreuves d'admission à l'entrée des écoles et facultés de médecine.

J'ai eu la bonne fortune de convaincre mes collègues de la commission de l'enseignement et de faire intégrer mon amendement dans la proposition de loi. De quoi s'agit-il en deux mots ? On a constaté, d'une façon certaine, indubitable, que le niveau des études médicales avait baissé. Deuxième constatation, qui est également certaine et dont personne ne peut douter, puisque les chiffres sont là pour en démontrer la vérité : le nombre des étudiants en médecine a considérablement augmenté depuis 1914. Il a à peu près doublé et, par voie de conséquence, l'encombrement de la profession médicale se fait sentir de plus en plus. Les deux maladies dont je viens de parler ne sont pas sans importance. L'abaissement du niveau des études médicales est, disons-le tout de suite, une conséquence de l'abaissement des études secondaires classiques, qui a été amplement démontré par le résultat des épreuves du baccalauréat. Vous connaissez tous la question et je n'ai pas besoin d'insister. L'encombrement de la profession médicale n'est pas non plus sans danger. L'ordre des médecins, au temps de nos anciens, était respectable et respecté, parce qu'il était plein de dignité et de probité. Nous voudrions bien conserver ces qualités supérieures au corps médical français. Nous nous sommes alors demandé ce qu'il faudrait faire pour que la culture scientifique, la culture médicale, au lieu d'aller constamment en s'abaissant, se relevât et revînt au niveau où l'avaient placé nos vénérés maîtres d'autrefois. Nous avons pensé qu'il fallait augmenter la difficulté des épreuves à l'entrée dans les facultés et écoles de médecine, qu'il fallait que le choix fût mieux surveillé et nous nous sommes dit que le meilleur moyen d'y parvenir c'était d'exiger désormais le baccalauréat classique, section A, de ceux qui se préparent aux études médicales, car, à notre avis, à la base de toute culture scientifique, il doit y avoir une forte culture littéraire. Ce ne sont pas les doyens des facultés des sciences de France qui me démentiront. Ils n'ont jamais remarqué que ses élèves forts en lettres aient été inférieurs dans les études scientifiques bien au contraire. Par conséquent nous demandons que, dans un délai déterminé, nul ne puisse désormais prendre une inscription, dans une faculté ou école de médecine sans être muni du baccalauréat classique section A, humanités gréco-latines, que nous considérons d'ailleurs, comme indispensable aux médecins pour comprendre la langue des matières qu'on leur enseigne. Par ce moyen, nous pensons restreindre le nombre, le surnombre des étudiants en médecine qui augmente sans cesse, non seulement du côté de nos nationaux mais du côté des étrangers, par l'intermédiaire d'équivalences fâcheuses, et éviter l'encombrement de nos facultés par des sujets qui n'avaient point suivi les études préliminaires nécessaires pour faire de bonnes études médicales. Si nous ralentissons l'entrée dans les facultés et écoles de médecine des candidats, si nous exigeons d'eux une solide culture secondaire, je pense que nous diminuerons par là l'encombrement de la profession médicale, qui est un véritable danger, au moment surtout où le médecin prend de plus en plus un rôle social. Il est de l'intérêt primordial des malades d'avoir des médecins instruits, pourvus d'une large culture ; il est de l'intérêt de la haute culture scientifique que le corps médical

soit un corps d'élite, un corps doué de vertus scientifiques indiscutables ; il est, par conséquent, de l'intérêt du public tout entier que le médecin soit à la hauteur de sa mission et que, lorsque les malades appellent l'homme de l'art à leur chevet, ils soient convaincus qu'ils sont bien en présence d'un médecin averti ou d'un chirurgien assez consciencieux pour ne pas opérer hâtivement ou inconsidérément. Les procédés, vous les connaissez et je ne veux pas les retenir à cette tribune. Il faut, en un mot, que la santé publique soit protégée et que le corps médical français se montre à la hauteur de ce qu'il était autrefois. C'est la raison pour laquelle j'ai présenté mon amendement. Le Sénat en a compris le double mécanisme : sélection mieux faite à l'entrée des facultés et écoles de médecine des étudiants qui viennent prendre leur première inscription et, par voie de conséquence, diminution de l'encombrement de la profession médicale. J'estime que si le Sénat veut bien retenir ces deux idées, qui sont associées et qui se commandent l'une l'autre, il aura bien servi à la fois la science, la profession médicale et la probité comme la dignité professionnelle d'un corps qui, en tout temps, s'est montré, à cet égard, supérieur. Messieurs, nous n'avons rien inventé, car ce que la commission vous propose et ce que j'appuie à l'heure présente, c'est l'opinion des facultés de médecine elles-mêmes ; c'est l'opinion du corps chirurgico-médical, un corps d'élite si jamais il en fut dans ce pays ; et c'est aussi — nous avons cette bonne fortune — l'opinion du syndicat national des médecins de France. Tout le monde est, en effet, d'accord sur les constatations que je viens de renouveler devant vous : les facultés dont les examinateurs, aux examens de doctorat, savent à quoi s'en tenir sur le niveau actuel des études médicales ; le corps médico-chirurgical des hôpitaux, qui voit tous les jours les élèves dans ses services hospitaliers et ses laboratoires est à même de les juger ; et enfin, le corps tout entier des médecins de France, qui partage l'avis des facultés et du corps médico-chirurgical (Applaudissements.)

(Sénat, séance du 8 déc. Discussion sur la proposition de loi de M. Armbruster.)

La sagesse en médecine. — Passage détaché de la leçon inaugurale de M. le Professeur Noël Fiessinger :

« . . . . Il ne faut pas se consacrer trop uniquement à la médecine clinique. Excusez-moi de m'inscrire ainsi contre une opinion souvent admise. Le meilleur médecin est celui qui a vécu, ne serait-ce que quelques jours, la vie de laboratoire, qui a travaillé et qui a su regarder lui-même ; le laboratoire lui a valu une éducation de la patience et, permettez-moi le mot, qui exprime à la fois scepticisme estompé et prudence avertie, une éducation de la sagesse. La sagesse en médecine est de plus en plus difficile et j'ajouterai de plus en plus rare. La foi dans les renseignements de laboratoire est telle que lorsqu'une contradiction se fait jour entre ceux-ci et les symptômes cliniques, le médecin se trouve ébranlé autant dans son diagnostic que dans son pronostic. Pourquoi ne pas se demander si le renseignement de laboratoire est bien exact, si le prélèvement a été à l'abri des causes d'erreur, si le technicien a eu la compétence désirable ? De là des erreurs grossières qui, finalement, conduisent

au scepticisme. La sagesse, messieurs, consiste dans ces cas à connaître les difficultés techniques, en ayant vécu quelque temps dans cette atmosphère, où, seuls, les profanes voient les lumières éclatantes et précises d'une science exacte. La médecine moderne, encore, ne peut souvent plus résister à l'emprise lente de la publicité, tant des idées que des drogues. La raison en est simple ; absence d'esprit critique. Voilà le danger actuel. Le médecin doit constituer un bloc solide sur lequel viennent se briser les idées mal assises et les méthodes mal établies. Mais la resistance de ce bloc, que je nomme sagesse, il n'est pas de meilleur ciment pour l'assurer que celui de l'éducation de l'esprit dans la technique de laboratoire, dans l'affrontement et la confrontation des tentatives, des échecs et des réussites. Ce n'est pas là un travail pénible que je vous propose :

> *Tantum series juncturaque pollet,*
> *Tantum de medio sumptis accedit honoris,*

vous répond Horace.

Tant l'enchaînement et la liaison des idées a de charmes et peut ajouter de prix à des sujets communs...... »

(*Journal des praticiens*, 21 novembre 1931.)

BIBLIOGRAPHIE

Les détraqués de l'amour, *Etude de mœurs*, par Gaston MONTHO. Armor-Edition, 3, rue de la Présentation, Paris (XIe). 300 p., 15 francs.

J'engage vivement tous les gens sérieux — et même les autres — qui désirent se documenter impartialement sur certaines évolutions des mœurs à lire la nouvelle œuvre de Gaston Montho : *Les détraqués de l'amour*.

Gaston Montho est un romancier et même un fort bon romancier, mais un romancier qui, contrairement à quantité d'autres, ne traite que de ce qu'il connaît, ne parle que de ce qu'il a vu observé, étudié.

Des récits, tous fort dramatiques, dont l'ensemble constitue *les détraqués de l'amour*, le premier : l'*amour hors la loi* ; *la pieuvre* est consacré aux lesbiennes, c'est-à-dire à l'homosexualité féminine. C'est un drame tout à fait poignant qui éclaire d'un jour cru le péril que fait courir *la « gouine »* à la vie conjugale. « *Méfions-nous des femmes, écrit l'auteur ; nous sommes tous leurs jouets ; même les moins intelligentes nous dominent à leur fantaisie. Mais celles qui passent par deux, tendrement enlacées, de grâce, fuis-les. Elles ne sont pas pour nous ! Ce sont des ombres venues d'un autre monde ...* »

Si le terrible dénouement de l'histoire — histoire véridique d'ailleurs — de *la pieuvre* est vraiment la conséquence habituelle de l'*adultère interféminin*, on ne souscrira qu'avec plus de force aux sages observations de Montho sur les harmonies sexuelles, sur la nécessité de connaître mieux que superficiellement celle que l'on désire épouser, enfin sur cette *initiation sexuelle* de la femme par le mari, à laquelle il consacre des pages d'un réalisme aigu et, à mon avis, bienfaisant.

Le deuxième récit : l'*amour passionné* ; l'*homme au masque* n'est autre que l'immonde tragédie du vitriol. Mais comment résolu ? Je ne veux pas déflorer les incertitudes du lecteur, je me contenterai de rappeler que Montho, le peintre des abîmes, est un idéaliste impénitent.

A l'*amour passionné* fait suite l'*amour vénal* : *une petite de Montmartre*. C'est l'histoire d'une enfant qui, tirée de la boue par un mariage inespéré qui la ravit, retourne avec ivresse à son souteneur dès la première tentation. Evidemment, c'est bien cela. Hérédité, nature, habitude sont incoercibles. Et je pensais en lisant *une petite de Montmartre* à ce parfait chef-d'œuvre de Jack London : l'*appel de la forêt*.

Voici les jolies fleurs que jette Montho sur la vertu de son héroïne retombée au ruisseau. « *Elle rira, boira, dansera comme ses sœurs imprévoyantes les cigales... Puis, un beau jour de fête, grisée de musique et* [illegible] *pauvre petite ombre, elle s'en ira dans un souffle sans laisser la* [illegible]*... Il n'y a pas de cimetière pour les hirondelles...* »

[illegible] (l'amour crapuleux) c'est dans l'ouvrage de Montho l'hypnotisme mis criminellement au service du désir. Résultats : un inceste involontaire et la mort du coupable par un suicide fort curieux : le père indigne reçoit la mort des mains de l'enfant (souillée par lui) qu'il a hypnotisée pour la lui donner. Au point de vue scientifique la thèse sera certainement critiquée, quant à l'étendue du pouvoir hypnotique que l'auteur confère à son principal personnage et surtout quant à l'aisance et à la rapidité avec lesquelles ce pouvoir est exercé.

Je ne dirai rien du dernier chapitre : *une femme nue dans la pénombre*. Tous les amoureux qui ont ressenti les duretés du conflit entre l'idéal et les heurts de la vie quotidienne, les affres de la jalousie, trouveront dans ces pages : amertume, souvenirs et consolation.

Comme je l'ai déjà exprimé, ce qui marque d'une originalité puissante le talent de Gaston Montho, c'est le contraste entre le réalisme de ses peintures, la « *lascivité* » de maints passages et le fond indestructible de l'idéalisme, bienveillant, charitable, *humain* de sa nature bretonne.

Savez-vous que ce n'est pas tellement commun ?

Il y a ceux qui ne voient que l'ordure ; il y a ceux qui ne voient que l'idéal et il y a aussi ceux qui tirent des effets faciles de l'opposition entre l'ordure et l'idéal.

Chez Montho, il y a antithèse mais il y a aussi unité. L'unité vient d'une sincérité toujours égale ; l'antithèse, de la bonté foncière de l'auteur et du mal que décèlent ses descriptions objectives.

Si, comme il est à prévoir, Gaston Montho demeure ce qu'il est, il s'imposera fatalement à plus ou moins bref délai.

Lisez-le ; vous reconnaîtrez que j'ai raison.

Lisez-le... mais, bien entendu, ne laissez pas le livre tomber entre n'importe quelles mains...

G. ESPÉ DE METZ.

FONDÉ EN 1873. — N° 53 LE NUMÉRO 50 Centimes 26 DÉCEMBRE 1931

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS (V[e])
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1[er] de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1[re] zone	70 fr.
Etranger 2[e] zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 15 décembre. — M. SICARD. La neurotomie rétrogassérienne partielle dans le traitement de la névralgie faciale. — M. MIREBEAU. Considérations sur la pathologie du ménisque externe articulaire du genou. — M. GRUMBACH. Les pneumatocèles intracraniennes.

17 décembre. — M. BIDERMAN. La tuberculose d'emblée pleuro-pulmonaire. — M. DYMENT. Les pleurésies cancéreuses à essinophiles. — M. KESTENBERG. Réflexion chimique et thérapeutique à néphrites hypertensives compliquées d'énormes hydrothorax. — M. MATHIÉRI. Evolution spontanée des cavernes pulmonaires tuberculeuses. — M. LIÈVRE. L'ostéose parathyroïdienne et les ostéopathies chroniques. — M. LÉONARD. Etude de la polyarthrite aiguë tuberculeuse. — M. PEYNE. Les bandes parasternales droites en radiologie infantile. — M. ABRAND. Etudes sur les anémies graves provoquées par les rayons X. — M. GÉNINET. Etude des substances cholistiques de la série grasse. — Mlle RASSEN. Le bain de lumière chez les rhumatisants chroniques. — M. ROZENCWAJG. Etude du traitement antisyphilitique des anévrismes de l'aorte. — M. BOISSIN. Etude sur 580 cas de chancres mous. — M. WOLFF. La pommade réductrice composée de Brocq dans le traitement du psoriasis. — M. PAGÈS. L'eczéma solaire. — M. THEURKAUFF. L'auto-ourothérapie.

(Thèse vétérinaire.) — M. CHARITAT. Production ovine et dépécoration en Sologne.

6 janvier. — M. DE LA ROCHA. Le rôle de l'augmentation anormale de la pression moyenne dynamique dans la genèse de l'hypertrophie cardiaque. — Mlle LE GOFF. Contribution à l'étude de la mortalité des nouveau-nés dans les dix premiers jours de la vie. — M. Louis DÉSORMEAUX. Des luxations acroméo-claviculaires. Contribution à l'étude de leur traitement.

7 janvier. — M. ELIAS SEMAH SHALOM. L'éther-benzyl-cinnamique (solution Jacobson) dans le traitement du trachome. — M. HADJI MANDI. Les travaux récents sur les résections précoces sous-périostées au cours des ostéo-myélites aiguës de l'enfance et de l'adolescence.

(Thèses vétérinaires.) — M. BONNET. Virulence du sang dans la fièvre aphteuse. — M. CARPENTIER. Les services vétérinaires en Perse.

Clinique médicale de l'hôpital Cochin (47, rue du Faubourg-Saint-Jacques, XIVe. Professeur : M. ACHARD.) — *Conférences de clinique médicale pratique.* — M. Louis RAMOND, médecin de l'hôpital Laënnec, fera tous les dimanches matin, à 10 h. 1/2, à la clinique médicale Cochin (amphithéâtre Dieulafoy), une conférence de clinique médicale pratique.

La première conférence aura lieu le dimanche 10 janvier 1932. Elle aura pour sujet : *Les pleurésies chyliformes.*

Le prix Nobel de médecine pour 1931. — Ce prix vient d'être accordé au Professeur Otto Warburg, de l'Institut Kaiser-Wilhelm pour la biologie, à Berlin-Dahlem. Le Professeur Warburg est connu par ses travaux sur la respiration des cellules vivantes. Par d'ingénieuses méthodes il a pu mesurer leurs oxydations et montrer qu'en présence d'oxygène, elles transforment le glucose en acide carbonique. Après avoir analysé ces phénomènes dans l'œuf d'oursin et les globules rouges, il a examiné les cellules cancéreuses et trouvé qu'elles ont un métabolisme tout différent. Tandis que la plupart des cellules ne produisent d'acide lactique qu'en l'absence d'oxygène, les cellules cancéreuses forment de cet acide tout en respirant ; elles peuvent donc non seulement oxyder le sucre, mais le faire fermenter en acide lactique ; le cancer est caractérisé par une fermentation, une glycolyse aérobie. Les travaux du Professeur Warburg ont été présentés, il y a trois ans, dans une traduction française, par MM. Aubel et Genevois sous le titre : « Métabolisme cellulaire et métabolisme des tumeurs ». (*La Nature*, 1er décembre 1931.)

Nomination des médecins des consultations de l'annexe de l'hôpital Bichat. — Deux consultations, l'une de médecine générale (adultes), l'autre de médecine infantile, ouvriront le 15 janvier 1932 à l'annexe de l'hôpital Bichat (boulevard Ney).

Les médecins de ces deux consultations seront désignés, à la suite d'un concours sur titres, parmi les docteurs en médecine de nationalité française ayant accompli quatre années d'exercice en qualité d'internes des hôpitaux.

Les inscriptions en vue de ce concours seront reçues à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé) à partir du 26 décembre 1931 et jusqu'au 5 janvier 1932 inclusivement, entre 14 heures et 17 heures.

IIIe Congrès international de technique sanitaire et d'hygiène urbaine. — Nous rappelons que le IIIe Congrès international de technique sanitaire et d'hygiène urbaine aura lieu à Lyon, les 6, 7, 8 et 9 mars 1932. Le Comité d'organisation a reçu déjà de nombreuses adhésions de tous les pays d'Europe, d'Amérique et des colonies.

Les questions qui seront à l'étude sont les suivantes :

PREMIÈRE SECTION. — *Hygiène des transports.* — Grandes compagnies de chemins de fer, compagnies de transports en commun ; automobiles ; hygiène des garages.

DEUXIÈME SECTION. — *Hygiène de l'habitation.* — *a*) Individuelle ; *b*) collective. Matériaux de construction ; canalisations sanitaires ; nettoyage et entretien hygiénique des bâtiments ; thermalité : chauffage, réfrigération ; aération, ventilation ; éclairage : diurne et artificiel ; maisons ouvrières ; habitations économiques.

Hygiène des casernements. — Ecoles ; bains et piscines ; salles de réunions et théâtres ; abattoirs ; législation sanitaire de l'habitation ; l'art dans la technique sanitaire des bâtiments.

TROISIÈME SECTION. — *Hôpitaux*.— Construction ; plans ; aménagements.

Œuvres sociales. — Postes de secours ; crèches et pouponnières ; aide aux mères ; dispensaires.

QUATRIÈME SECTION. — *Questions relatives à l'atmosphère* (brouillards, fumées, poussières).

CINQUIÈME SECTION. — *Désinfection.* — Principes, procédés et appareils pour services publics et usages privés.

Désinfection, dératisation. — Immondices et ordures ménagères ; règles et dispositifs de prophylaxie générale des maladies infectieuses ; prophylaxie spéciale appliquée à la tuberculose.

SIXIÈME SECTION. — *Hygiène industrielle et prévention des accidents.* — Principes généraux et dispositifs d'assainissement industriel ; protection collective et individuelle ; aspects spéciaux de la technique sanitaire dans les usines et les ateliers ; thermalité, ventilation, éclairage et entretien ; exemple d'application aux diverses industries, en particulier : dissipation des buées et captation des poussières industrielles ; législation de l'assainissement industriel et de l'hygiène des travailleurs.

Pendant le Congrès aura lieu la réunion provinciale annuelle du Syndicat des médecins hygiénistes de France. D'autre part,

nous signalons qu'une Journée de l'ingénieur et de l'architecte sera organisée, pendant laquelle les adhérents pourront visiter les grands travaux récemment exécutés à Lyon.

Les chemins de fer français et divers réseaux étrangers ont accordé 50 % de réduction sur le prix des voyages, et des facilités ont été consenties dans la plupart des pays en faveur des membre du Congrès.

Pour illustrer le Congrès une Exposition internationale de technique sanitaire et d'hygiène urbaine se tiendra dans le cadre et pendant la Foire internationale de Lyon, du 7 au 20 mars 1932.

Tous renseignements seront donnés sur demande adressée au commissaire général : M. le Docteur Garin, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu, conseiller municipal, rue Ménestrier, Lyon.

Assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine. — L'Assemblée générale du 2e semestre a eu lieu le dimanche 6 décembre, dans la grande salle de l'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi, siège de la Confédération des syndicats médicaux français.

Elle était présidée par le Dr L. Boyer, président du Syndicat, qui, dans une allocution fort applaudie, a fait ressortir combien les soins donnés dans les établissements de médecine sociale ne valaient pas les soins individuels du médecin de famille ; bien des malades hospitalisés, la moitié, peut-être, pourraient être avantageusement soignés à domicile.

Après les rapports annuels du secrétaire général et du directeur de l'Office de répression de l'exercice illégal, le premier montrant l'importance du travail effectué par les commissions syndicales, le second affirmant son énergique volonté de poursuivre tous ceux qui font de la médecine sans diplôme et qui, par suite, sont dangereux pour les malades, l'assemblée générale a eu à se prononcer sur les diverses questions d'actualité touchant tant à la défense professionnelle qu'à l'exercice de la médecine.

C'est, d'abord, la stomatologie, branche de l'art médical, dont on réclame l'enseignement spécial dans les Facultés de médecine, avec obligation d'études et obtention du diplôme de docteur en médecine.

Puis, c'est une protestation contre les projets fiscaux, concernant la patente médicale, pour laquelle on veut établir un droit fixe de base trop élevé (4.000 francs pour Paris) ; ensuite, c'est l'affirmation de voir votée la loi Armbruster restreignant l'accession des étrangers au diplôme d'Etat donnant le droit d'exercer la médecine en France.

Une longue discussion a lieu ensuite, à propos du projet de création de centres de diagnostic réservés aux assurés sociaux.

Le Syndicat des médecins de la Seine demande : que le médecin praticien conserve le libre choix du spécialiste auquel il fait appel pour l'aider dans son diagnostic, que les caisses, si elles créent ces centres, y respectent pleinement les principes de la charte médicale adoptée par la Confédération et enfin que les assurés sociaux puissent continuer à être envoyés aux laboratoires privés patentés existant dans les grands centres et notamment à Paris.

L'assemblée générale adopte ensuite les dispositions statutaires qui permettront aux spécialistes d'être représentés à la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine, puis nomme vingt membres de son Conseil d'administration pour 1932 ; parmi les nouveaux élus, figurent les Drs Deniker et Brodin, du corps médical hospitalier, ce qui réalise le désir maintes fois exprimé, d'union de tout le corps médical du département de la Seine.

Bal de la Médecine française. — Le VIe bal de la médecine française aura lieu le Lundi-Gras 8 février 1932, à la Maison de la mutualité, 24, rue Saint-Victor (5e) (rue Monge) au profit des veuves et orphelins du corps médical.

A 22 h. 30, soirée artistique avec le concours de nombreuses vedettes parisiennes et la « Revue des actualités médicales » composée et interprétée par les étudiants en médecine de Paris.

A minuit, souper par petites tables servi sous la direction du Docteur de Pomiane, de l'Institut Pasteur.

Prix des cartes : bal et soirée artistique, 70 francs ; bal, 50 francs ; jeunes gens, jeunes filles, étudiants (bal seulement), 25 francs ; souper, 40 francs, pour lequel on peut s'inscrire d'avance chez Mme Henri Labbé, 52, avenue de Saxe (15e), Ségur 89-16 (de 9 heures à midi).

S'adresser pour les cartes : Société F. E. M., 95, rue du Cherche-Midi (6e), Littré 48-12 ; Maison de la mutualité, 24, rue Saint-Victor (5e) ; chez les Dames du Comité.

Nécrologie. — Dr Evangel Apostolides, de Saint-Mards-en-Othe (Aube), décédé à l'âge de 43 ans. — Dr Charles Bousseaux, de Morteaux-Coulebeuf (Calvados), décédé dans sa 52e année. — Dr Deseille, de Boulogne-sur-Mer. — Dr Léon Diffre, de Montpellier. — Dr Gabriel Felissent, de Lyon, décédé à l'âge de 80 ans. — Dr J. Gesua, de Paris, 10, rue Benouville. — Dr Guérin, de Paris. — Dr Gustave Le Bon, directeur de la Bibliothèque de philosophie scientifique, grand officier de la Légion d'honneur, décédé à Marnes-la-Coquette, dans sa 91e année. Né à Nogent-le-Rotrou en 1841, il avait en 1870

été affecté à l'armée de Paris comme médecin-chef d'une division d'ambulances militaires. — Dr MACHARD, de Pinchat. — Dr POURTIÉ, de Paris, 48 *bis*, rue d'Auteuil. — Dr G. ARCHAMBAULT, de Montréal (Canada), chef de service à l'hôpital Notre-Dame. En 1915, le major Archambault s'enrola dans le corps de l'hôpital Laval et servit avec le groupe médical de l'armée canadienne en France jusqu'en 1919.

BIBLIOGRAPHIE

Electricité et Radiologie médicales, par le Dr L. GALLY et le Dr P. ROUSSEAU. Un volume in-16 (Collection Armand Colin, 103, boulevard Saint-Michel, Paris). eRlié, 12 francs, broché, 10 fr. 50.

Il faut remercier les docteurs Gally et Rousseau et leurs collaborateurs, qui ont su, dans une forme claire et très heureusement condensée, mettre à la portée et au service de tous, leurs hautes connaissances scientifiques et les bienfaits de leur art médical.

Cicatrisation et Régénération, par Jacques MILLOT. Un volume in-16 (Collection Armand Colin, 103, boulevard Saint-Michel, Paris Ve). Relié, 12 francs, broché, 10 fr. 50.

Il n'existait jusqu'ici aucune mise au point française sur le sujet. Aussi le livre de M. Millot, qui comble cette regrettable lacune, vient-il à son heure. L'importance et la rigueur de sa documentation, la clarté de sa rédaction, l'objectivité avec laquelle il expose les différents points de vue, développe les théories les plus diverses, ne manqueront pas de lui assurer le plus grand succès, tant auprès des biologistes que de tous les lecteurs cultivés.

« **Chansons de Salles de Garde** » (nouvelle édition). Un volume de plus de 300 pages sur alfa, comportante cinquante-trois chansons avec la musique et cinquante dessins de Marcel Prangey.

Le succès extraordinaire qui a accueilli l'édition des *Chansons de salles de garde* il y a deux ans, a poussé l'éditeur à rééditer, sous une forme nouvelle, cet ouvrage devenu introuvable.

La présente édition, qui n'est pas numérotée, est un peu plus copieuse que la première et elle se présente sous une couverture différente. Mais on y retrouvera le répertoire abondant et varié qui, depuis quelques générations, fait les délices des bons disciples d'Esculape.

Rappelons que la musique des cinquante premières chansons a été soigneusement notée par deux internes des hôpitaux de Paris dont la modestie n'a d'égal que le talent.

Ce recueil n'est pas mis dans le commerce. Il ne s'adresse qu'aux médecins et aux étudiants en médecine. On ne pourra donc se le procurer qu'en souscrivant aux Editions du Scorpion, 60, avenue de la Bourdonnais, Paris-7e. Téléphone : Ségur 41-96.

Précis d'ophtalmologie, par V. MORAX, quatrième édition refondue, Un volume de 896 pages avec 453 figures et 4 planches en couleurs. Cartonné toile, 90 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

La quatrième édition de cet ouvrage classique bien connu a été l'objet d'une refonte des plus attentives sans que le plan initial et la classification des affections oculaires suivant leur étiologie aient été modifiés. Maints chapitres ont été complétés par la description des techniques nouvelles (dacryocystorhinostomie, opération du ptosis, lampe à fente, etc.) qui depuis dix ans ont fait la preuve de leur utilité. Un certain nombre de figures ont remplacé celles qui paraissaient les moins démonstratives aux auteurs.

Cette nouvelle édition, comme les précédentes, s'adresse à la fois à l'étudiant et au médecin, auxquels elle servira de guide, et au spécialiste qui trouvera condensés et méthodiquement exposés tous les renseignements qui pourraient lui être nécessaires au point de vue du diagnostic et du traitement, tant médical que chirurgical.

Les abcès cérébraux et leur traitement, par Jean PIQUET. Préface du Professeur R. LE FORT. Un volume de 152 pages (Collection médecine et chirurgie pratiques), 22 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'auteur envisage d'abord les quatre principales causes susceptibles de donner lieu à la formation d'un abcès cérébral. Ce sont, par ordre de fréquence décroissante : les lésions de l'oreille moyenne, les sinusites frontales, les traumatismes cranio-cérébraux et enfin, certaines infections à distance.

Dans un second chapitre il étudie la pathogénie de l'abcès cérébral dans les 4 cas énumérés ci-dessus. Le chapitre III est consacré à une étude anatomo-pathologique de l'abcès cérébral (siège, profondeur, volume, contenu, germes microbiens, formes, formation et évolution anatomique, particularités anatomiques propres à chaque variété). Les signes cliniques (stade latent, période ambulatoire et stade manifeste) sont traités dans le chapitre IV. Aux formes anatomiques décrites dans le chapitre III, correspondent des aspects cliniques particuliers, l'abcès unique collecté, l'encéphalite purulente et l'encéphalite diffuse non suppurée (chap. V).

L'auteur étudie l'évolution et le pronostic de l'abcès dans un sixième chapitre et, dans un septième le diagnostic suivant que l'affection primitive est connue ou que la lésion initiale est méconnue.

Le dernier chapitre a trait au traitement de ces différents abcès cérébraux.

Les colibacilloses en pratique médicale, par R. GOIFFON. Un volume de 128 pages (Collection médecine et chirurgie pratiques, 20 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'auteur a intitulé son premier chapitre « Les agents microbiens », car fréquemment, d'autres microbes, le plus souvent hôtes habituels de l'intestin interviennent. Il étudie successivement dans ce chapitre le colibacille, le pneumobacille de Friedlander, l'entérocoque, le staphylocoque et le streptocoque. Le second chapitre est consacré à l'étude des causes générales prédisposantes, des facteurs mécaniques ou chimiques, qui mettent l'arbre urinaire en état de moindre résistance, à une infection éventuelle, les voies d'accès des germes, de leur origine et des foyers primitifs; le chapitre III traite de la symptomatologie, et des formes clinique ; les chapitre IV du diagnostic, et le dernier chapitre du traitement.

Du bon sens à l'hygiène, *l'individu, la famille, la société,* par Noël LOYOT. Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine. Paris. In-8° 154 pages., carré 15 francs.

Souligner d'un trait fort la relation étroite et réciproque de l'hygiène à la morale, le faire à coup de bon sens, voilà qui a paru à l'auteur sinon, bien neuf, tout au moins d'à-propos.

D'allure plaisante et rapide, ce petit livre ne fait que parcourir de haut un domaine immense et donner bonne direction.

Guide pratique d'analyses médicales par des méthodes simples et rapides, par Ed. MOREAU et J. BECK. Deuxième édition revue et corrigée, In-8° écu XVI-216 pages, avec 47 figures, Paris, Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, 15 francs.

L'ouvrage débute par des notions de techniques bactériologiques.

Les méthodes signalées, soigneusement choisies parmi les plus rapides et exactes à la fois, d'exécution facile, permettront au clinicien éloigné de laboratoires bien outillés et bien dirigés, de faire en quelques instants un certain nombre de recherches portant sur le liquide céphalo-rachidien, les sérosités, le sperme, le liquide gastrique, les matières fécales, les exsudats de la gorge, le sang, les crachats, le pus, l'urine, les eaux de boisson.

La façon de faire le prélèvement, première condition pour l'obtention des résultats, est rappelée. La marche de l'analyse pour éviter les pertes de temps est notée et ce que l'on constate au cours des réactions fait suite à la description de la technique.

Le problème des guérisseurs, par le Dr Maurice IGERT. Vigot frères éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine. Paris, in-16 Jésus, 224 pages sur alfa, avec dessins de P. IGERT, 15 francs.

Origine et histoire de la croyance au don de guérir, étude psychologique et psychiatrique des guérisseurs modernes les plus célèbres, en particulier du fameux guérisseur d'Avignonet et de Germaine de Rouen, enfin, à la lumière des faits et de nombreux documents, exposé de la question des guérisons et du délicat problème médico-légal que pose l'activité sociale des thaumaturges réellement convaincus, tels sont les principaux points traités dans ce livre.

E. MAIGRE. **Oxydations et réductions biologiques.** Lwow. 1931.

Cette étude, dédiée à la mémoire du professeur Popielski, est destinée aux spécialistes de la chimie biologique plutôt qu'aux praticiens, réduits aux connaissances évanouies d'un P. C. N. plus ou moins éloigné ; ces derniers pourront cependant profiter d'une idée d'avant-garde sur le traitement du diabète par le bleu de méthylène, qui est contenue dans l'extrait suivant :

« Après injection de bleu de méthylène à un chien on constate une forte hyperthermie, qui n'est due ni à la paralysie ni à l'excitation d'un centre nerveux ... L'analyse des phénomènes montre une causalité plus complexe. Le colorant paralyse les terminaisons des nerfs parasympathiques, parmi lesquels se rangent, très probablement, les thermo-inhibiteurs... Le système parasympathique du foie s'opposant à la transformation du glycogène en glucose, sous l'influence du bleu de méthylène, de l'hyperglycémie se constate... Et l'excès de combustion s'effectue bien aux dépens du glucose, puisque après quelques jours de jeûne, la réserve de glycogène étant épuisée, les injections n'ont plus d'effet thermique. Toutefois le sucre n'est pas complètement brûlé. »

J. LAFONT.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'association du pneumocoque et du méningocoque dans les méningites cérébro-spinales

Par

Joseph CHALIER
Agrégé médecin des hôpitaux

et

Albert GUICHARD
Interne des hôpitaux

de Lyon

A. Généralités

Les associations microbiennes dans les méningites

Connue depuis le début du XIXe siècle, la méningite cérébro-spinale épidémique n'a pu acquérir droit de cité dans la pathologie que le jour où, en 1887, Weichselbaum en décrivit l'agent microbien causal. Les recherches ultérieures de nombreux auteurs en particulier de Netter, Debré, Dopter, ont bien mis au point cette affection, qui, autrefois à juste titre redoutée, a vu son pronostic amélioré par la sérothérapie antiméningococcique.

Mais celle-ci, longtemps considérée comme un remède souverain et infaillible, ne s'est pas révélée, à l'usage, comme une thérapeutique de guérison absolue. Et l'on a signalé de nombreux cas d'*échecs de la sérothérapie antiméningococcique* tenant à un processus évolutif spécial de la maladie : cloisonnements sous-arachnoïdiens et pyocéphalie, persistance des germes dans les « nids para-méningés ». Il peut encore s'agir de conditions spéciales, inhérentes au microbe lui-même : ce sont les quatre races de méningocoques exigeant une sérothérapie monovalente, c'est le méningocoque B plus réfractaire au sérum que les autres, on peut avoir affaire à des bactéries à antigènes complexes (Dufourt et Sedallian). Ce sont enfin les *associations microbiennes* déjà signalées par Weichselbaum et Kutscher, notées dans la suite par tous les auteurs qui ont consacré des travaux à la méningite cérébro-spinale (Netter et Debré, Debré, Dopter).

1) Certains germes s'associent exceptionnellement au méningocoque : tels le colibacille, le bacille pyocyanique, le microbe de Pfeiffer, certains pseudo-méningocoques, le pneumo-bacille. Ce ne sont là que des cas restés isolés. La symbiose avec le streptocoque semble avoir été signalée plus souvent (Barbier, Collignon et Maisonnet, Mlle Letounowska, Teissier et Reilly, Adjali).

2) La plus importante de ces infections mixtes est sans nul doute *l'association de la tuberculose et du méningocoque* ; la tuberculose peut être une découverte d'autopsie, ou bien le bacille de Koch est décelé pendant la vie dans le liquide méningé. Récemment l'un de nous en rapportait huit cas personnels dans la thèse de son élève Saint-Aroman et ce dernier en retrouvait signalés 45 cas.

3. Presque aussi fréquente est *l'association du pneumocoque et du méningocoque*. L'un de nous en ayant observé 5 cas dans son service, nous avons recherché les observations analogues dans la littérature médicale et nous en avons retrouvé 45. Deux fois même, dans les observations publiées, il s'agissait d'association plus complexe encore : méningocoque, bacille de Pfeiffer et pneumocoque dans un cas ; méningocoque, bacille de Koch et pneumocoque dans l'autre.

Cette fréquence n'est d'ailleurs pas pour nous étonner : le pneumocoque est un microbe répandu, ses déterminations pathologiques sur notre organisme sont multiples, il semble être enfin un germe banal de surinfection qui excelle à se greffer sur des terrains débilités. Aussi, dans certaines méningites, l'a-t-on encore signalé en association avec le staphylocoque, (Netter 1891), le colibacille (Churchill), le bacille d'Eberth (Netter, Sacquépée), le bacille de Koch (Churchill, La Fetra, Loubet, Auban et Rieser ; Perrin ; Devic, Dufourt et Dechaume ; Achard et Horowitz).

B. Historique

L'association méningo-pneumococcique dans les méningites

Nous avons retrouvé 45 observations de cette association, signalées dans la littérature. Et les cas observés n'ont certainement pas tous été publiés.

En 1909 à la Société médicale des hôpitaux de Paris, TEISSIER présente un cas mortel d'association secondaire du pneumocoque, au cours d'une épidémie de 28 méningites à méningocoques. La même année, se trouve l'observation de Mlle LAWAESE.

En 1914, à la Société médicale des hôpitaux de Paris, ORTICONI rapporte la statistique de l'épidémie de cérébro-spinales de l'hiver de 1914 au 20e Corps d'armée. Il signale un cas de méningite à pneumocoque et méningocoque associés. Dans la discussion qui suivit, DOPTER déclare les associations fréquentes en 1914. La même année paraît l'observation de LOUBET, AUBAN et RISER.

En 1915, SAINTON et MAILLE relatent un cas de méningite à méningocoques guérie, suivie d'une rechute avec infection mixte méningo-pneumococcique méningée, otitique et sanguine.

En 1916, CHATIN et PAUL COURMONT présentent quatre observations dont deux avaient déjà été rapportées dans la thèse de Mlle LETOUNOWSKA.

En 1917, paraissent les importantes publications de NETTER et SALANIER (mémoire d'ensemble sur 22 observations inédites, Netter avait observé 4 cas supplémentaires de 1909 à 1917). Mlle SERVAIS en 1918, dans sa thèse, reprend huit observations de Netter et y ajoute trois autres inédites. Une autre est relatée en 1920 par TEISSIER et REILLY au Congrès de Bruxelles et dans la thèse de Adjali.

En 1921, nous trouvons l'observation de VELASCO-BLANCO et en 1926 et en 1929 les deux communications de MM. MOURIQUAND et SEDALLIAN, à la Société médicale des hôpitaux de Lyon, concernant cinq cas personnels.

Nous rapportons enfin cinq observations inédites qui proviennent du service de l'un de nous. Ainsi se trouve porté à 50, le nombre des observations de méningites mixtes méningo-pneumococciques que nous avons pu retrouver et qui font l'objet de ce présent mémoire.

C. Observations personnelles

Trois ont été observées en janvier et février 1927 (observ. I, III et IV) et deux autres en février et mars 1931 (observ. II et V).

Dans un cas (observ. I) le pneumocoque semble avoir précédé de trois jours l'apparition du méningocoque dans le liquide méningé.

Dans l'observation II, les deux microbes furent constatés simultanément.

Dans trois cas (observ. III, IV et V) il s'est plutôt agi d'une succession du pneumocoque au méningocoque.

Ces cinq observations ont d'ailleurs déjà fait l'objet d'une communication à la Société médicale des hôpitaux de Lyon, du 5 mai 1931.

OBSERVATION I (inédite). — Gu... 26 ans, maçon.

Antécédents : Otite moyenne gauche existant à l'état chronique depuis l'enfance.

L'affection a débuté brutalement le 21 janvier 1927.

Entre le 27 janvier dans le service :

Ponction lombaire : liquide trouble avec 1 gr. d'albumine, 0,12 de sucre, polynucléose et quelques *pneumocoques* indiscutables à l'examen direct.

Malade en pleine connaissance, couché en chien de fusil,

◆◆

sans photophobie. Signes méningés très nets. Pas de rate perceptible, ni de point douloureux mastoïdien. Léger disque d'albuminurie.

Le 28 et le 29 janvier : liquide céphalo-rachidien louche sans pneumocoque, ni méningocoques nets, mais avec de rares coccis atypiques que l'on ne différencie pas.

Le 29 janvier : injection intra-rachidienne de 2 cc. de bile.

Le 30 janvier : quelques *méningocoques* très nets dans le liquide.

Mort le 2 février.

Autopsie : Viscères normaux, sauf congestion de la base du poumon droit et noyaux de *broncho-pneumonie* de la base du poumon gauche.

Au cerveau : plaque purulente sur la pointe du rocher gauche et voisine d'une collection purulente de la fosse cérébelleuse, on prélève aseptiquement, un peu de pus de cette collection : présence de *diplocoques* disposés en *chaînettes* de 2 à 3 éléments, *prenant le Gram* et ayant la morphologie du *pneumocoque*.

La trépanation des deux amstoïdes n'a rien montré d'anormal. Pas d'hémoculture.

Observation II (inédite). — P... Séraphin, 3 ans 1/2.

Soigné dans le service du 23 décembre 1930 au 15 janvier 1931 pour *angine diphtérique* commune à fausses membranes : au cours de son hospitalisation, l'examen microbiologique de la flore amygdalienne révéla la présence de staphylocoques et de Loefflers associés, puis ces derniers une fois disparus, la présence de micrococcus subtilis et catarrhalis. Jamais de pneumocoques.

Sort le 15 janvier au matin.

Le 16 janvier : apparition de vomissements, céphalées.

Entre dans le service à nouveau le 17 janvier : l'enfant est abattu, couché en chien de fusil, avec tête rejetée en arrière. Photophobie, raideur de la nuque, Kernig et Brudzinski. Température à 39°.

Ponction lombaire : liquide purulent avec 1 gr. d'albumine, 0,10 de sucre, polynucléose, nombreux *coccis intra-cellulaires à Gram négatif* et des *coccis extra-cellulaires à Gram positif* visibles à l'examen direct.

Les premiers avaient tous les caractères morphologiques du *méningocoque*. Les seconds étaient difficilement identifiables à l'examen direct, mais après culture sur sérum humain, ils donnèrent des cultures de *pneumocoques* indiscutables.

Le 19 janvier : température à 38°5 le matin et 40° le soir. Pouls rapide et incomptable.

Ponction lombaire : liquide purulent, nettement *hémorragique* très épais, s'écoulant difficilement à travers le plus gros trocart.

Le 20 janvier : état de raideur extrême. Décès à 16 heures. Pas d'hémoculture ni d'autopsie.

Observation III. — T... Madeleine, 2 ans.

Vient avec ses deux sœurs, atteintes toutes trois de signes méningés.

Début de l'affection le 3 février 1927.

Entre le 6 février 1927. A l'entrée : signes méningés nets, diarrhée.

Ponction lombaire : liquide contenant 0,35 d'albumine, 0,10 de sucre des polynucléaires et des *méningocoques* nets et nombreux. On institue la sérothérapie intra-rachidienne et intramusculaire.

Les jours suivants, on continue le sérum, l'albumine du liquide céphalo-rachidien diminue, le sucre augmente. On y constate encore des méningocoques les 7, 9, 10 février. Plus de microbes, après enrichissement du culot de centrifugation du liquide du 12 février. On cesse la sérothérapie.

Le 14 février : liquide louche, contenant des méningocoques que l'on retrouve encore les 15, 16, 17, 18, 19, 20 février 1930. On continue la sérothérapie.

Le 21 février : liquide trouble, contenant à l'examen direct 2 à 3 méningocoques par champs microscopique. On met à l'étuve le culot de centrifugation et après enrichissement spontané de celui-ci on aperçoit, à côté des méningocoques, des *coccis prenant le Gram*.

Le 22 février : à l'examen direct du liquide : nombreux *pneumocoques* extra-cellulaires. Après enrichissement du culot, ces pneumocoques sont encore bien plus nombreux.

Décès le 23 février 1927.

La malade a reçu en tout : 945 cc. de sérum antiméningococcique dont 420 intra-rachidiens et 515 intra-musculaires.

Pas d'hémoculture, ni d'autopsie.

Observation IV. — T... Hortense, 6 ans.

Entre, avec ses deux sœurs, pour méningite.

Début de l'affection le 31 janvier 1931 pour céphalées, vomissements, frissons.

Ni otite, ni pneumonie dans ses antécédents.

Entre le 6 février 1927 (son médecin lui a déjà fait 60 cc. de sérum antiméningococcique intra-rachidiens).

Ponction lombaire : liquide louche avec 0,27 de sucre, 0,35 d'albumine, polynucléose, nombreux *méningocoques* extra-cellulaires, on commence la sérothérapie.

Le 7 février : *Hémoculture* montre la présence de *méningocoques B* dans le sang.

Les jours suivants, le liquide reste louche les 8 et 9 février, devient couleur eau de riz le 10 et clair le 11 février. Les méningocoques sont trouvés les 8, 9, 10 février. Le liquide reste stérile le 11, 12, 14 février. On cesse le sérum.

Le 16, 17, 18, 19, 20, 21 février, présence à nouveau de *méningocoques*. On recommence le sérum.

Le 22 février : à l'examen direct du liquide, présence de *pneumocoques* indiscutables.

Décès le 23 février : pas d'autopsie.

La malade a eu en tout : 765 cc. de sérum antiméningococcique dont 450 intra-musculaires et 315 intra-rachidiens.

Observation V. — Gui... Marcelle, 7 ans 1/2.

Antécédents : père mort alcoolique et tuberculeux.

La malade a eu une *grippe légère*, dans la semaine qui a précédé son hospitalisation.

Début de l'affection, le 1er février 1931 par malaise général. Le 2 février : céphalée et vomissements. Le 3 février : raideur de la nuque.

Entre dans le service le 4 février 1931.

A l'entrée : température à 39°, signes méningés indiscutables, examen viscéral négatif.

Ponction lombaire : liquide opalin eau de riz, avec 0,60 d'albumine et 0,52 de sucre, polynucléose, sans microbes.

On commence le sérum antiméningococcique intra-musculaire et intra-rachidien.

Le 5 février : *Herpès* labial. Liquide eau de riz avec 0,48 de sucre, sans microbes. Sérum.

Le 6 février : quelques *méningocoques* extra-cellulaires.

Les jours suivants : on ne retrouve plus de microbes dans le liquide céphalo-rachidien. Le sérum est continué jusqu'au 10 février, date à laquelle la température a passé de 39° à 37°5, le liquide est devenu absolument clair avec 0,35 d'albumine, 0,59 de sucre, et formule lymphocytaire.

Le 13 février : la température est restée à 37°5 le 11 et le 12 février, aujourd'hui elle est remontée à 39°8. Arthralgies, examen négatif. On pense à une réaction sérique.

Le 14 février : température à 40°. Liquide céphalo-rachidien eau de riz avec 0,52 de sucre, sans microbes apparents.

On reprend le sérum.

Le 16 février : Liquide eau de riz avec 0,40 de sucre, et quelques *méningocoques* intra et extra-cellulaires.

Les jours suivants, malgré le sérum, l'albumine du liquide céphalo rachidien augmente, le sucre diminue ; on retrouve des méningocoques les 17, 18, 19, 20 février. A partir du 19 février le sucre augmente de nouveau et le 21 février : liquide clair avec 0,45 de sucre, absence de méningocoques.

Les 22 et 23 février : liquide clair, le sucre monte à 0,50 et 0,56, albumine à 0,50, pas de microbes, température à 38°.

On cesse la sérothérapie : la malade ayant reçu en tout 1.256 cc. de sérum antiméningococcique dont 398 intra-rachidiens, 784 intra-musculaires et 74 intra-veineux.

Le 28 février : température remontée à 40°. Arthralgies. Mais *abdomen douloureux et très contracturé* : ces symptômes abdominaux, joints à l'état amaigri et presque cachectique de la malade et à ses antécédents de tuberculose familiale, font penser un moment à une péritonite tuberculeuse possible.

Le 4 mars : ponction lombaire retire un liquide *séro-hémorragique* limpide, ne s'éclaircissant pas dans les différents tubes où on le recueille. Après centrifugation, le liquide surnageant conserve une *couleur ambrée* : il s'agit donc bien d'une *hémorragie méningée*.

A l'examen direct du culot de centrifugation, pratiqué quelques minutes après la ponction lombaire, on trouve de nombreux *pneumocoques* indiscutables, non encapsulés, mais à Gram positif, se présentant sous forme de diplocoques, quelquefois même en petites chaînettes de quatre éléments.

Température à 40°, pouls à 160, facies anormalement pâle.

Hémoculture négative sur bouillon et gélose.

Le 5 mars : malade pâle. Raideur généralisée.

Mais l'*abdomen* est météorisé, dur et contracturé, très douloureux à la pression.

Vomissements : *diarrhée* abondante et fétide.

Une seconde *hémoculture* négative sur bouillon, donne sur gélose des *pneumocoques* très nets.


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME . PARIS

Le 6 mars : amaigrissement considérable. Faciès péritonéal avec nez pincé et traits tirés.

Réaction péritonéale très intense : peau de l'abdomen tendue, lisse et brillante. Constipation opiniâtre. Intelligence intacte.

Mort le 6 mars à 20 heures.

Autopsie le 8 mars.

Abdomen : 250 cc. d'ascite séro-hémorragique. On note sur les anses intestinales grêles, le côlon sigmoïde et le cæcum, la présence d'exsudats purulents, peu adhérents, de couleur verdâtre. Ces exsudats sont surtout confluents dans le petit bassin et s'accompagnent à cet endroit, d'un peu de liquide purulent collecté.

Pas de lésion de tuberculose, pas d'adhérence intestinale, surrénales normales et reins normaux.

Thorax : poumons normaux sans lésion tuberculeuse. Péricarde et cœur normaux.

Cerveau : La pie-mère est manifestement hyperhémiée et congestionnée. Pas d'exsudats. Mais léger voile et léger dépoli de la séreuse, à la base du cerveau.

Moelle : Après incision de la dure-mère : aspect voilé, épaissi, dépoli de la séreuse arachnoïdienne et pie-mérienne.

L'examen microscopique du rein montre un parenchyme rénal normal avec présence d'*embolies microbiennes* intra-glomérulaires. A un fort grossissement, ces embolies se montrent constituées par des diplocoques.

Ces cinq observations nous suggèrent les réflexions suivantes :

1° Dans l'observation I, la méningite pneumococcique est probablement secondaire à l'otite chronique présentée par le malade. Nous ne pouvons dire si les lésions broncho-pneumoniques ont été une manifestation septicémique ou une simple lésion terminale. Il s'est agi en tout cas, d'une surinfection par le méningocoque.

2° A propos de l'observation II, nous ne pouvons nous empêcher d'admettre une relation de cause à effet entre l'angine diphtérique et la méningite mixte qui l'a suivie presque immédiatement. Remarquons également l'allure rapide de la méningite, mortelle en quatre jours depuis l'apparition des premiers signes.

3° A propos des observations III et IV nous dirons que ces deux malades et leur troisième sœur furent hospitalisées en même temps dans le service le 6 février 1927. Toutes trois furent traitées par le sérum. Une seule présenta une méningite pure à méningocoques et elle guérit. Les deux autres moururent et ce fut par association pneumo-méningococcique.

4° Pour le malade de l'observation V, il ne s'agit pas à proprement parler d'une association microbienne, mais bien d'une véritable succession : la méningite pneumococcique étant survenue après une méningite à méningocoques guérie. Nous n'avons pu pratiquer l'examen bactériologique du pus de la péritonite. Mais celle-ci a été associée à une pneumococcie sanguine et méningée. Il s'est donc agi probablement d'une péritonite à pneumocoques.

5° Enfin, à propos des observations II et V, rappelons que dans ces deux cas, nous avons eu affaire à un liquide céphalo-rachidien hémorragique, traduisant une véritable *hémorragie méningée* qui dans l'observation V, coïncide avec l'apparition des pneumocoques dans le liquide céphalo-rachidien.

D. Discussion

De l'étude d'ensemble de ces observations, se dégagent un certain nombre de conclusions générales que nous allons envisager. Sur 50 cas, 45 seulement restent utilisables, les cinq autres ont été seulement signalés et aucune observation n'est rapportée à leur propos (cas de Tessier en 1909, quatre cas de Netter de 1909 à 1917).

I. Au point de vue étiologique cette association est intéressante à étudier.

a) Il s'agit d'une complication qui se rencontre à n'importe quel *âge* (cas extrêmes : nourrissons de 2 mois et sujet de 60 ans), mais cependant avec une certaine prédominance chez le nourrisson (cinq cas chez des sujets de 2 à 12 mois) et chez l'enfant de 1 à 9 ans (16 cas).

b) Cette association microbienne est en rapport avec certaines conditions épidémiques : de 1909 à 1917, Netter n'en observe que quatre cas (proportion de 1,38 %). Au mois de février 1917 il en observe coup sur coup cinq fois (pourcentage de 17,2). Il attribue ce changement à l'augmentation de virulence du pneumocoque durant l'année 1917 et pendant cette même période, il avait remarqué l'augmentation du nombre des méningites produites par ce même microbe.

Personnellement, de cette infection mixte nous avons rencontré trois cas en janvier et février 1927, deux cas en février et mars 1931. Mais au cours de ces mêmes époques, nous ne constatons pas sur la statistique générale de l'un de nous, une plus grande fréquence des méningites cérébro-spinales ou à pneumocoques.

c) Sur 95 méningites cérébro-spinales à méningocoques que l'un de nous a observées dans son service, de mai 1923 au 1er mai 1931, il y a eu cinq associations méningo-pneumococciques, soit une proportion de 5,26 %. Et sur 14 méningites à infection mixte durant le même temps, l'association microbienne que nous étudions, arrive à un taux de 35,7 %. Il s'agit donc d'une éventualité qui possède une certaine fréquence et qui, de ce fait, mérite d'être étudiée.

d) *Les conditions d'apparition* des deux germes sont des plus variables.

— Il est pour ainsi dire exceptionnel de voir *une méningite à pneumocoques se compliquer secondairement de la venue du méningocoque*: deux observations seulement se trouvent dans ce cas : notre observation I et celle de Mlle Lawaese : dans cette dernière, en effet, les deux germes sont constatés simultanément ; mais c'était au décours d'une pneumonie, et d'autre part dans la culture du liquide méningé, faite sur sang de lapin, le méningocoque a poussé comme étant l'élément le plus virulent et le plus jeune. Aussi se basant sur ces deux particularités, l'auteur admet-il qu'il s'est agi d'une méningite cérébro-spinale ordinaire, étant venue compliquer une pneumonie avec réaction méningée.

— Il est un peu plus fréquent de *constater simultanément*, dans le liquide céphalo-rachidien, *les deux germes associés* (7 cas sur 45 observations : 1re observation de Chatin et P. Courmont, 2 cas de Netter, celui de Blanco, 2 cas de MM. Mouriquand et Sedallian en 1926, et enfin notre 2e observation personnelle).

— Dans la grande majorité des cas (36 sur 45), *le pneumocoque est venu, en microbe d'infection secondaire, s'associer plus ou moins tardivement au germe de Weichselbaum*. Dans les observations de Netter et Salanier, les plus grands intervalles qui séparèrent la constatation des deux microbes, furent de 37, 16, 14, 10, 9, 8 jours. Dans une observation de Mlle Servais : 22 jours. Dans nos trois observations personnelles : 15, 16 et 26 jours. Mais dans ce troisième groupe, plusieurs alternatives sont possibles.

Le pneumocoque peut venir se joindre au diplocoque de Weichselbaum, d'une façon précoce, au cours d'une méningite cérébro-spinale ordinaire en cours de traitement déjà depuis quelque temps et les deux germes sont un jour et par hasard simultanément décelés dans le liquide céphalo-rachidien : la sérothérapie fait d'ailleurs disparaître le méningocoque et l'autre germe reste seul (observ. 45 de Mlle Servais, observ. 1 et 2 de Mouriquand en 1929, observ. 2 et 3 de Chatin et P. Courmont). Il en est de même, lorsque le pneumocoque survient non plus au cours d'une première atteinte, mais durant une rechute de l'infection méningococcique (observations personnelles III et IV).

Souvent la méningite cérébro-spinale a régressé et guéri par le sérum antiméningococcique. Le liquide céphalorachidien reste stérile quelques jours. Puis se produit une *rechute avec d'emblée infection méningo-pneumococcique* (observ. d'Orticoni, de Sainton et Maille, observ. 44 de Mlle Servais).

D'autres fois après la guérison de la méningite à méningocoques, se produit une *pseudo-rechute due au seul pneumocoque* (4e observ. de Chatin et P. Courmont, 3e observ. de Mouriquand en 1929, notre 5e observ., observ. de Teissier et Reilly). Il y a plutôt *succession*, qu'association microbienne.

Dans deux cas, *l'association a été plus complexe* : Loubet, Auban et Riser constatent le méningocoque dans le liquide méningé. Deux jours après, ils y décèlent le bacille de Koch et le cinquième jour le pneumocoque.

MM. Mouriquand et Sedallian en 1929 observent une méningite à méningocoques qui guérit. Une rechute se produit due au bacille de Pfeiffer et trois jours après, on découvre en plus le pneumocoque.

En résumé, dans tous ces cas, le pneumocoque se comporte comme l'élément prédominant, car il est le dernier venu.

En outre, il est le plus virulent, il fait donc disparaître le méningocoque. Netter admettait d'ailleurs un véritable antagonisme entre ces deux microbes.

e) Il est certaines *conditions qui favorisent* la surinfection terminale de la séreuse méningée par le pneumocoque : Netter signale la longue durée de la méningite cérébro-spinale antérieure qui débilite l'organisme. Il accuse aussi le sérum en injection intra-rachidienne de constituer un véritable milieu de culture pour l'infection secondaire. Le rôle des rechutes n'est pas non plus à négliger et on les a souvent signalées dans les méningites mixtes.

A ce point de vue, nos trois dernières observations sont pleinement confirmatives : dans toutes les trois, en effet, il y a eu rechute due au méningocoque. Le malade III reçut 945 cc. de sérum dont 420 intra-rachidiens, durant treize jours, en deux périodes de six à sept jours, séparées par un intervalle de deux jours. Le malade IV reçut 765 cc. de sérum dont 315 intra-rachidiens, durant onze jours, en deux séries de cinq et six jours avec un espace libre de quatre jours. Notre malade V reçut 1.250 cc. de sérum dont 398 intra-rachidiens en dix-sept jours (en deux périodes de sept et dix séparées par trois jours) Dans ces trois cas, la rechute, la longue durée de la maladie et partant, le nombre élevé des injections et la grande quantité de sérum ont pu favoriser l'infection secondaire.

Restent enfin des cas, difficiles à expliquer : témoin les méningites à germes associés d'emblée. Il faut alors admettre le rôle d'associations microbiennes particulières à certaines épidémies (nos malades III et IV, qui étaient sœurs, présentèrent toutes deux, une association tardive de pneumocoques qui évolua de façon similaire dans les deux cas).

On peut en outre invoquer la coexistence de plusieurs infections touchant simultanément un même malade. La méningite cérébro-spinale peut par exemple venir compliquer le décours d'une maladie infectieuse (pneumonie surtout) et exalter la virulence du germe primitif (observ. de Mlle Lawaese).

II. Mais au cours des infections mixtes de la séreuse cérébro-spinale, la localisation méningée du pneumocoque s'accompagne de LÉSIONS VISCÉRALES. Il faut alors considérer ces dernières, comme ayant servi de porte d'entrée et de foyer initial à la pneumococcie. Elles peuvent en outre, au même titre que la méningite, avoir été une simple manifestation de la septicémie partie d'un foyer viscéral latent ou transitoire et rapidement disparu.

Dans les deux observations où le méningocoque est apparu secondairement (Mlle Lawaese et observ. personnelle I) nous trouvons une pneumonie avec abcès pulmonaire, une broncho-pneumonie avec otite chronique.

Sainton et Maille signalent une otorrhée chronique et à la vérification, un abcès cérébelleux.

Trois des malades de Chatin et P. Courmont ont présenté une pneumonie, une otite purulente à pneumocoques, une broncho-pneumonie (cette dernière observation présente un intérêt particulier : alors que la méningite à méningocoques était guérie depuis quelques jours, une nouvelle poussée de broncho-pneumonie s'accompagna d'une rechute méningée, mais à pneumocoques seuls).

Mlle Servais signale une pneumonie, dans son observation 45 et Mouriquand une congestion pulmonaire.

Le malade de Teissier et Reilly présentait une congestion pleuro-pulmonaire.

Dans notre cinquième cas personnel, nous observons une péritonite purulente à pneumocoques. Un cas probablement pareil, quoiqu'il y manque le contrôle nécropsique, est signalé dans l'observation 43 de Mlle Servais où il est dit « qu'un flot de pus s'écoula brusquement par le vagin, quelques heures avant la mort ».

Nous trouvons donc une nette *prédominance des lésions pulmonaires* (douze cas sur dix-huit) et l'on sait que l'infection pneumococcique a une affinité toute spéciale pour l'appareil respiratoire et l'épargne rarement. Et même dans les cas où cette localisation n'est pas retrouvée à l'autopsie, ne peut-on pas admettre une infection pulmonaire discrète, transitoire et disparue au moment de la mort, qui aurait servi de porte d'entrée à la pneumococcie ?

Dans trois cas sur dix huit, nous notons une *otite chronique*, dans deux cas une *péritonite purulente* à pneumocoques, dans un cas une *néphrite* avec hématurie et enfin un cas *d'ictère*. Ce sont là des localisations viscérales parfaitement fréquentes et connues du germe de Talamon.

En tout cas toutes ces lésions observées dans dix-huit cas (et les vingt-sept autres manquent de vérification anatomique ou de renseignements à ce sujet) prouvent qu'il y a eu pneumococcie localisée aux méninges et à d'autres organes.

III. Ces considérations anatomo-pathologiques peuvent nous renseigner sur la VOIE SUIVIE PAR LE PNEUMOCOQUE pour venir attaquer la séreuse cérébro-spinale, en association avec le méningocoque.

Pour la méningite cérébro-spinale ordinaire, Netter et Debré admettent l'envahissement des méninges par voie nasale et ethmoïdale. Dopter, Flexner montrent qu'il existe aussi la voie sanguine capable de servir d'intermédiaire entre le pharynx et les méninges.

En est-il de même pour le pneumocoque ? Le passage par *voie nasale* est possible, mais non démontré de façon absolue. L'infection peut provenir de *l'oreille* et le pneumocoque issu d'une otite, peut venir surinfecter les espaces sous-arachnoïdiens déjà atteints par le méningocoque (observ. de Sainton et Maille, 3e observ. de Chatin et P. Courmont). Et encore n'est-il pas prouvé que même dans les otites purulentes à pneumocoques, la voie sanguine ne puisse pas intervenir dans l'infection des méninges (observ. de Sainton et Maille : Otite gauche, hémoculture positive pour le pneumocoque).

Reste à incriminer la *voie sanguine* : il y a déjà longtemps que Joltrain et beaucoup d'autres ont soutenu l'origine sanguine de la pneumonie. Nous avons vu, plus haut, les lésions viscérales qui peuvent coexister avec la pneumococcie méningée : dans ces cas, on peut donc soutenir qu'il y a eu pneumococcémie.

Dans trois observations seulement, *l'hémoculture* est indiquée comme *positive* vis-à-vis du pneumocoque (Sainton et Maille ; Teissier et Reilly ; notre cinquième cas personnel), Dans les autres, la culture du sang est restée négative ou n a pas été pratiquée. D'ailleurs un résultat négatif n'a pas de valeur théorique et l'on sait la difficulté que l'on éprouve à mettre en évidence la simple bacillémie, en dehors de toute septicémie proprement dite.

Bref la fréquence des localisations viscérales du pneumocoque dans les méningites mixtes, malgré les résultats inconstants de l'hémoculture, nous montre que le microbe de Talamon doit emprunter le plus souvent la voie sanguine pour aller infecter la séreuse méningée, que celle-ci soit saine ou déjà attaquée par un autre germe pathogène. Et l'un de nous, avec M. R. Puig, montrait déjà en 1926 la fréquence de la pneumococcémie dans les méningites primitives à pneumocoques.

IV. Le liquide céphalo-rachidien dans l'association méningo-pneumococcique. — Nous avons vu comment le pneumocoque vient s'associer au méningocoque ou se substituer progressivement à lui. C'est le plus souvent, tout à fait par hasard, à l'examen du liquide retiré par ponction lombaire, qu'on a la surprise de découvrir le microbe de Talamon. Ce dernier est rare au début et, de ce fait, d'autant plus difficile à distinguer du diplocoque de Weichselbaum. Nous croyons utile de toujours colorer au moins une lame par la méthode de Gram, au cours de l'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien dans les méningites cérébro-spinales. C'est une méthode grossière, mais qui dans trois de nos observations personnelles (II, III, IV) nous montrant des coccis atypiques à Gram positif, nous donna l'éveil et nous incita à des identifications plus poussées de ces germes : l'on reconnut alors avoir affaire à des pneumocoques. Dans quelques cas, la culture du liquide méningé et sur milieux spéciaux, l'inoculation à la souris peuvent être même nécessaires.

On sait, en effet, que dans le liquide céphalo-rachidien, les caractères morphologiques habituels du pneumocoque peuvent se trouver modifiés : dans deux de nos observations personnelles qui furent particulièrement bien suivies, ce dernier germe ne se montra pas sous sa forme habituelle de microbe lancéolé et encapsulé, mais bien sous l'aspect de diplocoques arrondis, sans auréole, groupés quelquefois en chaînette de trois à quatre éléments de dimensions toutefois supérieures à celles du germe de Weichselbaum. Certains auteurs ont même observé que dans le liquide méningé, le pneumocoque perd sa virulence et pousse difficilement sur les milieux de culture.

En somme il est difficile de découvrir le pneumocoque quand il est en association avec le méningocoque. Nous sommes persuadés qu'un certain nombre de ces symbioses microbiennes ont dû passer inaperçues au cours des épidémies de méningite cérébro-spinale et surtout autrefois où les recherches bactériologiques n'étaient pas arrivées au degré de perfection qu'elles ont atteint aujourd'hui. La clinique est en effet impuissante, à elle seule, à déceler ces infections mixtes au cours des méningites et la collaboration intime de la clinique et du laboratoire est indispensable.

Le pneumocoque qui infecte les méninges s'accompagne le plus souvent d'une réaction cellulaire de celles-ci. Au fur et à mesure que le diplocoque de Weichselbaum diminue et que le microbe de Talamon augmente dans les espaces sous-arachnoïdiens, le liquide céphalo-rachidien, d'opalin et louche qu'il est devient franchement *purulent* (observ. 1, 3, 4, de Netter et Salanier, Blanco, observ. 2 de Mouriquand en 1926, observ. de Loubet-Auban et Riser, observ. personnelle 3).

Dans notre cinquième observation personnelle, le liquide arachnoïdien au contraire, fut, quoique séro-hémorragique, d'aspect franchement limpide avec présence de nombreux pneumocoques (plusieurs par champ microscopique). On connaît bien ces « réactions méningées atténuées », ces « *méningites séreuses* » produites par le pneumocoque, où le liquide est clair, sans réaction cellulaire, mais fourmille de microbes, figurant une véritable culture de ceux-ci (Lesieur, Froment et Garin). D'ailleurs à l'autopsie de notre malade, nous n'avons pas trouvé de méningite purulente, mais rien qu'un épaississement diffus, un aspect voilé de la séreuse pie-mérienne.

Enfin dans deux de nos observations personnelles (II et V) le liquide céphalo-rachidien s'est montré nettement hémorragique réalisant une véritable *hémorragie méningée*. On sait que les méningites à microbes pyogènes peuvent donner des hémorragies sous-arachnoïdiennes discrètes ou considérables. L'un de nous, en particulier avec Mlle Schœn, a décrit les méningites cérébro-spinales à forme d'hémorragie méningée, auxquelles s'attache surtout un intérêt diagnostique et thérapeutique. Rien de tel dans nos cas. Mais nous pensons que chez nos deux malades, l'hémorragie méningée a été un signe de mauvais pronostic, traduisant un processus d'hyperhémie de la pie-mère en rapport avec une infection sévère et hypervirulente.

V. Mais le principal intérêt qui s'attache à l'étude de l'association pneumococcique dans la méningite cérébro-spinale, est sans contredit, un intérêt pronostique, ces symbioses microbiennes représentant un facteur de la plus haute gravité.

A priori, cela ne saurait nous étonner. On connaît le pronostic redoutable des méningites à pneumocoques.

En outre, bien que Netter et Salanier rapportent trois cas guéris sur 22 observations, aucun autre auteur n'a signalé d'issue favorable, nos cinq malades sont morts et sur une statistique générale de 50 cas étudiés dans ce mémoire, les trois cas de Netter figurent seuls dans la colonne des guérisons. Trois issues heureuses, 47 morts sur 50 observations, mortalité de 94 %, tel est le bilan de l'association méningo-pneumococcique.

Mais cette dernière ne signifie pas seulement *que la mort est presque inéluctable. Elle indique encore que cette échéance va se produire dans un délai rapide* et qui, dans la majorité des cas, ne dépassera pas quelques jours : si en effet sur 34 cas (où des renseignements suffisants sont donnés) nous regardons le nombre de jours qui ont séparé la première constatation du pneumocoque dans le liquide méningé, et l'échéance fatale, nous trouvons :

1 fois	un intervalle de	40	jours
1 fois	—	22	—
1 fois	—	8	—
1 fois	—	6	—
2 fois	—	4	—
8 fois	—	3	—
9 fois	—	2	—
6 fois	—	1	—
5 fois	: décès le même jour de la constatation.		

D'après ce tableau, nous voyons que seuls font exception à la formule énoncée plus haut, les deux cas de MM. Mouriquand et Sedallian en 1926, où les deux germes furent constatés simultanément et où l'évolution se prolongea durant 22 et 40 jours, avec une scène clinique de cachexie progressive. Le traitement appliqué dans les deux cas (optochine intra-rachidienne) a-t-il pu diminuer la virulence du microbe de surinfection et permettre une plus longue survie ? Nous ne savons. En réalité il s'agit-là de deux cas exceptionnels sur une statistique de 34 observations.

Un dernier point reste maintenant à envisager : quel est le taux de gravité de cette association microbienne dans la méningite cérébro-spinale et le pourcentage pour lequel elle entre dans la mortalité de cette dernière ? Si nous envisageons la statistique générale du service de l'un de nous, depuis mai 1923 jusqu'au 1er mai 1931 nous voyons que les associations microbiennes en général sont capables de faire passer la mortalité de la méningite cérébro-spinale, du taux de 50 % (dû au seul méningocoque), au taux de 56,84 %. Et dans cette augmentation de la léthalité de 6,84 %, l'infection méningo-pneumococcique à elle seule est responsable pour une part qui est de 2,52 %.

VI. On a essayé de lutter contre la surinfection pneumococcique, au cours de la méningite cérébro-spinale ordinaire et les moyens thérapeutiques employés ont été des plus variables.

Netter, en 1917, devant la fréquence de l'association méningo-pneumococcique, au début de la même année, préconisa l'injection préventive intra-rachidienne de sérum antipneumococcique, combiné à la sérothérapie curatrice antiméningococcique. En réalité, cette mesure prophylactique, employée en 1917 par Netter, dans 20 cas, n'empêcha pas l'association microbienne tant redoutée,

de se produire chez deux malades. Mais ces deux malades guérirent et rentrent dans les trois cas avec issue favorable qu'obtinrent Netter et Salanier.

Les malades 44 et 45 de Mlle Servais avaient reçu préventivement, les deux premiers jours de leur hospitalisation, 10 cc. *pro die*, de sérum antipneumococcique. Et cependant l'issue fatale se produisit.

Néanmoins, au Congrès de médecine de 1923, Netter recommandait encore sa méthode (3 à 5 cc. de sérum antipneumococcique intra-rachidien, combinés à la première injection de sérum anti-méningococcique).

On a employé également le sérum antipneumococcique curatif. Mais dans ces méningites associées, la sérothérapie doit être double, ce qui s'oppose à l'emploi de fortes doses et d'autre part, la méthode s'est révélée inefficace. MM. Mouriquand et Sedallian ont essayé, de même sans résultat, semble-t-il, l'injection intra-rachidienne d'optochine.

***

En conclusion, l'association méningo pneumococcique est une éventualité relativement rare au cours des méningites. Il faut cependant la connaître, car elle représente un facteur de gravité qui n'est pas à négliger et elle peut, dans certains cas, être responsable de l'échec de la sérothérapie antiméningococcique. Quoi qu'il en soit, on connaît le pronostic, extrêmement réservé, des méningites à pneumocoques. Lorsque ce dernier germe s'associe au méningocoque, il semble que le pronostic soit bien plus redoutable encore. Et dans les deux cas, nous restons à peu près désarmés.

BILIOGRAPHIE

ACHARD et HOROWITZ. — Méningite tuberculo-pneumococcique. Soc. méd. des hôp. de Paris, 1931.

ADJALI. — Des infections aiguës associées d'origine pneumococcique et streptococcique dans la méningite cérébro-spinale aiguë à méningocoques. Thèse Paris, 19.4

BARBIER. — Association du streptocoque dans la méningite cérébro-spinale. *Presse médicale*, 1er avril 1922.

CHALIER et GUICHARD. — Sur quelques cas d'association méningo-pneumococcique dans les méningites cérébro-spinales. Société médicale des hôpitaux de Lyon, 5 mai 1931, in *Lyon médical*, 1931.

CHATIN et P. COURMONT. — Méningite cérébro-spinale. Beaux résultats du sérum de Dopter. Emploi du sérum anti-para-méningococcique. Insuccès dans les infections associées. *Lyon médical*, 1916, p. 15.

DEVIC-DUFOURT et DECHAUME. — Méningite tuberculeuse terminée par une méningite à pneumocoques. *Lyon médical*, 1922, p. 921.

Mlle LAWAESE. — Un cas de méningite cérébro-spinale par infection mixte (méningo et pneumocoque. *Presse médicale*, 1909, II, p. 873 (analyse).

LOUBET-AUBAN et RIESER — Méningite à méningocoque avec association du bacille de Koch. *Archives de médecine des enfants*, 1914, p. 591.

Mlle LETOUNOWSKA. — La méningite cérébro-spinale dans la région lyonnaise, hiver 1914-1915. Thèse de Lyon 1914-1915, inspirée par P. Courmont.

MOURIQUAND et SEDALLIAN. — Méningite à méningocoques et à pneumocoques associés. Essais de traitement par l'optochine. *Lyon médical*, 1926, II, p. 664.

— Echecs de la sérothérapie anti-méningococcique. *Lyon médical*, 1929, II, p. 48.

NETTER et SALANIER. — Apparition du pneumocoque au cours du traitement de la méningite cérébro-spinale à méningocoques. Société médicale des hôpitaux de Paris, février 1917, p. 395, juin 1917, p. 789. *Archives de médecine des enfants*, 1917, p. 449.

ORTICONI. — La sérothérapie de la méningite cérébro-spinale. Soc. méd. des hôp. de Paris, 27 mars 1914, p. 607.

SAINTON et MAILLE. — Méningite cérébro-spinale à méningo et à pneumocoques. Soc. méd. des hôp. de Paris, 1915, p. 1279.

SAINT-ARROMAN. — De l'association de la tuberculose à la méningite cérébro-spinale. Thèse de Lyon 1910, inspirée par le Dr Chalier.

Mlle SERVAIS. — La méningite cérébro-spinale. Anomalies cliniques. Associations microbiennes. Thèse de Paris, 1918-1919.

P. TEISSIER. — 23 cas de méningite cérébro-spinale traités par le sérum anti-méningococcique. Soc. méd. des hôp. de Paris, 21 mars 1909, p. 941.

P. TEISSIER et J. REILLY. — Deux cas d'infection secondaire méningée au cours de la méningite cérébro-spinale à méningocoques. Congrès de médecine de Bruxelles, 1920.

VELASCO-BLANCO — Sur un cas de méningite méningo-pneumococcique. In *Arch. Americ. de médecine*, 1925, n° 1. Analysé in *Arch. mal. des enfants*, 1926, p. 485.

Contribution à l'étude du traitement de la fièvre typhoïde par la méthode des immuno-transfusions

par MM. Maurice VILLARET, L. JUSTIN-BESANÇON et Henri DESOILLE

L'immuno-transfusion, préconisée dans la fièvre typhoïde par F. Trémolières et Tzanck (1), consiste à pratiquer aux malades une abondante transfusion (300 gr.) de sang prélevé sur un donneur ayant eu la fièvre typhoïde, ou récemment vacciné contre cette affection. Particulièrement indiquée en cas d'hémorragie intestinale, cette méthode paraît donner de bons résultats, même lorsqu'elle est appliquée au traitement des fièvres typhoïdes non hémorragiques, comme l'ont montré F. Trémolières et Tzanck, P.-E. Weill (2) Hansch et Hartmann (3), Loeper, Lemaire et Soulié (4).

L'immuno-transfusion semble, d'ailleurs, être applicable à d'autres infections que celles à bacilles typhiques.

Nous avons récemment employé cette méthode pour traiter une paratyphoïde B extrêmement grave. Il s'agissait d'une surveillante de laboratoire qui, alors qu'elle pratiquait un séro-diagnostic, avait dégluti quelques gouttes de bouillon de culture. Les symptômes ressentis furent d'abord assez bénins, en sorte que la malade ne consentit à s'aliter qu'après le second septenaire, alors que l'affection était déjà sérieuse (et peut-être aggravée par une purgation malencontreuse). L'infection empira progressivement, se compliquant d'un foyer pleuro-pulmonaire. Lorsque la première transfusion fut pratiquée, au 35e jour de l'affection, l'état de la malade était considéré comme très précaire par tous ceux qui l'avaient examinée. Immédiatement après l'intervention, l'évolution se fit, au contraire, rapidement vers la guérison, l'amélioration de l'état général précédant très nettement de plusieurs jours la rétrocession du foyer pulmonaire. Nous avions, d'ailleurs, hésité à pratiquer une transfusion massive, mais les transfusions minimes et répétées, que nous avions préférées, nous ont donné le résultat satisfaisant que nous relatons ici :

OBSERVATION. — Mme B... surveillante, 44 ans, a été vaccinée contre le bacille d'Eberth en 1912. Elle est habituellement bien portante. Elle raconte avoir absorbé par mégarde, vers le 20 août 1930, *une petite quantité d'une culture de para B*. Quelques jours après cet incident, elle commence à ressentir une céphalée assez violente, et, environ *quinze jours après, elle se sent fébrile*. Deux hémocultures sont pratiquées, mais restent négatives. La malade pense alors qu'elle est atteinte de grippe : elle ne s'alite pas, ne suit pas de régime, se purge. Cependant, la température persistant, on revient à l'idée d'une fièvre typhoïde : un séro-diagnostic est pratiqué, il est négatif pour l'Eberth et le para A, mais positif au 1/200 pour le para B. Mme B., est hospitalisée dans notre service le 18 septembre 1931, soit *au début du troisième septenaire*.

(1) *Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 1930, p. 1606.
(2) *Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 1930, p. 1617.
(3) *Deutsch. med Wochenscher*, 1927, p. 2017.
(4) *Soc. méd. des Hôpitaux de Paris*, 1931 p. 1460.

BIBLIOGRAPHIE

J. K. Huymans, par Ernest Seillière. Un vol. Prix : 15 fr. Grasset, éditeur, 61, rue des Saints-Pères, Paris.

M. Ernest Seillière nous donne un remarquable portrait de Huysmans et une étude critique, comme on devait s'y attendre. Il a tâché de voir l'illustre écrivain tel qu'il fut et s'es tenu entre le blâme et l'éloge. Sans doute, il n'a pas une très vive admiration pour le converti, bien que la convertion fût sincère. « Je concéderai avec peine, dit-il, qu'il soit désirable que la chrétienté se compose de beaucoup de chrétiens de ce type ». Mais il a étudié son héros avec une haute conscience et une extrême perspicacité.

L'évolution psychiatrique, 2e série, n° 2. Un volume in-4 de 105 pages. Maloine, éditeur, 1931.

Il devient de plus en plus nécessaire au médecin pour la compréhension exacte des phénomènes psychopathologiques, et par suite pour l'institution d'une thérapeutique appropriée, d'être au courant des acquisitions les plus récentes. L'évolution psychiatrique remplit admirablement ce rôle : c'est un recueil toujours vivant et animé, et cette qualité tient essentiellement aux auteurs qui tous ont une compétence indiscutable, et chacun est invité à donner son avis sur un problème en cours.

Le Dr Codet présente des considérations basées sur un examen clinique méthodique, relatives aux émotifs et aux impressionnables. Il démontre que dans leur ensemble les états émotifs, à un degré normal ou excessif, peuvent être groupés en deux catégories où se trouvent enchaînés les mêmes modes de réactions bio-psychiques : il y a d'une part les émotifs à réactions vives, immédiates avec sympathicotomie et d'autre part les émotifs à réactions intérieures retardées ; les impressionnables avec vagotonie. Cette distinction n'a pas qu'un intérêt doctrinal, elle a en plus un intérêt thérapeutique puisqu'elle permet d'individualiser les modes de traitement et aussi d'exercer une action préventive.

Le Dr Guiraud a fait une analyse très fine et très utile au criminaliste de certains crimes homicides d'allure mystérieuse en apparence illogique, mais son action sur les « membres immotivés » projette une grande clarté sur ces faits en démontrant qu'il y a des motifs inconscients mais réels : il démontre en outre que seuls d'excellents cliniciens, dont il est un brillant représentant, peuvent discerner les subtilités psycho-pathologiques de ce genre.

Je signale un excellent mémoire du Dr Minkowski sur l'œuvre du regretté Mignard, exposé synthétique et critique prouvant la valeur des travaux de notre confrère et insistant sur la mentalité originale. A quoi est due la fatigue du neurasthénique ? A cette question le Dr Montassut donne une réponse d'autant plus précieuse qu'il éclaire la psychologie du malade à l'aide d'éléments médicaux, biologiques et chimiques. Il y a là une étude très neuve de la question permettant l'établissement d'une thérapeutique adéquate.

Mme Morgenstern, dont j'ai apprécié à plusieurs reprises les qualités de psychanalyste, a émis des pages remarquables sur la conception psychanalytique de la personnalisation. Cette notion très complexe et très troublante est dissociée grâce à une investigation méticuleuse.

De la généralité de ces signes et de leur exposé résulte un volume intéressant à juste titre tous les praticiens qui observent et réfléchissent.

G. Paul-Boncour.

L'Hallucination, par Pierre Quercy, médecin des asiles, ancien interne des hôpitaux de Paris, chargé de cours à la Faculté des Lettres de Rennes 2 vol. de la *Bibliothèque de Philosophie contemporaine*. Paris, Alcan. Tome 1 : *Philosophes et mystiques* : 40 francs. Tome 2 : *Etudes cliniques*, 60 francs.

Je doute que jamais traité aussi complet ait été publié sur l'*hallucination*. Docteur *ès lettres* et docteur *en médecine*, Quercy fait dans le tome 1 l'exposé critique des différentes philosophies qui ont traité de l'hallucination, dans le tome 2 l'étude clinique du phénomène.

Le premier volume est donc consacré à Platon, à Aristote, aux Sceptiques, à la Scolastique, à la Mystique, à Descartes, à Malebranche, à Hume et à Berkeley ; très particulièrement à Szinoza, à Leibniz, à Taine et à Bergson. Sainte-Thérèse est le sujet d'un chapitre très documenté.

Je n'ai pas besoin de dire que cette partie n'est de lecture facile que pour ceux qui, s'étant rendus maître de la philosophie métaphysique, sont aptes à juger des différents systèmes. J'ajoute que ceux-là y trouveront intérêt qui inclinent à penser que l'on peut trouver de la certitude dans l'étude d'une doctrine ou dans l'examen comparatif de différentes doctrines.

Dans le tome second, nous trouvons dans l'auteur un clinicien dont la virtuosité philosophique est mise au service de l'exposé et de l'interprétation des faits pathologiques.

Voici la liste des chapitres : *La foi des hallucinés — l'hallucination dans la perception — l'illusion du correcteur — l'audition colorée ; l'opsiphonie — l'illusion des amputés — Images consécutives et hallucinations ; auto-observation — l'eidétisme — neurologie de l'hallucination ; esthésie du rêve — les hallucinations toxi-infectieuses ; auto-observation — les hallucinations toxiques volontaires ; le peyol — l'hallucination auditive verbale — l'impulsion verbale — l'hallucination pseudesthésique — la négation de l'hallucination — opsiphilie et noéphène.*

Il suffit de parcourir ce sommaire pour concevoir la banalité dont ne peut manquer d'être toute bibliographie qui n'est pas une étude approfondie et de vaste étendue de l'ouvrage de P. Qercy.

Cet ouvrage très documenté, très consciencieux avec des parties originales est de ceux que l'on place dans sa bibliothèque pour y recourir à l'occasion. Inutile de dire que s'il appartient de droit à la bibliothèque du médecin, aucun médecin psychiatre ne peut se passer de lui.

Dr G. Saint-Paul (Espé de Metz).

Le 18 *septembre*, l'état est le suivant :

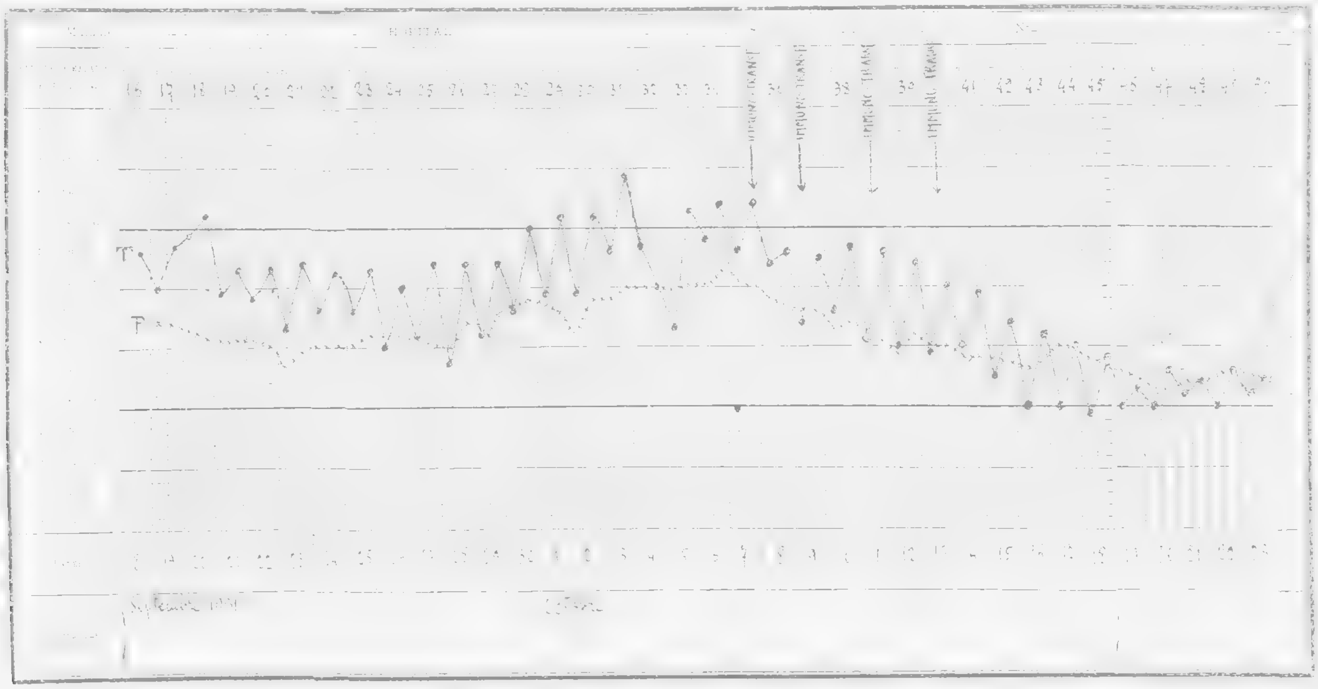
La malade est fatiguée, les yeux cernés, le facies amaigri et subictérique, mais elle est très présente à l'interrogatoire, et il n'y a pas de tuphos proprement dit. La langue est sèche. température : 39°6 ; pouls : 104 ; urines : 500 gr. L'abdomen, légèrement météorisé, n'est pas douloureux ; le foie et la rate sont normaux ainsi que les poumons. Il existe deux taches rosées discutables.

Les jours suivants, la symptomatologie se précise : la rate augmente de volume, quelques taches rosées, cette fois indiscutables, font leur apparition ; le pouls reste rapide, aux environs de 100, mais dissocié d'avec la température, qui oscille autour de 39°. Le rythme cardiaque devient fœtal. La tension est basse (5 1/2-9 au Lian). Le 25 septembre, la malade rend par l'anus un peu de sang, dont l'origine est douteuse, car il existe un paquet hémorroïdaire.

La température baisse désormais franchement et d'une façon régulière, la tachycardie diminue, le rythme fœtal disparaît, le pouls devient dicrote, la courbe urinaire se relève, l'aspect général de la malade est incomparablement meilleur.

Cette évolution ne paraît pas due à la rétrocession du foyer pulmonaire. Le 12 octobre, en effet ce dernier continue à évoluer : en arrière et à droite, on constate, outre la submatité et les sous-crépitants, de la pectoriloquie aphone et surtout de l'égophonie, qui font penser à la possibilité d'une lame liquidienne. Une ponction exploratrice, cependant, reste négative. Ce foyer rétrocède, d'ailleurs, les jours suivants.

A partir du 19 octobre, la température vespérale est presque normale ; le pouls reste au dessous de 90 ; la diurèse avoisine deux litres ; la tension remonte progressivement. On peut rapidement augmenter le régime de la malade, qui engraisse et dont les forces reviennent de jour en jour.



A partir du 30 septembre, l'état s'aggrave progressivement : la malade, toujours normale psychiquement, est de plus en plus fatiguée et amaigrie. La température vespérale dépasse maintenant 40° ; le cœur bat toujours suivant un rythme fœtal aux environs de 110 ; la tension est de 5,5-9,5. Seul le volume de l'urine est meilleur : il avoisine 2 litres.

Le 3 octobre la température vespérale atteint 40°9.

Le 4 octobre au matin, on perçoit pour la première fois un foyer de râles sous-crépitants à la base droite.

Le 5 octobre au matin, la température est tombée à 38°3. Cette chute thermique en droite ligne n'est pas pour rassurer, alors que les traits de la malade se tirent de plus en plus, que le pouls reste à 120, avec égalisation des deux bruits du cœur, alors que la tension est à 5 1/2-7 1/2, que le volume des urines est retombé, à 700 gr. et que le foyer pulmonaire persiste (submatité, sous crépitants et frottements). Le soir, la température remonte à 40°,3.

Le 7 octobre, l'état est extrêmement grave : la malade, pâle, les traits tirés répond à peine aux questions. La température oscille autour de 40° ; le pouls est à 120, mal frappé. *C'est alors que, dans la soirée on transfuse à la malade 50 cmc. de sang, prélevé sur un donneur universel ayant été vacciné deux mois auparavant.*

Le lendemain, la température vespérale s'abaisse, et, le surlendemain matin, l'état de Mme B. peut être considéré comme nettement amélioré. La fièvre est, en effet, tombée à 38°4 ; mais, surtout, la malade se sent mieux, parle avec plus de force ; les traits sont plus colorés, moins tirés, le pouls mieux frappé, à 110. Le foyer pulmonaire, cependant, n'est pas en régression : peut-être les râles sont-ils moins marqués à la base, mais les frottements sont étendus à la partie moyenne de la plèvre droite.

L'immuno-transfusion est renouvelée tous les deux jours (quatre *immuno-transfusions, au total*) ; le résultat de la première ayant été très remarquable, nous nous contentons de transfusions de 50 cmc. chaque fois.

Il est, sans doute, toujours difficile de se faire une opinion sur la valeur de la thérapeutique employée contre une affection dont la marche est aussi irrégulière que la fièvre typhoïde. Cependant, dans le cas que nous venons de citer, l'évolution se modifia avec une telle brusquerie qu'il est difficile d'admettre une pure coïncidence. Il ne s'agissait, pas en tout cas, de la régression spontanée du foyer pleuro-pulmonaire, qui continua à évoluer.

Il semble donc bien que la guérison de notre malade ait été nettement déclenchée par la méthode des immuno-transfusions.

L'hétéro-hémothérapie dans le traitement de l'asthme infantile. — A. Faure (*Th. de Paris*, 1931) dans le traitement de l'asthme infantile, préconise l'hétéro-hémothérapie avec le sang maternel ou paternel. L'A. fait une série de douze injections et injecte chaque fois, — à 3 ou 4 jours d'intervalle — 10 à 15 cmc. de sang non citraté. Une quantité de 4 à 5 cmc. de sang, lorsqu'on ne peut pas en obtenir davantage, paraît également efficace.

« . . . . Je suis appelé n'importe quand, n'importe où — pour combattre la fièvre et ramener le sommeil, abréger les affres de l'asphyxie, desserrer la morsure de la douleur, arrêter le sang qui fuit, arracher de l'imagination des mères, le spectre de la méningite. Je remets en place les os fracturés. J'épie le cancer à ses débuts. A la campagne, je libère l'intestin étranglé. De moi, on dit parfois : « Le petit Machin, tout de même, il avait vu juste ! » *Je suis le petit médecin. . .* » (Charles Rey. *Comptez 444 ou La médecine vraisemblable.* (1 vol. Les Œuvres représentatives, 41, rue de Vaugirard, Paris, 1932.)

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Maladies infectieuses

La doctrine de Bokay établissant un rapport étiologique étroit entre le zona et la varicelle n'est pas acceptée par tous les auteurs, notamment par Comby. L'auteur rapporte une observation qui plaide en faveur de l'existence des zonas varicellogènes et conclut en disant :

1° Les épidémies hospitalières intérieures de varicelle se développant dans les milieux exposés (asiles ou services d'enfants, etc.) peuvent reconnaître pour cause non seulement l'importance de cette infection du dehors, mais dans certains cas le zona surgissant (quelquefois sans cause déterminée) dans l'établissement même.

2° En se basant sur notre observation et en tenant compte des données analogues recueillies dans la littérature médicale, on peut considérer la doctrine de Bokay établissant un rapport étiologique étroit entre le zona et la varicelle comme fondée, au moins pour un certain groupe de zonas.

3° La liaison étiologique existant entre le zona et la varicelle témoigne en outre (en dehors des autres considérations) en faveur de la nature infectieuse du zona.

(P. J. Braslawsky de Kiew (U. R. S. S.). Sur une épidémie hospitalière de varicelle liée au zona. *La Presse médicale,* 14 novembre 1931.)

Appareil circulatoire

Le problème du traitement chirurgical de l'angine de poitrine se pose angoissant à tous les médecins. Quelles sont les indications du traitement chirurgical dans l'angine de poitrine ? Voici les conclusions de MM. Pierre Mauriac et Pierre Broustet :

« 1° Un malade présentant des crises peu fréquentes, peu intenses, bien calmées par le traitement médical ne doit pas être encouragé à courir les risques d'une intervention.

2° Quand les crises sont fréquentes, quand le malade ne peut faire le moindre effort sans ressentir l'étreinte angineuse, quand le traitement médical se montre impuissant à modérer et à espacer ces crises, quand le malade est condamné à l'immobilité et à l'inaction du fait de sa maladie, alors on doit lui faire envisager la possibilité de le guérir, sans rien lui cacher des risques qu'il court : risques opératoires, mais sédation de la douleur, s'il se fait opérer ; risque de mort subite avec une existence douloureuse s'il refuse l'opération.

3° L'angor d'effort avec conservation d'une bonne valeur fonctionnelle du cœur paraît la forme la plus favorable pour la décision opératoire ; encore mieux devront être confiés au chirurgien les malades chez lesquels on découvre quelques symptômes (tachycardie, hypertension) permettant de soupçonner l'intervention du réflexe presseur.

4° L'intervention chirurgicale doit être rejetée pour tous les angineux présentant de l'insuffisance cardiaque. La radioscopie et l'électrocardiograpie peuvent être d'un grand secours : il ne faut pas faire courir le risque opératoire à des sujets dont les cavités cardiaques sont dilatées, pas plus qu'à ceux dont l'électrocardiogramme est, en dehors des crises, considérablement modifié ; par elles-mêmes, ces anomalies sont l'indice de lésions importantes et entraînent un pronostic sévère : la chirurgie pourra peut-être supprimer la douleur: elle n'empêchera pas l'insuffisance rapide du muscle très altéré.

5° Les sujets en état de mal angineux, et qu'aucune thérapeutique ne parvient à calmer, doivent-ils être confiés au chirurgien ? Nous ne le pensons pas, car l'état de mal angineux relève souvent de l'infarctus du myocarde : l'electrocardiogramme mettra alors en évidence l'onde T anormale, dite onde coronarienne ; il est tout fait à vain d'opérer des sujets porteurs d'une telle lésion.

6° Peut-on opérer de grands hypertendus atteints d'angor ? Sans doute, à condition que leur hypertension ne soit pas, par elle-même, une menace imminente pour le malade. Ainsi de jeunes sujets, gros hypertendus, risqueraient de retirer de l'intervention un bénéfice tout passager. Des malades plus âgés pourraient au contraire relever de la chirurgie ».

Résultats du traitement chirurgical. — On enregistre 60 % d'améliorations très appréciables. Dans 30 % des cas, le résultat est médiocre. La mortalité opératoire n'atteint pas 10 %.

Résultats éloignés. — « Tous les chirurgiens signalent des succès datant de cinq ou six ans. Mais personne ne dit la proportion de ces succès, le nombre des échecs ».

(Pierre Mauriac et Pierre Broustet, de Bordeaux. La pathogénie de l'angine de poitrine. Les principes et les indications de son traitement chirurgical. *Paris médical,* 14 novembre 1931.)

Varia

Chez un malade présentant une obstruction complète de l'œsophage, à la suite de l'ingestion d'une solution de potasse, Bordier (de Lyon) a obtenu un résultat remarquable par la diathermie à distance, résultat d'autant plus remarquable qu'il y avait plus d'un mois que l'œsophage était obstrué par l'escarre, qui avait créé un obstacle infranchissable, empêchant le passage des liquides. Après quatre jours de traitement — deux séances de diathermie par jour, de 25 à 30 minutes, intensité variant entre 1000 et 1500 milliampères — le malade commença à s'alimenter, en plus du lait qui lui était versé par la sonde stomacale, en absorbant de l'eau sucrée, du lait battu avec des œufs, du café au lait, etc.

« La rapide amélioration qui a suivi les applications de la diathermie provient certainement dit Bordier, des modifications produites sur l'escarre par l'hypérémie active de la région d'une part et aussi par l'échauffement diathermique des tissus lésés par la potasse ».

(H. Bordier. Action remarquable de la diathermie à distance dans un cas d'obstruction complète de l'œsophage. *Paris médical,* 10 octobre 1931.)

***

Il y a quelques années, le Prof. Weill, de Lyon, attribuait la répugnance de certains nourrissons pour les aliments à un spasme douloureux du pharynx. Actuellement, les biologistes incriminent surtout une carence alimentaire. On peut rapprocher le syndrome de pharyngo-spasme décrit par le Prof. Weill d'un accident observé par Karr chez le jeune rat. La privation de vitamines B provoque chez le petit animal un spasme des muscles masticateurs qui l'empêche de téter. Quand on introduit des vitamines B dans son œsophage à l'aide d'une sonde, il est mis rapidement en état de desserrer les dents et de s'alimenter. Le syndrome de spasme pharyngé du nourrisson est peut être lié à une carence alimentaire et plus particulièrement à un déficit en vitamines B.

(René Mathieu et Edgar Leroy. Le traitement des anorexies de cause névropathique chez le nourrisson. Le *Bulletin médical,* 24 octobre 1931.)

***

Une bonne anesthésie, non pas seulement locale, mais générale, et autant que possible psychique, constitue un élément essentiel de la prévention du choc. Ce n'est point là une notion nouvelle. Mais il n'est certes pas inutile de la mettre en évidence une fois de plus.

(P. E. Morhardt. Nouvelles recherches sur le choc. *La Presse médicale,* 23 septembre 1931.).

***

Le symptôme caractéristique de la contracture douloureuse du trapèze, d'*origine statique* est la constatation de la « corde » des chefs claviculaires du trapèze. Tous les muscles postérieurs de la nuque participent à cette contracture, tous sont douloureux à des degrés divers. Le trapèze n'est que le témoin le plus visible de l'atteinte des muscles extenseurs du cou. C'est entre deux doigts qu'on apprécie le mieux la tension du trapèze. « On met un doigt sur la nuque pendant que l'autre s'enfonce dans le creux sus-claviculaire pour palper les bords des trapèzes. On peut juger ainsi le degré de contracture ; dans les formes légères du syndrome, c'est le seul symptôme qui puisse être mis en évidence, En tous cas, cette contracture est constante, on ne la trouve jamais en défaut, sauf après un traitement convenable : sa disparition annonce la guérison ».

En présence d'un véritable syndrome de contracture douloureuse du trapèze, la question essentielle qui se pose est la suivante : s'agit-il de la contracture symptomatique d'une lésion osseuse sous-jacente, ou bien est-ce une contracture du trapèze d'origine statique ?

(G. Huc et Van der Horst. La contracture douloureuse du trapèze. *Paris médical,* 10 octobre 1931.)

Certains malades ayant entendu parler de la kola fraîche comme d'un aphrodisiaque énergique, il sera bon, pour les mettre à l'abri des remords possibles de leur conscience, de leur expliquer que ce médicament n'exerce pas sur les facultés génésiques d'action plus élective que toute autre substance destinée à relever le tonus normal de l'organisme et à en assurer l'équilibre physiologique.

(Henri Leclerc. La noix de kola fraîche et son mode d'emploi. *La Presse médicale*, 14 novembre 1931.)

***

Nous croyons pouvoir conclure avec Lecène que «les thrombo-phlébites, soi-disant produites par l'effort ou par un traumatisme indirect minime, ne sont que des thrombo-phlébites latentes d'origine infectieuse, révélées par cet effort ou ce traumatisme indirect, que les observations publiées montrent avoir été presque toujours insignifiant». Et encore, «la phlébite par effort doit rejoindre l'orchite par effort dans le casier des pathogénies actuellement non démontrées et très probablement imaginaires».

Y a-t-il lieu, à côté de l'infection, de faire intervenir certaines *intoxications*, en particulier le saturnisme, comme cause éventuelle de ces thrombo-phlébites ? La chose est possible, mais n'est pas établie d'une façon certaine.

(Ch. Lenormant. Sur la prétendue thrombo-phlébite par effort. *La Presse médicale*, 14 novembre 1931.).

***

Lorsqu'un malade vous demande une spermoculture, il faut l'envoyer suivant qu'il désire un résultat positif ou bien négatif au laboratoire qui obtient 80 % de réponses positives ou bien à celui qui en donne seulement 3 % de positives.

(Leçon clinique du professeur Legueu. (*Journal des Praticiens*, 14 novembre 1931.)

***

Lorsqu'on examine un malade atteint d'une épididymite tuberculeuse à une phase aiguë, on peut facilement poser un diagnostic erroné, celui de l'épididymite blennorragique. Notez que l'épididymite blennorragique peut apparaître très tardivement, et d'un autre côté que les tuberculeux peuvent avoir un écoulement par l'urèthre, mais cet écoulement est peu abondant.

(Leçon clinique du professeur Delbet. (*Journal des Praticiens*, 14 novembre 1931.)

***

L'Œuvre cite le cas de cette essayeuse de grand couturier aux épingles tenues en la bouche avariée, et dont une pique une cliente et la contagionne.

(Dr Foveau de Courmelles. *J. des Praticiens*.)

***

Avant toute opération endo-nasale comportant une section et la formation d'une tranche cruentée laissée ouverte, il faudra s'enquérir de la coagulabilité sanguine et, en cas de retard, appliquer un traitement préventif pendant quelques jours au paravant, Lechlorure de chaux, les sérums coagulants sont la base de ce traitement. De plus, la prolongation du tamponnement pendant deux jours sera souvent une bonne mesure de sécurité.

(L. Dufourmentel. Sur quelques complications des petites opérations nasales. *Paris médical*, 5 septembre 1931.)

***

Personnellement, je soutiens qu'à part l'intestin, il doit y avoir d'autres portes d'entrée des amibes mais, même en acceptant uniquement la porte d'entrée admise par tout le monde, autrement dit l'intestin, il faut admettre en pareil cas que l'intestin n'a servi que comme porte d'entrée, *sans produire alors des lésions importantes*, un *chancre amibien nain*, voire même une simple perte de continuité, une érosion de la muqueuse, un simple parasitisme cellulaire comme nous le croyons et comme l'ont démontré expérimentalement Job et Hirstman, en tout cas des lésions intestinales insignifiantes qui n'ont pas été traduites par le syndrome clinique de la dysenterie.

(M. Petzetakis. Amibémie et abcès amibien primitif du poumon sans dysenterie. «La forme amibémique de l'abcès du poumon». *Paris médical*, 12 septembre 1931.)

V. G.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 4 décembre 1931

Traitement de l'hypertrophie de la prostate par la section des canaux déférents. — *M. J. Mock* communique les bons résultats obtenus par la vasectomie. Si toutes ses préférences vont à la prostatectomie, il pense que la vasectomie doit garder une place dans la thérapeutique chirurgicale, et toujours se faire en cas de contre-indication de la prostatectomie ; on devra l'associer à la radiothérapie lorsque celle-ci est pratiquée. On peut espérer beaucoup d'elle comme opération préventive. Ses résultats s'appuient sur les données de la physiologie simple, pathologique et comparée.

Rupture d'un isthme tubaire avec hématocèle cataclysmique, coïncidant avec une grossesse utérine qui va ensuite à terme. — *M. Barbet* apporte une observation où la concomitance de deux grossesses, l'une utérine, l'autre extra-utérine a été établie par le fait que l'une d'elle a été menée à terme alors que l'autre, interrompue a nécessité une intervention d'urgence.

Fracture bi-malléolaire vicieusement consolidée. — *M. A. Trèves* présente une malade de 25 ans chez laquelle il a pratiqué la réduction sanglante de cette fracture quatre mois et demi après l'accident. Le résultat est excellent ; mais, dans la majorité des cas, l'auteur pense qu'il faut faire l'astragalectomie. Il s'élève contre l'ostéosynthèse. Pour éviter les consolidations vicieuses il faut réduire sous écran et appliquer une botte plâtrée circulaire en hypercorrection.

Fractures de Dupuytren vicieusement consolidées. — *M. R. Massart* croit que l'astragalectomie avec ostéoclasie du péroné pour le remettre en bonne position est l'opération de choix, celle qui laisse un pied mobile, en bonne position permettant la marche et l'appui. La voie d'abord, dorsale, préconisée par Chaput, trouve ici son indication.

A propos du traitement des fractures bi-malléolaires vicieusement consolidées. — *M. Judet* a opéré trois cas de fractures bi-malléolaires basses consolidées en valgus. Après ostéotomie des deux malléoles à ciel ouvert, la subluxation en dehors de l'astragame se réduit en tordant fortement le pied en varus. Plâtre dans cette position en varus pendant quarante jours. Ensuite, appareil de marche. Le résultat a été très bon dans deux des cas opérés ; chez le troisième il y a une raideur persistante du cou-de-pied. L'auteur rapporte un cas de fracture de Dupuytren type, consolidée, qu'il a opérée six mois après l'accident. Après astragalectomie, le pied n'a pu être remis en position normale ; il a fallu réséquer l'extrémité inférieure du tibia sur une épaisseur de 1 cm. Le résultat a été des plus favorables ; non seulement le pied est resté en bonne place mais la néarthrose tibio-calcanéenne a récupéré une grande quantité de mouvements. La marche est facile et indolore. (Résultat vieux de sept ans.)

Invagination sigmoïde rectale. — M. *Hautefort* à propos d'une pièce qu'il a déja présentée nous indique qu'il s'agissait d'une tumeur villeuse typique, sans indice d'évolution maligne.

Séminome des deux ovaires. — *M. Muller* (de Belfort) communique l'observation d'une femme de 66 ans à laquelle il a enlevé des tumeurs kystiques solides des deux ovaires que l'examen histologique a montré d'être des épithéliomes germinatifs ou séminomes.

Epithélioma kystique mucoïde de l'ovaire, d'origine wolfienne à pédicule tordu. — *M. Muller* (de Belfort) communique l'observation d'une malade de 44 ans qu'il a opérée d'un kyste de l'ovaire gauche dont le pédicule était tordu à 180° dans le sens des aiguilles d'une montre. La tumeur, pesant 2175 grammes était formée de sept poches à contenu liquide et d'une partie solide. L'examen histologique montra un stoma de tissu conjonctif à ramifications variées et des épithéliums

nombreux, cylindriques ou polyédriques, en papilles ou en tubes. L'auteur insiste sur la nécessité, pour éviter les récidives, d'extirper ces tumeurs avec précaution et de sectionner le pédicule le plus loin possible.

Deux cas de fracture de Dupuytreen. — *M. Pérard* (de Casablanca) communique deux observations de fractures de Dupuytren traitées l'une par la méthode sanglante, l'autre par un pareil plâtré avec bon résultat.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 décembre 1931

Résection segmentaire de la trompe utérine. — *M. Leveuf,* dans un cas, a enlevé un pyosalpynx d'un côté et de l'autre a fait une résection segmentaire de la trompe suivie d'une anastomose bout à bout. A l'heure actuelle, la malade a une grossesse qui est près du terme. L'examen histologique du segment réséqué a montré la présence de villosités chariales.

Des tentatives analogues ont été faites dans des salpingites.

Ligature de la carotide primitive. — *M. Lecerclé* (de Damas ; *M. Houdard* rapporteur. — Sujet de 25 ans ayant reçu un coup de poignard dans la région gauche du cou. Accidents immédiats peu importants.

Le blessé est vu trois heures après l'accident. Pas d'hémorragie, pas d'hématome diffus. Hémostase temporaire de la carotide par un fil. Il existe sur la carotide primitive un orifice circulaire de la grosseur d'une lentille. Double ligature au-dessus et au-dessous de la perte de substance. Parésie légère du membre inférieur du côté opposé à la lésion. Seize jours après, il ne reste que de très minimes séquelles qui disparaissent d'ailleurs complètement en quatre mois.

Abcès osseux. — *M. Martin* rapporte une observation de *M. Marcel Faure* (de Limoges). Après une arthrite suppurée de l'epaule à staphylocoques, un jeune homme présente des douleurs au niveau du talon. Huit mois apres on decouvre à la radio un abcès du calcanéum, que l'on ouvre par trépanation de l'os. Guérison presque complète en six semaines ; à ce moment, il se met à souffrir du fémur et on diagnostique un abcès du fémur. A l'intervention on trouve une cavité avec du liquide rougeâtre que l'on évacue.

Invagination intestinale de la deuxième enfance. — *M. Leroy* (de Montluçon) fit le diagnostic d'appendicite. A l'intervention, il trouve un appendice parfaitement sain ; mais il découvre une invagination sous-hépatique iléo-colique. La désinvagination n'est pas possible. Hémicolectomie. Guérison.

Arthrodèses de la hanche pour coxalgie. — *M. Sorrel* rapporte un travail de *M. Félix Bérard* (de Lyon).

Les malades ont été opérés soit pour des séquelles de la coxalgie, soit pour des coxalgies en évolution (adultes) soit pour des coxalgies en fin d'évolution (enfants). Il a fait des arthrodèses para-articulaires (technique d'Albee et de Sorrel, des arthrodèses juxta-articulaires (technique de Mathieu et de Wilmoth) et enfin des arthrodèses mixtes (technique de Sorrel).

Dans la première classe d'opérations, l'auteur insiste sur la fixation très forte du greffon qui est nécessaire du côté du grand trochanter. Dans la deuxième classe, il insiste sur le détachement du volet iliaque par la scie électrique. Enfin pour l'arthrodèse mixte, il préfère l'incision de Smith-Petersen à la tabatière d'Ollier.

Dans les séquelles de coxalgie, il a fait quatre arthrodèses juxta-articulaires et cinq mixtes et donne la préférence à l'arthrodèse juxta-articulaire ou mixte.

Dans les coxalgies en évolution, il a fait une fois l'arthrodèse juxta-articulaire et cinq fois l'arthrodèse para-articulaire. La première fois il a ouvert un abcès, aussi a-t-il abandonné cette technique pour l'arthrodèse para-articulaire, qui lui reste loin de l'articulation.

M. Sorrel relate ensuite un mémoire de *M. Coureaud* (de la marine).

L'observation de M. Coureaud concerne une coxalgie en évolution de l'adulte pour laquelle il a fait une arthrodèse avec un bon résultat. M. Coureaud s'est basé, pour connaître le moment importun de l'opération, sur la réaction de Vernes à la résorcine ; celle-ci paraît avoir un grand intérêt.

Infections localisées aux espaces celluleux de la loge palmaire médiane. — *M. Cadenat* rapporte un travail de *MM. Iselin* et *Evrard*. Ils ont réussi à mettre en évidence plusieurs localisations : en arrière des tendons, ou en avant des tendons (mais en arrière de l'aponévrose), ou encore dans les logis commissurales.

Résection diaphysaire dans les ostéomyélites aiguës. *M. Leveuf* résume la discussion en cours et rappelle que l'os ne se régénère pas si le périoste a été détruit par la suppuration.

A propos de la fracture de Monteggia. — *M. Fredet* montre que chez l enfant la réduction est en général possible, mais chez l'adulte, l'opération est souvent indispensable. Il montre que la luxation est tout : il faut donc réduire d'abord la tête du radius avec section du ligament annulaire avant de s'occuper du cubitus.

De plus M. Fredet insiste sur le mauvais pronostic éloigné de cette lésion.

Luxation ancienne du carpe traitée par la résection. *M. Proust.*

Placentome du testicule diagnostiqué par la réaction de Zondek et Ascheim. — *M. Chevassu.*

G. Menegaux.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 11 décembre 1931

« Portraits d'ancêtres médicaux ». — *M. P. Gallois* remet à la Société une plaquette contenant des notes d'un médecin de 1844 sur divers professeurs de la Faculté de cette époque.

Timbre-test pour cuti-réaction. — *M. Kfouri* décrit et presente un procédé par lequel on peut réaliser l'imprégnation locale suffisante et efficace du derme par la tuberculine au moyen de l'application suffisamment prolongée d'un timbre-test tuberculinique individuel. Ces timbres-tests sont constitués par des carrés de papier buvard de très petites dimensions convenablement imbibés de vieille tuberculine de Koch non diluée, stérilisés et conservés aseptiquement à l'abri de l'air et de la lumière dans de petits tubes de verre.

Les articulations mal ajustées. — *M. Massart* groupe sous ce nom une serie de lésions articulaires osseuses ou cartilagineuses dont il présente de nombreux exemples. Ces déformations articulaires, qui troublent l'exact jeu de l'articulation, peuvent reconnaître des causes très diverses : des lesions congénitales ou obstétricales, des maladies de la croissance, des lésions traumatiques, et enfin toutes les maladies constitutionnelles qui altèrent la forme du joint articulaire.

L'auteur a cru intéressant de grouper des lésions de causes diverses mais dont le syndrome clinique est particulièrement spécial, et dont l'aboutissant commun est l'arthrite déformante.

Action préventive de la pancréatine contre les accidents sériques. — *M. Legrand.* — L'action de la pancréatine contre les accidents sériques est probante, à condition de l'employer à temps, à doses suffisantes et pendant un temps suffisamment prolongé, et surtout d'utiliser un produit de bonne qualité, c'est-à-dire satisfaisant rigoureusement aux essais du Codex.

La valeur diagnostique du « début récent » dans le cancer de l'estomac. — *MM. Maurice Delort* et *Jean Blanc-Champagnac* font du « début récent » l'un des signes cliniques des plus importants du cancer gastrique.

Cette notion leur a permis de poser ce diagnostic, ou du moins de le soupçonner dans nombre de cas où il était permis d'hésiter, lorsque la jeunesse, le bon état général, le chimisme ou la radiologie paraissaient donner des indications opposées.

Elle a permis aussi d'orienter vers le diagnostic d'ulcus, des troubles chez des gens âgés ou en mauvais état général.

Remarques sur le mucus gastrique pathologique. — *M. Pron* (d'Alger) présente quelques observations interessantes à ce sujet.

P. Prost.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 décembre 1931

Amylose expérimentale. — *MM. Ch. Achard, J. Verne, M. Bariéty* et *A. Codounis* rappellent les resultats qu'ils ont déjà obtenus en provoquant l'amylose chez le chien par les injections intraveineuses de caséinate de soude en solution à 5 %.

Seuls sont touchés le foie et la rate. Le rein reste indemne. Dans la rate la substance amyloïde siège surtout dans les cordons de Billroth, de la pulpe rouge, accessoirement dans les trabécules fibreuses. Dans le foie on note trois localisations : l'espace porte, les capillaires parenchymateux du lobule, enfin les cellules hépatiques elles-mêmes.

Il semble qu'une perturbation de l'équilibre protéidique et lipidique du sang soit à la base de ces dépôts amyloïdes : abaissement de la globulinémie après une élévation transitoire ; abaissement du taux des acides gras.

Guérison d'un cas d'ostéite fibro-kystique généralisée de Recklinghausen par parathyroïdectomie. — *MM. Mathieu-Pierre Weil, L. Langlois, A. Dragomiresco* ont observé un cas de maladie de Recklinghausen évoluant depuis cinq ans et suffisamment avancé pour que le squelette soit complètement décalcifié.

L'état de la malade était assez grave pour rendre impossible tout mouvement ; le moindre deplacement passif ne pouvait plus se faire sans qu'une fracture ne survienne. La perte calcique journalière était de 6 grammes.

Une parathyroïdectomie pratiquée par M. Leriche permit tout à la fois de découvrir deux volumineux adénomes des parathyroïdes inférieurs et d'extirper l'un d'eux.

Quarante-huit heures après l'intervention, sans que la malade n'eut à souffrir d'accidents de tétanie, la calcémie était redevenue normale et l'effondrement de la calciurie témoignait d'un changement complet de son métabolisme. Le bilan calcique était redevenu très nettement positif.

En même temps, tous les symptômes généraux et fonctionnels se transformaient. Le faciès se recolorait, le pouls se ralentissait, la tension artérielle s'abaissait, les forces renaissaient.

La consistance de la peau était redevenue normale et les nodosités tibiales ne tardaient pas à se résorber.

L'exploration radiologique montrait une récalcification du squelette.

Election du bureau de la Société pour l'année 1932. — Président : M. M. Labbé ; vice-président : M. Apert ; secrétaire général : M. Rivet ; secrétaires annuels : MM. Coste et Decourt.

M. Rivet, secrétaire général, prononce l'éloge funèbre des membres de la Société décédés pendant l'année. M. VALENTIN.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 décembre 1931

L'évolution des idées dans le domaine de la pathogénie, de l'étiologie et du traitement de l'asthme à « épine respiratoire » d'origine microbienne. — *M. Haibe.* — La tuberculose n'est facteur étiologique de l'asthme que dans un nombre restreint de cas et la syphilis n'intervient qu'exceptionnellement, tandis que les affections inflammatoires de l'arbre aérien jouent un rôle étiologique de premier plan.

M. Haibe a dressé l'inventaire bactériologique des sécrétions naso-pulmonaires de nombreux asthmatiques et a été amené à incriminer, à titre principal, deux espèces microbiennes, le staphylocoque et le streptocoque hémolytique, le premier, comme agent le plus souvent responsable de l'épine nasale, le second comme provocateur habituel de l'épine pulmonaire.

Le drame de Lubeck et le B. C. G. — *M. Léon Bernard* communique le résumé des rapports des experts du Reich, le Prof. Ludwig Lange et le Prof. Bruno Lange. Ces deux bac-

tériologistes se sont livrés à de minutieuses recherches sur les origines du drame de Lubeck, recherches qui ont abouti à mettre complètement hors de cause le B. C. G.

De leurs conclusions il résulte que voisinaient les cultures de B. C. G. et une souche de bacilles humains. Les décès des nourissons sont liés à la présence dans le soi-disant vaccin de bacilles humains virulents.

Elections. — M. Souques est élu vice-président pour 1931 par 63 voix sur 64. MM. Siredey et Hartmann son nommés membres du Conseil.

NOTES DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

Guérison d'un cas de tétanos généralisé par la sérothérapie spécifique intra veineuse

Dans le traitement du tétanos, MM. E. Leenhardt, J. Chaptal et P. Mas ont toujours été satisfaits de la sérothérapie intraveineuse qu'ils jugent préférable aux autres méthodes de traitement.

Les auteurs présentent le sixième cas de tétanos (*S. des S. M. et B. de Montpellier*) guéri par ce mode de traitement. Il s'agit d'une fillette de 6 ans, qu'ils ont commencé à traiter au quatrième jour d'un tétanos généralisé. Ils ont pratiqué des injections de sérum antitétanique purifié. 890 cmc. de sérum ont été injectés, la moitié par voie intra-veineuse, la moitié par voie sous-cutanée.

Reflexe oculo-cardiaque et anesthésie

MM. Pascalis et Garrelon (*XLe Congrès français de chirurgie*) attirent l'attention sur l'utilité de la recherche du réflexe oculo-cardiaque, pour savoir d'avance les réactions du malade à l'anesthésie.

Lorsque la compression de l'œil entraîne un ralentissement du pouls, on peut compter sur une bonne anesthésie. Dans le cas contraire, on a affaire à un malade rebelle, mais qu'on peut d'ailleurs rendre docile par une injection préalable de 1/2 milligr. de salicylate d'ésérine. Mais il faut se méfier aussi des trop grands réceptifs (bradycardie exagérée) auxquels il sera bon d'injecter un peu d'atropine avant l'opération.

Le traitement du zona par le vaccin antistaphylococcique

M. Craps (*Société clinique des Hôpitaux de Bruxelles* 10 octobre 1931) injecte du vaccin antistaphylococcique aux malades atteints de zona.

Pour l'auteur, qui a traité ainsi une cinquantaine de cas, cette thérapeutique accélère notablement la phase douloureuse.

Paralysies à distance dans le zona.

MM. M. Favre, J. Dechaume et Romand-Monnier (*S. M. des Hôp de Lyon*, 30 juin 1931) rapportent l'observation d'une malade qui au cours d'une éruption zonateuse lombo-abdominale droite présenta une paralysie radiculaire supérieure incomplète du plexus brachial droit sans troubles trophiques ou sensitifs dans le territoire correspondant. Cette paralysie d'origine zonateuse à distance de l'éruption ne peut s'expliquer que par l'extension à la moelle des lésions dues au virus du zona.

Le traitement de l'ankylostomiase par le chloroforme

Le mélange chloroforme-huile de ricin (6 gr. de chloroforme pour 30 gr. d'huile de ricin) préconisé par Ceresoli en 1925, dans le traitement de l'ankylostomiase, a été expérimenté par Cavagliano (*Gazetta degli Ospedali e dell ctiniche*, 5 avril 1931) qui en ont obtenu de bons résultats. Désinfestation certaine après deux ou trois doses, rarement plus, dit l'auteur. Possibilité de réduire à trois ou quatre jours l'intervalle entre chaque prise. Pas de difficulté à faire accepter le mélange par le malade, qui après un sommeil plus ou moins long, peut être alimenté aussitôt. Méthode inoffensive.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter, en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place ».

MONTAIGNE.

Valeur éducative de l'enseignement de l'histoire de la médecine. — *Passage extrait de la leçon inaugurale de M. le Professeur Laignel-Lavastine :*

« ... : L'humanisme médical et scientifique, tel que je viens d'en donner des exemples, n'est qu'une étape vers les hauteurs, pour y saisir la primauté du spirituel.

La valeur éducative de l'enseignement de l'histoire de la médecine me paraît ainsi double : pour le professeur lui-même et pour ses auditeurs.

Pour le professeur, c'est l'occasion de la marche à la pensée, allégée du quotidien, hors de la lumière et du bruit, dans l'intimité de soi-même ; euphonie du fonctionnement normal d'une faculté qui se plaît au travail.

Dans la nuit solitaire l'âme entend le silence.

Pareille méditation ouvre les sources du cœur, qui se répand en bonté sur les élèves et les malades :

Sur les élèves, en leur faisant aimer pour apprendre et sur les malades, en leur donnant au moins l'espérance, quand, hélas ! est vrai le mot de Pétrone : *Medicina, nihil aliud est quam animi consolatio.*

Le professeur animateur, éducateur, directeur intellectuel et cordial, Trousseau jadis en a crayonné la silhouette.

« Il doit se faire, dit-il, entre les élèves et le maître une sorte d'échange, dans lequel les premiers reçoivent la plus grande part, dans lequel pourtant le maître lui-même trouve à gagner quelque chose.

« Que de fois ces jeunes et ardentes intelligences ont ranimé mon esprit vieillissant, m'ont montré des horizons nouveaux ! Que de choses j'ai apprises dans les causeries familières des salles d'hôpital. Je me suis toujours trouvé heureux d'aider leurs recherches, et si mon expérience ne leur a pas été inutile, leur ardeur m'a stimulé et m'a empêché de me rouiller dans la vanité du maître, qui croit n'avoir plus rien à apprendre dans l'art si difficile de la médecine. »

Parmi les élèves, en souvenir de mon fils, j'ai un faible pour les P. C. N.

Certains sont délicieux. Ils ne savent rien en médecine ; mais ils le savent. Quelle supériorité sur tant d'autres hommes que cette conscience de l'ignorance !

Le professeur d'histoire de la médecine et de la chirurgie devrait remplacer près des étudiants l'ancien professeur principal de l'enseignement secondaire.

Faire penser les élèves par eux-mêmes, leur apprendre la hiérarchie des valeurs, les hausser au-dessus d'eux-mêmes, grâce à l'enthousiasme de la jeunesse auquel on ne s'adresse jamais en vain, les préparer à remplir leur rôle social non seulement de thérapeute, mais de directeur de santé, de conseiller familial, d'ami, de confident, de tuteur pour tant de lianes sans support, tel est le but.

J'essaierai d'allumer quelque flamme dans l'âme de certains. Et quand ceux-ci seront dispersés sur la terre, peut-être brilleront-ils comme un phare spirituel dans la nuit de la campagne humaine... »

Les rapports de l'oto-rhino-laryngologie avec les autres spécialités. — *Passage détaché de la leçon inaugurale de M. le Professeur Fernand Lemaître :*

« ... Toutes les spécialités, ont des points de contact avec l'oto-rhino-laryngologie.

L'ophtalmologie est, à la fois, la sœur et la voisine de notre spécialité. Le mur mitoyen qui sépare le nez des voies lacrymales sujettes aux infections rhinogènes ascendantes, les parois communes à l'orbite et aux sinus qui permettent les complications orbito-oculaires fréquentes des sinusites et le retentisse-

ment orbitaire des tumeurs naso-sinusiennes, les modifications papillaires survenant au cours des abcès encéphaliques, les syndromes de Horner, de Gradenigo, le nystagmus, enfin, intéressent également l'ophtalmologiste et l'oto-rhino-laryngologiste. La nécessité d'une collaboration étroite entre ces deux spécialités m'a été jadis, démontrée par M. Morax. Il me permettra de l'en remercier comme je le remercie, d'ailleurs, de m'avoir appris tout ce que je sais en ophtalmologie.

C'est encore un grand domaine que nous nous partageons avec la neurologie. Ne comprend-il pas, en effet, les abcès du cerveau et du cervelet qui sont, presque tous, d'origine auriculaire, les tumeurs ponto-cérébelleuses, les syndromes paralytiques d'Avellis, de Schmidt, de Jackson, de Tapia, les nombreuses manifestations du déséquilibre vago-sympathique et, surtout, les troubles des voies vestibulaires, otologiques par le territoire anatomique où ils se manifestent, neurologiques par leur physio-pathologie ?

Neurologie, ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie sont unies de façon tellement intime que les spécialistes appartenant à chacune de ces trois branches ont dû se grouper pour se livrer à des recherches communes.

La Société d'oto-neuro-ophtalmologie, créée à Strasbourg par le Professeur Barré, possède aujourd'hui en France et à l'Etranger, de nombreuses filiales. Certains problèmes, tel, par exemple, celui des céphalées qui a fait l'objet d'un récent rapport, ne peuvent être étudiés avec fruit qu'au sein de ces sociétés.

J'ai compris à Saint-Louis combien étroitement l'oto-rhino-laryngologie est liée à la dermato-syphiligraphie. Comment dissocier, en effet, ces deux spécialités lorsque l'on se trouve en présence d'un sycosis ou d'un lupus à point de départ nasal, d'un rhinophyma, d'un cancer du pavillon de l'oreille, ou de la pyramide du nez, d'une perforation spécifique du septum nasal, d'une gomme du larynx, d'une syphilis auriculaire ?

Je vous ai déjà dit l'intérêt que présente pour nous la pédiatrie avec ses fièvres éruptives et toute sa pathologie que domine l'infection du cavum.

J'ai été pendant trois ans, stagiaire aux stations hydrothermales... aux « eaux minérales » ainsi que l'on disait alors. Comme tel, je ne saurais oublier que l'oto-rhino-laryngologie est tributaire de la crénothérapie et que sa thérapeutique doit souvent avoir recours à l'aide efficace que lui offrent les sources des Pyrénées, des Alpes, de l'Auvergne ou du Morvan.

J'ai réservé, pour vous en parler à la fin, la stomatologie. Les rapports de cette spécialité avec la nôtre sont tels que la frontière qui, actuellement, sépare celle-ci de celle-là est impossible à délimiter. Un seul exemple suffit à le prouver : le kyste paradentaire du maxillaire supérieur dont l'origine est stomatologique, devient vite rhinologique, par le fait de son développement sinusien. A qui appartient-il de le traiter ? Je le répète, la question est délicate et difficile à résoudre. Il me semble que le mieux en l'occurence, est de considérer la période actuelle comme une période transitoire. Nous pouvons beaucoup pour la stomatologie à condition de ne pas l'annexer par des soins trop vigilants. Pour l'instant, travaillons en symbiose dans l'intérêt des malades et de l'enseignement, l'avenir se chargera, en temps opportun, de faire les délimitations nécessaires !.. »

Vénus et Mercure. — Sous ce titre Mme Merlet vient de publier, aux *Editions de la Vie moderne*, un livre consacré à la question de la prostitution.

Voici quelques extraits de la préface :

« Ce que l'on veut dire et qu'on ne sait pas exprimer c'est : qu'il faut empêcher les femmes qui font le commerce de leur corps de devenir un foyer infectieux, capable de contaminer autrui et de répandre par des accouplements criminels ou ignorants les maladies vénériennes.

Voilà la vérité.

Tout le problème pratique, humain, utile à résoudre est là. Or cela, malgré les pseudos révoltes des dénommés abolitionnistes, leurs campagnes, leurs discours, est affaire au législateur ou son représentant qui est chargé de pourvoir en sa commune au bon ordre moral et l'état sanitaire.

La solution, je l'avoue, n'est peut-être, sans doute, pas trouvée.

L'état moral de la prostituée est quatre vingt-dix-neuf fois sur cent, chose morte, ce livre l'indiquera.

Son état sanitaire ressort de la médecine ainsi que sa surveillance. Comme en Roumanie les prostituées devraient être soumises au contrôle sanitaire, par les médecins autorisés et payés par elles. Dans l'unique cas où elles essaient de se soustraire à ces visites, le service sanitaire a recours au concours de la police.

Dans l'état actuel des choses, en France, il faudrait donc que dès que la police dont le devoir est d'assurer l'ordre public, constate qu'une femme aborde dans la rue des passants et

essaie de les contraindre par des mots et des gestes persuasifs à la suivre, dans un but honteux de vil mercantinisme (sans plus) elle puisse conduire cette dévoyée, non pas au poste de police, mais dans un dispensaire où elle deviendrait la pensionnaire de spécialistes créés à cette intention.

Le médecin s'assurerait immédiatement de son état sanitaire actuel, de ses tares héréditaires, hérédo, fille d'alcoolique ; il vérifierait les adhérences possibles de son cerveau, puis la livrerait à l'assistance sociale qui, avec son tact et son esprit d'humanité aurait tôt fait de savoir à la suite de quels déboires, de quelles déchéances le sujet en est arrivé à ce point de misère.

Alors immédiatement, on saurait quel est le degré de responsabilité, de perversité de la malheureuse et après ce diagnostic impartial et définitif on pourrait l'aiguiller vers une œuvre de relèvement moral ou vers la maison close suivant que sa destinée serait douteuse ou définitive.

Le diagnostic médical vaut bien le jugement correctionnel. L'avenir des égarées dépend souvent de ceux qui les condamnent.

En matière de prostitution comme en matière criminelle, le médecin est le premier qui doit apprécier l'état du prévenu. Sa science est probante, au-dessus des erreurs possibles de la conscience humaine. Voilà ce que nous appelons la solution du problème.

Nous souhaitons que ceux qui pourraient l'utiliser la reconnaissent juste.

Mais pour éduquer le public, la plupart ignorent de la vérité sur ce que sont la prostitution surveillée qu'on dénomme la réglementée et celle plus dangereuse, qui ne l'est pas, appelée clandestine. Nous avons fait cette enquête dans des grands centres, dans les ports, dans les villes où pour une raison ou une autre la prostitution étale son commerce.

Nous montrerons ce que sont les maisons contrôlées et la rue grouillante de vices et de microbes.

Le réalisme et la vérité, seuls, de ce livre, en font un document puissant. Après l'avoir parcouru ceux qui auront voulu savoir pourquoi nous affichons des théories dites réglementaristes que nous jugeons saines, pourront avoir une opinion basée sur des vérités indéniables. »

Le maréchal Ney a-t-il succombé devant le peloton d'exécution ? — Sous le titre « Curiosité », le *Mercure de France* relève cette information, mandée d'Omaha (Nebraska) à l'« Associated Press » de New-York :

« La question officielle : « Le grand maréchal Ney est-il mort « devant un peloton d'exécution ? » a reçu une réponse ici hier soir en un seul mot : « Non », donnée par le maréchal Michel Ney, petit-neveu du fameux chef militaire français.

« Le maréchal Ney, condamné à mort après la défaite de Napoléon à Waterloo, fut épargné par le général Lord Wellington, commandant anglais», selon ce descendant du premier lieutenant de Napoléon, maintenant citoyen d'Omaha.

« Le maréchal Ney, dit-il, eut la vie sauve quand Wellington « lui indiqua un plan. Au moment où le maréchal Ney passait « devant le peloton, il dit à voix basse : Visez haut. » Il en fut « ainsi. Le maréchal Ney tomba. Comme il s'affaissait, il rom- « pit une petite fiole de liquide rouge à la place du cœur. Cette « nuit-là, il fit à cheval le trajet de Paris à Bordeaux, d'où il « quitta la France. »

« La suite de l'article indique qu'en novembre 1846 « Peter S. Ney », nom adopté par le maréchal, déclara sur son lit de mort qu'il était bien maréchal de France. Il fut enterré à Roman City (Caroline du Nord). » (*Journal des Débats*.)

La chaussure soviétique. — Nous connaissions déjà la « chaussette russe » ; on nous annonce le lancement éventuel du soulier bolcheviste. La *Revue moderne de médecine et de chirurgie* explique les particularités de cette innovation qu'elle emprunte au travail du Professeur Léon Nicolaeff sur *Les matériaux anthropométriques pour la confection de souliers standardisés* :

« Le gouvernement soviétique veut obtenir des anthropologistes une chaussure rationnelle qui s'adapte à la forme des pieds et à leur fonction de la marche. Ce problème fut depuis longtemps étudié et résolu diversement en Allemagne par Brand von Lindau, Pestel, etc., en France par Manouvrier et votre serviteur. M. Nicolaeff le reprend sur une grande échelle avec une abondance d'observations qui n'avait pas jusqu'à présent été atteinte.

« La valeur bien connue de cet anthropologiste garantit le succès, d'autant que la forme adoptée sera vérifiée sur quelques centaines d'individus avant d'être standardisée.

« C'est sur cette standardisation que je veux insister, car elle constitue une tentative originale et faite pour surprendre notre mentalité d'Occidentaux.

« Lorsque le gouvernement aura la certitude de posséder la chaussure rationnelle, il la fera confectionner en séries, avec le nombre de pointures voulues pour s'adapter aux différentes tailles.

« Et tout Russe sera obligé de porter ladite chaussure, à moins qu'il ne préfère aller pieds nus, car on n'en vendra plus d'autres. » (*Journal des Débats*.)

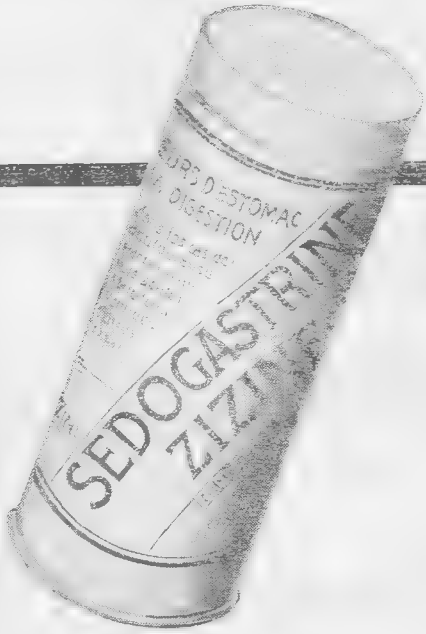
..... Je suis allé à la faculté de médecine demander ce renseignement (*le nombre des étudiants en médecine pourvus actuellement du baccalauréat latin-grec*). On m'a donné les chiffres suivants : sur 762 inscrits au début de cette année scolaire, 177 seulement possèdent le baccalauréat latin-grec. (Hervey, sénateur, *J. O.*, Sénat. Séance du 8 décembre 1931.)

COTE D'AZUR PULLMAN-EXPRESS

Le confortable train de luxe « Côte d'Azur Pullman-Express » circulera pour la première fois, cette année, à partir du 18 décembre. Il aura lieu tous les jours pendant l'hiver et permet d'aller de Paris vers la Côte d'Azur avec le maximum de rapidité et le minimum de fatigue dans d'excellentes voitures Pullman de la Compagnie Internationale des Wagons-Lits.

Départ de Paris : 9 h. : de Lyon-Perrache : 15 h. 13.

Arrivée à Marseille-Saint-Charles : 19 h. 39 : Toulon : 20 h. 44 : Saint-Raphaël : 21 h. 58 : Cannes : 22 h. 29 ; Nice : 23 h. ; Menton : 23 h. 45.



2 Formes :

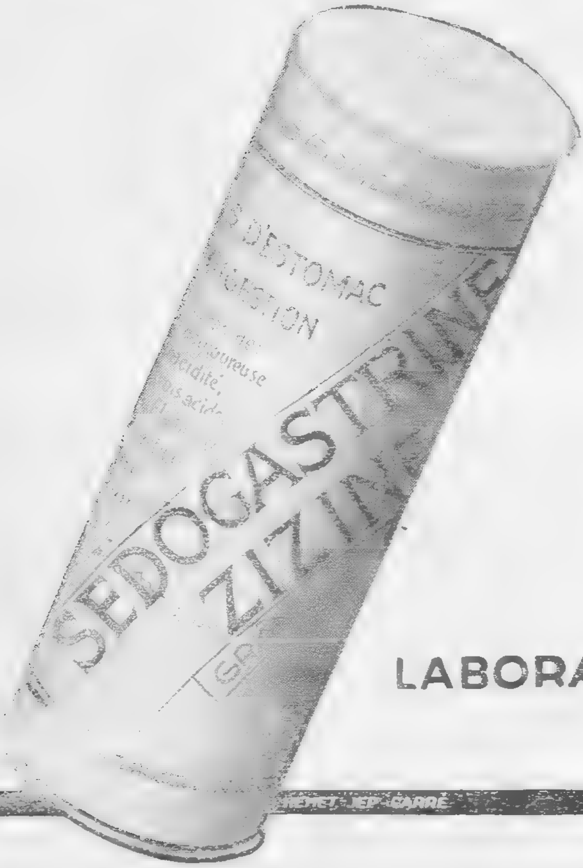
GRANULÉ

COMPRIMÉS (avec bonbonnière de poche)

SÉDOGASTRINE

SÉDATIF GASTRIQUE

(Association Alcalino-phosphatée + semences de ciguë)



HYPERCHLORHYDRIE
SPASMES
DOULEURS GASTRIQUES

POSOLOGIE : Après les repas et au moment des douleurs
Granulé : 1 cuillerée à café
Comprimés : 2 à 4 jusqu'à sédation

LABORATOIRES DU Dʀ ZIZINE
24, Rue de Fécamp - Paris

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE), — IMPRIMERIE THIRON ET CIE. — R. C. C. 4264.

TABLE DES MATIÈRES

I

Articles originaux — Analyses — Sociétés Savantes

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

II

Nouvelles — Variétés — Bibliographie

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Table alphabétique des Noms d'Auteurs

G

H

I

J

K

L